

Universitat de Lleida

## Valoración de la inteligencia emocional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Georgina Badia i Realp

<http://hdl.handle.net/10803/382833>



*Valoración de la inteligencia emocional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria* està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)

(c) 2015, Georgina Badia i Realp



**Universitat de Lleida**  
**Departament de Medicina**

## **Tesis Doctoral**

# **Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria**

**Autora: Georgina Badia i Realp**

**Directores:**

**Dra. Iolanda Batalla Llordés**

**Dr. Josep Pifarré Paredero**



**Lleida, noviembre 2014**

**Universitat de Lleida**

**Facultat de Medicina**

**Programa de doctorado:**

**Recerca Clínica en Medicina**

**Biennio: 2008-2010**

**Valoración de la Inteligencia Emocional  
en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria**

**Investigación presentada por**

**Georgina Badia i Realp**

**para optar al título de Doctora en Psicología**

**Directores:**

**Dra. Iolanda Batalla Llordés**

**Dr. Josep Pifarré Paredero**

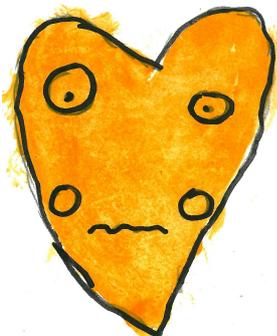
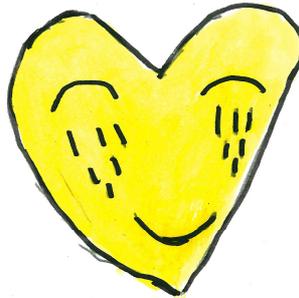
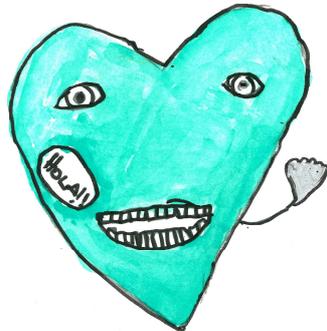
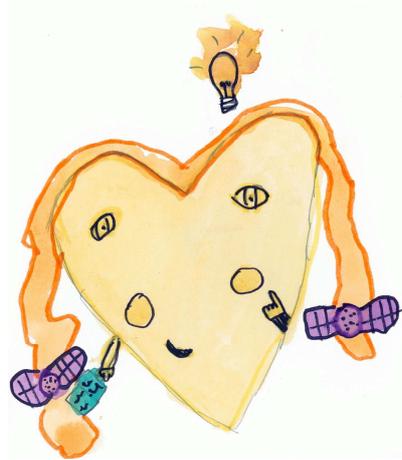
**Evaluadores externos:**

**Dra. Nathalie P. Lizeretti**

**Dra. Carmina Saldaña**



**Als meus pares**  
**Al Joan i la Jana Liang**





## **Agradecimientos:**

Quisiera dedicar unas palabras de sincero agradecimiento a las personas que, de una u otra manera, han hecho posible la realización de este proyecto.

Primeramente, a mis directores de tesis por el apoyo recibido. A la Dra. Iolanda Batalla, Psiquiatra y Coordinadora del Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Sta. Maria de Lleida, por su asesoramiento y su mente analítica, que me han ayudado a planificar el proyecto de investigación y poner orden a las ideas; por su soporte y amistad. Al Dr. Josep Pifarré, psiquiatra y psicólogo, Director territorial del Departament de Salut en Lleida, por su incesante empeño en iniciarnos en el mundo de la investigación, por su ayuda y consejos en la realización de esta investigación.

A las evaluadoras externas de la tesis. A la Dra. Nathalie P. Lizeretti, Psicóloga Clínica, Directora del Centro de Investigación y Desarrollo de la Inteligencia Emocional y profesora en la Universitat Ramon Llull, por sus consejos y el asesoramiento en el campo de la inteligencia emocional; por su ayuda en la compleja tarea de la discusión de los resultados. A la Dra. Carmina Saldaña, Psicóloga Clínica, Directora del Departament de Personalitat, Evaluació y Tractament Psicològic en la Universitat de Barcelona y Directora de la Unitat de Teràpia de Conducta, por el apoyo y asesoramiento recibido en los aspectos formales de la tesis y en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Al estadista Jordi Real por su ayuda en el análisis de los datos.

A Carmen Facal, Psicóloga clínica del Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Sta. Maria de Lleida, mi mentora; por haber confiado en mi durante todos estos años y haberme iniciado en el mundo de la psicología clínica y en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; por abrirme al conocimiento de estos trastornos desde su modelo de abordaje.

A mis compañeras de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Sta. Maria de Lleida Ester Idini y Cristina Flix por su apoyo. A Laura Bosa psicóloga clínica de la Unidad de TCA, quien me ayudó a elegir el tema de la tesis, por su amistad, apoyo y ayuda altruista siempre que lo he necesitado.



A Aurora Torrent, psiquiatra del Hospital de Día de Psiquiatría, por su ayuda en la corrección y presentación del trabajo; por su soporte y amistad.

A mis compañeros del Hospital de Día de Psiquiatría: Iolanda Batalla, Aurora Torrent, Carmen Facal, Neus Mor, Cristina Flix, David Fernández y Carme Vilana, por su comprensión, paciencia y apoyo durante estos largos meses finales de la investigación, en los que han podido comprobar el *alto neuroticismo* en directo.

A mis compañeros del Servicio de Psiquiatría por su ayuda, participación y soporte en la realización de la investigación.

A Olalla Varela, residente de psicología, por sus ganas de trabajar, siempre con positivismo y buen humor, por las largas tardes que hemos pasado en el despacho corrigiendo protocolos.

A Judit Gallart, psicóloga en prácticas, por su ayuda en la recogida de protocolos del estudio del DEA.

A la dirección del servicio de Psiquiatría del Hospital Sta. Maria de Lleida por la autorización para la realización de este proyecto de investigación y por el apoyo recibido.

Además quisiera expresar mi gratitud a todas las personas que, de forma altruista, han participado en esta investigación: pacientes de la Unidad de TCA, estudiantes de la Universitat de Lleida, personal del Hospital Sta. Maria y voluntarios, sin los cuales este estudio no hubiera sido posible.

A mis hermanos, mi familia y amigos, que han sufrido mi lejanía por el tiempo dedicado a esta investigación.

A mis padres, que siempre me han apoyado en todos los proyectos que he iniciado y que me han aportado los valores del esfuerzo, el compromiso y la responsabilidad, que me han permitido empezar y finalizar este proyecto.

Quisiera finalizar este apartado haciendo un agradecimiento especial a Joan i Jana Liang por su cariño, paciencia y comprensión durante estos largos años en los que esta tesis ha formado parte de nuestra familia.

Gracias a todos.



---

**Índice**

	<b>Página</b>
Tablas y figuras	4
Abreviaturas	8
<u>Parte teórica</u>	
1. Introducción	9
2. Revisión teórica	17
2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	19
2.1.1. Definición	19
2.1.2. Criterios diagnósticos	20
2.1.3. Prevalencia	22
2.1.4. Etiopatogenia	23
2.1.5. Comorbilidad psiquiátrica	25
2.1.6. Pronóstico	26
2.2. Inteligencia Emocional (IE)	27
2.2.1. Orígenes del concepto de IE	27
2.2.2. Modelos de IE y escalas de medida	29
2.2.3. Modelo de IE de Mayer y Salovey	33
2.2.4. Valoración de la IE desde el modelo de Mayer y Salovey: MSCEIT	38
2.2.4.1. IE valorada con el MSCEIT: otro tipo de inteligencia	41
2.2.4.2. IE valorada con el MSCEIT: independiente de las escalas de personalidad	42
2.2.4.3. IE valorada con el MSCEIT: diferencias de género	43
2.2.4.4. IE valorada con el MSCEIT: edad	44

---

2.2.5. Inteligencia Emocional, bienestar psicológico y ajuste	44
2.2.6. Correlación entre Inteligencia Emocional y salud mental	45
2.2.7. Aplicación del MSCEIT en el campo de la salud mental	52
2.2.8. Programas para el desarrollo de la IE	59
2.3. Relación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Inteligencia Emocional	61
2.3.1. Habilidades emocionales en los TCA	61
2.3.2. TCA y alexitimia	62
2.3.3. Estudios de valoración de las habilidades emocionales en los TCA	64
2.3.4. Relación de la alexitimia y la IE	67
2.3.5. Valoración de la IE en los TCA	67

### Parte empírica

3. Investigación	77
3.1. Hipótesis y objetivos	81
3.1.1. Estudio 1	83
3.1.2. Estudio 2	84
3.2. Metodología	85
3.2.1. Participantes	87
3.2.1.1. Estudio 1	87
3.2.1.2. Estudio 2	89
3.2.2. Material e instrumentos	91
3.2.3. Diseño	107
3.2.4. Procedimiento	111
3.2.5. Análisis de los datos	115
3.3. Resultados	119
3.3.1. Descriptivos	119
3.3.2. Estudio 1	145

---

3.3.2.1. Resultados Hipótesis 1	147
3.3.2.2. Resultados Hipótesis 2	155
3.3.2.3. Resultados Hipótesis 3	167
3.3.3. Estudio 2	179
3.3.3.1. Resultados Hipótesis 4	181
3.4. Discusión	187
3.4.1. Estudio 1	191
3.4.1.1. Discusión Hipótesis 1	193
3.4.1.2. Discusión Hipótesis 2	203
3.4.1.3. Discusión Hipótesis 3	217
3.4.2. Estudio 2	233
3.4.2.1. Discusión Hipótesis 4	235
3.5. Conclusiones	241
3.5.1. Estudio 1	243
3.5.2. Estudio 2	245
3.6. Limitaciones del estudio	249
3.7. Proyectos de futuro	253
4. Referencias bibliográficas	257
5. Anexos	277
5.1. Anexo 1. Hoja de información al paciente y consentimiento informado	279
5.2. Anexo 2. Cartel de reclutamiento, hoja de información y consentimiento informado para el grupo Control	285
5.3. Anexo 3. Cuaderno de recogida de datos	291
5.4. Anexo 4. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR	307
5.5. Anexo 5. Criterios diagnósticos DSM-5	311

---

<b>Núm. Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Tabla 1.	Las 4 ramas del Modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (1997)	37
Tabla 2.	Estudios que relacionan IE y clínica alimentaria	48
Tabla 3.	Estudios que relacionan IE y clínica ansiosa	49
Tabla 4.	Estudios que relacionan IE y clínica depresiva	51
Tabla 5.	Estudios que relacionan IE y psicopatología clínica general	52
Tabla 6.	Estudios MSCEIT y psicopatología clínica	54
Tabla 7.	Estudios MSCEIT en población con TCA	73
Tabla 8.	Estudios de valoración de la IE (Baron) en población con actitudes y síntomas alimentarios	74
Tabla 9.	Variables sociodemográficas recogidas en toda la muestra	93
Tabla 10.	Variables psicopatológicas del grupo TCA	93
Tabla 11.	Instrumentos utilizados para la valoración de la psicopatología clínica	94
Tabla 12.	Interpretación de las puntuaciones del MSCEIT	104
Tabla 13.	Características sociodemográficas del grupo TCA y el grupo Control: Sexo, Edad e Índice de Masa Corporal	122
Tabla 14.	Características sociodemográficas del grupo TCA y el grupo Control: Núcleo de convivencia, Estudios y Situación laboral	125
Tabla 15.	Diferencias en las escalas clínicas EAT, STAI y BDI entre los subtipos del grupo TCA	128
Tabla 16.	Diferencias en la escala clínica BSI entre los subtipos del grupo TCA	137
Tabla 17.	Frecuencia de pacientes en función de los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-5	141
Tabla 18.	Frecuencia de pacientes en función del nº de tratamientos previos, nº de ingresos hospitalarios y tipo de tratamiento psicofarmacológico.	141

---

<b>Núm. Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Tabla 19.	VARIABLES CLÍNICAS EN LOS SUBTIPOS TCA: AÑOS EVOLUCIÓN TRASTORNO, N° DE TRATAMIENTOS PREVIOS, N° DE INGRESOS HOSPITALARIOS Y TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	142
Tabla 20.	Resultados MSCEIT de todo el grupo TCA	148
Tabla 21.	Resultados MSCEIT de los subtipos TCA	151
Tabla 22.	Orden de mayor a menor de los resultados del MSCEIT entre los subtipos TCA y diferencias entre la puntuación máxima y mínima	153
Tabla 23.	Comparación de medias de los resultados en el MSCEIT entre grupo TCA y grupo Control	158
Tabla 24.	Comparación de medias de los resultados en el MSCEIT entre los subtipos TCA y el grupo Control	163
Tabla 25.	Relación entre el CIE Total del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica en el grupo TCA y el grupo Control	170
Tabla 26.	Relación entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica en el grupo TCA	174
Tabla 27.	Comparación de medias en las escalas de gravedad clínica en función del nivel del IE del grupo TCA	176
Tabla 28.	Comparación de medias de los resultados en el MSCEIT entre evaluación 2010 y evaluación 2013 en la muestra TCA	182
Tabla 29.	Comparación de medias de los resultados del MSCEIT entre evaluación 2010 y evaluación 2013, en función de si se ha realizado tratamiento psicoterapéutico	184
Tabla 30.	Comparación de medias de las escalas de psicopatología clínica entre evaluación 2010 y evaluación 2013	185

<b>Núm. Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Figura 1.	Estructura escalas MSCEIT	39
Figura 2.	Grupo TCA y grupo Control emparejados por rangos de edad	123
Figura 3.	Índice de Masa Corporal (kg/m <sup>2</sup> ) del grupo TCA	124
Figura 4.	Índice de Masa Corporal (kg/m <sup>2</sup> ) del grupo Control	125
Figura 5.	Actitudes alimentarias (EAT) en los pacientes con TCA	130
Figura 6.	Actitudes alimentarias (EAT) en el grupo Control	130
Figura 7.	Clínica ansiosa (STAI Estado) en los pacientes con TCA	132
Figura 8.	Rasgo ansioso (STAI Rasgo) en los pacientes con TCA	132
Figura 9.	Clínica ansiosa (STAI Estado) en el grupo Control	133
Figura 10.	Rasgo ansioso (STAI Rasgo) en el grupo Control	133
Figura 11.	Clínica depresiva (BDI) en los pacientes con TCA	135
Figura 12.	Clínica depresiva (BDI) en el grupo Control	135
Figura 13.	Índice Global de Gravedad (IGG) de la psicopatología general (BSI) en los pacientes con TCA	138
Figura 14.	Índice Global de Gravedad (IGG) de la psicopatología general (BSI) en el grupo Control	139
Figura 15.	Años de evolución del TCA en el grupo de pacientes	143
Figura 16.	Resultados escalas principales del MSCEIT del grupo TCA	149
Figura 17.	Resultados escalas principales del MSCEIT de los subtipos TCA	152
Figura 18.	Resultados escalas principales del MSCEIT del grupo Control	159
Figura 19.	Resultados escalas principales del MSCEIT del grupo TCA y del grupo Control	160
Figura 20.	Resultados MSCEIT del grupo TCA y del grupo Control: <i>Modelo de 4 factores</i>	161
Figura 21.	Resultados escalas principales del MSCEIT de los subtipos TCA y el grupo Control	164
Figura 22.	Matriz de correlación negativa entre MSCEIT CIE Total y BSI Total síntomas positivos en el grupo TCA ( $r = -0,411$ ; $p < 0,001$ )	171

<b>Núm. Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Figura 23.	Matriz de correlación negativa entre MSCEIT CIE Total y Escala Ansiedad Rasgo PD en el grupo Control ( $r = -0,310$ ; $p = 0,02$ )	172
Figura 24.	Comparación de medias de los resultados en las escalas principales del MSCEIT entre evaluación 2010 y evaluación 2013 en la muestra TCA	183

---

**Abreviaturas:**

AN	Anorexia nerviosa
BDI	Beck Depression Inventory (escala de depresión)
BN	Bulimia nerviosa
BSI	Brief symptom inventory (escala de malestar emocional general)
CI	Cociente de inteligencia
DSM-IV-TR	Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª Edición
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5ª Edición
EAT	Eating Attitudes Test (escala de actitudes alimentarias de riesgo)
IE	Inteligencia Emocional
IMC	Indice de Masa Corporal (kg/m <sup>2</sup> )
MSCEIT	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (test de Inteligencia Emocional)
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (escala de ansiedad)
TA	Trastorno de Atracónes
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
TCANE	Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
TLP	Trastorno Límite de la personalidad
TP	Trastorno de la personalidad

## **1. INTRODUCCIÓN**



## 1. Introducción

En las últimas décadas los TCA han sido considerados como una de las patologías emergentes, adquiriendo gran relevancia sociosanitaria por su peculiaridad, gravedad, complejidad y por las dificultades que comporta su diagnóstico y tratamiento específico (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009).

En el año 2006, siguiendo las directrices del *Pla Director de Salut Mental i Adiccions* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, se creó la Unidad Funcional de TCA en el Hospital de Sta. Maria de Lleida - GSS, para incorporar una cartera de servicios orientada a las necesidades de estos usuarios en base territorial. Con el objetivo de ofrecer un abordaje multidisciplinar, esta Unidad está formada por dos psicólogas (una de ellas la autora del presente trabajo), un médico psiquiatra y una enfermera.

Este programa específico de atención a personas con TCA tiene dos objetivos principales: la asistencia (ofreciendo visitas individuales con el paciente, visitas con la familia y terapias de grupo) y la prevención (primaria, secundaria y terciaria). Otro de los objetivos de la Unidad de TCA es el de participar y promover la investigación y la docencia en el campo de los Trastornos Alimentarios; el presente trabajo se incluye dentro de este objetivo.

En el año 2009 se publicó la validación española del *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT) realizada por Natalio Extremera y Pablo Fernández-Berrocal (2009). Este instrumento está basado en el modelo de Inteligencia Emocional (IE) de los psicólogos Peter Salovey y John Mayer (EUA). En 1990 estos autores, desarrollaron una teoría novedosa en la que contemplaron la combinación cooperativa entre la inteligencia y la emoción para facilitar el pensamiento (Mayer, Salovey y Caruso, 2004). En dicha teoría la Inteligencia Emocional se concibe como un tipo de inteligencia que implica la habilidad para procesar la información emocional.

Algunos autores afirman que la IE jugaría un papel elemental en el establecimiento, mantenimiento y la calidad de las relaciones interpersonales (Mayer et al. 2004; Mayer,

Roberts y Barsade, 2008a; Brody, 2004; Brackett y Salovey, 2006; Lopes et al., 2011) ya que se considera que una persona con alta IE es más hábil en la percepción y comprensión de emociones propias y ajenas, y posee mejores habilidades de regulación emocional. De forma que la IE implica el uso inteligente e intencional de las emociones en la toma de decisiones en los distintos ámbitos de la vida, por lo que está relacionada no sólo con el ajuste social, sino también con el éxito académico, la satisfacción personal y el bienestar psicológico (Brackett y Salovey, 2006; Brackett, Rivers y Salovey, 2011; Oberst y Lizeretti, 2004; Gardner y Qualter, 2009; Mayer et al. 2008a, 2004).

Desde esta perspectiva la IE constituiría un factor de protección frente el malestar psicológico y los trastornos mentales (Lizeretti, 2012a; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke, 2007), ya que las personas emocionalmente inteligentes afrontan de forma más efectiva las demandas del entorno (Tsaousis y Nikolaou, 2005), pueden gestionar sus emociones de forma más eficaz y, consecuentemente, están más preparadas para afrontar mejor los cambios que se produzcan en su vida (Brackett y Salovey, 2006), lo que contribuye a una mejor salud mental (Oberst y Lizeretti, 2004; Taylor, 2001).

Por el contrario, la baja IE se ha asociado con una mayor presencia de trastornos mentales (Schutte et al., 2007). La baja IE también se encuentra relacionada con trastornos con un alto componente psicossomático (como en el caso de los TCA). Esto puede ser debido a la relación existente entre la baja IE y el pobre funcionamiento psicossocial, ya que estas personas tienen una mayor tendencia a expresar su malestar emocional mediante quejas somáticas, que las haría más vulnerables a desarrollar síntomas psicossomáticos (Schutte et al., 2007).

En estudios recientes se ha encontrado una relación negativa entre la IE y la ansiedad y depresión, apuntando a que una baja IE podría convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales. Es el caso de Lizeretti y Extremera (2011) y Lizeretti, Extremera y Rodríguez (2012c) en muestras clínicas. Realizados en muestras no clínicas, los de Ciarrochi, Deane y Anderson (2002), Dawda y Hart (2000) y

Tsaousis et al. (2005). Datos similares también se encuentran en los dos meta-análisis de Martins, Ramalho y Morín (2010) y Schutte et al. (2007).

Como se detallará más adelante en la revisión teórica, el MSCEIT es un instrumento que ha sido diseñado como una prueba de habilidad o ejecución para medir la IE desde el modelo de Mayer y Salovey, siendo una forma de exploración que ofrece ventajas y que pretende evitar los sesgos que se pueden producir con las medidas de autoinforme que utilizan otros modelos de IE.

A raíz de conocer este nuevo instrumento para la valoración de la Inteligencia Emocional, nos interesamos por el modelo de IE de los autores de la versión original del instrumento (Mayer, Salovey y Caruso, 2002) y nos pareció interesante para ser aplicado en el campo de los TCA, ya que desde nuestra experiencia clínica observamos que las personas con TCA tienen dificultades en sus habilidades emocionales, presentando en muchos casos falta de competencias en esta área.

A pesar de que las dificultades emocionales que presentan las personas con TCA han sido estudiadas a través de diferentes instrumentos y muchas de estas investigaciones concluyen que este grupo de pacientes tiene déficits en sus habilidades para identificar y manejar sus emociones, en la revisión de la literatura científica se objetivaba la falta de estudios publicados que valoren la IE en población clínica con TCA con un instrumento de ejecución como el MSCEIT.

En este contexto, en el año 2010 realizamos un estudio preliminar para valorar los niveles de Inteligencia Emocional a través del MSCEIT en una muestra de 28 pacientes con TCA que seguían tratamiento desde la Unidad Funcional de nuestro Hospital (Badia, 2010), y analizamos como esta variable se relacionaba con otras variables psicopatológicas y sociodemográficas.

Continuando con el proyecto de investigación de la IE en los TCA, este es un segundo trabajo más completo dentro de nuestra línea de estudio, que pretende subsanar las limitaciones encontradas en nuestro primer estudio en cuanto al tamaño muestral y la falta de grupo control. En el trabajo actual se ha ampliado el grupo Clínico hasta 99

pacientes y se han incluido diferentes subtipos TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno de Atracónes (TA) y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). También se han reclutado a 99 participantes para establecer un grupo Control.

Desde nuestro conocimiento, actualmente existe solo un estudio publicado (Hambrook Brown y Tchanturia, 2012) que valora la IE con el MSCEIT en una muestra de personas con TCA, aunque en su trabajo sólo han sido incluidas personas con Anorexia Nerviosa.

Previamente se habían publicado 4 estudios que relacionan la IE con los síntomas alimentarios (Costarelli, Demerzi y Stamou, 2009a; Costarelli y Stamou, 2009b; Filaire, Larue y Rouveix, 2011; Markey y Vander Wal 2007), pero éstos han sido realizados en población no clínica y con una escala de autoinforme basada en el modelo de IE de Bar-On (1997). Este modelo de IE es diferente del formulado por Mayer y Salovey y es considerado (junto a otros) como un modelo *mixto*, ya que combina variables socio-emocionales con variables de personalidad y su escala de valoración no es una prueba de ejecución sino una medida de autoinforme (este modelo se puede encontrar de forma más detallada en la revisión teórica).

Además de la falta de estudios citada, la evaluación de la IE en nuestra muestra de pacientes con TCA se considera importante porque nos permitirá detectar si existen déficits en las competencias emocionales valoradas con el MSCEIT, así como su relación con otras variables psicopatológicas, para valorar la necesidad de introducir nuevas alternativas terapéuticas y mejorar la atención a estas personas.

En la presente investigación nos propusimos dos objetivos:

- a) **ESTUDIO 1:** evaluar la IE en una población clínica de pacientes diagnosticados de TCA (personas que se encontraban realizando seguimiento desde nuestra Unidad Funcional de TCA) con un instrumento de ejecución (MSCEIT). Comparar sus resultados con los obtenidos por el grupo Control y relacionar la IE con otras variables psicopatológicas (EAT, STAI, BDI y BSI) y sociodemográficas.

- b) **ESTUDIO 2:** revalorar a las personas con TCA que participaron en nuestro estudio preliminar del año 2010 (Badia, 2010), en el que se valoró la IE en una muestra clínica con TCA y observar su relación con otras variables psicopatológicas (EAT, STAI y BDI). En el estudio 2 nos proponemos observar si se ha producido mejoría en el rendimiento emocional de las pacientes y, en su defecto, valorar la implantación de un programa específico para el desarrollo de estas competencias. También se pretende valorar la evolución de los síntomas psicopatológicos desde la primera evaluación al presente estudio.



## **2. REVISIÓN TEÓRICA**



## **2. Revisión teórica**

A lo largo de la revisión teórica se realiza un repaso de los principales conceptos que tienen relación con este trabajo de investigación: los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la Inteligencia Emocional y la relación existente entre ambos.

### **2.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria**

#### **2.1.1. Definición**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por presentar graves alteraciones en el comportamiento alimentario y conductas de riesgo para el control del peso, consecuencia de un intenso miedo al aumento ponderal, estando su autoimagen muy determinada por el peso y la silueta. Estas alteraciones conllevan como consecuencia problemas físicos y/o del funcionamiento psicosocial del individuo. Su valoración del rendimiento en diferentes áreas (como la social, laboral, familiar, etc.), está también muy mediada por la silueta y el peso, y su capacidad para controlarlos; en muchas ocasiones la elevada necesidad de control de sus vidas, es desplazada a la necesidad de control de la comida (Fairburn y Harrison, 2003).

Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), estas dos entidades han despuntado en los últimos años como los TCA más graves, a pesar de que más recientemente en la práctica clínica se observa un aumento de los casos de TCA No Especificados (TCANE) (ver criterios diagnósticos en el anexo 5), que son otro grupo diagnóstico que incluye trastornos atípicos o cuadros incompletos de Anorexia o Bulimia, y el Trastorno de Atracónes (TA), mostrando una tendencia al cambio en la morbilidad de los TCA.

Las personas con TCA suelen presentar una importante distorsión de la imagen corporal, sobrevalorando el tamaño de su cuerpo, y tienden a tener un ideal estético de extrema delgadez; estas situaciones producen un intenso malestar que las mantiene atrapadas en las conductas destinadas a la pérdida y al control del peso. Los pacientes

con AN utilizan de forma preferente estrategias de tipo restrictivo y la realización de ejercicio físico para conseguir un bajo peso (aunque se pueden dar conductas purgativas), mientras que los pacientes con BN tienden a alternar conductas restrictivas con atracones y conductas purgativas posteriores, ya que en un grupo importante de estos enfermos la realización de una dieta estricta y restrictiva da paso al inicio de los atracones (Fairburn y Harrison, 2003). Dentro del grupo de los TCANE, concretamente las personas con Trastorno de Atracones, realizan atracones sin conducta purgativa compensatoria. En la práctica asistencial se observa que el diagnóstico puede cambiar a lo largo de la evolución clínica del paciente, pudiendo pasar de la AN a la BN (o al revés en menos casos), y de la BN al TA (especialmente en pacientes de larga evolución).

### **2.1.2. Criterios diagnósticos**

Debido al cambio de morbilidad mencionado, en el nuevo manual de la APA (American Psychiatric Association, 2014) se han establecido modificaciones en los criterios diagnósticos de los TCA, ya recogidos en la nueva versión DSM-5 recientemente publicada (en el anexo 5 se recogen los nuevos criterios diagnósticos). A modo de resumen, describiremos brevemente las nuevas categorías diagnósticas del DSM-5 (ya que estas serán las elegidas en el análisis de los datos del presente estudio para hacer los subtipos del grupo TCA).

#### ***Anorexia Nerviosa***

Caracterizada por un miedo intenso a ganar peso o a engordar (aun estando por debajo de un peso de normalidad), las personas afectadas realizan restricción de la ingesta de alimentos que conlleva un peso corporal por debajo de lo esperado por su edad, altura y el curso del desarrollo. Presentan alteraciones de la valoración del peso y de la silueta corporal (distorsión de la imagen corporal) y una persistente falta de consciencia de la gravedad del bajo peso. Se considera subtipo restrictivo si la persona no realiza conductas purgativas y predomina la restricción alimentaria y el ejercicio excesivo; subtipo purgativo si la persona recurre a conductas purgativas (vómitos autoprovocados, utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Los niveles de gravedad van en función del Índice de Masa Corporal (IMC: kg/m<sup>2</sup>), desde los casos leves (IMC>17)

hasta los extremos (IMC<15), aunque la gravedad puede aumentar en función de los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

### ***Bulimia Nerviosa***

Personas en las que la autoevaluación está excesivamente influida por el peso y la silueta. Presentan episodios recurrentes de atracones de comida, estos episodios se caracterizan por comer en un corto período de tiempo una cantidad de alimentos que es claramente superior al que la mayoría de personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas, con preferencia por hidratos de carbono, dulces y alimentos con alto contenido en calorías, como helados o pasteles, con una sensación de falta de control sobre la ingesta durante dicho episodio. La cantidad ingerida también es variable pero puede llegar a varios kilos (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009) y, en un episodio de este tipo, la persona puede consumir de media entre 1000 y 2000 calorías (Fairburn y Harrison, 2003). Estos sentimientos de descontrol y la intensa culpa por el atracón realizado provocan que la persona realice conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: de tipo purgativo (vómitos autoprovocados, abuso de laxantes o diuréticos), de ayuno o de ejercicio físico excesivo. La gravedad mínima viene determinada por la frecuencia de los comportamientos inapropiados (aunque puede aumentar por otros síntomas clínicos y el nivel de interferencia funcional): desde leve (promedio de 1-3 episodios por semana) hasta extremo (promedio de 14 episodios por semana).

### ***Trastorno de Atracones***

Estas personas realizan episodios repetitivos de sobreingesta compulsiva (atracones). Los atracones tienen las mismas características que en la BN: ingesta de alimentos superior en un período de tiempo y sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. Los atracones están asociados al menos a tres de los siguientes síntomas: ingesta mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, comer a solas para esconder la voracidad, sensación de intensa culpa y disgusto con uno mismo tras los atracones y profundo malestar al recordarlos. A diferencia de la BN, los atracones no se asocian a conductas compensatorias inadecuadas, por lo que a largo plazo son pacientes con importantes problemas de obesidad. La gravedad viene

determinada por la frecuencia de los episodios de atracones: leve (de 1-3 atracones por semana) hasta extremo (14 o más atracones a la semana).

### ***Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificados***

Se trata de cuadros incompletos o atípicos de TCA:

- *Anorexia Nerviosa Atípica*: se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que a pesar de la pérdida de peso significativa, éste se encuentra dentro o por encima del intervalo normal
- *Bulimia Nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada)*: se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses
- *Trastorno de Atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada)*: se cumplen todos los criterios para TA, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses
- *Trastorno por Purgas*: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución física (por ej. vómito autoinducido, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones
- *Síndrome de Ingesta Nocturna de Alimentos*: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche: comer después de despertar de un sueño, o consumo excesivo de alimentos después de la cena. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. Este comportamiento causa malestar significativo y/o deterioro del funcionamiento

### **2.1.3. Prevalencia**

Los TCA han incrementado de forma notable en las últimas décadas. Se trata de un trastorno que afecta de forma mayoritaria a las mujeres (ratio de prevalencia de TCA de 1 a 9 en varones respecto a mujeres). Suelen iniciarse en la adolescencia (aunque en los últimos años se observa un aumento de la frecuencia de inicio del trastorno en la edad adulta e infantil), siendo la franja de edad de mayor riesgo entre los 12 y 21 años. Los estudios realizados en nuestro territorio, con mujeres en estos grupos de edad, encuentran una prevalencia del 0,1% al 0,9% para la AN, del 0,4% al 2,9% para la BN y

del 2,8% al 5,3% en el caso de los TCANE. Si valoramos la prevalencia de trastornos alimentarios de forma global, esta se encuentra entre el 4,1% al 6,4% en la población de riesgo mencionada. En el caso de los hombres, a pesar de que se han realizado pocos estudios, se encuentra una prevalencia del 0% al 0'3% para la AN, del 0% al 0,4% para la BN y del 0,2% al 0,8% para los TCANE, con una prevalencia total del 0,3% al 0,9%. Las prevalencias citadas son similares a las encontradas tanto en el oeste de Europa como en los EEUU (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009).

#### **2.1.4. Etiopatogenia**

En su etiopatogenia se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales y estresores (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009). A pesar de que la presión sociocultural hacia la delgadez y la influencia que la familia puede transmitir en relación a las preocupaciones alimentarias pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de un TCA, estas no serían suficientes para su debut, siendo necesarios otros factores de vulnerabilidad psicológicos, biológicos y experienciales (Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002). A continuación se detallan dichos factores de vulnerabilidad:

##### ***Factores de vulnerabilidad biológicos***

- Sexo femenino (Fairburn y Harrison, 2003; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009)
- Vulnerabilidad genética y biológica, factores neuroendocrinos (Fairburn y Harrison, 2003; Guía de Práctica Clínica, 2009; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002).
- Algunos autores consideran que los síntomas depresivos y ansiosos podrían ser considerados como un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (Bulik, 2002; Fairburn y Harrison, 2003; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002).

##### ***Factores de vulnerabilidad psicológicos***

- Baja autoestima, rasgos perfeccionistas y de autoexigencia, elevada necesidad de control, dependencia emocional marcada, miedo a la autonomía y a la individuación, déficits de habilidades sociales y de asertividad, impulsividad, afecto negativo y

dificultades en la expresión y la regulación emocional, especialmente de las emociones desagradables como la culpa y la rabia (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Fairburn y Harrison, 2003; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002).

- Factores cognitivos como distorsiones cognitivas, obsesividad y patrones cognitivos rígidos (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Polivy y Herman, 2002).
- Insatisfacción corporal (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Polivy y Herman, 2002).
- Trastornos de la personalidad (Cassin y von Ranson, 2005; Godt, 2008; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009).

### ***Factores de vulnerabilidad socioculturales***

- La obsesión por la delgadez es una característica de las culturas en las que la comida se encuentra de forma abundante (Polivy y Herman, 2002). La presión sociocultural hacia la delgadez que se produce en las sociedades occidentales ejercida a través de los medios de comunicación de masas y de la publicidad, constituyen un caldo de cultivo para este tipo de trastornos (Toro, 1996).

- También existen otros tipos de influencia relacionados con el núcleo familiar de convivencia: apego inseguro; modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos y poco cohesionados; familias desestructuradas; antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva; antecedentes familiares de TCA (especialmente en las madres); dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres); obesidad (especialmente en las madres); alcoholismo (especialmente en los padres); hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Fairburn y Harrison, 2003; Polivy y Herman, 2002)

- Existen también como factores de riesgo profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009).

### ***Acontecimientos vitales estresantes***

- Burlas en relación al cuerpo y la silueta (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009)

- Abusos en la infancia (sexual, físico o emocional) y otros hechos traumáticos (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Fairburn y Harrison, 2003; Polivy y Herman, 2002).
- Realización de dietas (Stice, 2002).

Los factores citados son considerados factores de vulnerabilidad o predisponentes para el desarrollo de un TCA. Sin embargo, es necesaria también la aparición de factores precipitantes que, al interactuar con los factores predisponentes, activan el inicio del trastorno. Una vez éste ha debutado existen una serie de factores (físicos, psicológicos, emocionales y sociales) que son consecuencia del trastorno y actúan como mantenedores del TCA (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Stice, 2002) y hacia los que hay que dirigir el foco del abordaje terapéutico.

### **2.1.5. Comorbilidad psiquiátrica**

Está descrito que estos trastornos cursan con importante comorbilidad psiquiátrica, especialmente con psicopatología ansiosa y depresiva (Bulik, 2002; Casper, 1998; Fairburn y Harrison, 2003; Fox y Power, 2009c; Godart, Flament, Perdereau y Jeammet, 2002; Godart, et al. 2007; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Heatherton y Baumeister, 1991; Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011b; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002; Swinbourne y Touyz, 2007; Wagner et al., 2006; Woodside y Staab, 2006). Los síntomas ansiosos y depresivos suelen agudizarse a medida que la persona con TCA va empeorando en su cuadro clínico y en la gravedad de las conductas alimentarias alteradas (Fairburn y Harrison, 2003). En relación a esto, existe cierto debate en la comunidad científica sobre si la clínica ansiosa y/o depresiva preceden al TCA o son consecuencia de éste (Godart et al., 2002, 2007; Holtkamp, Müller, Heussen, Remschmidt y Herpertz-Dahlmann, 2005).

Los TCA también presentan importante comorbilidad con trastornos de la personalidad, estimándose que alrededor del 30% de los casos tienen un TP asociado, especialmente el límite y el histriónico (Cassin y von Ranson, 2005; Godt, 2008).

También se encuentra comorbilidad con el trastorno por abuso de sustancias, especialmente en la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa tipo purgativo (Herzog,

Franko, Dorer, Keel, Jackson y Manzo, 2006; Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994).

#### **2.1.6. Pronóstico**

En cuanto al pronóstico de este trastorno, a pesar de que existen numerosos estudios al respecto, la heterogeneidad de las muestras así como la diferencia de los diseños, hace difícil su comparación. A nivel general se apunta que aproximadamente el 50% de los casos se recuperan totalmente, del 20-30% mejoran quedando síntomas residuales y del 10-20% se muestran resistentes a los tratamientos y evolucionan hacia la cronicidad. Los estudios indican que actualmente la mortalidad causada por estos trastornos se encuentra por debajo del 5% (Keel y Brown, 2010). La resistencia al cambio y las dificultades de vinculación son características de las personas con TCA, por lo que los tratamientos tienen de media una duración de 2 a 4 años. Diferentes autores han intentado establecer el punto de corte a partir del cual disminuye de forma significativa la posibilidad de recuperación total y se inicia el camino hacia la cronicidad: teniendo en cuenta la permanencia del trastorno y los intentos de tratamiento con tres o más equipos terapéuticos anteriores, se considera que a partir de los 7 años de evolución (Sagardoy, Morales y Lorenzo, 2012) y, de forma más consensuada, a partir de los 10 años (American Psychiatric Association, 2002; Bamfort y Mountford, 2012) el paciente se encuentra en un estado de cronicidad y se considera de larga evolución.

## **2.2. Inteligencia Emocional**

### **2.2.1. Orígenes del concepto de IE**

Si bien este término había sido utilizado previamente, no es hasta 1990 que los psicólogos Peter Salovey y John Mayer formulan en un artículo su primera definición de la IE y desarrollan una teoría que servirá de marco teórico para el posterior desarrollo de instrumentos de evaluación.

El concepto ideado por estos autores nace con la intención de unir la inteligencia y las emociones, es decir, contempla la combinación de tipo cooperativo entre la inteligencia y la emoción para facilitar el pensamiento (Mayer et al., 2008a, 2004) entendiendo la Inteligencia Emocional (IE) como un tipo de inteligencia que implica la habilidad para procesar la información emocional.

En relación a las emociones, los citados autores cuestionan el papel que éstas habían tenido tradicionalmente en el campo de la psicología, habiendo sido habitualmente consideradas como una interferencia para los procesos cognitivos y cuyo abordaje principal era su control y eliminación. Su modelo de IE parte de la premisa que la expresión emocional ha sido una motivación humana primaria, reivindicando el papel funcional que las emociones tienen en la adaptación al medio. Esta visión funcionalista tiene cierta relación con las definiciones clásicas de inteligencia, que remarcan la habilidad de adaptación a un ambiente en continuo cambio (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

En lo que se refiere al concepto de Inteligencia, este ha sido definido de formas diferentes a lo largo del tiempo. Tal y como Salovey y Mayer refieren en su artículo (1990), Weschler (psicólogo que creó la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-WAIS, hoy en día el test de valoración de inteligencia más utilizado), yendo más allá de las definiciones restrictivas de inteligencia, tenía una visión amplia de este concepto, definiéndola como “una capacidad global del individuo para actuar de forma intencionada, para pensar de forma racional y para hacer frente a su entorno de forma efectiva” (citado en Salovey y Mayer, 1990, Pág. 186). Wechsler considera que se

encuentran diferencias individuales en las habilidades de afrontamiento en individuos con Cocientes Intelectuales (CI) iguales, es decir, que existen otros factores además de la inteligencia que influyen en el éxito de la persona, como en el caso del éxito académico. En este sentido, Mayer, Salovey y Caruso (2000a) también refieren que a pesar de que la inteligencia cognitiva tiene relación con el éxito académico y, aun siendo un predictor de dicho éxito, éste no es el único, quedando parte de la varianza sin explicar, indicando que existen otros factores que influyen en el rendimiento académico.

En relación con el éxito laboral, se tiene conocimiento de un estudio (Coté y Miners, 2006) realizado con el MSCEIT, donde se objetiva que, dentro del grupo de personas con bajo CI cognitivo (al menos una desviación típica por debajo de la media del grupo normativo), aquellos que tenían una IE elevada presentaban un mejor rendimiento laboral y un comportamiento organizacional más positivo que los que puntuaban bajo en EI, no encontrándose diferencias en estas áreas respecto las personas con alta inteligencia cognitiva.

El equipo de Salovey y Mayer (1990) buscan las bases del concepto de IE en la inteligencia social definida inicialmente por Thorndike en 1920, distinguiéndola de otras formas de inteligencia. Más adelante, Thorndike y Stein (1937) ya intuían que si se avanzaba en este campo de investigación esta habilidad podría llegar a ser medida. Tuvieron que suceder muchos años (hasta los años 80) para que se formularan nuevos enfoques multidimensionales como el propuesto por Gardner, H. (1983) y también el de Sternberg (1985), autores que entendían las capacidades intelectuales como características en su mayor parte desarrollables y modificables (Moral de la Rubia, J., 2006). Gardner, H. (1983) propuso una nueva teoría sobre la inteligencia, postulando siete tipos de inteligencia, entre ellos la Intrapersonal y la Interpersonal; estas aportaciones tienen cierta relación conceptual con la IE y establecieron las bases de los actuales modelos de Inteligencia Emocional (Oberst y Chamarro, 2004). Por otro lado, Sternberg (1985), propone un modelo de tres tipos de inteligencia (Analítica, Creativa y Práctica), entendiéndola como la eficacia con la que un individuo encaja en su ambiente y se enfrenta a situaciones cotidianas (la Inteligencia Práctica indica la capacidad de la persona para tener éxito en diferentes situaciones), este concepto también tiene relación con la posterior teoría de IE desarrollada por Mayer y Salovey.

En 1990, Salovey y Mayer propusieron un primer modelo de IE que comprendía tres tipos de habilidades adaptativas: 1) Apreciación y expresión de emociones 2) Regulación de las emociones y 3) Utilización de las emociones para solucionar problemas de forma adaptativa. En aquella publicación tenían ya en cuenta la relación entre la IE y la salud mental, mostrando que los déficits en las habilidades emocionales provocarían en la persona más problemas de ajuste y de adaptación puesto que tendrían más dificultades para reconocer los estados emocionales propios y ajenos, para regular dichas emociones y para usar las emociones para la resolución de problemas.

La IE como nuevo concepto no tuvo mayor repercusión hasta que en 1995 Daniel Goleman publicó su best-seller “Inteligencia emocional”, añadiendo factores motivacionales y de habilidades sociales. Su aportación consiguió una gran difusión y resonancia en la opinión pública (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004b) y, aunque desde el punto de vista científico el modelo de Goleman (1995) ha recibido críticas (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Salovey y Caruso, 2008b; Oberst y Lizeretti, 2004), ayudó a difundir el nuevo constructo y con él se inició un intenso debate que se mantiene vivo en el momento actual.

### **2.2.2. Modelos de IE y escalas de medida**

El concepto de IE ha ido creciendo y evolucionando a lo largo de los años, con otros autores proponiendo nuevos modelos así como diferentes instrumentos para su evaluación, creándose progresiva confusión respecto al concepto de IE. La falta de consenso en este campo y la proliferación de modelos e instrumentos para valorar este constructo, han hecho muy difícil llegar a conclusiones sobre el valor de la IE y su verdadero impacto. A pesar de esta situación, existe consenso entre la comunidad científica en que reconocer y tratar de forma efectiva las emociones contribuye a un mejor bienestar y que, el hecho de ignorarlas y no manejarlas adecuadamente, lo deteriora.

Actualmente los modelos de IE se dividen en dos grandes grupos, por un lado los que la consideran como un rasgo de personalidad (modelos mixtos o de rasgos) y por otro, los que consideran que la IE es una habilidad (modelos de habilidad):

- a) **MODELOS MIXTOS (O DE RASGOS):** definen la IE como una combinación de diferentes variables como dimensiones de personalidad con competencias socio-emocionales y aspectos motivacionales. Los más conocidos son los modelos de Goleman y Bar-On; otros recientemente desarrollados son el de Petrides y Tett (para una revisión ver Gardner y Qualter, 2010b; Petrides, 2011). Estos modelos han sido criticados porque se considera que sus afirmaciones no pueden ser contrastadas de forma empírica (Brackett et al. 2011; Brackett y Mayer, 2003; Daus y Ashkanasy, 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004b; Mayer et al., 2000a, 2004), y porque estos modelos incluyen solo algunos rasgos de personalidad o algunas habilidades emocionales, excluyendo a otras (Mayer et al., 2008b).

**Instrumentos de medida de los modelos mixtos:**

- **Cuestionarios de autoinforme**, en los que la persona muestra su percepción de autoeficacia emocional. Aunque este tipo de cuestionarios tienen ventajas reconocidas ya que son más rápidos de cumplimentar y suelen ser económicos, han recibido también críticas: los índices de IE se solapan con variables de personalidad, requiere que la persona que lo realiza tenga buena capacidad de insight emocional y la información puede estar sesgada por el autoconcepto del evaluado (Mayer et al., 2008b), evaluando más bien la percepción subjetiva de su IE (las habilidades emocionales que cree tener). También pueden producirse sesgos por el alto grado de deseabilidad social que habitualmente tienen las escalas de autoinforme.
- b) **MODELOS DE HABILIDAD:** encabezado por el equipo de Mayer y Salovey, en el que se entiende la IE como un conjunto de habilidades relacionadas con el procesamiento de la información emocional. Defienden que la IE es una inteligencia en el sentido tradicional del término y que las habilidades emocionales se pueden desarrollar.

**Instrumentos de medida creados desde el modelo de Mayer y Salovey:**

- **Trait Meta Mood Scale – TMMS-48: escala de autoinforme** basada en el modelo de 3 factores de Mayer y Salovey. Se trata de una escala autoaplicada de rasgo (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) que evalúa aspectos de la IE intrapersonal (llamada también IE Percibida). El TMMS incluye tres dimensiones: Atención a los propios sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones. En nuestro estado Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) han creado una versión reducida de este instrumento (TMMS-24), siendo esta escala de las más utilizadas en nuestro medio para la valoración de la IE.
- Basado también en el modelo de Mayer y Salovey, se creó la escala de autoinforme **SSRI** de Schutte (Schutte et al., 1998), de la que existe también una versión española.
- De las escalas de autoinforme para valorar la IE desde la formulación teórica de Mayer y Salovey, se considera que el TMMS es el que tiene los mayores criterios de calidad y fiabilidad (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999; Lizeretti, 2012a) así como adecuados índices de consistencia interna y validez convergente (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999), además de ser la más utilizada en la investigación psicológica en nuestro medio y Latinoamérica (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005), aunque al ser una escala de autoinforme presenta también limitaciones como las que han sido mencionadas en el punto anterior.
- Siguiendo las bases teóricas de su modelo de IE (como otro tipo de inteligencia), más adelante el equipo de Mayer y Salovey crearon una **escala de ejecución o habilidad** (instrumento más coherente con su formulación teórica): primero desarrollaron el MEIS (Mayer, Salovey y Caruso, 1999), posteriormente el MSCEIT Research versión 1.1 (Mayer et al. 2000b) y, finalmente, el **MSCEIT 2.0 Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test** (Mayer et al. 2002). El objetivo de estos instrumentos es la valoración de las habilidades emocionales de una forma más objetiva que las escalas de autoinforme, utilizando el mismo tipo de pruebas de ejecución que se utilizan para valorar otras inteligencias como la matemática o la lógico-espacial (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006a).

- Existen muy pocas alternativas al MSCEIT en cuanto a pruebas de habilidad; se tiene conocimiento de dos instrumentos: *Situational Test of Emotion Management (STEM)* y el *Situational Test of Emotional Understanding (STEU)*, pero hasta el momento actual existen pocos estudios realizados con ellos (Austin, 2010; Fiori y Antonakis, 2011).
- Las ventajas referidas a las escalas de habilidad son que proporcionan una medida de la IE actual, no requieren de nivel de insight, son más difíciles de falsear (ya que la persona desconoce la finalidad de la tarea) y tienen menos sesgos en sus respuestas porque la deseabilidad social queda más controlada que en las escalas de autoinforme. En cuanto a las críticas recibidas, éstas están relacionadas con que requieren de mayor tiempo de cumplimentación, son más costosas a nivel económico, aunque no requieren de nivel de insight no evalúan las vivencias internas ni los procesos de conciencia emocional y, por último, que sus índices se solapan con medidas de inteligencia verbal. Respecto a las escalas de habilidad, y aun admitiendo que son un instrumento más objetivo que las escalas de autoinforme, algunos autores (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Fernández-Berrocal y Extremera, 2005; Lizeretti, 2012a; Pena y Repetto, 2008) opinan que aunque valoran si la persona tiene desarrolladas las habilidades, no muestran si estas son puestas en práctica en su vida diaria (especialmente en el caso de la escala de Manejo Emocional).

Algunos autores (Lizeretti y Rodríguez, 2011; Mayer et al., 2000a) consideran que ambos instrumentos (TMMS y MSCEIT) pueden ser utilizados de forma complementaria, argumentando que con la escala de habilidad (MSCEIT) se valora si la persona tiene desarrolladas las habilidades emocionales y, con la de autoinforme (TMMS), si estas competencias desarrolladas se ponen en práctica en su vida diaria, ya que, como se ha comentado, los autoinformes nos informan del grado de autoeficacia emocional de la persona.

Por otro lado, en las medidas de habilidad se reduce el sesgo de varianza compartida respecto a las medidas de autoinforme debido al método, ya que tienen un formato diferente de presentación (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a). Según estos

mismos autores, las medidas de habilidad y autoinformes tienen bajas correlaciones entre sí (entre 0,2 y 0,3 según algunos estudios citados en el artículo de Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a), es decir que los instrumentos que miden la IE de los modelos mixtos y la de los modelos de habilidad están basados en diferentes constructos y miden aspectos emocionales diferentes (Petrides, 2011).

El modelo de habilidad del grupo de investigación de Mayer y Salovey es el que dispone de mayor reconocimiento empírico existiendo literatura científica relacionada (Lizeretti, 2012a). Este modelo teórico es también el que más repercusión ha tenido en la investigación sobre inteligencia emocional en el estado español (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a). Por estos motivos, y a pesar de que la mayoría de estudios publicados utilizan medidas de autoinforme por las ventajas que ofrecen respecto a las pruebas de habilidad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Pena y Repetto, 2008), las pruebas de habilidad se consideran más recomendables para comprobar los niveles de IE que la persona ha desarrollado (Kun y Demetrovics, 2010; Schutte et al., 2007).

### **2.2.3. Modelo de IE de Mayer y Salovey**

Basándonos en estos antecedentes, para realizar nuestro estudio nos hemos apoyado en el modelo de IE desarrollado por Mayer y Salovey porque, tal como se ha comentado, desarrolla el constructo de IE desde un punto de vista científico y riguroso, así que en adelante nos centraremos en su conceptualización teórica para desarrollar la introducción al concepto de IE.

Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios (2001) definen la emoción como una respuesta mental a un evento que incluye aspectos fisiológicos, experienciales y cognitivos, haciendo énfasis en que las emociones típicamente ocurren en respuesta a las relaciones interpersonales. Su modelo contempla el rol funcional de las emociones, viéndolas como útiles (lejos de otros enfoques en que se las considera como elementos perturbadores de los procesos cognitivos), y entendiéndolas como señales de comunicación que informan sobre las evaluaciones que realiza la persona y las reacciones que motivan sus relaciones interpersonales (Mayer et al., 2004), proporcionándonos información útil para solucionar nuestros problemas (Extremera y

Fernández-Berrocal, 2004a) y adaptarnos mejor al medio. Lizeretti (2012a) lo considera como un modelo de procesamiento emocional consciente porque entiende la emoción como una respuesta organizada que focaliza la capacidad cognitiva.

Así pues, el modelo de IE de Mayer y Salovey empieza con la idea de que las emociones contienen información sobre nuestras relaciones. Cuando la relación con otra persona u objeto cambia, también cambian los sentimientos hacia esa persona u objeto, y estos autores plantean que la IE, a su vez, se refiere a la capacidad de reconocer el significado de las emociones y sus relaciones, así como a razonar y resolver problemas sobre la base de ellas (Mayer et al., 2000a). Además, la IE también implica emplear las emociones para mejorar las actividades cognitivas.

En el año 1997, el equipo de Mayer y Salovey introdujeron factores cognitivos y redefinieron el concepto de **Inteligencia Emocional** como:

*La capacidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender las emociones y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones con la finalidad de promover el crecimiento emocional e intelectual. (Mayer y Salovey, 1997, Pág. 10)*

Con esta nueva definición proponen un modelo jerárquico en el que la IE se concibe como un conjunto de habilidades y está representada por un *modelo de 4 ramas*, dividiendo las habilidades de la IE en cuatro ramas (o factores) básicas organizadas desde los procesos psicológicos más elementales (1 y 2), hasta los más complejos (3 y 4); cada una de estas etapas se construye sobre la base de las habilidades conseguidas en la fase anterior. Se considera además que, dentro de cada rama, existe también un desarrollo progresivo de las habilidades desde las más básicas a las más sofisticadas (Mayer et al., 2004), considerando que estas ramas se han ido desarrollando desde la temprana infancia en adelante.

Las 4 ramas de la IE del Mayer y Salovey (ver esquema en tabla 1):

- 1) **Percepción emocional:** se trata de la habilidad más básica e implica la destreza para percibir las propias emociones y las de los demás, así como percibir emociones en objetos, arte, historias, música y otros estímulos. Esta habilidad se desarrolla desde el nacimiento, ya que los bebés observan las caras de sus cuidadores y aprenden pronto a identificar las emociones en las expresiones faciales y progresivamente a identificar también sus sentimientos a medida que van haciéndose mayores (Mayer et al., 2000a). En un nivel más complejo, se puede discriminar entre el comportamiento verbal y las manifestaciones expresivas de la persona captando el estado de ánimo real (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).
  
- 2) **Facilitación emocional:** es el segundo grupo de habilidades e implica generar, usar y sentir las emociones como necesarias para comunicar sentimientos, o utilizarlas en otros procesos cognitivos. Es decir, cómo las emociones afectan al sistema cognitivo y cómo nuestros estados afectivos pueden ayudar en la toma de decisiones, como por Ej. inducir un determinado estado emocional para mejorar el rendimiento cognitivo (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005). Se considera que diferentes estados emocionales podrían producir diferentes estilos cognitivos o incrementar el uso de estrategias de procesamiento. Así, el afecto positivo podría conducir hacia un pensamiento menos convencional y más creativo, facilitando el razonamiento inductivo; por el contrario, el afecto negativo podría llevar a aproximaciones más sistemáticas a la información, favoreciendo tareas de razonamiento deductivo (Fernández-Berrocal y Ramos 1999).
  
- 3) **Comprensión emocional:** es la habilidad para comprender la información emocional, cómo se combinan las emociones y cómo progresan a través del tiempo, así como saber apreciar los diferentes significados emocionales. La capacidad para identificar emociones en el discurso de nuestro interlocutor requiere la puesta en marcha de habilidades emocionales complejas (Fernández-Berrocal y Ramos 1999). Implica también la capacidad para interpretar su significado (por Ej. el remordimiento que puede surgir después de sentir pena y culpa por haber hablado mal a una persona, con el arrepentimiento posterior), el

cambio de una emoción a otra (de sorpresa por algo inesperado y desagradable, el enfado posterior y finalmente, el sentimiento de culpa si no se ha conseguido medir la manifestación de la ira) y también la aparición de sentimientos simultáneos y contradictorios (como los sentimientos de amor y odio hacia una persona) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

- 4) **Manejo emocional:** es la habilidad para estar abierto a los sentimientos, modular los propios y los de los demás, así como promover la comprensión y el crecimiento personal, como por Ej. saber calmarse después de sentirse enfadado o ser capaz de aliviar la ansiedad de otra persona. Estas habilidades implican la regulación y manejo de situaciones interpersonales (como por Ej. una discusión), así como estrategias de regulación intrapersonal para que las propias emociones no le sobrepasen (estrategias de comunicación, relajación, autoinstrucciones, etc.) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005). Esta rama está relacionada con la expresión conductual de la emoción y con las estrategias de afrontamiento (Lizeretti, 2012a).

El modelo teórico de IE de cuatro ramas propuesto por Mayer y Salovey ha sido apoyado mediante análisis factoriales confirmatorios (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Mayer et al., 2008b; Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2003; Brackett y Mayer, 2003; Brackett y Salovey, 2006).

Tabla 1. Las 4 ramas del Modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (1997)

<b>INTELIGENCIA EMOCIONAL</b>	<b>4: MANEJO EMOCIONAL PARA PROMOVER EL CRECIMIENTO EMOCIONAL Y INTELECTUAL</b>			
	Habilidad para estar abierto a los estados emocionales, tanto a los que son agradables, como a los desagradables	Habilidad para aproximarse o separarse de las emociones, reflexionar sobre ellas y determinar la utilidad de su información	Habilidad para controlar de forma reflexiva las emociones en uno mismo y en los demás	Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en los demás mediante la moderación de las emociones negativas y la potenciación de las agradables, sin reprimir ni exagerar la información que transmiten
	<b>3: COMPRENSIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EMOCIONES; EMPLEO DEL CONOCIMIENTO EMOCIONAL</b>			
	Habilidad para etiquetar las emociones y reconocer la relación entre las palabras y las emociones mismas (como la relación entre querer y amar)	Habilidad para interpretar la relación entre las emociones y las situaciones a las que obedecen (como la tristeza suele aparecer ante una pérdida)	Habilidad para comprender las emociones complejas (sentimientos simultáneos de amor y odio, o mezclados, como el asombro como una combinación de miedo y sorpresa)	Habilidad para reconocer las posibles transiciones de un estado emocional a otro (como el paso de la ira a la satisfacción, o de la ira a la vergüenza)
	<b>2: FACILITACIÓN EMOCIONAL DEL PENSAMIENTO</b>			
	Las emociones priorizan el pensamiento al dirigir la atención hacia la información importante	Las emociones pueden ser generadas para ayudar a la formación de juicio y recuerdos en relación a los sentimientos	El estado de ánimo cambia la perspectiva de la persona desde el optimismo al pesimismo, fomentando la consideración de múltiples puntos de vista	Los estados emocionales fomentan de forma diferente la aproximación a un problema específico (como por Ej. la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad)
	<b>1: PERCEPCIÓN, EVALUACIÓN Y EXPRESIÓN EMOCIONAL</b>			
	Habilidad para identificar las emociones, los estados físicos y pensamientos propios	Habilidad para identificar emociones en otras personas y en obras de arte a través del lenguaje, el sonido, la apariencia y la conducta	La habilidad para expresar las emociones con precisión y las necesidades relacionadas con esos sentimientos	La habilidad para discriminar entre la expresión emocional falsa o auténtica, honesta o deshonestas

Mayer y Salovey defienden que su modelo de IE, entendida como una habilidad, es diferente al definido por los modelos mixtos y que puede ser llamado de forma genuina Inteligencia Emocional puesto que forma parte de otras inteligencias tradicionales (especialmente la verbal) y porque es independiente de los rasgos estables de personalidad (como la extroversión o la timidez). Critican los planteamientos teóricos de los modelos mixtos porque consideran que “*son mucho más amplios y generales que lo que los significados de las palabras Inteligencia y Emocional pueden sugerir*” (Mayer et al., 2000a, p. 416), ya que incluyen distintos rasgos de personalidad y, en general, diversas habilidades personales.

Desde el punto de vista de Mayer y Salovey, la inteligencia emocional es entendida como un conjunto de meta-habilidades que pueden ser aprendidas y desarrolladas.

#### **2.2.4. Valoración de la IE desde el modelo de Mayer y Salovey: MSCEIT**

Tal como se ha comentado previamente, a lo largo de los años el equipo de Mayer y Salovey han desarrollado varios instrumentos (TMMS-48, MEIS, MSCEIT 1.1) con el objetivo de evaluar la IE, hasta desarrollar el **MSCEIT v.2.0**. (Mayer et al., 2002) que, mejorando a los anteriores, difiere de los clásicos cuestionarios de autoinforme, siendo una prueba de habilidad (o de ejecución). A través de diferentes ejercicios, esta prueba ofrece información sobre si la persona tiene desarrolladas o no las habilidades emocionales que se evalúan, aportando una información más objetiva y fiable que los autoinformes. Brackett y Salovey (2006) consideran que mantener el concepto de IE restringido a un modelo de habilidad hace posible analizar el grado en el que este tipo de inteligencia contribuye a la conducta de la persona.

Las respuestas son comparadas con criterios de puntuación predeterminados y objetivos en base a unas respuestas de consenso: de una muestra normativa de población general, de una muestra de expertos en emociones y de una muestra llamada target (las características de estas muestras se encuentran explicadas con más detalle en el apartado de metodología).

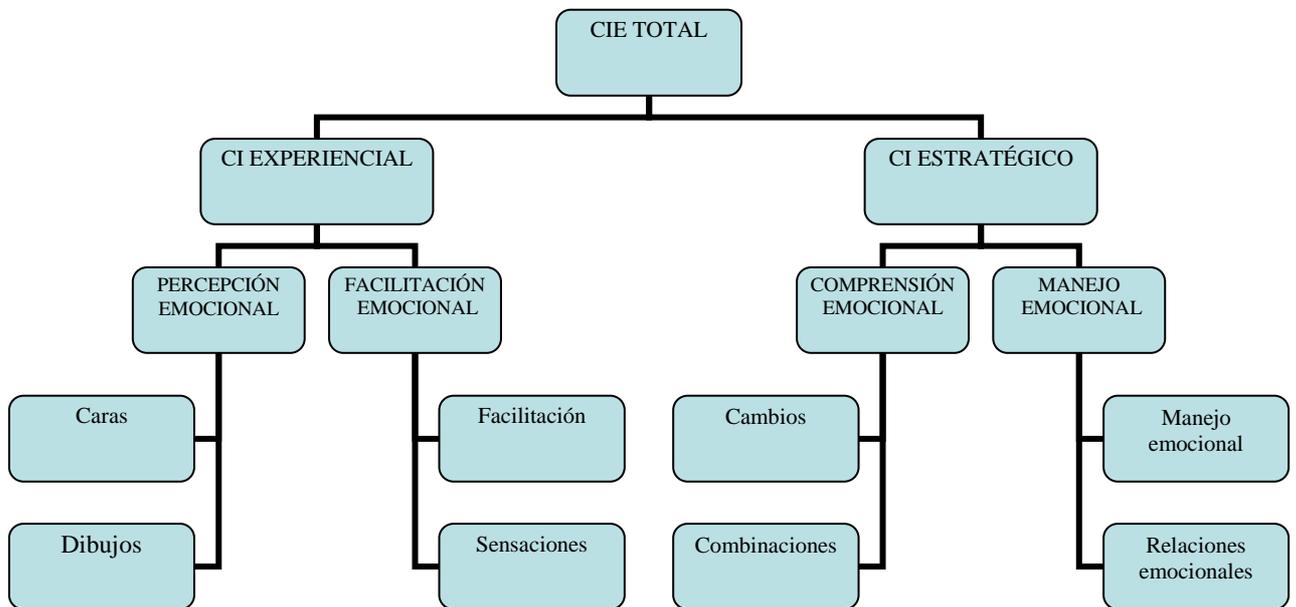


Figura 1. Estructura escalas MSCEIT

Siguiendo su modelo de 4 ramas, los autores de la escala proponen que las habilidades de IE incluidas en ellas pueden ser agrupadas dentro de dos grandes áreas: el **Área Experiencial** (relacionada con los sentimientos) que estaría formada por las ramas 1) Percepción Emocional y 2) Facilitación Emocional, y el **Área Estratégica** (relacionada con la capacidad para evaluar y planear acciones gracias a la información proporcionada por los sentimientos y las emociones), formada por las ramas 3) Comprensión Emocional y 4) Manejo Emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a). Finalmente, se calcula un coeficiente que integra las puntuaciones de las 4 ramas y refleja el nivel global de IE (**CIE Total**).

De este modo, el MSCEIT ofrece varias puntuaciones en diferentes escalas: una puntuación total, dos puntuaciones de área, 4 puntuaciones de rama y 8 tareas (2 para cada rama). Todas estas puntuaciones tienen relación entre ellas y, según sus autores, aunque son funcionalmente distintas, no se solapan ni conceptual ni empíricamente (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a).

A pesar de que sus autores refieren que los estudios publicados han mostrado que el MSCEIT tiene validez discriminante, convergente, predictiva e incremental (Brackett y Salovey, 2006), el MSCEIT ha generado un intenso y productivo debate acerca de sus propiedades psicométricas, principalmente sobre validez y criterios de consenso sobre las respuestas correctas, con defensores y detractores del instrumento (Brackett et al., 2011; Brackett y Salovey, 2006; Brody, 2004; Daus et al., 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Fan, Jackson, Yang, Tang y Zhang, 2010; Fiori et al., 2011; Gohm, 2004; Matthews et al., 2004; Maul, 2012; Mayer, et al., 2008a, 2004, 2008b, 2001, 2003; Petrides, 2011; Roberts, Zeider y Matthews, 2001; Roberts, Reid, O'Brien, MacCann, Maul, 2006; Rode et al., 2008). Los defensores de esta prueba de habilidad refieren que ha aportado cambios sustanciales en la evaluación de la IE, con mayor control de los sesgos perceptivos observados en otros instrumentos propuestos que se basan en medidas de autoinforme, así como una menor distorsión de la deseabilidad social.

Asimismo, se debe tener en cuenta que, si bien el MSCEIT ofrece un conjunto de tareas emocionales más novedosas en su procedimiento y formato que las escalas de autoinforme, ya que avalúan el estilo en que la persona resuelve determinados problemas emocionales, las escalas de habilidad tienen también limitaciones. Estas limitaciones se dan en la valoración de las habilidades emocionales reales de la persona ya que, tal como se ha comentado, muestran el nivel de conocimiento emocional que tiene la persona pero no nos proporcionan un índice de la habilidad real en IE (por ejemplo, la rama Manejo Emocional valora más bien el conocimiento de las estrategias emocionales efectivas para manejar situaciones que no la habilidad para implementarlas en la vida cotidiana) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

Aunque los mismos autores de la prueba identifican y aceptan limitaciones en su instrumento, afirman que el MSCEIT es globalmente una medida útil y una aproximación integradora para medir la IE (Mayer et al., 2008b), afirmando que es seguro en lo que refiere a la puntuación total, en las dos áreas y en las 4 ramas, proporcionando una medida válida de la IE desde el punto de vista psicométrico (Mayer et al., 2004).

En resumen, aunque presente algunas limitaciones, el modelo de Mayer y Salovey proporciona un marco seguro de actuación por la rigurosidad de sus supuestos teóricos, fomentando la investigación en el campo de la IE, proporcionando instrumentos que miden las habilidades descritas en su teoría y facilitando la elaboración de programas para el desarrollo de competencias emocionales (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

#### **2.2.4.1. IE valorada con el MSCEIT: otro tipo de inteligencia**

Los autores del instrumento consideran que la Inteligencia Emocional valorada con el MSCEIT se puede considerar otro tipo de inteligencia porque (Brackett y Salovey, 2006):

- a) Tiene una estructura factorial congruente con el modelo teórico de las cuatro ramas.
- b) Las cuatro habilidades muestran una única varianza, pero tienen una relación significativa con otras capacidades mentales tales como la inteligencia verbal.
- c) La inteligencia emocional tiende a desarrollarse y a aumentar con la edad y la experiencia, como los otros tipos de inteligencias.
- d) Las habilidades pueden ser medidas de forma objetiva mediante la ejecución de tareas emocionales, de la misma manera que el cociente intelectual (CI) puede evaluarse a través de las habilidades puestas en práctica, como por ejemplo, en el test de inteligencia de Wechsler (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003).

A pesar del debate y las críticas que ha generado la afirmación de que la IE medida con el MSCEIT cumple criterios para ser considerada otro tipo de inteligencia (Brody, 2004; Matthews et al., 2004), sus autores defienden este planteamiento refiriendo que la IE parece no guardar una fuerte relación directa con la inteligencia cognitiva, justificándolo con las correlaciones entre débiles y moderadas encontradas con el Cociente Intelectual (CI) que define la inteligencia psicométrica tradicional. Los estudios realizados muestran correlaciones positivas débiles ( $r = 0,10$  y  $0,20$ ) entre la IE y otras inteligencias como la organización perceptiva, la numérica y la espacial, (Mayer et al. 2008a). En el caso de la inteligencia verbal se encuentran correlaciones positivas moderadas entre la inteligencia cristalizada y la IE entre  $r = 0,30$  y  $0,40$  (entre débiles y

moderadas), siendo la rama de Comprensión Emocional la que presenta mayor correlación (Mayer et al., 2008a, 2008b), ya que esta área está muy relacionada con el conocimiento del vocabulario emocional (Brackett et al., 2011). Esta relación se da en la dirección esperada, es decir, una alta inteligencia cognitiva se relaciona con una mayor inteligencia emocional. Los autores de este modelo refieren que este tipo de relación es la esperada ya que si dos tipos de inteligencias tienen correlaciones fuertes entre ellas se consideraría que representan la misma inteligencia, así que, de forma ideal, una nueva inteligencia debería tener correlaciones entre bajas y moderadas con las tempranas inteligencias, puesto que significa que esta nueva inteligencia es diferente de las previas y que aporta aspectos nuevos de la persona. Por el contrario, si no existiese ninguna relación, significaría que esta nueva inteligencia es tan diferente que no se trata de una inteligencia en absoluto (Mayer y Salovey, 1997), ya que las habilidades cognitivas tienden a intercorrelacionar. Por estos motivos Mayer (2008a) afirma que, aunque tienen relación, la IE se puede considerar diferente de la inteligencia verbal (Brackett y Mayer, 2003). En este sentido, el MSCEIT correlaciona con medidas de inteligencia verbal debido a que las tareas utilizadas requieren una carga verbal elevada porque se necesitan conocimientos de vocabulario emocional para ejecutarlas (Mayer et al., 2004; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

#### **2.2.4.2. IE valorada con el MSCEIT: independiente de las escalas de personalidad**

Mayer y Salovey también defienden que la IE valorada desde su modelo es relativamente independiente de las escalas clásicas de personalidad (Mayer et al., 2008b; Brackett y Mayer, 2003), como del modelo de los cinco grandes (*Big five* de Costa y McCrae, 1992), entre otros. Las modestas correlaciones encontradas con medidas de personalidad y con las inteligencias tradicionales confirman, según Mayer y Salovey, que la IE es un nuevo constructo (Mayer et al., 2008b). En este sentido, Lizeretti y Extremera (2011) hacen hincapié en la importancia de distinguir conceptualmente la IE de otros constructos clásicos como la personalidad y las habilidades cognitivas, aun admitiendo que estas pueden compartir algunos aspectos con la IE y se puede encontrar algún nivel de solapamiento entre ellas, también consideran la IE como un nuevo constructo que añade un valor más allá de estos constructos clásicos (Lizeretti y Extremera, 2011).

Según Mayer y su equipo (2008b) las escalas de los modelos mixtos, a diferencia del MSCEIT, se superponen de forma clara con instrumentos de medida de la personalidad.

#### **2.2.4.3. IE valorada con el MSCEIT: diferencias de género**

Existen diferencias en IE entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes suelen obtener mejores resultados cuando se valoran sus competencias emocionales (Brackett y Salovey, 2006; Fernández-Berrocal, Cabello, Castillo y Extremera, 2012, Mayer et al., 2000a). En su artículo, Brackett y Salovey (2006) realizan una revisión de la literatura científica relacionada, concluyendo que existen dos posibles explicaciones a estas diferencias: la biológica y la social.

Por un lado la explicación biológica encuentra que las áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento emocional están más desarrolladas en mujeres que en hombres: en un estudio de Gur, R. C., Gunning-Dixon, Bilker y Gur, R. E. (2002) se encuentra que aunque la amígdala y el hipocampo, así como la corteza prefrontal dorsal tenían el mismo volumen en hombres y mujeres, estas tenían más desarrollada la corteza orbito-frontal, dedicada a la modulación y procesamiento emocional (región que se considera que forma parte del sistema límbico). Debido a estas diferencias se intuye que la bioquímica de las mujeres estaría más preparada para tener en cuenta sus propias emociones y las de los demás como un mecanismo de supervivencia.

La explicación basada en aspectos sociales defiende que las mujeres reciben desde la infancia una educación más orientada hacia los aspectos emocionales que en el caso de los hombres, hecho que implicaría que las mujeres estuvieran más en contacto con el mundo emocional.

En relación a estos datos, Brackett y Salovey (2006) hipotetizan que el tipo de interacciones que se establecen en la infancia entre la madre y sus hijos, y que podría variar entre ambos sexos, potenciaría en las mujeres un mayor desarrollo de las regiones del cerebro relacionadas con el procesamiento emocional.

Ambos planteamientos, el biológico y el social, disponen de soporte empírico que muestra que las mujeres suelen tener mayor conocimiento emocional, expresan con mayor fluidez y frecuencia emociones positivas y negativas, tienen mayores competencias interpersonales y son más hábiles a nivel social (Fernández-Berrocal et al., 2012). Los resultados del estudio de Fernández-Berrocal muestran que las diferencias de género encontradas en IE están mediadas por la edad, encontrando que estas diferencias entre sexos pueden disminuir e incluso llegar a desaparecer con el paso de los años.

Teniendo en cuenta estas diferencias el instrumento dispone de baremos diferenciados por sexo.

#### **2.2.4.4. IE valorada con el MSCEIT: edad**

En relación a la edad, los estudios refieren que las habilidades emocionales medidas con escalas de ejecución se desarrollan con los años, correlacionando de forma positiva, así las personas de más edad usualmente tienen mejores puntuaciones en IE que las personas más jóvenes (Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006a; Mayer et al., 2004). Los baremos del instrumento también se encuentran diferenciados según la edad.

#### **2.2.5. Inteligencia Emocional, bienestar psicológico y ajuste**

La IE jugaría un papel elemental en el establecimiento, mantenimiento y calidad de las relaciones interpersonales (Brackett y Salovey, 2006; Brody, 2011; Lopes et al., 2011; Mayer et al., 2008a y 2004) ya que se considera que una persona con alta IE es más hábil en la percepción y comprensión de las emociones propias y ajenas, y posee mejores habilidades de regulación. Además, la IE implicaría el uso inteligente de las emociones para poder conseguir intencionadamente que estas nos ayuden a tomar las decisiones más adecuadas en los distintos ámbitos de la vida.

La inteligencia emocional está relacionada no sólo con el ajuste social, sino también se ha relacionado con el éxito académico, la satisfacción personal y el bienestar psicológico (Brackett y Salovey, 2006; Brackett et al., 2011; Gardner y Qualter, 2009;

Mayer et al., 2008a y 2004; Oberst y Chamarro, 2004). Los sujetos que puntúan alto en los instrumentos de evaluación de IE refieren mayor satisfacción con la vida, mayor calidad y cantidad de relaciones sociales, un clima familiar más positivo, más éxito académico y mayor conducta prosocial que las personas con baja IE (Hertel, Schütz y Lammers, 2009; Mayer et al., 2008a; Oberst y Lizeretti, 2004).

Las personas con IE elevada tienen más habilidades de afrontamiento ya que comprenden de forma adecuada sus emociones y regulan mejor su estado de ánimo (Markey y Vander Wal, 2007). Las personas con alta IE tienen menos problemas de comportamiento y menos conductas autodestructivas y negativas como fumar, abuso de alcohol o drogas, o episodios de violencia hacia otros (Mayer et al., 2000a). La investigación en este campo muestra que las personas con más IE tienden a tener un estado de ánimo más positivo y son más hábiles reparando su estado de ánimo después de haber sido inducido a emociones desagradables (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006a; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley y Hollander, 2002).

En definitiva, parece que las personas emocionalmente inteligentes, afrontan de forma más efectiva las demandas del entorno (Tsaousis y Nikolaou, 2005), pueden gestionar sus emociones de forma más eficaz y, consecuentemente, están más preparadas para afrontar mejor los cambios que se produzcan en su vida (Brackett y Salovey, 2006), lo que contribuye a una mejor salud mental (Oberst y Lizeretti, 2004; Taylor, 2001). Desde esta perspectiva la IE constituiría un factor de protección ante el malestar psicológico y los trastornos mentales (Lizeretti, Extremera y Rodríguez, 2012c; Lizeretti y Rodríguez, 2011).

Por el contrario, la baja IE se ha asociado con una mayor presencia de trastornos mentales (Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007).

#### **2.2.6. Correlación entre Inteligencia Emocional y salud mental**

En estudios recientes se ha encontrado una relación inversa entre la IE y la ansiedad y depresión, apuntando a que una baja IE podría convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales; es el caso de Lizeretti y Extremera (2011) y

Lizeretti et al. (2012c) en muestras clínicas; Ciarrochi, Deane y Anderson (2002), Dawda y Hart (2000) y Tsaousis et al. (2005) en muestras no clínicas. En relación a esto, debe tenerse en cuenta que la fuerza de la relación encontrada entre la IE y la salud mental puede variar en función del instrumento de IE elegido (Bastian et al., 2005; Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007; Zeidner et al., 2012).

En dos recientes meta-análisis (Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007), se analizan los estudios publicados que relacionan la IE con la salud mental, los trastornos psicosomáticos y la salud física. En el artículo de Schutte (2007) se analizan 44 estudios (con un total de cerca de 8000 participantes) en los que se relaciona la IE con la salud mental, encontrando que existe una relación inversa entre IE y la patología mental con un promedio de  $r = -0,29$  (cabe tener en cuenta que aquí se incluyen tanto estudios realizados con escalas de modelos mixtos como con escalas de habilidad).

Siguiendo el trabajo realizado por Schutte, Martins et al. (2010) amplían el meta-análisis con nuevos estudios publicados que relacionan la IE con la salud, aumentando el análisis a 105 estudios con un total de casi 20.000 participantes. En este meta-análisis, Martins y su equipo añaden 44 estudios del ámbito de la salud mental y encuentran correlaciones en la línea de su antecesor, aunque ligeramente más fuertes ( $r = -0,36$  entre IE y la gravedad de la psicopatología clínica).

Ambos estudios encuentran diferencias en la magnitud de la relación si se analiza la IE con instrumentos de habilidad o de rasgo, concluyendo que la fuerza de la relación encontrada en los estudios con el modelo de habilidad es inferior a la encontrada con los instrumentos de los modelos mixtos.

En el estudio de Martins et al. (2010) se muestra que las correlaciones encontradas con las escalas de habilidad entre la IE y la gravedad de la psicopatología clínica tienen un promedio de  $r = -0,17$ . Las relaciones encontradas con los modelos mixtos son claramente superiores: el TEIQue (The Trait Emotional Intelligence Questionnaire; Petrides, 2009) obtiene las mayores correlaciones con la psicopatología clínica (promedio de  $r = -0,50$ ), seguido por el EQ-i (Bar-On Emotional Quotient Inventory; Bar-On, 1997) con un promedio de  $r = -0,44$ , el SEIS (Schutte Emotional Intelligence

Scale; Schutte et al., 1998) con un promedio de  $r = -0,29$  y el TMMS (Trait Meta-Mood Scale; Salovey et al., 1995) con un promedio de  $r = -0,24$ . Estos valores más elevados encontrados con los modelos mixtos pueden ser debidos, según algunos autores, a que en sus escalas de IE existe un solapamiento con factores de personalidad y variables de bienestar emocional (Bastian, Burns y Nettelbeck, 2005; Ciarrochi et al., 2002; Extremera, Fernández-Berrocal, Ruíz-Aranda y Cabello, 2006b; James, Bore y Zito, 2012), y algunas escalas de rasgo (como el EQ-i de Bar-On y el TEIQue de Petrides) incluyen subescalas de bienestar como el estado de ánimo, el optimismo y la felicidad, que correlacionan con los resultados de bienestar (Zeidner, Matthews y Roberts, 2012). También cabe tener en cuenta el sesgo que puede producir el autoconcepto del evaluado sobre los resultados en las escalas de autoinforme (Mayer et al., 2008b).

Precisamente por la fuerza de la relación encontrada entre la IE y la psicopatología clínica (entre débil y moderada), Oberst y Lizeretti (2004) refieren que, aunque en muchos de los trastornos psicopatológicos descritos se pueden encontrar aspectos de baja IE, consideran un error pensar que una alta IE es una garantía para la felicidad y la salud mental, ya que existen otros factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales.

A continuación se citan los estudios encontrados que relacionan la IE con la psicopatología clínica que ha sido evaluada en el presente estudio: actitudes alimentarias de riesgo, clínica ansiosa, clínica depresiva y malestar psicológico general.

En relación a las actitudes alimentarias de riesgo, el EAT-40 es una escala que goza de aceptación para la valoración de la clínica alimentaria en personas con y sin TCA (Mintz y O'Halloran, 2000; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009).

No se conocen estudios que relacionen el MSCEIT con el EAT en una muestra clínica de personas con TCA, por lo que en la tabla 2 se revisan los pocos estudios que relacionan el EAT con la IE, todos ellos realizados con la escala de IE de Bar-On, excepto el de Pettit, Jacobs, Page y Porras (2010) realizado con el TMMS. De estos estudios, solo en uno (Costarelli y Stamou, 2009b) realizado para explorar actitudes alimentarias en deportistas, no se encuentra relación entre la IE (Bar-On) y el EAT-26.

En los otros tres estudios (Costarelli et al., 2009a; Filaire et al. 2011; Pettit et al., 2010) se encuentran correlaciones negativas.

Tabla 2. Estudios que relacionan IE y clínica alimentaria

Estudio	Año	Población	Instrumento de IE	EAT	Correlaciones
<b>IE MEDIDA CON ESCALAS DE AUTOINFORME</b>					
Costarelli y Stamou	2009b	No clínica	EQ-i (Bar-On)	EAT-26 <sup>1</sup>	No se encuentran
Costarelli et al.	2009a	No clínica	EQ-i (Bar-On)	EAT-26 <sup>1</sup>	r = -0.22* y -0.26*
Filaire et al.	2011	No clínica	EQ-i (Bar-On)	EAT-26 <sup>1</sup>	r = -0.64** y -0.74**
Pettit et al.	2010	No clínica	TMMS	EAT-26 <sup>1</sup>	r = -0.15* y -0.17**

Nota: significación: p < 0.05\*, p < 0,01\*\*

EAT-26<sup>1</sup>: versión reducida de la escala de Actitudes Alimentarias EAT-40

En relación a la clínica ansiosa no se tiene conocimiento de la existencia de estudios realizados con población con TCA que relacionen el MSCEIT con el STAI.

En la tabla 3 se citan los estudios que relacionan la IE (tanto con el MSCEIT como con las escalas autoaplicadas) con la clínica ansiosa, aunque la mayoría de ellos han sido realizados en población no clínica (excepto el de Hambrook et al. 2012 y el de Jacobs et al., 2008). Las correlaciones encontradas son todas negativas situadas entre -0,24 y -0,66. La variabilidad que se objetiva en los valores de correlación entre los estudios citados (Bastian et al., 2005; Costarelli et al., 2009a; Costarelli y Stamou, 2009b; David, 2002; Fernández- Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006b; Hambrook et al., 2012; Head, 2002; Jacobs et al., 2008; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco; O'Connor y Little, 2003; Rosete y Ciarrochi, 2005) puede ser debida a las diferencias existentes entre los distintos instrumentos utilizados para medir la ansiedad, y a las ya mencionadas diferencias existentes entre los distintos instrumentos para valorar la IE.

Tabla 3. Estudios que relacionan IE y clínica ansiosa

Estudio	Año	Población	Instrumento de IE	Instrumento Ansiedad	Correlaciones
<b>IE MEDIDA CON ESCALAS DE HABILIDAD</b>					
Head <sup>1</sup> (Citado en Brackett y Salovey, 2006)	2002	Se desconoce	MSCEIT	STAI	r = - 0.29
David <sup>2</sup> (Citado en Brackett y Salovey, 2006)	2002	Se desconoce	MSCEIT	STAI	r = -0.31
Hambrook et al.	2012	Clínica: AN	MSCEIT	HADS	r = - 0.46**
O'Connor y Little	2003	General	MSCEIT	16PF Anxiety	r = -0.24*
Rosete y Ciarrochi	2005	General	MSCEIT	16PF Anxiety	r = -0.22* y -0.28**
Bastian et al.	2005	General	MSCEIT	ATI	r = -0.24*
Jacobs et al.	2008	Clínica: Fobia Social	MSCEIT	LSAS BAI	r = -0.46* y -0.63** No se encuentran
<b>IE MEDIDA CON ESCALAS DE AUTOINFORME</b>					
Costarelli et al.	2009a	General	EQ-i (Bar-On)	STAI	r = -0.25* y -0.58**
Costarelli y Stamou	2009b	General	EQ-i (Bar-On)	STAI	r = -0.27* y -0.66**
Fernández-Berrocal, et al.	2006b	General	TMMS-24	STAI	r = -0.42** y -0.56**
Mennin et al.	2005	General	TMMS	STAI	r = -0.21** y -0.63**

Nota: significación: p < 0.05\*, p < 0,01\*\*

Head <sup>1</sup>: tesis doctoral no publicada: “*Revealing moods: a diary study of everyday events, personality and mood*”, Yale University

David <sup>2</sup>: tesis doctoral no publicada: “*Emotional intelligence: developmental antecedents, psychological and social outcomes*”, Merlbourne University

En relación a la clínica depresiva tenemos conocimiento de un solo estudio que relaciona la IE con el MSCEIT en población clínica con TCA, concretamente con personas con AN (Hambrook et al., 2012). En este estudio no se encuentra relación entre la IE y la depresión medida con el HADS (tabla 4).

Según el modelo de IE de Mayer y Salovey, la IE podría ser considerada un factor protector frente a situaciones generadoras de afecto negativo (Extremera et al., 2006b). Aquellas personas con mayores niveles de IE tienden a tener un estado de ánimo más positivo y son capaces de reparar su estado afectivo después de un acontecimiento

generador de malestar emocional (Schutte et al., 2002), por lo que espera encontrar una relación inversa entre IE y clínica depresiva.

El resto de estudios citados en la tabla 4 (Dawda y Hart, 2000; Extremera et al., 2006b; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003; Head, 2002; Mennin et al., 2005) han sido realizados en población general y todos encuentran correlaciones inversas entre  $r = -0,09$  y  $-0,67$ , en función del estudio y del tipo de instrumentos utilizados, como también ha sido comentado en el apartado anterior relativo a la clínica ansiosa.

Extremera et al. (2006b) consideran que no se espera que las correlaciones entre la IE y variables como la depresión sean muy elevadas, ya que ser emocionalmente inteligente no significa no sentir ni expresar los estados emocionales negativos, puesto que esta capacidad para poder sentir y expresar las emociones negativas es una habilidad adaptativa.

En relación a las escalas de autoinforme, Extremera et al. (2006b) también apuntan que se debe tener en cuenta que la IE evaluada con estos instrumentos puede tener algunos problemas de valor predictivo cuando se relaciona con otras medidas autoinformadas, como es el caso del BDI depresión, por un problema de sesgo del método de varianza compartida y de semejanza semántica de algunos ítems.

En la revisión realizada por Zeidner et al. (2012) se reflexiona sobre la dificultad de determinar el papel causal de la Baja IE en los trastornos afectivos, citando una investigación (Hansenne y Bianchi, 2009) que hipotetiza que la baja IE podría ser la consecuencia, en vez de la causa, de los síntomas depresivos.

Tabla 4. Estudios que relacionan IE y clínica depresiva

Estudio	Año	Población	Instrumento de IE	Instrumento Depresión	Correlaciones
<b>IE MEDIDA CON ESCALAS DE HABILIDAD</b>					
Hambrook et al.	2012	Clínica: AN	MSCEIT	HADS	No se encuentran
Head <sup>1</sup> (Citado en Brackett y Salovey, 2006)	2002	Se desconoce	MSCEIT	BDI	r = - 0.33
Extremera et al.	2006b	General	MSCEIT	BDI	r = -0.09** y -0.13**
<b>IE MEDIDA CON ESCALAS DE AUTOINFORME</b>					
Fernández-Berrocal et al.	2003	General	TMMS-24	BDI	r = -0.24** y -0.37**
Mennin et al.	2005	General	TMMS	BDI	r = -0.12** y -0.44**
Dawda y Hart	2000	General	EQ-i (Bar-On)	BDI	r = -0.22* y -0.67**

Nota: significación: p < 0.05\*, p < 0,01\*\*

Head <sup>1</sup>: tesis doctoral no publicada: “*Revealing moods: a diary study of everyday events, personality and mood*”, Yale University

En relación a la psicopatología clínica general medida con el BSI, se desconoce la existencia de estudios que relacionen el MSCEIT y el BSI en población con TCA. Boyd (2006) utiliza ambos instrumentos pero no valora la correlación entre ellos. Tampoco se han encontrado investigaciones con estos mismos instrumentos en otro tipo de poblaciones. Por este motivo se han buscado estudios que relacionan la IE (medida con escalas de autoinforme) con la escala BSI o su versión extensa original SCL-90, citados en la tabla 5.

Los tres estudios de Lizeretti realizados en población clínica (Lizeretti et al., 2012c; Lizeretti y Rodríguez, 2012b; Lizeretti y Extremera, 2011) con la escala autoaplicada TMMS-24 y el SCL-90, encuentran relaciones significativas entre ambos instrumentos. Aunque la dirección de la relación varía en función de las escalas del TMMS, las correlaciones se encuentran situadas entre r = 0,17 y 0,49.

Los otros estudios citados en la tabla 5 (James et al., 2012; Sousa, 2010; Nelis, Quoidbach, Hansenne y Mikolajczak, 2011; Mikolajczak, Luminet y Menil, 2006), han sido realizados con el BSI y otras escalas de autoinforme de IE, y encuentran una relación inversa entre ambas variables, con correlaciones situadas entre r = -0,13 y -

0,67. Como en los puntos anteriores, probablemente la variabilidad de instrumentos para la valoración de la IE provoca diferencias en la fuerza de la relación con el BSI.

Tabla 5. Estudios que relacionan IE y psicopatología clínica general

Estudio	Año	Población	Instrumento de IE	Instrumento BSI / SCL-90 <sup>1</sup>	Correlaciones
<b>IE MEDIDA CON ESCALAS DE AUTOINFORME</b>					
Lizeretti y Extremera	2011	Clínica: - Tr. Ansiedad generalizada	TMMS-24	SCL-90 <sup>1</sup>	r = -0.26* y -0.41** (significativas en claridad y reparación)
Lizeretti et al.	2012c	Clínica: - Tr. Ansiedad - Tr. Depresivo - Tr. Abuso Subst. - Tr. Psicótico - Tr. Límite Pers.	TMMS-24	SCL-90 <sup>1</sup>	r = 0.17* y 0.44** (positivas en el factor Atención y negativas en los factores Claridad y Reparación)
Lizeretti y Rodríguez	2012b	Clínica: agorafobia	TMMS-24	SCL-90 <sup>1</sup>	r = 0.20 y 0.49 (con el mismo patrón de relación que en anterior estudio)
James et al.	2012	General	16-item questionnaire <sup>2</sup>	BSI	r = - 0.17* y - 0.40**
Sousa	2010	General	EAAIE <sup>3</sup>	BSI	r = - 0.13* y - 0.28**
Nelis et al.	2011	General	ERP-R <sup>4</sup>	BSI	r = - 0.39** y - 0.63**
Mikolajczak et al.	2006	General	TEIQue-SF <sup>5</sup>	BSI	r = -0.35** y -0.67**

Notas: significación: p < 0.05\*, p < 0,01\*\*

SCL-90<sup>1</sup>: versión extensa original del BSI, tienen las mismas escalas.

16-item questionnaire<sup>2</sup>: Instrumento IE (Wong y Law, 2002)

EAAIE<sup>3</sup>: Escala de Auto-Avaliação da Inteligência Emocional – adaptación portuguesa del SREIS (*Self-Rated of Emotional Intelligence Scale*). (Brackett y Salovey, 2006)

ERP-R<sup>4</sup>: versión francesa Emotional Regulation Profile-Questionnaire revised (Quoidbach, Nelis, Mikolajczak y Hansenne, 2007)

TEIQue-SF<sup>5</sup>: versión francesa Trait Emotional Intelligence questionnaire, short version (Mikolajczak, Luminet, Leroy y Roy, 2007)

### 2.2.7. Aplicación del MSCEIT en el campo de la salud mental

En los últimos años se están llevando a cabo estudios evaluando los niveles de IE con el MSCEIT en diferentes poblaciones clínicas, encontrando que los pacientes con trastorno mental obtienen menores puntuaciones en IE que personas sin trastorno. En muestras con TCA, los estudios de Hambrook et al. (2012) y Boyd (2006) (tabla 7). En la tabla 6, realizados con otras muestras clínicas los estudios de: Dawson, Kettler, Burton y

Galletly (2012), Eack, Greeno, Pogue-Geile, Newhill, Hogarty, G.E. y Keshavan (2010), Eack, Hogarty, G. E., Greenwald, Hogarty, S.S. y Keshavan (2007), Eack, Pogue-Geile, Greeno y Keshavan (2009), Kee et al. (2009), Lin, Wynn, Hellemann y Green (2012) y Wojtalik, Eack y Keshavan (2013) con pacientes con esquizofrenia; Jacobs et al. (2008) con pacientes con fobia social; Perna, Menotti, Borriello, Cavedini, Bellodi y Caldirola (2010) con una muestra clínica de personas con ansiedad y ataques de pánico; Lizeretti, Oberst, Chamarro y Farriols (2006) con varias muestras clínicas (agorafobia, dependencia de cocaína, depresión), y Hertel et al. (2009) también con varias muestras clínicas en el mismo estudio (depresión, trastorno límite de la personalidad, trastorno por abuso de sustancias) (ver cuadro resumen en tabla 6). Dados los resultados encontrados en sus estudios, tanto Lizeretti et al. (2006), como Hertel et al. (2009) sugieren la existencia de perfiles de IE específicos para los diferentes tipos de trastornos mentales. ´

La mayor parte de estos estudios concluyen que son necesarias más investigaciones realizadas con el MSCEIT en muestras clínicas, para mostrar como la IE puede ser aplicada en la práctica clínica para la mejora de la salud (Zeidner et al., 2012)

A continuación adjuntamos una tabla resumen (tabla 6) con los estudios publicados hasta la fecha que valoran la IE con el MSCEIT y la relacionan con psicopatología en muestras clínicas con trastorno mental.

Tabla 6. Estudios MSCEIT y psicopatología

AUTOR	AÑO	GRUPOS	N	SUJETOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS/CONCLUSIONES	LIMITACIONES/ RECOMENDACIONES
Dawson et al. (Australia).	2012	Clínico vs control	40	20 esquizofrenia 20 control	- MSCEIT (v. americana) - NART-Estimación intel. - BACS Funcionamiento neurocognitivo - SFS- Funcionamiento social	- Esquiz.: Resultados signif. inferiores en MSCEIT respecto control (CIE Total: 86<109; 4 ramas: 81 a 98, con peor rendimiento en Comprensión Em.) - Grupo control CIE Total > 100 - Esquiz. Peor rendimiento en BACS. Correlaciones positivas signif. entre Comprensión Em. y BACS Total y SFS - CIE Total no es un predictor útil del funcionamiento social total. Sería más útil para construir un perfil de las habilidades socio-cognitivas (incluida la IE) para crear programas	- Según sus autores, el hecho de que los grupos no han sido emparejados por CI - Tamaño muestral
Eack et al. (USA)	2007	Muestra clínica	38	28 esquizofrenia 10 esquizoafectivo	- MSCEIT(v. americana)	- Dividen en dos grupos: terapia cognitiva para mejorar la cognición social vs terapia soporte durante 1 año y retest - Grupo terapia cognitiva mejoraron más su rendimiento previo en MSCEIT que el grupo de soporte en: Facilitación, Comprensión y Manejo Em.	- Falta grupo control - Tamaño muestral - MSCEIT se muestra sensible al trat. enfocado a introducir cambios en la cognición social
Eack et al. (USA)	2009	Muestra clínica	64	37 esquizofrenia 23 esquizoafectivo 4 esquizofreniforme	- MSCEIT (v. americana) - Batería neuropsicológica - The Social Cognition Profile - Escalas de funciona- miento y ajuste social	- El MSCEIT se muestra adecuado para la valoración del componente emocional de la cognición social - El modelo de 4 factores del MSCEIT no funciona igual para el grupo con esquizofrenia que para la población normativa - Propone nuevo modelo de 2 factores para población con esquiz	- Comparan los resultados con los obtenidos por Mayer en la validación del MSCEIT (N=2099) y con la muestra de revisión Palmer de N=431 (2005)

AUTOR	AÑO	GRUPOS	N	SUJETOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS/CONCLUSIONES	LIMITACIONES/ RECOMENDACIONES
Eack et al. (USA)	2010	Muestra clínica	64	37 esquizofrenia 23 esquizoafectivo 4 esquizofreniforme	-MSCEIT(v. americana) - Batería neuropsicológica - The social cognition profile - 3 escalas de funcionalidad	- MSCEIT tiene adecuada consistencia interna - Resultados MSCEIT - 1 DT respecto media grupo normativo - No relación entre MSCEIT y Social cognition profile (indicando que MSCEIT está centrado en el componente emocional de la cognición social)	- Falta grupo control - Recomienda comparar MSCEIT con otros instrumentos que valoren cognición social y procesamiento emocional - Hacen falta más estudios sobre propiedades psicométricas del MSCEIT para pacientes con esquizofrenia (según sus autores quizás necesiten baremos diferentes)
Ermer, Kahn, Salovey y Kiehl (USA)	2012	Población penitenciaria	345	Hombres encarcelados	- MSCEIT(v. americana) - Estimación inteligencia (2 subescalas WAIS-III) - SCID-I – Diagnóstico eje I - PCL-R:escala psicopatía	- CIE total: 87; 4 factores: 83-103 - Inteligencia correlaciona con la IE - Controlado por nivel intelectual: bajo CI Estratégico está asociado con mayor psicopatía ( $r = -.16$ ; $P =$ 0.003), sobretodo Manejo Em. - No relación entre CIE Total ni CI Experiencial y psicopatía	
Hertel et al. (Alemania)	2009	Clínico vs control	179	31 Depresión 19 TLP 35 TUS 94 control	- MSCEIT(v. alemana) - SCL-90-R	- Grupos clínicos: CIE Total: 80-85; 4 factores: 80-98 - Resultados MSCEIT signif. superiores en grupo control respecto el resto de grupos en: CIE Total, Manejo y Comprensión Em. (Estratégico). También en Facilitación Em. - Más déficits en IE en TLP y TUS que en Depresión	- Importancia poder identificar déficits IE en los grupos diagnósticos para implantar programas de entrenamiento específicos

AUTOR	AÑO	GRUPOS	N	SUJETOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS/CONCLUSIONES	LIMITACIONES/ RECOMENDACIONES
Jacobs et al. (USA)	2008	Clínico vs control	49	28 Fobia Social Generalizada 21 control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSCEIT(v. americana)</li> <li>- LSAS (Leibowitz social anxiety scale)</li> <li>- BAI (Beck anxiety inventory)</li> <li>- GAF (Global assesment of functioning)</li> <li>- WASI (Wechsler Abreviated scale intelligence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo clínico: CIE Total: 99; 4 factores: 94-105. Todas en el rango de competencia</li> <li>- No diferencias significativas entre grupo clínico y grupo control</li> <li>- Correlación negativa significativa entre Ansiedad social y CI Experiencial (-.63; p=0.001), no se encuentra relación con el CI Estratégico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamaño muestral</li> </ul>
Kee et al. (USA)	2009	Clínico vs control	89	50 esquizofrenia 39 control	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSCEIT(v. americana)</li> <li>- SANS (Assesment of Negative Symptoms)</li> <li>- SAPS (Scale Assesment Positive Symptoms)</li> <li>- RFS, UCLA (escalas de funcionamiento social)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo clínico: CIE Total: 90; 4 factores: 86-98</li> <li>- Diferencias sign. entre clínico y control en: CIE Total; Percepción, Comprensión y Manejo Em. (Estratégico)</li> <li>- Realizan validación del MSCEIT en la muestra con esquiz. con buena fiabilidad y consistencia interna</li> <li>- Correlaciones negativas de pequeñas a moderadas entre MSCEIT y psicopatología SANS y SAPS</li> <li>- Correlaciones positivas de pequeñas a moderadas entre MSCEIT y funcionamiento psicosocial (RFS, UCLA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamaño muestral</li> </ul>

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>GRUPOS</b>	<b>N</b>	<b>SUJETOS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>RESULTADOS/CONCLUSIONES</b>	<b>LIMITACIONES/ RECOMENDACIONES</b>
Lizeretti et al. (España)	2006	Muestra clínica	62	24 agorafobia 18 Adicción cocaína 20 distimia o depresión	- MSCEIT(v. americana) - TMMS-24 - SCID I	- MSCEIT y TMMS miden diferentes dimensiones de IE - MSCEIT: medias en el pc 50 o inferior (IE media - baja) - Resultados inferiores en distimia (pc: 38) - Resultados TMMS-24: Atención normalidad, Claridad y Reparación normalidad-bajo - MSCEIT: diferencias sign. entre sexos en: CIE Total, Comprensión y Manejo Em.	- Tamaño muestral - Falta de grupo control
Perna et al. (Italia)	2010	Clínico vs control	91	42 tr. ataques pánico y agorafobia 49 controles	- MSCEIT - MIA (Mobility Inventory for Agorafobia)	- G. clínico: CIE Total: 87; 4 factores: 81-105 - Pacientes diferencias signif. respecto control en: CI Estratégico y en las ramas Comprensión y Manejo Em. - No encuentran relación entre IE y gravedad clínica	
Wojtalik, J.A (USA)	2013	Muestra clínica	51	34 esquizofrenia 17 esquizoafectivo	- MSCEIT (v. americana) - Neuroimagen: RMN	- Valoración de los correlatos neurobiológicos del MSCEIT - CIE Total: 86. Ramas: 86 - 94 - Las personas con menor puntuación en Facilitación, Comprensión y Manejo Em. muestran menor densidad de materia gris en áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento emocional - Los resultados aportan evidencia de la validez del MSCEIT para la valoración de la cognición social en esquizofrenia	- Tamaño muestral - Falta grupo control

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>GRUPOS</b>	<b>N</b>	<b>SUJETOS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>RESULTADOS/CONCLUSIONES</b>	<b>LIMITACIONES/ RECOMENDACIONES</b>
Lin et al. (USA)	2012	Muestra clínica	194	174 esquizofrenia 20 esquizoafectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSCEIT (v. americana)</li> <li>- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)</li> <li>- UCSD (Performance-based skills Assessment)</li> <li>- UPSA (Habilidades vida diaria)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 factores: 79 - 95</li> <li>- La IE en la esquizofrenia está organizada de manera diferente que en población sin Tr. Mental con otro orden de los 4 factores</li> <li>- Confirma resultados a los de Eack (2010)</li> <li>- MSCEIT correlaciones negativas débiles con psicopatología clínica y correlaciones positivas débiles-moderadas con Hab. Vida diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta grupo control</li> </ul>

### 2.2.8. Programas para el desarrollo de la IE

Dada la literatura científica relacionada con la IE y las consecuencias a nivel de bienestar psicológico y de la capacidad de adaptación y ajuste que comportan los déficits en habilidades emocionales, en los últimos años se han empezado a diseñar una serie de programas para promover el desarrollo de las competencias emocionales como parte del tratamiento de algunos trastornos mentales. Aunque muchos de estos programas están orientados al ámbito educativo (desde una perspectiva de prevención), existen algunas propuestas para adultos, algunas de ellas específicas para personas con enfermedad mental:

- Lizeretti (2012a) detalla en su libro los objetivos y la metodología de la Terapia basada en la Inteligencia Emocional. Se trata de un tratamiento multimodal que recurre a estrategias terapéuticas donde se combinan diversas modalidades de intervención. El objetivo que se persigue es el desarrollo del conocimiento emocional desde el abordaje integrador de la multidimensionalidad que suponen los fenómenos emocionales.
- Nelis, Quoidbach, Mikolajczak y Hansenne (2009) han diseñado también un programa de intervención para desarrollar el conocimiento emocional y aplicar estas habilidades emocionales en la vida diaria. Este programa, basado en el modelo teórico de Mayer y Salovey, está estructurado según las cuatro habilidades de este modelo.
- Brackett et al. (2011) también expone un programa de desarrollo de habilidades emocionales, que puede ser aplicado en el ámbito educativo, pero también en otros campos como el de los negocios, profesionales sanitarios y otros.

Existen estudios que han aplicado programas para la mejora de la IE, como el de Lizeretti (2009) que, en una investigación realizada en su tesis doctoral, pone en práctica un programa de tratamiento psicoterapéutico grupal (Terapia basada en la Inteligencia Emocional) en un grupo de 132 pacientes con trastorno de ansiedad, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada. Tras 24 sesiones realizadas en 6 meses, además de la mejora de los síntomas clínicos, el tratamiento se mostró eficaz en el

aumento de los niveles de IE previos. Estos cambios se mantuvieron a los 3 meses de la finalización de la terapia.

Kotsou, Nelis, Grégoire y Mikolajczak (2011) realizaron un estudio en una muestra no clínica, con el objetivo de demostrar que las habilidades emocionales se pueden desarrollar en adultos. Asignaron a los participantes en dos grupos de forma aleatoria: en uno de ellos se realizó una intervención grupal de entrenamiento en competencias emocionales de 15 horas de duración. El resto de participantes fueron asignados a un grupo control sin recibir entrenamiento. Encontraron que las personas que formaron parte del grupo de entrenamiento disminuyeron sus niveles de cortisol y mejoraron sus competencias emocionales, manteniéndose las habilidades emocionales desarrolladas al cabo de un año de la intervención.

Algunos autores refieren la necesidad de diseñar y aplicar programas para el desarrollo de las habilidades de IE como factor protector frente al desarrollo y mantenimiento de trastornos psicológicos (Gardner y Qualter, 2009; Kun y Demetrovics, 2010; Lizeretti, 2012a; Oberst y Lizeretti, 2004; Pena y Repetto, 2008) y para favorecer las estrategias de afrontamiento adaptativo (Zeidner et al., 2012).

Para la revisión de otros programas para el desarrollo de la Inteligencia Emocional ver: Cabello, Ruíz-Aranda y Fernández-Berrocal, 2010; Pena y Repetto, 2008.

## **2.3. Relación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Inteligencia Emocional**

### **2.3.1. Habilidades emocionales en los TCA**

La relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las dificultades emocionales ha estado ampliamente estudiada con diferentes constructos y distintos instrumentos para medir estos déficits, ya que se pone de manifiesto que las dificultades en el funcionamiento emocional y social juegan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Fox y Power, 2009c; Harrisson, Sullivan, Tchanguria y Treasure, 2010).

En relación a la dificultad de las personas con TCA en el ámbito emocional, Bydlowski et al. (2005) refieren que las personas con AN tienen dificultades no solo para diferenciar entre el hambre y la saciedad, sino que en general, presentan dificultades para diferenciar las sensaciones físicas de sus emociones íntimas. Las personas con BN suelen responder a las situaciones de estrés con conductas de atracones y vómitos, presentando dificultades para relacionar las crisis bulímicas con su estado emocional previo. En el caso de las personas con TA, estas suelen reaccionar también con atracones ante situaciones que activan emociones desagradables (Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo y Larimer, 2007), y presentan importantes dificultades para identificar y soportar el afecto negativo (Macht, 2008; Zeeck, Stelzer, Linster, Joos y Hartmann, 2011).

Durante los años de estudio de los Trastornos Alimentarios, algunos investigadores y clínicos han sugerido que muchos de los síntomas de los TCA como la restricción alimentaria, los atracones, los vómitos y las conductas hiperactivas, son un intento para regular o suprimir las emociones perturbadoras o aquellas que la persona no puede identificar (Sagardoy et al., 2014; Macht, 2008; Taylor, 2001). En esta línea Waller, Kennerley y Ohanian (2007) afirman también que la conducta restrictiva, así como la de atracón-vómito, son empleadas como estrategias para la supresión de las emociones, pero utilizadas en diferentes momentos: en el caso de la restricción, ésta se utilizaría para adelantarse (y evitar) la aparición de algún tipo de activación emocional, mientras

que los atracones y vómitos se utilizarían después de que la emoción se haya activado. Fox y Power (2009a, 2009c) y Fox y Froom (2009b), apuntan en una reciente línea de investigación sobre las emociones principales que se dan en las personas con TCA, que en estos cuadros clínicos las emociones negativas son percibidas como amenazantes, especialmente el enfado y la ira, siendo emociones clave en este trastorno.

### **2.3.2. TCA y alexitimia**

En la literatura científica publicada se objetiva que muchas de las dificultades en la esfera emocional de los TCA han estado asociadas con déficits en el procesamiento emocional y, especialmente en este tipo de trastornos, con el concepto de alexitimia que, como se detalla más adelante, tiene relación con la IE (Bydlowski et al., 2005; Harrison, Sullivan, Tchanguria y Treasure, 2009; Joos, Cabrillac, Hartmann, Wirsching y Zeeck, 2009).

La alexitimia, que literalmente significa “sin palabras para las emociones/afectos” (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet y Barbe, 2003), puede describirse como la presencia de dificultades en la identificación de las emociones y en la capacidad para distinguir las de las sensaciones físicas; dificultades para comunicar el propio estado emocional a los demás; poca capacidad introspectiva y de creatividad, y un estilo cognitivo orientado a lo concreto y externo (Bydlowski et al., 2005). Estas características reflejan un déficit en la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones (Díaz y Balbás, 2002). Las personas muy alexitímicas no entienden sus sentimientos y, por tanto, tampoco son capaces de leer las emociones en los demás, echo que implica limitaciones importantes para la empatía; se considera que la alexitimia implica, a nivel global, la presencia de déficits en el procesamiento emocional (Taylor, 2001). En este sentido existe una tendencia por parte de las personas con alexitimia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la experiencia emocional (Lizeretti, 2012a). Los estudios realizados para valorar este constructo lo definen como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y mentales relacionadas con la regulación de las emociones (Moral de la Rubia, 2006).

Un reciente meta-análisis sobre la valoración de la alexitimia en los TCA (Nowakowski, McFarlane y Cassin, 2013) encuentra que existe un potente cuerpo de investigación que muestra que las personas con este trastorno, en comparación con controles sanos, tienen déficits en la identificación y descripción de sus estados afectivos.

Tal como puede deducirse por los estudios publicados, la alexitimia es un constructo multidimensional bien estudiado en la literatura científica de los Trastornos Alimentarios (Harrison et al., 2009). Diversos estudios han encontrado que éste déficit está presente en un gran número de personas con dicho trastorno (Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2002; Joos et al., 2009; Pinaquy et al., 2003; Sagardoy et al., 2014), sugiriendo que las personas alexitímicas son más vulnerables a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La investigación publicada en este campo encuentra resultados contradictorios en relación a las diferencias entre los subtipos de TCA en sus niveles de alexitimia, pero parece que las personas con AN tienen mayores dificultades en la expresión emocional que las personas con BN. Los pocos estudios realizados con personas con TA (aunque no son comparados con otros subtipos TCA) indican que este grupo también presenta niveles elevados de alexitimia, presentando déficits en la identificación y expresión de sus emociones (Nowakowski et al., 2013). En el artículo de Espina et al. (2002) se citan diversos estudios que miden con el TAS-20 (escala de Alexitimia de Taylor, Ryan y Bagby, 1985) la incidencia de alexitimia en personas con TCA. Según los diferentes estudios recogidos en el citado artículo, la alexitimia se encontraría presente entre el 56% - 77% de los sujetos con Anorexia Nerviosa y entre el 32% - 55% de sujetos con Bulimia Nerviosa, concluyendo todos ellos que las personas con AN suelen presentar mayores niveles de alexitimia que las personas con BN. En el caso del TA, aunque sin aportar datos, Pinaquy (2003) refiere que las personas que manejan sus emociones con ingestas emocionales (“*emotional eating*”), también presentan niveles importantes de alexitimia. Se encuentra que las personas con mayores niveles de alexitimia tienen también mayor gravedad en las conductas alimentarias de riesgo y un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad (Sagardoy et al., 2014; Speranza, Loas, Wallier y Corcos, 2007).

En la revisión realizada por Nowakowski (2013) se destaca la influencia que tienen el maltrato y la negligencia en edades tempranas; éstos son contemplados como factores de riesgo para la depresión y la alexitimia, considerando que estos trastornos pueden incrementar el riesgo para el desarrollo de un TCA. La depresión es una variable asociada a la alexitimia y se han realizado estudios para analizar si la disminución de los niveles de la alexitimia están relacionados con la disminución de la clínica depresiva, encontrando que, si es tratada, la alexitimia puede decrecer a pesar de que los niveles de depresión se mantengan estables. La evidencia también sugiere que el tratamiento psicológico puede conducir a una mejora significativa en los niveles de alexitimia (Nowakowski, 2013).

### **2.3.3. Estudios de valoración de las habilidades emocionales en los TCA**

Se tiene conocimiento de la existencia de estudios que realizan valoraciones de habilidades emocionales en personas con TCA. La mayor parte de estos estudios se han llevado a cabo con pacientes con AN, porque son el grupo que parece tener mayores dificultades en la esfera emocional, especialmente en el reconocimiento de emociones en sí mismos y en los otros (Oldershaw, Hambrook, Stahl, Tchanguria, Treasure y Schmidt, 2011), y en el rango de emociones que pueden expresar verbalmente (Harrisson et al., 2009).

Aunque existen datos contradictorios en relación a las habilidades de las personas con TCA para el **reconocimiento facial de emociones** (Castro, Davies, Hale, Surguladze y Tchanturia, 2010), diversos autores (Harrison et al., 2010; Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak y Treasure, 2004; Troop, Schmidt y Treasure, 1995; Zonnevillje-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg y van Engelang, 2002) han publicado estudios en los que se han encontrado déficits en tareas de reconocimiento emocional en personas con trastornos alimentarios. Según Bydlowski et al. (2005) los pacientes con TCA, en general, parecen tener mayores dificultades en representar su experiencia emocional tan bien como los demás. De forma específica, en su estudio, las pacientes con AN obtuvieron un nivel más bajo de **conciencia emocional** que en las pacientes con BN (Bydlowski et al., 2005).

Los déficits en la **regulación emocional** también ha sido un importante campo de estudio en la conceptualización de los TCA (Harrison et al., 2009). Según este y otros autores, tal como se ha comentado previamente, muchas de las conductas relacionadas con el TCA (como los atracones, los vómitos o la restricción alimentaria) pueden ser usados para regular y manejar los estados emocionales dolorosos que experimenta la persona (Fox y Power, 2009a y 2009c; Fox y Froom 2009b; Hambrook et al., 2012; Harrison et al., 2009; Macht, 2008; Sagardoy et al., 2014; Taylor, 2001; Waller et al., 2007). En este sentido, Hambrook et al., (2011) refieren que las personas con TCA suelen manifestar dificultades para tolerar las emociones intensas y, debido a sus dificultades de regulación emocional, tienden a hacer importantes esfuerzos para evitar experimentar esas emociones. Ya en 1991 Heatherton y Baumeister proponían una teoría (“*escape theory*”) sobre la función del atracón para escapar de la consciencia de uno mismo (ya que algunas personas viven como insoportables algunas emociones desagradables), y consideraban que el estado de ánimo negativo suele preceder a los episodios de atracones y purgas en las personas con bulimia. Alpers y Tuschen-Caffier (2001) consideran que las personas con BN experimentan un importante nivel de emociones negativas previas a la conducta de atracón, empeorando después de éste y volviendo a los niveles anteriores tras la conducta purgativa. En esta misma línea, Polivy y Herman (2002) consideran que la conducta purgativa tiene como objetivo eliminar el sentimiento de culpa, pero también es utilizada como mecanismo para descargar ira, sobretodo en personas con problemas de asertividad y expresión emocional. Según esta misma autora, muchas de las personas que realizan purgas refieren que sus niveles de ansiedad y depresión disminuyen tras el episodio. En relación al procesamiento emocional en pacientes con TCA, Sagardoy et al. (2014) afirman en su artículo que la regulación emocional se encuentra relacionada de forma negativa con la ansiedad y la depresión, y de forma positiva con las estrategias de afrontamiento adaptativo. Whiteside et al. (2007) también sugieren en su estudio que el afecto negativo suele ser el precursor de los episodios de atracones y que estos, desde una perspectiva de regulación afectiva, son utilizados como un mecanismo de afrontamiento que proporciona un alivio momentáneo de las emociones desagradables. Zeeck et al. (2011) y Stice (2002) entienden los atracones como una estrategia para escapar de las emociones negativas. Fox y Power (2009a y 2009c) y Fox y Froom (2009b) también consideran que el TCA tiene la función de inhibir las emociones,

especialmente las desagradables. Por otro lado, algunos autores que entienden el TCA como una conducta adictiva (Bydlowsky et al. 2005; Kun y Demetrovics, 2010), considerando que esta conducta adictiva se utilizaría como una estrategia de afrontamiento para amortiguar el impacto de situaciones percibidas como emocionalmente estresantes (Oberst y Lizeretti, 2004; Polivy y Herman, 2002).

Poniendo el foco en el tipo de emociones que están más relacionadas con el TCA, Fox y Froom (2009b) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la relación entre las emociones básicas y los patrones alimentarios alterados en una muestra de personas con TCA. Se encontraron correlaciones positivas entre los síntomas alimentarios (EAT-26) y las emociones de tristeza ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,01$ ) y asco ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), y con la rabia ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,01$ ) y el miedo ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,01$ ); en el caso de la alegría, la relación es inversa y también significativa ( $r = - 0,42$ ;  $p < 0,01$ ). Aunque más moderadas, estas correlaciones se mantuvieron aun cuando la depresión y la ansiedad fueron controladas. En otro estudio, Fox y Power (2009c) analizan de forma extensa las publicaciones científicas que relacionan a las personas con TCA con las dificultades para experimentar y expresar las emociones básicas de rabia, tristeza, alegría, miedo y asco. Fox y Power (2009c) argumentan que la vergüenza sería una emoción central en los TCA, y que es habitual que estos pacientes experimenten niveles más elevados de vergüenza y culpa en relación a la comida, a sus propios sentimientos y a no poder controlar sus conductas, que otras personas sin trastorno. En esta línea, Zeeck et al. (2011) refieren que las personas con TCA presentan limitaciones para hacer frente a las emociones de rabia, a los sentimientos de soledad y al agotamiento.

Sagardoy et al. (2014) citan en su artículo que algunos estudios indican que el nivel de las dificultades emocionales que presentan estos pacientes está negativamente relacionado con la gravedad de los síntomas alimentarios; es decir, a menores habilidades de IE mayor restricción alimentaria en el caso de las personas con AN y mayores conductas purgativas en el caso de la BN.

En resumen, una vez revisada la literatura científica relativa a las dificultades emocionales que presentan las personas con TCA, se infiere que la mejora de estas habilidades emocionales podría repercutir de forma positiva en su evolución clínica,

proporcionando estrategias para identificar, comprender y regular sus emociones, para mejorar sus estrategias de procesamiento emocional y reducir sus niveles de malestar, con el objetivo de que disminuyan las conductas alimentarias de riesgo.

#### **2.3.4. Relación de la alexitimia y la IE**

Aunque existen muy pocos estudios que relacionen alexitimia con Inteligencia Emocional, Parker, Taylor y Bagby (2001) encontraron una significativa relación inversa ( $r = -0,72$ ;  $p < 0,01$ ) entre las puntuaciones de la escala de alexitimia (con el TAS-20) y el cuestionario de IE de Bar-On (EQ-i) concluyendo que, aunque alexitimia e IE son constructos independientes, existe una relación inversa estrecha, entendiendo que la alexitimia se puede considerar como el extremo opuesto de un continuo llamado IE, apuntando que a mayor nivel de alexitimia, menor inteligencia emocional (Lizeretti, 2012a; Oberst y Lizeretti, 2004; Schutte et al., 2007). Taylor (2001) afirma que la elevada alexitimia (y la baja Inteligencia Emocional) puede contribuir a que las personas tengan problemas interpersonales en sus relaciones sociales y en hacer frente al estrés.

Como crítica a los resultados de Parker y sus colaboradores, Zeidner et al. (2012) refieren que las correlaciones inversas encontradas entre el TAS-20 y la IE son debidas a que la alexitimia es un rasgo dimensional que correlaciona con el neuroticismo, por este motivo estos autores consideran que no es extraño que la alexitimia correlacione con la baja IE rasgo. Existe otro estudio (Lumley, Gustavson, Partridge y Labouvie-Vief, 2005) en el que también se encuentra una débil relación negativa, aunque significativa, entre el TAS-20 y la escala de ejecución MSCEIT indicando que, aunque débilmente, ambos constructos están relacionados.

#### **2.3.5. Valoración de la IE en los TCA**

Teniendo en cuenta estos antecedentes, como ya destacaban Markey y Vander Wal en el año 2007 (y se mantiene igual hasta el momento actual), sorprendentemente siguen habiendo pocas referencias del estudio de la Inteligencia Emocional en personas con TCA, a pesar de que las dificultades en la esfera emocional (la capacidad para

identificar, comprender y regular las emociones) como hemos detallado previamente, son un aspecto importante en la conceptualización de estos trastornos (Harrison et al., 2009).

La mayoría de los estudios sobre Inteligencia Emocional publicados hasta el momento utilizan instrumentos de autoinforme, debido probablemente a las ventajas en cuanto a la aplicación que ofrecen los cuestionarios frente a las pruebas de habilidad: menor tiempo de administración y menor coste económico para la administración colectiva (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Pena y Repetto, 2008).

Hasta el momento, solo se tiene conocimiento de una investigación publicada en la que, como en nuestro estudio, se valora la IE en personas con TCA con el test de habilidad MSCEIT:

Se trata de un estudio publicado recientemente por Hambrook et al., 2012 (*Emotional intelligence in anorexia nervosa: Is anxiety a missing piece of the puzzle?*), en el que se evalúan las competencias emocionales de un grupo de personas con AN a través del MSCEIT.

Las características del estudio son las siguientes:

- Grupo Clínico: 32 mujeres con AN diagnosticadas con los criterios DSM-IV-TR (19 AN restrictiva y 11 AN purgativa). Media de edad 31 años.
- Grupo control: 32 mujeres con edades y nivel educativo similares, sin antecedentes ni historia familiar de TCA. Media de edad de 28 años. Exclusión si puntuaban por encima del punto de corte en HADS (escala de ansiedad) o en más de una desviación típica en el EDE-Q (entrevista clínica TCA).
- Variables sociodemográficas recogidas: índice de masa corporal (IMC: kg/m<sup>2</sup>), edad, etnia, estudios y situación laboral. En el grupo AN también: edad diagnóstico AN, años de duración del trastorno y medicación.
- Escalas utilizadas:
  - HADS *Hospital Anxiety and Depression Scale*.
  - EDE-Q *Eating Disorders Examination-Questionnaire*.
  - MSCEIT *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*.

- WASI *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*: Vocabulario, Semejanzas, Cubos, Matrices.

En este estudio, tras la revisión de la literatura previa, también se hipotetiza que las personas con TCA obtendrán peor rendimiento que las personas sin trastorno en sus habilidades de IE medidas con el MSCEIT. Asimismo, se proponen valorar la relación entre la IE y las medidas de gravedad a nivel psicopatológico, ya que estudios previos (Bydlowsky et al., 2005; Kessler, Schwarze, Filipic, Traue y Wietersheim, 2006) han sugerido que la sintomatología clínica (gravedad de las conductas alimentarias, clínica ansiosa y depresiva) podría estar relacionada con las dificultades en el procesamiento emocional en las personas con TCA.

Los resultados encontrados por Hambrook et al. (2012) muestran un rendimiento dentro del rango de competencia en el grupo con AN (puntuaciones entre 95 y 111). Cuando se comparan sus resultados con los del grupo control, se observa que las personas sin TCA tienen un rendimiento en general superior al del grupo Clínico, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el CIE Total.

A nivel de la psicopatología clínica en el grupo AN, solo se halla correlación significativa entre el CIE Total y la escala de Ansiedad ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ) poniendo de manifiesto que la ansiedad sería un mediador significativo de los resultados del MSCEIT ( $Z = 2.174$ ;  $p = 0,03$ ) y concluyendo que los niveles más bajos de IE en el grupo con AN pueden ser atribuibles a sus elevados niveles de ansiedad, que interferirían en su capacidad para razonar sobre las emociones y usar la información emocional para tomar decisiones adaptativas. Además no encontraron correlaciones significativas con el resto de escalas de psicopatología (se puede ver un resumen de los datos de este estudio en la tabla 7).

Se tiene también conocimiento de otro estudio, Boyd (2006), no publicado en ninguna revista indexada, en el que también se valora la IE con el MSCEIT en un grupo de personas con TCA. Los resultados de esta investigación deben ser interpretados con cautela ya que se trata de un estudio que no ha pasado los filtros de publicación de ninguna revista científica. A pesar de que los criterios clínicos por los que se establece

el diagnóstico de TCA no son fiables y se echan de menos datos importantes que no se mencionan, este trabajo se tiene en cuenta por la falta de otros estudios, ya que el tipo de patología seleccionada (TCA) y los instrumentos utilizados (MSCEIT, BSI) son los mismos que en el estudio que aquí presentamos.

En la investigación de Boyd (2006) participan un grupo de 157 mujeres estudiantes universitarias a las que se les solicitan sus antecedentes psiquiátricos, estableciéndose 3 grupos en base a los datos recogidos: mujeres que refieren TCA en el momento actual (n=51), mujeres que refieren haber tenido un TCA previamente n= 55 (criterio: más de 6 meses sin conductas alimentarias de riesgo) y mujeres sin TCA actual ni antecedentes (n = 51), la media de edad para toda la muestra es de 18'8 años. Basándose en la literatura previa se presupone también que las personas con TCA tendrán menor nivel de IE que las personas sin TCA actual o sin antecedentes de TCA. A pesar de que en el artículo no se detallan los resultados encontrados con el MSCEIT, refieren que todos las puntuaciones se encuentran dentro del rango de competencia, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos en ninguna puntuación del MSCEIT. Los grupos con TCA actual tienen mayor psicopatología asociada que el grupo sin trastorno. A pesar de que el grupo con antecedentes de TCA tiene menor psicopatología clínica, presentan más problemas psicológicos que el grupo control (se puede ver un resumen de los datos de este estudio en la tabla 7).

A falta de otros estudios que valoren la IE con el MSCEIT en personas con TCA, se han buscado las publicaciones científicas que podrían tener relación con nuestro campo de trabajo, encontrándose 4 estudios que analizan la relación entre la IE (aunque medida con una escala autoaplicada de modelos mixtos) y actitudes y síntomas alimentarios. SE debe tener en cuenta que ninguno de ellos ha sido realizado en población clínica con TCA.

En todos los estudios se ha utilizado la escala de autoinforme de Bar-On (EQ-i) como instrumento de evaluación de la IE en población no clínica (en la tabla 8 puede verse un resumen de los datos de estos estudios):

- **Markey y Vander Wal (2007)** realizaron un primer estudio (*The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology*), en el que se analiza el papel de la IE y del afecto negativo en los síntomas bulímicos en una muestra no clínica con una media de edad de 18 años, administrando un cuestionario sobre sintomatología bulímica (BULIT-R) para crear dos grupos en función de esta clínica. Su estudio indica que las mujeres con mayores síntomas bulímicos obtienen peores puntuaciones en IE, mayores puntuaciones en alexitimia, utilizan menos estrategias de afrontamiento adaptativas y tienen más afecto negativo, así como emociones más intensas, comparándolas con las personas con menor sintomatología bulímica. En base al análisis de regresión múltiple encuentran que la variable IE y la intensidad de afecto negativo explican un 12% de la varianza en la sintomatología bulímica. Según sus autores los resultados muestran el papel de las emociones en los desórdenes alimentarios mostrando que el afecto negativo y las dificultades de regulación emocional tienen un importante papel en estas patologías.
  
- **Costarelli et al. (2009a)** en su estudio *Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women*, se relacionan la IE, la imagen corporal y los niveles de ansiedad en una muestra no clínica de 92 mujeres con una media de edad de 23 años. Analizan la sintomatología alimentaria con la escala EAT-26 (versión reducida del EAT-40) y establecen dos grupos en función del punto de corte del instrumento. Su estudio indica que el grupo de mujeres con mayor puntuación en el EAT (mayores actitudes alimentarias de riesgo) tenían niveles más bajos de IE comparadas con el grupo sin actitudes alimentarias de riesgo.
  
- **Costarelli y Stamou (2009b)** realizan un segundo estudio (*Emotional Intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes*), en el que exploran las diferencias en IE, imagen corporal, ansiedad y síntomas alimentarios en 20 atletas de judo con una media de edad de 18 años y en 40 personas no atletas con una media de edad de 20 años que forman el grupo control. Sus resultados muestran que los atletas tienen mayores niveles de IE y una imagen corporal más saludable en comparación con el grupo control, sin encontrar diferencias entre grupos en relación a la clínica alimentaria (EAT-26). Además, encontraron correlaciones inversas

significativas entre la IE y la escala de ansiedad STAI ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$  y  $-0,66$ ;  $p < 0,01$ ), no encontrando relación entre la IE y las actitudes alimentarias.

- **Filaire et al. (2011)** realizan un estudio (*Eating behaviours in relation to emotional intelligence*), en el que participan 20 atletas de judo y 25 estudiantes con medias de edad entre 19 y 20 años, que realizan 2h de deporte a la semana, y se evalúa la IE y las actitudes alimentarias des riesgo (EAT-26). Establecen 4 grupos: a) atletas con actitudes alimentarias de riesgo, b) atletas sin actitudes alimentarias de riesgo, c) no atletas con actitudes alimentarias de riesgo, y d) no atletas sin actitudes alimentarias de riesgo. Encontraron que en los dos grupos con actitudes alimentarias de riesgo (a y c) los resultados en IE fueron significativamente inferiores a los obtenidos por los grupos sin síntomas alimentarios de riesgo. Asimismo, encontraron fuertes correlaciones negativas entre IE y síntomas alimentarios ( $r = -0,64$   $p < 0,01$  y  $-0,79$ ;  $p < 0,01$ )

Tenemos conocimiento que actualmente existe una línea de investigación realizada por el grupo de la Dra. Lizeretti, en la que también se está valorando la inteligencia emocional en personas con TCA con el instrumento MSCEIT. Los resultados se encuentran pendientes de publicación.

Tabla 7. Estudios MSCEIT en población con TCA

AUTOR	AÑO	GRUPOS	N	SUJETOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS/CONCLUSIONES	LIMITACIONES
Hambrook et al. (UK)	2012	Clínico vs control	64	32 muj. AN 32 control	- MSCEIT (v.americana) - EDE-Q - HADS (ansiedad) - WASI (General Intelligence)	- Resultados MSCEIT todos inferiores en grupo AN (en el rango de competencia) - Grupo control CIE Total >100 - Diferencias significativas entre AN y grupo control en MSCEIT TOTAL (p 0.03) y tarea Cambios (p 0.04) - Mayor ansiedad = Menor IE (r = -.46; p<0.01) - IE no correlación con otras variables psicopatológicas	- Tamaño muestral - Sólo un subtipo TCA - MSCEIT no permite discriminar entre emociones específicas
Boyd (USA)	2006	Clínico vs control	157	51 muj. con antec.TCA referido 55 muj. con TCA actual referido 51 muj. sin TCA	- MSCEIT (v. americana) - BSI (psicopatología) - EDI-2 (conductas alimentarias) - BSQ-10 (insatisfacción corporal) - Standard Figural Stimuli (imagen coporal)	- No hay resultados MSCEIT, refieren que todos los resultados se encuentran en el rango de competencia del instrumento - No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre grupos diagnósticos en MSCEIT - Los grupos con TCA actual tienen mayor psicopatología asociada que el grupo sin trastorno - A pesar de que el grupo con antecedentes de TCA tiene menor psicopatología clínica, presentan más problemas psicológicos que el grupo control	- <b>No publicado en ninguna revista indexada</b> - Muestra clínica con sesgos porqué diagnóstico no clínico - Tamaño muestral - Muestra muy joven (media 18 años DT = 5) - Excesiva variabilidad en el tiempo transcurrido sin conductas alimentarias de riesgo en la muestra con antecedentes de TCA

Tabla 8. Estudios de valoración de la IE (Baron) en población con actitudes y síntomas alimentarios

AUTOR	AÑO	GRUPOS	N	SUJETOS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS/CONCLUSIONES	LIMITACIONES
Markey y Vander Wal (USA)	2007	Población	154	Estudiantes Psicología mujeres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EQ-i:S (Bar-On Emotional Intelligence Invent. Short form)</li> <li>- BULIT-R (actitudes bulimia)</li> <li>- TAS-20 (Alexitimia)</li> <li>- Brief COPE invent. (estrat. Afrontamiento)</li> <li>- PANAS-X (afecto negativo)</li> <li>- AIM- Affect Intensity Measure (intensidad experiencia afectiva)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres con mayores síntomas bulmínicos tienen:</li> <li>- Peor puntuación en EI</li> <li>- Mayor puntuación en alexitimia</li> <li>- Menor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas</li> <li>- Más afecto negativo y emociones más intensas</li> <li>- IE y afecto negativo explican el 12% de la varianza en la sintomatología bulímica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra no clínica</li> </ul>
Costarelli et al. (Grecia)	2009a	Población	92	Estudiantes universitarias mujeres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EQ-i (Bar-On Emotional Intelligence)</li> <li>- EAT-26 (conductas alimentarias)</li> <li>- MBSRQ (imagen corporal)</li> <li>- STAI (ansiedad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El grupo con mayor puntuación en el EAT (más actitudes alimentarias de riesgo):</li> <li>- Niveles más bajos de IE</li> <li>- Más preocupación sobrepeso</li> <li>- Correlaciones negativas significativas entre IE y STAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra no clínica</li> </ul>
Costarelli y Stamou (Grecia)	2009b	Población	60	20 atletas judo 40 no atletas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EQ-i (Bar-On emocional intelligence)</li> <li>- EAT-26 (conductas alimentarias)</li> <li>- MBSRQ (imagen corporal)</li> <li>- STAI (ansiedad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los atletas tienen mayores niveles de IE y una imagen corporal más saludable que el grupo control</li> <li>- No se encuentran diferencias entre grupos en la clínica alimentaria (EAT-26)</li> <li>- Se encuentran correlaciones negativas significativas entre la IE y STAI</li> <li>- Correlaciones positivas significativas entre EAT y STAI</li> <li>- No se encuentra relación entre la IE y las actitudes alimentarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra no clínica</li> <li>- Tamaño muestral</li> </ul>

<b>AUTOR</b>	<b>AÑO</b>	<b>GRUPOS</b>	<b>N</b>	<b>SUJETOS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>RESULTADOS/CONCLUSIONES</b>	<b>LIMITACIONES</b>
Filaire et al. (Francia)	2011	Población	45	20 atletas judo 25 no atletas	- EQ-i (Bar-On emocional intelligence) - EAT-26 (conductas alimentarias) - BIAS-BD (imagen corporal)	- Los dos grupos con actitudes alimentarias (atletas y no atletas) tienen menor IE - Correlaciones negativas significativas entre IE y EAT-26	- Muestra no clínica - Tamaño muestral



### **3. INVESTIGACIÓN**



### 3. Investigación

En la introducción teórica se cita literatura científica que muestra que las personas con TCA suelen presentar dificultades emocionales. Hasta la fecha estos déficits han sido valorados a través de distintos instrumentos, concluyéndose que este grupo de pacientes tiene dificultades para identificar y manejar sus emociones.

En la revisión de la literatura científica existente que evalúa variables emocionales en personas con trastorno alimentario, se objetiva la falta de estudios publicados que valoren la IE en población clínica con TCA con un instrumento de ejecución como el MSCEIT. Desde nuestro conocimiento, actualmente existe solo un estudio publicado (Hambrook et al., 2012) que valora la IE con el MSCEIT en una muestra de personas con TCA, aunque en su trabajo sólo han sido incluidas personas con Anorexia Nerviosa.

En el año 2010 realizamos un estudio preliminar para valorar los niveles de Inteligencia Emocional con el MSCEIT en una muestra de 28 pacientes con TCA que seguían tratamiento desde la Unidad Funcional de nuestro Hospital (Badia, 2010), y analizamos como esta variable se relacionaba con otras variables psicopatológicas y sociodemográficas.

Continuando con el proyecto de investigación de la IE en los TCA, éste es un segundo trabajo más completo dentro de nuestra línea de estudio, que pretende subsanar las limitaciones encontradas en el primer estudio en cuanto al tamaño muestral y la falta de grupo control. En la investigación actual se ha ampliado el grupo Clínico hasta 99 pacientes y se han incluido diferentes subtipos TCA: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Atracónes y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). También se han reclutado a 99 participantes para establecer un grupo Control.

Además de la falta de estudios observada, la evaluación de la IE en nuestra muestra de pacientes con TCA se considera importante porque nos permitirá detectar si existen déficits en las competencias emocionales valoradas con el MSCEIT, así como su

relación con otras variables psicopatológicas, para valorar la necesidad de introducir nuevas alternativas terapéuticas y mejorar la atención a estas personas.

En la presente investigación se exponen dos trabajos:

**ESTUDIO 1:** evaluación de la IE en una población clínica de pacientes diagnosticados de TCA (personas que se encontraban realizando seguimiento desde nuestra Unidad Funcional de TCA) con un instrumento de ejecución (MSCEIT). Los resultados han sido comparados con los obtenidos por el grupo Control. Se relacionan los resultados con otras variables psicopatológicas (EAT, STAI, BDI y BSI) y sociodemográficas.

**ESTUDIO 2:** reevaluación de las personas con TCA que participaron en nuestro estudio preliminar del año 2010 (Badia, 2010), en el que se valoró la IE en una muestra clínica con TCA y su relación con otras variables psicopatológicas (EAT, STAI y BDI). En el estudio 2 nos proponemos observar si se ha producido mejoría en el rendimiento emocional de las pacientes y, en su defecto, valorar la implantación de un programa específico para el desarrollo de dichas competencias. También se pretende valorar la evolución de los síntomas psicopatológicos desde la primera evaluación al presente estudio.

## **INVESTIGACIÓN**

### **Hipótesis y Objetivos**



### 3.1. Hipótesis y objetivos

Los propósitos de esta investigación se han concretado con dos estudios relacionados.

#### 3.1.1. ESTUDIO 1

**HIPOTESIS 1:** Existen diferencias en las medidas de IE obtenidas entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE)

- **Objetivo 1:** Describir los resultados en IE obtenidos a través del MSCEIT en la muestra de pacientes con TCA
- **Objetivo 2:** Comparar los resultados entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE) para analizar las diferencias en IE

**HIPOTESIS 2:** Existen diferencias en las medidas de IE obtenidas entre el grupo TCA y el grupo Control

- **Objetivo 1:** Describir los resultados en IE obtenidos a través del MSCEIT en la población control
- **Objetivo 2:** Comparar los resultados en IE de la muestra clínica con el grupo Control
- **Objetivo 3:** Comparar los resultados en IE entre los subtipos TCA y el grupo Control

**HIPOTESIS 3:** Una menor IE se relaciona con mayor gravedad clínica

- **Objetivo 1:** Analizar la relación entre el CIE Total del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el grupo TCA y el grupo Control
- **Objetivo 2:** Analizar la relación entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el grupo TCA
- **Objetivo 3:** Analizar la relación entre los grupos de Alta IE – Media IE – Baja IE y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el Grupo TCA

### 3.1.2. ESTUDIO 2

**HIPÓTESIS 4:** Se encuentra mejoría en los resultados de las medidas de IE en el estudio longitudinal de los pacientes evaluados en la primera fase del estudio

- **Objetivo 1:** Analizar los resultados en las medidas de IE en las personas retestadas y compararlos con la evaluación previa de 2010.
- **Objetivo 2:** Comparar los resultados en IE controlando entre las personas que han realizado seguimiento entre el 2010 y el 2013, y las que no han mantenido el seguimiento
- **Objetivo 3:** Analizar los resultados en las medidas de psicopatología clínica en las personas retestadas y compararlos con la evaluación previa de 2010.

## **INVESTIGACIÓN**

**Metodología**

**Participantes**



## 3.2. Metodología

### 3.2.1. Participantes

#### 3.2.1.1 Estudio 1

##### Participantes GRUPO TCA

Criterios de inclusión:

El grupo TCA está formado por los pacientes con trastorno alimentario que se encontraban realizando tratamiento psicoterapéutico en la Unidad de TCA del Hospital Sta. Maria de Lleida durante la recogida de protocolos (año 2013) según el cálculo del tamaño Muestral “n”<sup>1</sup>, y que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Mayores de 17 años
- Pacientes que de forma voluntaria deseaban participar en el estudio
- Haber recibido diagnóstico clínico de TCA según criterios DSM-IV-TR
- El paciente dio su consentimiento informado por escrito antes del inicio del estudio, siguiendo los criterios del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

---

<sup>1</sup> El tamaño muestral previsto necesario para contrastar la hipótesis de la investigación fue de 68 sujetos para el grupo TCA y 34 para el grupo control, totalizando 102 sujetos, considerando suficiente una razón de apareamiento de casos de 2 (2 casos TCA por cada control sano). El cálculo se realizó según los siguientes supuestos: esperando encontrar una diferencia negativa de 8 puntos\* en la escala de MSCEIT, entre el grupo TCA y el grupo control (media de MSCEIT en población general = 100 ± 15 desviación típica\*\*), mediante la prueba “T-student”, con un nivel de significación del 5% y una potencia del 80%.

La muestra de 68 sujetos en el grupo TCA también se estimó suficiente para contrastar la hipótesis de encontrar diferencias entre subtipos TCA considerando observar unas diferencias de IE entre dos grupos diagnósticos mayor a 12 puntos, en las mismas condiciones anteriores, y con una distribución de diagnósticos balanceada, o bien obteniendo correlaciones lineales entre la escala MSCEIT y EAT-40 inferiores a -0,3 (coeficiente de correlación de Pearson).

\* Dato estimado según estudio piloto previo

\*\* (Mayer et al. 2002)

Criterios de exclusión:

- Pacientes que por su situación personal, familiar o clínica en el momento de la valoración no era recomendable realizarla (situaciones de pérdida muy reciente de familiares, ingresos hospitalarios en situación de descompensación grave de su patología o pacientes con poco vínculo terapéutico)
- Negativa del paciente a participar en el estudio

**Participantes Grupo CONTROL:**

El grupo Control está formado por individuos de la población general sin TCA ni seguimiento desde salud mental que respondieron a un anuncio en el que se les invitaba a participar en un estudio sobre IE (estudiantes de diferentes carreras universitarias, acompañantes de pacientes en consultas médicas y profesionales de la salud). Fueron emparejados por sexo y rangos de edad con la muestra clínica, según el cálculo del tamaño Muestral “n”<sup>1</sup>. La recogida de protocolos se llevó a cabo durante el año 2013.

Los participantes del grupo Control respondieron la misma batería de pruebas que el grupo TCA: tanto las escalas de psicopatología como la de IE. Se realizó también control de talla y peso.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 17 años.
- Personas que de forma voluntaria deseaban participar en el estudio.
- La persona dio su consentimiento informado por escrito antes del inicio del estudio, siguiendo los criterios del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Criterios de exclusión:

- Presencia de psicopatología clínica de tipo alimentario (sospecha de TCA) con un resultado en el EAT-40 >30 puntos.

### **3.2.1.2. Estudio 2**

#### **Participantes**

23 de las 28 pacientes mujeres con TCA de la Unidad de TCA del Hospital Sta. Maria de Lleida que en el año 2010 participaron en el estudio preliminar de valoración de la IE con el MSCEIT (Badia, 2010), y que aceptaron ser retestadas en el estudio actual. En el estudio preliminar del año 2010 no se reclutó grupo Control.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres mayores de 17 años.
- La paciente dio su consentimiento informado por escrito antes del inicio del estudio, siguiendo los criterios del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de sexo masculino.
- Pacientes que por su situación personal, familiar o clínica en el momento de la valoración, ésta no era recomendable realizarla (situaciones de pérdida muy reciente de familiares, ingresos hospitalarios en situación de descompensación grave de su patología o pacientes con poco vínculo terapéutico).
- Negativa de la paciente a participar en el estudio.



## **INVESTIGACIÓN**

**Metodología**

**Material e instrumentos**



### 3.2.2. Material e instrumentos:

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOPATOLÓGICAS

Tabla 9. Variables sociodemográficas recogidas en toda la muestra

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Edad</li><li>▪ Sexo</li><li>▪ Índice de Masa Corporal</li><li>▪ Núcleo de convivencia</li><li>▪ Nivel de estudios finalizados</li><li>▪ Situación laboral</li></ul>

Tabla 10. Variables psicopatológicas del grupo TCA

<b>VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Diagnóstico clínico según criterios DSM-IV-TR y DSM-5</li><li>▪ Años de evolución TCA</li><li>▪ Nº de tratamientos previos realizados</li><li>▪ Nº ingresos hospitalarios</li><li>▪ Tratamiento farmacológico</li><li>▪ Gravedad de los síntomas alimentarios medidos con el EAT-40</li><li>▪ Gravedad de los síntomas ansiosos medidos con el STAI Estado-Rasgo</li><li>▪ Gravedad de los síntomas depresivos medidos con el BDI</li><li>▪ Gravedad de la psicopatología general medida con el BSI</li></ul>

A continuación (tabla 11) se detallan los diferentes instrumentos que han sido administrados tanto a los participantes del grupo TCA como a los participantes grupo Control, así como las variables psicopatológicas que valoran:

Tabla 11. Instrumentos utilizados para la valoración de la psicopatología clínica

INSTRUMENTO	PSICOPATOLOGÍA VALORADA
EAT-40	Actitudes alimentarias de riesgo
STAI	Síntomas ansiedad Estado-Rasgo
BDI	Síntomas depresivos
BSI	Psicopatología o malestar emocional general
MSCEIT	Inteligencia Emocional

**EAT – 40 Cuestionario de actitudes ante la alimentación:** Eating Attitudes Test. (Garner y Garfinkel, 1979).

El EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos, siendo un instrumento sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo.

El EAT-40 es una herramienta autoaplicada de 40 ítems. El rango de puntuación oscila de 0 a 120, indicando a más puntuación mayor gravedad de los síntomas alimentarios. Se establece un punto de corte de >30 puntos para la sospecha de conductas y actitudes alimentarias alteradas.

Hasta el momento actual, el EAT-40 ha sido el instrumento para la evaluación de los TCA que ha gozado de mayor aceptación para su detección en la población general y se considera válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural. Su consistencia interna para el grupo con TCA es  $\alpha = 0.79$  y  $\alpha = 0.94$  para el grupo no clínico.

En nuestro estudio se ha utilizado la versión adaptada y validada en población española del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991). Esta versión tiene también una buena consistencia interna ( $\alpha = 0.93$ ). A pesar de que los autores de la versión española

proponen un punto de corte de 20 porque esta versión obtiene una puntuación media menor que la original, en nuestro estudio se ha utilizado el mismo punto de corte que en la versión original (30) para asegurar de forma clara la presencia de actitudes y conductas alimentarias anómalas.

**STAI - Inventario de ansiedad Estado-Rasgo:** State-Trait Anxiety Inventory. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

El STAI es una prueba autoaplicada que permite la autoevaluación de dos tipos de ansiedad medidas con dos subescalas: la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado: A/E) y la ansiedad como rasgo latente (ansiedad/rasgo: A/R).

Puede ser aplicado tanto en adolescentes a partir de los 13 años como en adultos.

El instrumento consta de dos partes, con 20 preguntas en cada una de ellas, con una escala de respuesta tipo likert de 0 a 3, siendo el rango de puntuación para cada subescala entre 0 y 60 puntos.

La primera parte (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprehensión, y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

La segunda parte (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Las puntuaciones directas obtenidas tienen los siguientes puntos de corte recomendados para considerar que existe clínica ansiosa:

Mujeres:

- Ansiedad Estado PD: 31/60 (equivale al Pc:75)
- Ansiedad Rasgo PD: 32/60 (equivale al Pc:75)

Hombres:

- Ansiedad Estado PD: 28/60 (equivale al Pc:75)
- Ansiedad Rasgo PD: 25/60 (equivale al Pc:75)

Aunque a nivel general se suele utilizar como punto de corte las PD>30.

Se trata de un instrumento ampliamente utilizado para la valoración de los síntomas de ansiedad. Tiene una adecuada validez y fiabilidad: consistencia interna de  $\alpha = 0.83$  a 0.92; fiabilidad Test-retest de 0.86 para la subescala Ansiedad-Rasgo y de 0.54 para la subescala Ansiedad-Estado.

En nuestro estudio se ha utilizado la versión española del STAI adaptada a nuestro medio por TEA Ediciones en 1982, con una consistencia interna adecuada, similar a la de la escala original.

**BDI - Inventario de depresión de Beck:** Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961)

El BDI o Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario autoaplicado para la valoración de la existencia o severidad de síntomas de depresión. Se utiliza en población normal o clínica a partir de los de 16 años. Consta de 21 ítems para identificar síntomas típicos de la depresión severa y estimar la intensidad de la depresión con una puntuación global.

El rango de puntuación está entre 0 y 63 puntos, con los siguientes puntos de corte: 0-9 (normal), 10-18 (depresión leve), 19-29 (depresión moderada) y 30-63 (depresión grave). El punto de corte más utilizado para identificar de forma clara la presencia de sintomatología depresiva es en puntuaciones superiores a 18

Dada su probada validez y fiabilidad (consistencia interna  $\alpha = 0.83$ ), es uno de los cuestionarios más utilizados tanto en poblaciones clínicas como no clínicas.

En el presente estudio se ha utilizado la versión adaptada y validada del BDI para población española por Conde y Useros (1975), también con unos índices adecuados de fiabilidad y validez.

**BSI – Inventario breve de síntomas.** Brief symptom inventory (Derogatis y Melisaratos, 1983)

El BSI es la forma abreviada del SCL-90 que proporciona una breve descripción de los síntomas clínicos y de la intensidad de éstos, y se utiliza como una medida de psicopatología o malestar emocional general.

Se trata de un instrumento autoaplicado que consta de 53 ítems que se responden con una escala tipo likert y que se agrupan en 9 escalas de síntomas (Somatización, Obsesión-compulsión, Depresión, Ansiedad, Agresividad-Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Sensibilidad interpersonal y Psicoticismo) y tres índices generales (Índice de Severidad Global, Índice Total de Síntomas Positivos e Índice de Malestar de los Síntomas Positivos).

Dimensiones:

- Somatización: malestar psicológico generado por síntomas físicos (respiratorios, cardiovasculares, musculares, gastrointestinales, etc.).
- Obsesión-compulsión: pensamientos intrusivos de naturaleza egodistónica y acciones repetitivas (como la necesidad de comprobar, la dificultad para tomar decisiones por la duda, etc.), dificultades para concentrarse y tomar decisiones.
- Depresión: disforia, pérdida de energía y de interés, desesperanza.
- Ansiedad: síntomas generales de nerviosismo, inquietud, tensión, pánico.
- Hostilidad: sentimientos, impulsos y acciones agresivos; irritabilidad y explosiones de genio.
- Ansiedad fóbica: a diferencia de la anterior, agrupa miedos y síntomas típicos de la agorafobia (como el miedo a los espacios abiertos, a viajar solo o permanecer solo).
- Ideación paranoide: entendida como una manera de pensar que incluye sentimientos de hostilidad, suspicacia y miedo a la pérdida de autonomía, entre otros.

- Susceptibilidad interpersonal: sentimientos de inferioridad e inadecuación personal como el autodesprecio o el malestar experimentado en situaciones sociales.
- Psicoticismo: recoge desde síntomas indicativos de un estilo de vida esquizoide hasta los más graves de las psicosis.

Índices Globales: estas tres escalas se utilizan para interpretar los resultados y tener una mejor comprensión del cuadro clínico:

- Índice Global de Severidad - IGG (GSI en las siglas originales del instrumento): combina el número de síntomas y la intensidad del malestar percibido. **De la escala BSI, es el mejor indicador del nivel de malestar que experimenta la persona.**
- Índice Total de Síntomas Positivos - TSP: es el número de síntomas que la persona reconoce haber experimentado.
- Índice de Malestar de los Síntomas Positivos - IMSP: medida pura de la intensidad de los síntomas presentes.

La escala total del instrumento tiene una muy buena consistencia interna ( $\alpha = 0.99$ ). En relación a las dimensiones, el instrumento tiene unos niveles apropiados de consistencia interna para las 9 dimensiones con una  $\alpha$  de Cronbach entre 0.71 y 0.85. La fiabilidad test retest también es elevada (entre 0.68 y 0.91); el coeficiente encontrado para la escala IGG (0.90) indica que el BSI es una medida segura en el test retest. El BSI presenta unas correlaciones positivas fuertes con el SCL-90 ( $r = 0.92$  y  $0.99$ ) indicando que ambos instrumentos miden los mismos síntomas.

En nuestro estudio se ha utilizado la adaptación española de Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet (2001). La fiabilidad y la consistencia interna de esta versión son adecuadas y similares a las del original ( $\alpha$  de Cronbach en las dimensiones entre 0.70 y 0.91; IGG:  $\alpha = 0.95$ ).

Los puntos de corte utilizados en nuestra investigación han sido extraídos del estudio de Pereda, Forns y Perú (2007).

**Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test MSCEIT v2.0.** Mayer, Salovey y Caruso, 2002

Desarrollado para la evaluación de la IE en población adulta (>17 años). Es un test autoaplicado compuesto 141 ítems divididos en 8 tareas: 2 tareas para evaluar cada uno de los 4 factores del modelo. El test ofrece 7 puntuaciones principales: una para cada uno de los factores, las dos puntuaciones referidas a las áreas (experiencial y estratégica), y el total de IE.

Las puntuaciones del MSCEIT se obtienen como percentiles empíricos y después se transforman, posicionándolos en una curva normal, a una escala con puntuación media de 100 y una desviación típica de 15.

Extremera y Fernández-Berrocal (2004a) refieren que tanto las áreas, los factores y las diferentes tareas están relacionadas entre sí y, aunque son funcionalmente distintas, no se solapan conceptual ni empíricamente.

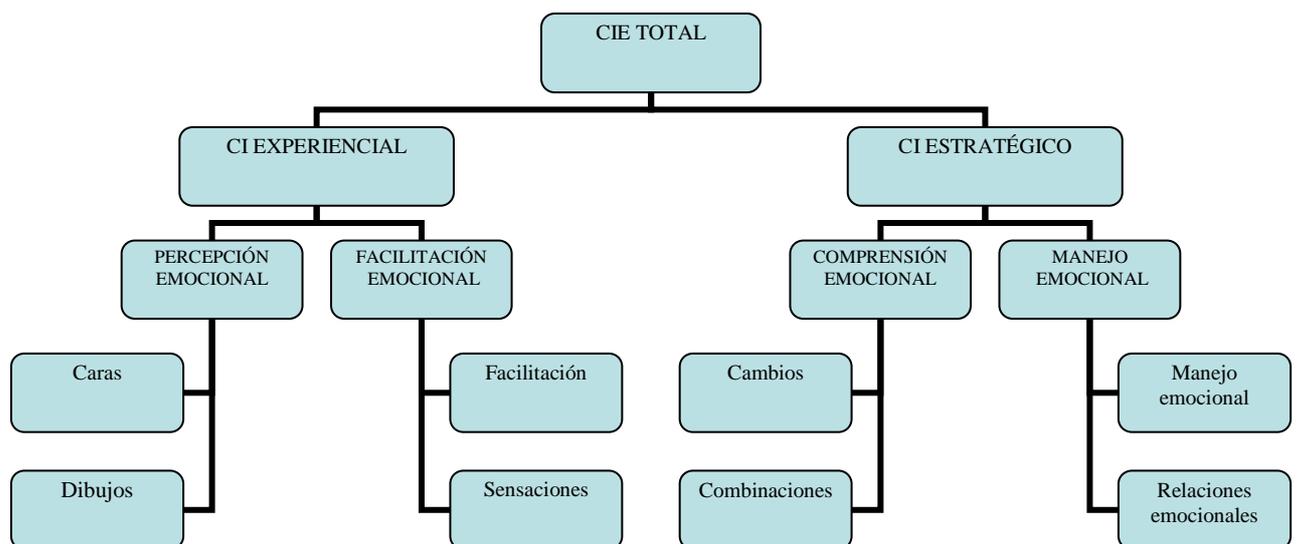


Figura 1. Estructura escalas MSCEIT

La descripción del instrumento ha sido extraído del dossier de la validación española (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009)

**Puntuación global:**

- **CI Emocional TOTAL:** proporciona un índice general de la inteligencia emocional.

**Puntuaciones de área:** para poder observar las diferencias entre la capacidad de la persona para percibir y utilizar las emociones, y su capacidad para comprenderlas y manejarlas.

- **CI Emocional EXPERIENCIAL:** proporciona un índice de la capacidad para percibir, responder a la información emocional sin que ello implique comprensión; es decir, indica con que precisión el sujeto puede leer y expresar las emociones y si puede comparar la información emocional con otros tipos de experiencias sensoriales. Nos ofrece un indicador de cómo funciona la persona bajo la influencia de diferentes emociones.
- **CI Emocional ESTRATÉGICO:** proporciona un índice de cómo la persona comprende y maneja las emociones sin percibir ni experimentar necesariamente los sentimientos correctamente. Indica la precisión con que el examinado comprende el significado de la emociones y cómo pueden manejarse las propias emociones y las de los demás.

**Puntuaciones de rama:** proporcionan información sobre las capacidades emocionales específicas del sujeto.

- **Rama 1: PERCEPCIÓN EMOCIONAL.** Mide la capacidad para percibir las emociones en uno mismo y en los demás, así como en los objetos, las obras de arte, las narraciones, la música y otros estímulos. Indican el nivel de percepción y expresión emocional.

**Tareas:**

- a) **Caras:** fotografías para identificar las emociones en rostros faciales
- b) **Dibujos:** fotografías en las que se tienen que identificar las emociones que se transmiten a través de paisajes y obras de arte.

- **Rama 2: FACILITACIÓN EMOCIONAL.** Mide la capacidad para generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos. Indica en que medida los pensamientos y demás actividades cognitivas del individuo utilizan la información de su experiencia emocional.

**Tareas:**

- a) **Sensación:** donde el individuo debe comparar las emociones con otros estímulos táctiles y sensoriales (como la luz, el color y la temperatura).
- b) **Facilitación:** donde cada participante identifica el estado de ánimo que puede facilitar y ayudar a sus procesos de pensamiento y razonamiento.

- **Rama 3: COMPRENSIÓN EMOCIONAL.** Mide la capacidad para comprender la información emocional, cómo se combinan las emociones y cómo evolucionan a lo largo de las transiciones interpersonales y apreciar los significados emocionales. Indica la capacidad de autoconocimiento y de relación con los demás.

**Tareas:**

- a) **Cambios emocionales:** donde se comprueba la habilidad de la persona para conocer bajo que circunstancias se incrementa o disminuye la intensidad emocional y cómo un estado emocional puede cambiar hasta otro.
- b) **Combinación de emociones:** donde se identifican que emociones están implicadas en estados afectivos más complejos.

- **Rama 4: MANEJO EMOCIONAL.** Mide la capacidad para abrirse a los sentimientos y modularlos en uno mismo y en los demás, así como promover la comprensión emocional y el crecimiento. Manejar las emociones implica la

participación de éstas en el pensamiento y permitir que el pensamiento incluya las emociones sin reprimirlas o racionalizarlas.

**Tareas:**

- a) **Manejo emocional:** presentando diferentes situaciones y preguntado como lo harían para mantener o cambiar sus sentimientos, incorporando sus emociones en el proceso de toma de decisiones.
- b) **Relaciones emocionales:** evaluando como la persona incorpora las emociones en el proceso de toma de decisiones que implica a otras personas.

**Puntuaciones adicionales:** proporcionan información adicional para ayudar a comprender los resultados y el estilo de respuesta de la persona.

- **Dispersión:** indicador de la cantidad de variación que hay entre las puntuaciones de la persona en las distintas tareas. Obtendrán más baja puntuación aquellas personas cuyo rendimiento sea muy consistente en las ocho tareas, y más alta aquellos cuyas puntuaciones en las distintas tareas varíen mucho. Los resultados entre 85 y 115 se consideran dentro de la normalidad.
- **Sesgo positivo-negativo:** mide la tendencia de la persona a responder a los estímulos visuales del MSCEIT con emociones positivas o negativas. Puntuaciones más altas indican un estilo de respuesta relativamente positivo, mientras que puntuaciones más bajas indican una tendencia a asignar emociones negativas o menos positivas a los estímulos. Cuando las puntuaciones son extremas, indican que falta ajuste en el individuo para realizar evaluaciones más realistas y equilibradas para tener un funcionamiento eficaz.

En el ámbito de valoración de las habilidades emocionales no existe una única respuesta válida, a diferencia de lo que sucede en algunos test de inteligencia cognitiva que valoran habilidades de razonamiento lógico, espacial o matemático, que si tienen una única respuesta correcta. Por este motivo, el MSCEIT (en su versión americana) dispone de diferentes criterios de corrección de las respuestas: método consenso, método experto y método target (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004a; Mayer et al., 2002).

De este modo, en la versión americana del instrumento las respuestas de los evaluados son comparadas con criterios de puntuación en base a las respuestas de consenso de una muestra normativa de población general, de una muestra de expertos en emociones y de una muestra llamada target. Las respuestas de consenso fueron recogidas entre una larga y heterogénea muestra de personas. Las respuestas de expertos son las que un grupo de personas especialistas en el campo de las emociones (investigadores y psicoterapeutas) han considerado como más correctas. El método target se aplicó solo para las fotografías de expresiones faciales o de obras artísticas, en los que se tienen en cuenta las emociones que sentían los modelos cuando posaban para la foto, o el tipo de emociones que intentaban transmitir los creadores con sus obras artísticas.

Para su corrección las respuestas del sujeto son comparadas con las de consenso general, que puntúa las respuestas más óptimas para cada cuestión. Si la persona selecciona una alternativa de respuesta elegida por el 75% del grupo consenso, su puntuación será incrementada un 0,75 y así sucesivamente. Como se tiene en cuenta el riesgo de que el grupo consenso pueda estar equivocado, se consideran también las respuestas facilitadas por el grupo de expertos, estableciendo una estandarización que justifica la fiabilidad de los jueces acerca de los criterios para considerar una respuesta como correcta. Las puntuaciones calculadas entre las respuestas del grupo general y las del grupo consenso tienen una correlación entre 0,96 y 0,98, en el caso de la puntuación global, y de entre 0,93 y 0,98 en el caso de las demás puntuaciones básicas, indicando que las puntuaciones de los grupos general y de expertos convergen con respecto a las respuesta consideradas correctas.

### **Interpretación de los resultados:**

Las puntuaciones en el MSCEIT se obtienen como percentiles empíricos y después se transforman, posicionándolos en una curva normal, a una escala con una puntuación media de 100 y una desviación típica de 15.

Según sus autores, la fiabilidad test–retest de la prueba es de  $\alpha = 0.86$ . La fiabilidad global es de  $\alpha = 0.91$  o  $\alpha = 0.93$  en los baremos americanos (dependiendo si se elige el baremo experto o el de consenso). Los coeficientes de fiabilidad de las cuatro ramas varían de  $\alpha = 0.76$  a  $\alpha = 0.91$ , y para el test completo es de  $\alpha = 0.91$ , siendo todos los

coeficientes indicadores de buena fiabilidad. El análisis factorial confirmatorio permitió comprobar que el test incluye las cuatro dimensiones de IE propuestas por Mayer y Salovey, así como un factor general (g) de IE (Oberst y Chamarro, 2004). Se concluye que el MSCEIT es fiable a nivel de la escala total, de las ramas y de las áreas (Mayer et al., 2003) y se recomienda el uso de estas puntuaciones para su interpretación.

En nuestro estudio hemos utilizado la versión adaptada y validada para población española realizada por Extremera y Fernández-Berrocal y publicada por TEA Ediciones (2009). Los baremos utilizados en este estudio han sido seleccionados en función del sexo y edad: los baremos “*De 17 a 19 años*” para los menores de 19 años y para el resto de pacientes los baremos de “*A partir de 20 años*”.

En la tabla se muestran los rangos establecidos por TEA para la interpretación de resultados en la versión española.

Tabla 12. Interpretación de las puntuaciones del MSCEIT

<b>RANGO de CIE</b>	<b>RANGO CUALITATIVO</b>
Menor de 70	Necesita mejorar
Entre 70 y 89	Puede mejorar
Entre 90 y 110	Competente
Entre 111 y 130	Muy competente
Mayor de 130	Experto

Los índices de fiabilidad y validez de la versión española son muy similares a los de la versión americana, presentando al MSCEIT como un instrumento fiable tanto a nivel de puntuación total, como a nivel de áreas y ramas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). Los valores de fiabilidad y consistencia interna para la versión española son adecuados (entre 0.63 y 0.90) siendo la escala de Facilitación Emocional la que presenta menor consistencia interna, situación que se da también en la versión americana. La versión española tiene también altas correlaciones entre los distintos métodos de corrección (Extremera et al. 2006a). Al igual que en la versión americana, los autores recomiendan la interpretación de los resultados de la escala total, las dos áreas y las

ramas (escalas principales del MSCEIT), porque presentan mayor fiabilidad que las tareas individuales de forma aislada.



## **INVESTIGACIÓN**

**Metodología**

**Diseño**



### 3.2.3. Diseño

En la presente investigación se han realizado dos estudios:

**Estudio 1:** estudio observacional, transversal descriptivo de las habilidades en IE en una muestra clínica de pacientes con TCA. Se han comparado sus resultados con los obtenidos por un grupo Control.

**Estudio 2:** estudio longitudinal sobre la evolución natural de las habilidades de IE (sin intervención específica) en las pacientes con TCA que habían sido previamente evaluadas en 2010 (Badia, 2010).



## **INVESTIGACIÓN**

**Metodología**

**Procedimiento**



### **3.2.4. Procedimiento:**

En primer lugar se sometió el Proyecto del estudio a la aprobación por parte del Comité Ético y de Investigación del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, siendo aprobado en fecha 28/2/13.

Los participantes del grupo experimental han sido aquellos pacientes que han acudido a la Unidad de TCA del Hospital Sta. Maria de Lleida que, cumpliendo los criterios de inclusión en el estudio, aceptaron su participación voluntaria después de recibir la información sobre el mismo y de firmar la Hoja de consentimiento informado como muestra de aceptación (anexo 1). De todos los pacientes que se encontraban en seguimiento en el momento de la realización del estudio, se ha descartado sólo a dos de ellos por su negativa a participar en el estudio.

Los participantes del grupo Control son individuos de la población general sin TCA ni seguimiento desde salud mental, emparejados con el grupo TCA en cuanto a sexo y edad. El grupo Control ha sido reclutado a través de la difusión de carteles informativos sobre el estudio (anexo 2): estudiantes de diferentes carreras universitarias -llamada de participantes a través de carteles y del Consell de l'estudiantat-, acompañantes de pacientes en consultas médicas – llamada a través de carteles en el Hospital de Sta. Maria- y profesionales de la salud – llamada a través de los canales internos de comunicación del Hospital-, que desearon participar en el estudio. Se les explicó y entregó por escrito una información detallada sobre el estudio y firmaron la Hoja de consentimiento informado (anexo 2).

El grupo Control respondió la misma batería de pruebas que el grupo TCA tanto las psicopatológicas como la de IE. Fueron excluidos del estudio aquellos casos que presentaron clínica alimentaria, medida con resultados en el test EAT-40  $> 30$  (de todas las personas voluntarias que se presentaron para participar como grupo Control, se tuvieron que rechazar a cuatro personas por presentar síntomas que indicaban la sospecha de un posible trastorno de la conducta alimentaria).

Una vez autorizada su participación en el estudio, el investigador responsable realizó un control del peso y altura de los participantes de ambos grupos. Se les entregó el protocolo autoaplicado para rellenar y se les dieron las instrucciones para rellenarlo. Esta primera parte requirió de un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

Los participantes de ambos grupos cumplieron el protocolo autoaplicado que incluía un registro de variables sociodemográficas y cuestionarios autoaplicados: EAT-40, STAI, BDI, BSI y MSCEIT, con un tiempo aproximado de ejecución de 90 minutos (anexo 3).

Ningún participante recibió remuneración económica por participar en el estudio, tan sólo el compromiso del equipo investigador de informar sobre los resultados de la evaluación. En el caso del grupo TCA, los resultados han sido también de utilidad para su proceso psicoterapéutico, ya que se ha obtenido una evaluación del estado psicopatológico del paciente y de su nivel de Inteligencia Emocional, con el fin de valorar la necesidad de la aplicación de programas para el desarrollo de competencias emocionales.

## **INVESTIGACIÓN**

**Metodología**

**Análisis de los datos**



### 3.2.5. Análisis de los datos:

Los análisis de datos realizados han sido los siguientes:

- a) Descriptiva de las características de la muestra clínica TCA y de la muestra control, expresando los parámetros cuantitativos con la media, mínimo, máximo y desviación típica, y las variables categóricas con frecuencias y porcentajes
  
- b) Para comparar los resultados en el MSCEIT del grupo clínico con grupo Control se ha utilizado el test la *t-student* para muestras independientes
  
- c) Para comparar los resultados de los parámetros cuantitativos entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE) y el grupo Control, se han utilizado el test ANOVA y el test de la *t-student* para muestras independientes con corrección de comparaciones múltiples (*Dunnet*)
  
- d) Para analizar la relación entre IE versus actitudes y conductas alimentarias (EAT-40), la clínica ansiosa (STAI), la clínica depresiva (BDI) y la psicopatología general (BSI), se ha estimado el coeficiente de *correlación lineal de Pearson dos a dos* y el *test de significación estadística*
  
- e) Para analizar los resultados en las medidas de IE en las personas retestadas que han realizado tratamiento y compararlos con la evaluación previa (Badia, 2010), se ha realizado el test de la *t-student de datos apareados*
  
- f) El criterio para rechazar la hipótesis nula es un grado de significación de 0,05.
  
- g) El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 17.0 para windows.



## **INVESTIGACIÓN**

**Resultados**

**Descriptivos**



### **3.3. Resultados**

#### **3.3.1. Descriptivos**

Para facilitar la comprensión de los resultados descriptivos del estudio, éstos son discutidos en este mismo apartado.

La muestra queda finalmente formada por 99 personas con TCA que se encuentran en seguimiento desde la Unidad de TCA del Hospital Sta. Maria de Lleida y que conforman el grupo Clínico. También se ha reclutado a 99 personas sin TCA como grupo Control. El número de participantes supera ampliamente el mínimo necesario requerido según el cálculo de la N muestral realizado previamente (ver apartado 3.2.1.1). Ambas muestras están compuestas por mujeres y hombres de 17 a 63 años y el grupo Clínico y el grupo Control han sido emparejados por sexo y por rangos de edad, tal y como se aconseja en el manual de corrección del MSCEIT.

A continuación se describen y discuten las variables sociodemográficas recogidas y las escalas clínicas del grupo TCA y el grupo Control. También se describen y discuten las variables clínicas de los pacientes con TCA.

#### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:**

Tanto en el grupo TCA como en el grupo Control se han recogido las mismas variables sociodemográficas, mostradas a continuación:

Tabla 13. Características sociodemográficas del grupo TCA y el grupo Control: Sexo, Edad e Índice de Masa Corporal

Variables Sociodemográficas		Grupo TCA N = 99		Grupo CONTROL N = 99		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	$\chi^2$ Sig.
Sexo	Hombre	5	5%	5	5%	1,0
	Mujer	94	95%	94	95%	
		Media	DT	Media	DT	T Student Sig.
Edad		30,4	10,8	32,8	10,9	0,134
Índice de Masa Corporal (IMC: kg/m <sup>2</sup> )		26,1	10,4	22,4	3,2	0,001**
		n	Media	DT		ANOVA Sig.
IMC Subtipos TCA	AN	33	19,6	1,9		0,001**
	BN	24	23,2	4,9		
	Tr. Atracones	24	39,2	11,8		
	TCANE	15	24,0	6,1		

Notas: Pruebas estadísticas: *Chi Cuadrado*, *T Student muestras independientes* y *ANOVA de un factor (Post Hoc: Bonferroni<sup>1</sup>)*; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística;  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ .  
IMC: Índice de Masa Corporal (kg/m<sup>2</sup>)

### SEXO:

En nuestra muestra clínica se observa una mayor proporción de mujeres (95%) respecto a hombres (5%) (Tabla 13), esta distribución por sexo es semejante a la encontrada en los estudios epidemiológicos en los se cita que alrededor del 90% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres (Fairburn y Harrisson, 2003; Guía de práctica Clínica TCA, 2009).

Como puede observarse en la tabla 13 se han emparejado a los participantes del grupo TCA con el grupo Control por sexo, tal como lo requieren los baremos del instrumento MSCEIT (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009; Mayer et al. 2002). El análisis estadístico *Chi Cuadrado* no encuentra

diferencias estadísticamente significativas entre en grupo TCA y el grupo Control en la distribución por sexo ( $p = 1$ ).

### EDAD:

Todos los participantes tienen edades superiores a los 17 años. El grupo TCA ( $M = 30$  años  $\pm 10$ ) y el grupo Control ( $M = 32$  años  $\pm 10$ ) han sido emparejados por rangos de edad, con medias y DT muy similares entre ambos (tabla 13); con el estadístico *T Student* no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $p = 0,134$ ). Siguiendo las recomendaciones de los autores del instrumento MSCEIT (Mayer et al. 2002) se han establecido los siguientes rangos de edad: 17-19 años; 20-29 años; 30-39 años; 40-49 años; 50-59 años y + de 60 años (figura 2).

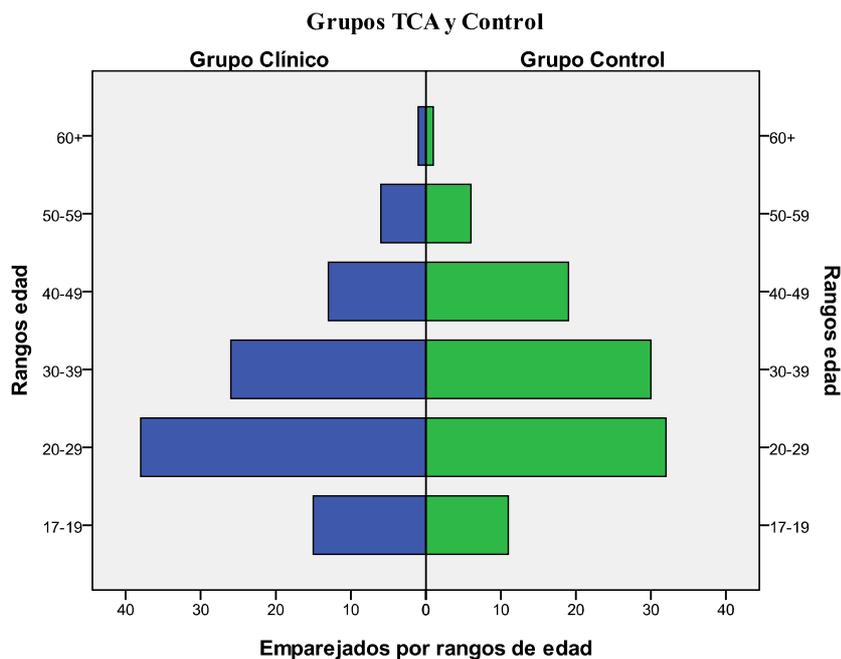


Figura 2. Grupo TCA y grupo Control emparejados por rangos de edad

### ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

Existe consenso a nivel médico que el IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) considerado como normopeso se encuentra situado entre 18,5 – 24,99  $\text{kg}/\text{m}^2$ . En la figura 3 puede observarse como el grupo TCA tiene un IMC de 26  $\text{kg}/\text{m}^2$  (en el rango de sobrepeso leve) con una DT = 10  $\text{kg}/\text{m}^2$ , con el estadístico *T Student* se

encuentran diferencias significativas con el grupo Control ( $p = 0,001^{**}$ ) que tiene un IMC situado en el normopeso ( $22,4 \text{ kg/m}^2$ ). En el análisis de varianza *ANOVA de un factor* realizado (tabla 13) también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos TCA ( $p < 0,001^{**}$ ). Los contrastes *Post Hoc (Bonferroni)* muestran que el grupo con Trastorno de Atracones es el que presenta diferencias respecto al resto de subtipos TCA, ya que tiene los IMC más elevados ( $M = 39,2 \text{ kg/m}^2$ ;  $DT = 11,8 \text{ kg/m}^2$ ) situados en el rango de obesidad media ( $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ ), como es esperable en este tipo de trastorno. Tal como era previsible, el grupo con AN es el que presenta el IMC más bajo ( $\text{IMC} = 19,6 \text{ kg/m}^2$ ) aunque situado dentro del rango de normopeso; probablemente su IMC es superior al habitual en este tipo de pacientes porque se trata de una muestra que se encuentra en tratamiento psicoterapéutico y muchos de ellos ya han superado las situaciones ponderales de riesgo. Los grupos BN y TCANE también presentan unos IMC situados en el normopeso ( $23 \text{ kg/m}^2$  y  $24 \text{ kg/m}^2$  respectivamente).

Tal como se ha mencionado, a diferencia del grupo con TCA, en la figura 4 se puede observar como el grupo Control presenta una media de IMC situada en el normopeso, pero con menor dispersión que el grupo Clínico ( $M = 22,38 \text{ kg/m}^2$ ;  $DT = 3,19 \text{ kg/m}^2$ ), encontrándose solo una minoría de los casos en situación ponderal de obesidad ( $\text{IMC} > 30$ ).

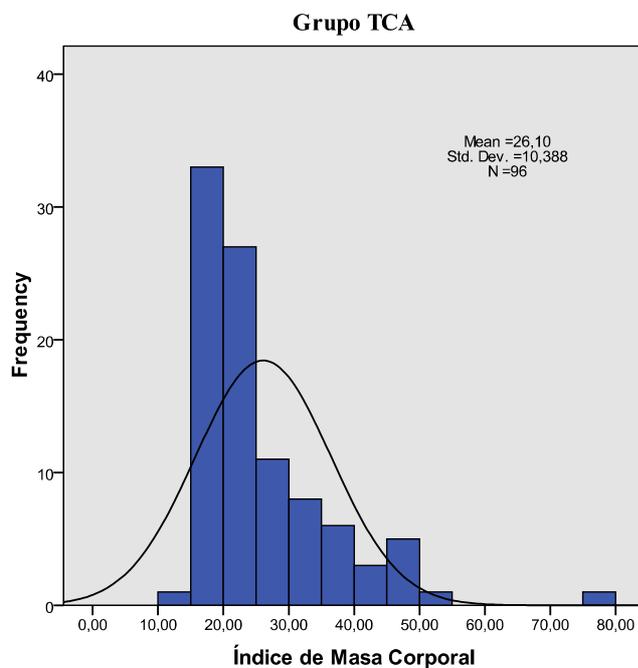


Figura 3. Índice de Masa Corporal ( $\text{kg/m}^2$ ) del grupo TCA

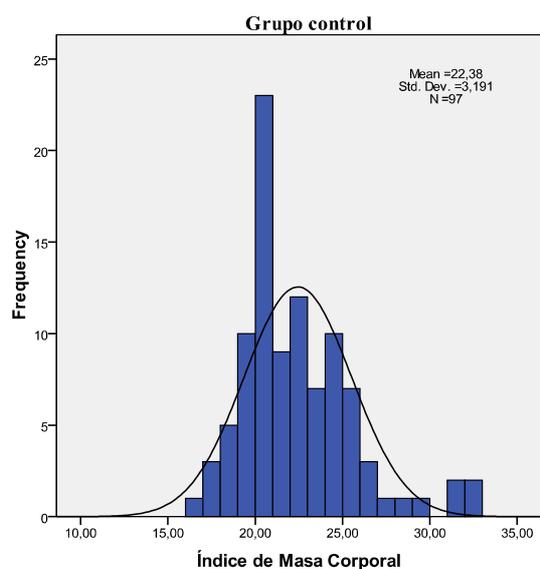


Figura 4. Índice de Masa Corporal (kg/m<sup>2</sup>) del grupo Control

Tabla 14. Características sociodemográficas del grupo TCA y el grupo Control: Núcleo de convivencia, Estudios y Situación laboral

Variables sociodemográficas		Grupo TCA N = 99		Grupo CONTROL N = 99		ANOVA Sig.
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Núcleo convivencia	Solo	4	4%	6	6%	0,494
	Pareja*	37	37%	45	46%	
	Padres	46	47%	36	36%	
	Otros	12	12%	12	12%	
Estudios	Básicos*	22	22%	8	8%	0,001**
	Medios*	55	56%	48	49%	
	Superiores*	22	22%	43	43%	
Situación laboral	Activo	42	43%	61	62%	0,001**
	Estudiante	29	29%	30	30%	
	Otras situaciones*	28	28%	8	8%	

Notas: Prueba estadística: ANOVA de un factor; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística:  $p < 0,05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$

\* Núcleo convivencia: Pareja (con o sin hijos)

\* Estudios: Básicos (primaria – EGB); Medios (FP – Bachillerato); Superiores (Diplomatura – Licenciatura)

\* Situación laboral: Otras situaciones (paro, invalidez u otras).

## **NUCLEO DE CONVIVENCIA**

Como puede observarse (tabla 14) la mayor parte de los pacientes del grupo TCA viven con su pareja o con sus padres, siendo muy pocos aquellos que viven solos. Esta situación se da prácticamente igual en el grupo Control, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p = 0,494$ ) con el análisis de varianza *ANOVA de un factor*.

## **ESTUDIOS FINALIZADOS:**

La mitad de los participantes del grupo con TCA (56%) tiene estudios medios finalizados (tabla 14), mientras que el resto de personas de este grupo están repartidos entre los que tienen finalizados los estudios primarios (jóvenes que todavía no han acabado los estudios medios) y los que han finalizado estudios superiores. El grupo Control (tabla 14) es similar en cuanto al porcentaje de personas con estudios medios finalizados (49%), pero el resto de la muestra tiene de forma mayoritaria estudios superiores. En el análisis de varianza *ANOVA de un factor* se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estudios finalizados entre el grupo TCA y el grupo Control ( $p = 0,001^{**}$ ).

## **SITUACIÓN LABORAL**

Ambos grupos tienen aproximadamente el 30% de sus participantes cursando algún tipo de estudio y la mayor parte de ellos no trabaja. Por el contrario en el grupo TCA se encuentran mayores tasas de paro (18%) y solo el 42% de las personas del grupo Clínico está trabajando, a diferencia del grupo Control en el que trabajan un 62% de los participantes (tabla 14). Con el análisis de varianza *ANOVA de un factor* se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la situación laboral entre el grupo TCA y el grupo Control ( $p = 0,001^{**}$ ).

## **ESCALAS CLÍNICAS:**

Para valorar la psicopatología clínica asociada se han administrado diferentes escalas (ver tabla 11) tanto al grupo TCA como al grupo Control. A continuación se describen los resultados encontrados en el grupo TCA y en sus diferentes subtipos según la clasificación DSM-5: en una primera tabla (15) se muestran los resultados en las escalas de Actitudes y síntomas alimentarios (EAT), Ansiedad (STAI) y Depresión (BDI). En la siguiente tabla (16) se muestran los resultados en la escala de

Malestar psicológico general (BSI). Al analizar los datos se comentan también las diferencias encontradas respecto al grupo Control.

Tabla 15. Diferencias en las escalas clínicas EAT, STAI y BDI entre los subtipos del grupo TCA

<b>Escalas clínicas Grupo TCA</b>				
<b>EAT-40 Escala Actitudes Alimentarias</b>				
	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>ANOVA Sig.</b>
AN	34	41,4	22,2	0,004**
BN	25	41,8	21,7	
Tr. Atracones	24	25,7	13,9	
TCANE	15	27,1	19,1	
Total Grupo TCA	98	35,5	20,9	
Punto Corte		<b>&gt;30</b>		
<b>Escala Ansiedad</b>		<b>STAI Estado</b>		
	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>ANOVA Sig.</b>
AN	34	34,8	14,4	0,741
BN	25	31,8	13,3	
Tr. Atracones	24	32,5	13,7	
TCANE	15	31,0	12,2	
Total Grupo TCA	98	32,9	13,5	
P. Corte		<b>&gt;31</b>		
<b>Escala Ansiedad</b>		<b>STAI Rasgo</b>		
	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>ANOVA Sig.</b>
AN	34	38,9	10,7	0,605
BN	25	35,1	12,5	
Tr. Atracones	24	37,7	10,8	
TCANE	15	35,0	13,8	
Total Grupo TCA	98	37,0	11,7	
P. Corte		<b>&gt;32</b>		
<b>BDI Escala Depresión</b>				
	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>ANOVA Sig.</b>
AN	34	20,8	10,5	0,606
BN	25	18,0	9,7	
Tr. Atracones	24	20,9	8,9	
TCANE	15	18,5	9,8	
Total Grupo TCA	98	19,8	9,7	
P. Corte		<b>&gt;18</b>		

Notas: Prueba estadística: ANOVA de un factor (Post Hoc: Bonferroni); DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$

### ESCALA DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT:

En el total del grupo TCA las puntuaciones en la escala de Actitudes Alimentarias (EAT) superan el punto de corte de 30 ( $M = 35,5$ ;  $DT = 20,9$ ) tal como es esperable en una muestra clínica con trastorno alimentario (Tabla 15; figura 5), observándose importante dispersión entre las puntuaciones. En relación a los subtipos TCA (tabla 15), el análisis de varianza *ANOVA de un factor* realizado muestra diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $p = 0,004^{**}$ ). Los análisis *post hoc* (Bonferroni) muestran que las diferencias se dan entre el subtipo TA ( $M = 25$ ) y los subtipos AN y BN (ambos con una  $M = 41$ ), indicando mayor gravedad de la clínica alimentaria para los grupos AN y BN. El grupo con TA también presenta actitudes alimentarias de riesgo, por lo que la puntuación menor obtenida puede ser debida a las características del instrumento (Mintz y O'Halloran, 2000) que fue diseñado principalmente para la valoración de la AN y la BN. El grupo TCANE tampoco supera el punto de corte establecido, probablemente porque son formas parciales o casos más leves de TCA.

A diferencia del grupo Clínico, el grupo Control (figura 6) tiene puntuaciones muy inferiores en el EAT ( $M = 7,8$ ;  $DT = 5,3$ ) a las encontradas en el grupo TCA. Ninguna persona del grupo Control supera el punto de corte del instrumento (30) ya que éste fue el límite establecido para este grupo como criterio de exclusión para la participación en el estudio y las personas voluntarias que puntuaron por encima de este límite fueron descartadas (ver apartado 3.2.1.1).

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001^{**}$ ) entre el grupo TCA y el grupo Control en las medias obtenidas en la escala de Actitudes alimentarias de riesgo. El grupo Clínico es el que obtiene puntuaciones mayores, indicando mayor gravedad en las actitudes y conductas relacionadas con el peso y la alimentación, tal como se espera en este grupo de pacientes.

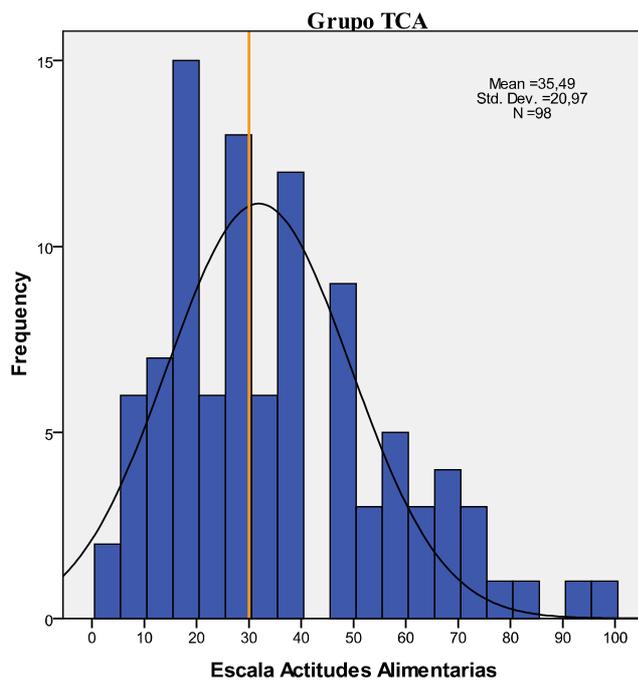


Figura 5. Actitudes alimentarias (EAT) en los pacientes con TCA

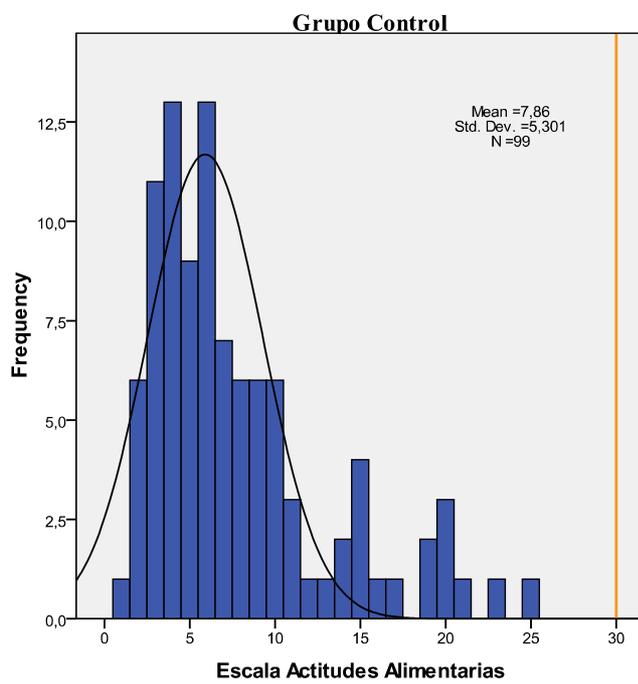


Figura 6. Actitudes alimentarias (EAT) en el grupo Control

### ESCALA DE ANSIEDAD STAI:

Como se ha comentado en la justificación teórica, los síntomas ansiosos son frecuentes en las personas con TCA, siendo uno de los síntomas psicopatológicos comórbidos más habituales en esta patología (Bulik, 2002; Fairburn y Harrison, 2003; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Polivy y Herman, 2002; Swinbourne y Touyz, 2007).

El análisis de varianza *ANOVA de un factor* realizado muestra que en el grupo TCA todos los subtipos superan levemente el punto de corte en la escala de **Ansiedad Estado** (tabla 15), sin encontrarse diferencias significativas entre ellos ( $p = 0,741$ ). El total del grupo TCA también supera levemente el punto de corte (tabla 15; figura 7). Estas puntuaciones cercanas al punto de corte pueden ser debidas a que la muestra clínica se encuentra en tratamiento psicoterapéutico y a que muchos de los pacientes tienen pauta de medicación con el objetivo de disminuir sus niveles de ansiedad.

En cuanto a la **Ansiedad Rasgo** (tabla 15), también se encuentran puntuaciones por encima del punto de corte tanto en los subtipos TCA como en todo el grupo Clínico, indicando una propensión ansiosa (superior al percentil 75) para todos los pacientes, tal como se encuentra en la literatura científica citada arriba. Tampoco se encuentran diferencias entre los subtipos TCA en la Ansiedad Rasgo ( $p = 0,605$ ). El total del grupo TCA supera el punto de corte de forma clara (figura 8) con una puntuación situada en el percentil 85, indicando que las personas con TCA tienen un rasgo ansioso marcado, como se describe en la literatura científica revisada (Holkamp et al., 2005; Swinbourne y Touyz, 2007; Wagner et al., 2006).

A diferencia de los resultados del grupo TCA, el grupo Control tiene tanto la Ansiedad Estado ( $M = 12,7$ ;  $DT = 6,9$ ) (figura 9), como la Ansiedad Rasgo ( $M = 14,6$ ;  $DT = 7$ ) (figura 10) muy por debajo del punto de corte, como es esperable en una muestra no clínica.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001^{**}$ ) entre el grupo TCA y el grupo Control en las medias obtenidas en la escala de ansiedad, tanto en Rasgo como en Estado, siendo el grupo Clínico el que obtiene puntuaciones mayores, indicando mayor gravedad de los síntomas ansiosos.

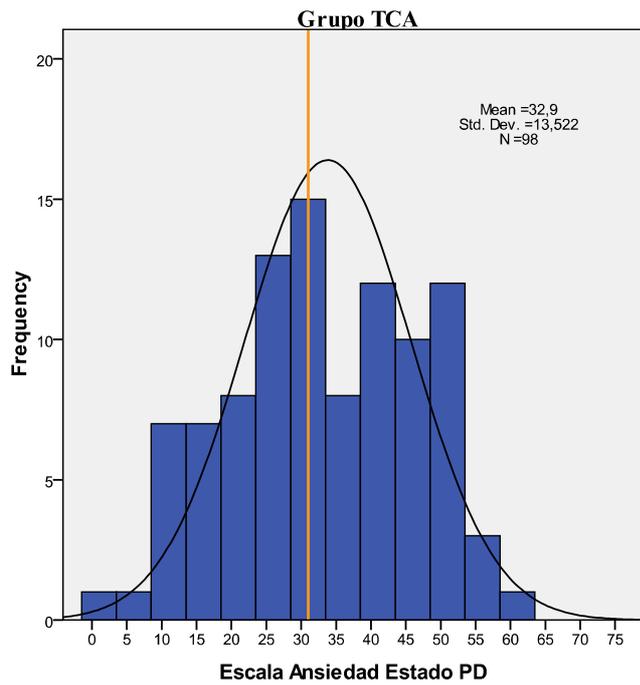


Figura 7. Clínica ansiosa (STAI Estado) en los pacientes con TCA

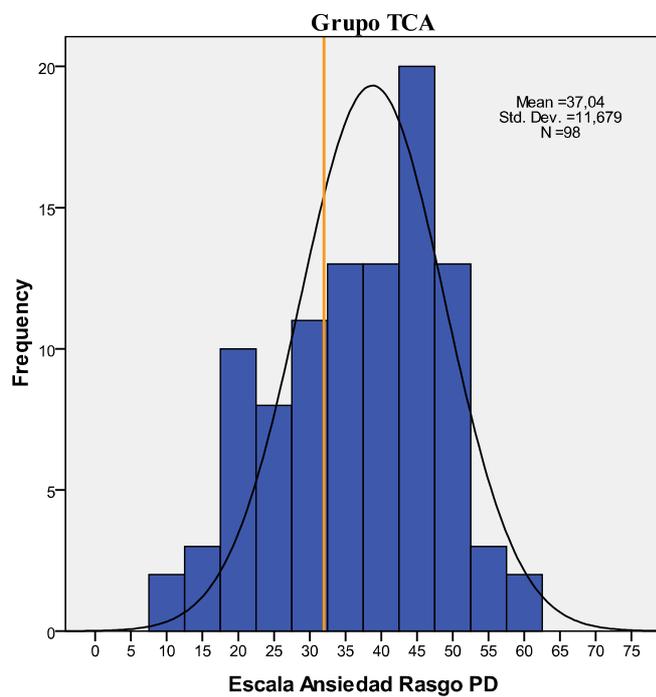


Figura 8. Rasgo ansioso (STAI Rasgo) en los pacientes con TCA

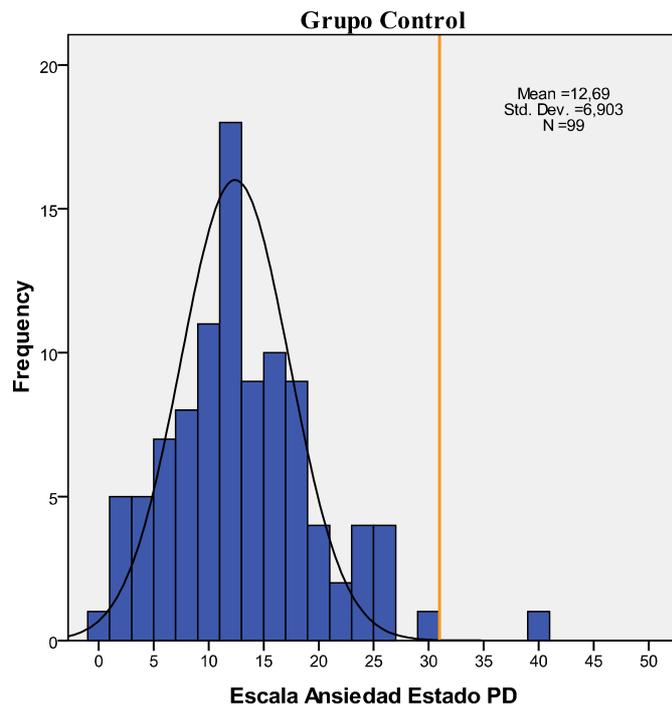


Figura 9. Clínica ansiosa (STAI Estado) en el grupo Control

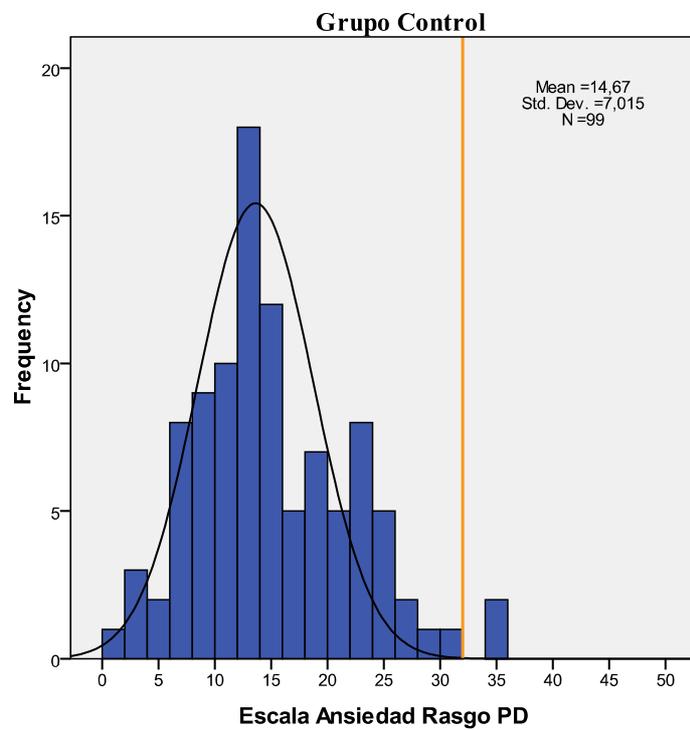


Figura 10. Rasgo ansioso (STAI Rasgo) en el grupo Control

### **ESCALA DE DEPRESIÓN BDI:**

Los síntomas depresivos son también una de las comorbilidades más frecuentes en los TCA tal como se encuentra en la literatura científica revisada (Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002).

Como puede apreciarse en la tabla 15, todos los subtipos TCA obtienen una puntuación en la Escala de Depresión situada justo en el límite del punto de corte (entre 18 y 20), no encontrándose diferencias significativas entre ellos ( $p = 0,605$ ). La puntuación de todo el grupo TCA también supera levemente el punto de corte de 18 (figura 11). Estos valores indican síntomas depresivos leves, pero se debe tener en cuenta que el 69% de la muestra toma tratamiento antidepresivo que disminuye la gravedad de estos síntomas.

Por el contrario, el grupo Control ( $M = 3,9$ ;  $DT = 4,5$ ) (figura 12) presenta una media situada en valores muy inferiores al punto de corte, indicando ausencia de clínica depresiva en prácticamente todos los participantes.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001^{**}$ ) entre el grupo TCA y el grupo Control en las medias de la escala de depresión, siendo el grupo Clínico el que obtiene puntuaciones mayores indicando mayor sintomatología depresiva tal como se espera en una muestra clínica con TCA.

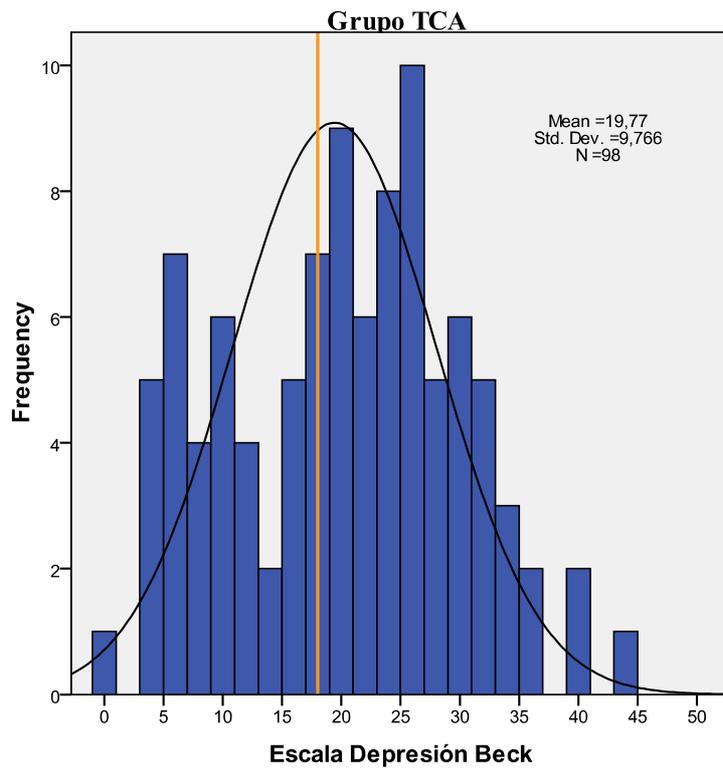


Figura 11. Clínica depresiva (BDI) en los pacientes con TCA

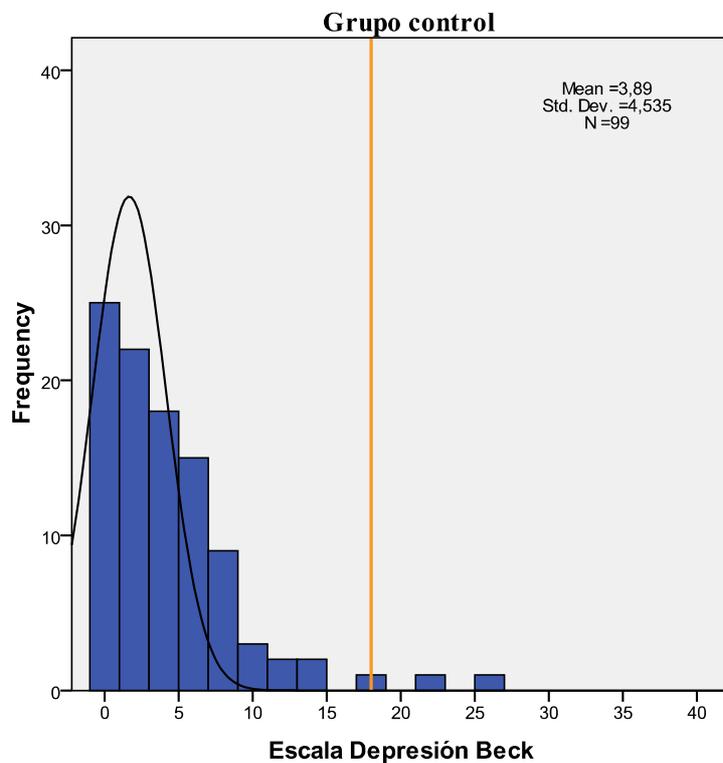


Figura 12. Clínica depresiva (BDI) en el grupo Control

### **ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA BSI:**

Como ya ha sido comentado en la introducción teórica, los pacientes con TCA tienen una importante comorbilidad psiquiátrica (Bulik, 2002; Casper, 1998; Fairburn y Harrisson, 2003; Fox y Power, 2009c; Godart et al., 2002; Godart, et al. 2007; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Heatherton y Baumeister, 1991; Pascual et al., 2011b; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002; Swinbourne y Touyz, 2007; Wagner et al., 2006; Woodside y Staab, 2006) que provoca malestar emocional y sufrimiento psicológico.

En relación a la psicopatología general valorada con el BSI (tabla 16), tanto el grupo TCA como los subtipos de éste superan los puntos de corte establecidos en todas las escalas del instrumento, indicando presencia de sintomatología clínica significativa. Con el análisis de varianza *ANOVA de un factor* realizado no se encuentran diferencias significativas entre los subtipos TCA en los resultados de las escalas del BSI.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001^{**}$ ) entre el grupo TCA y el grupo Control en todas las escalas del BSI, siendo el grupo TCA el que obtiene las mayores puntuaciones, indicando mayor malestar psicológico.

Tabla 16. Diferencias en la escala clínica BSI entre los subtipos del grupo TCA

BSI Escala de psicopatología clínica								
		AN	BN	Tr. Atracones	TCANE	Total G.TCA		
		n = 34	n = 25	n = 24	n = 15	N = 98	P. Corte	ANOVA Sig.
<b>BSI PD</b>	M	82,0	73,0	83,7	79,7	79,8	-	0,816
	DT	41,7	43,3	39,5	49,1	42,3		
<b>Somatización</b>	M	1.2	1.1	1.4	1.1	1.2	0.83	0,732
	DT	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9		
<b>Obsesivo Compulsivo</b>	M	1.8	1.6	2.1	2.0	1.9	1.15	0,314
	DT	0.9	0.9	1.0	1.2	1.0		
<b>Depresión</b>	M	2.0	1.6	1.8	1.8	1.8	1.32	0,425
	DT	1.2	1.1	1,0	1.3	1.1		
<b>Ansiedad</b>	M	1.7	1.6	1.5	1.6	1.6	1.08	0,967
	DT	0.9	1.1	0.9	1.0	0.9		
<b>Hostilidad</b>	M	1.3	1.1	1.5	1.4	1.3	0.80	0,565
	DT	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0		
<b>Ansiedad Fóbica</b>	M	0.9	0.9	1.2	0.9	1.0	0.49	0,388
	DT	0.9	0.8	0.8	1.0	0.9		
<b>Ideación Paranoide</b>	M	1.5	1.3	1.6	1.6	1.5	0.78	0,596
	DT	1.1	0.9	0.9	1.0	1.0		
<b>Susceptibilidad Interpersonal</b>	M	1.9	1.7	1.9	1.7	1.9	0.92	0,791
	DT	1.1	1.2	0.8	1.3	1.1		
<b>Psicoticismo</b>	M	1.5	1.3	1.6	1.3	1.4	0.45	0,734
	DT	0.9	0.9	1.6	1.1	1.1		
<b>Índice Global de Gravedad</b>	M	1.5	1.4	1.6	1.5	1.5	0.78	0,818
	DT	0.8	0.8	0.7	0.9	0.8		
<b>Total síntomas positivos</b>	M	34.9	32.6	36.7	32.5	34.4	27.32	0,656
	DT	12.5	14.0	11.9	13.6	12.9		
<b>Índice Malestar síntomas +</b>	M	2.2	2.0	2.2	2.2	2.2	1.96	0,693
	DT	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6		

Notas: Prueba estadística: ANOVA de un factor; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$

En la figura 13 se muestran los resultados del grupo TCA en la escala Índice Global de Gravedad (IGG) del BSI, que es considerado como el mejor indicador de la escala del nivel de malestar que experimenta la persona. Con una puntuación de 1.51, supera claramente el punto de corte establecido (0.78), indicando que las personas con TCA experimentan niveles elevados de malestar psicológico.

En el grupo Control (figura 14) la media en el IGG (0.43) es significativamente más baja que el grupo TCA y no supera el punto de corte, como es esperable en una muestra no clínica.

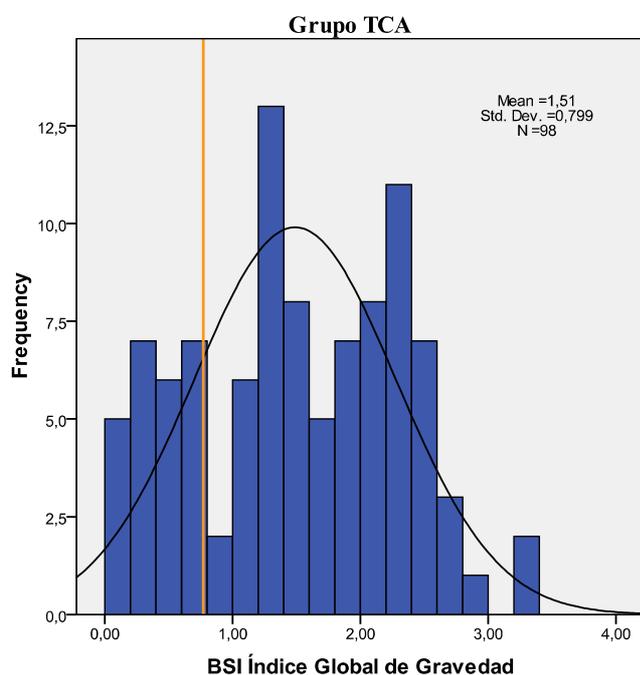


Figura 13. Índice Global de Gravedad (IGG) de la psicopatología general (BSI) en los pacientes con TCA

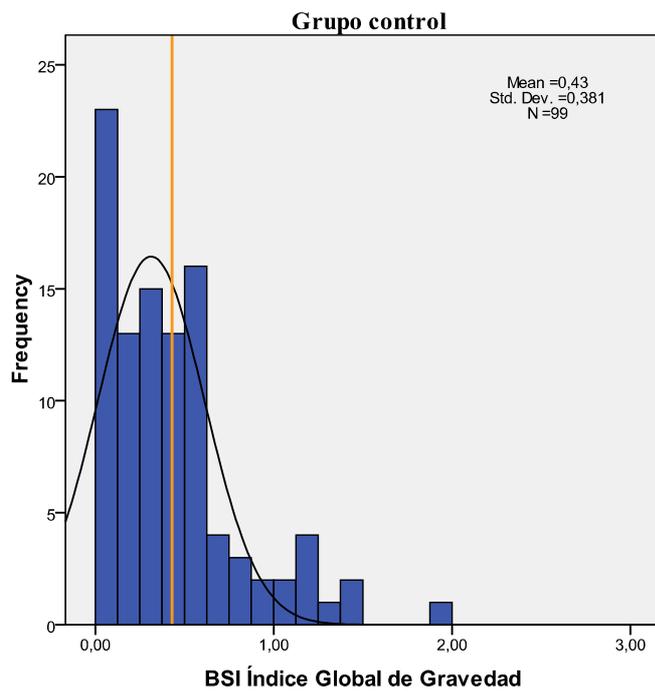


Figura 14. Índice Global de Gravedad (IGG) de la psicopatología general (BSI) en el grupo Control

### **VARIABLES CLÍNICAS del GRUPO TCA:**

A continuación se describen y comentan diversas variables clínicas recogidas del grupo TCA que aportan información complementaria sobre la situación clínica de los pacientes del estudio.

### **DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR y DSM-5**

La tabla 17 muestra el grupo TCA en función del diagnóstico clínico realizado según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (APA). La versión DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) es la última versión del DSM-IV y ha sido utilizada en el ámbito clínico hasta el momento actual, puesto que en el presente año se ha publicado en nuestro estado la nueva versión DMS-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Para los análisis de éste estudio se han utilizado los nuevos diagnósticos clínicos del DSM-5, ya que presenta ventajas respecto a la versión anterior (como el establecer el Trastorno de Atracones como una entidad diagnóstica diferenciada del grupo TCANE). El grupo TA es importante entre los subtipos TCA ya que representa el 24% de los pacientes del grupo Clínico en el presente estudio. El análisis de los datos por los subtipos establecidos por el DSM-5 nos permite ver de forma más clara el rendimiento de los grupos diagnósticos en las diferentes variables analizadas, así como poder identificar si existen diferencias entre ellos.

Como puede observarse en la tabla 17, en nuestra muestra el subtipo AN es el más numeroso (36%), seguido por el subtipo BN y TA (25% y 24% respectivamente), siendo el grupo TCANE un 15% del total.

Tabla 17. Frecuencia de pacientes en función de los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-5

Grupo TCA	Diagnóstico	Frecuencia	%
<b>Subtipos DSM-IV-TR</b>	AN	35	36 %
	BN	26	26 %
	TCANE	38	38 %
<b>Subtipos DSM-5</b>	AN	35	36 %
	BN	25	25 %
	Tr. Atracones	24	24 %
	TCANE	15	15 %

Tabla 18. Frecuencia de pacientes en función del nº de tratamientos previos, nº de ingresos hospitalarios y tipo de tratamiento psicofarmacológico.

	GRUPO TCA	Frecuencia	%
<b>Nº de tratamientos previos realizados</b>	0	27	28 %
	1	39	40 %
	2	21	22 %
	3	8	8 %
	4	2	1 %
	Missing	2	1 %
<b>Nº ingresos hospitalarios</b>	0	64	65 %
	1	15	15 %
	2	7	7 %
	3	4	4 %
	> 4	8	8 %
	Missing	1	1 %
<b>Tipo de tratamiento psicofarmacológico</b>	Antidepresivo	68	69 % de la muestra
	Ansiolítico	40	40 % de la muestra
	Antipsicótico	22	22 % de la muestra
	Anticomicial	5	5% de la muestra
	Otro tratamiento	10	10 % de la muestra

Tabla 19. Variables clínicas en los subtipos TCA: años evolución trastorno, nº de tratamientos previos, nº de ingresos hospitalarios y tratamiento psicofarmacológico.

Variables Clínicas Grupo TCA					
	Subtipos TCA <sup>1</sup>	n	Media	DT	ANOVA Sig.
Años evolución trastorno	AN	34	7,1	7,7	0,026*
	BN	25	11,6	6,1	
	Tr. Atracones	22	14,4	11,2	
	TCANE	15	11,1	10,5	
	Total	96	10,6	9,0	
Nº de tratamientos previos realizados	AN	35	1,1	1,1	0,939
	BN	25	1,2	0,9	
	Tr. Atracones	22	1,2	1,0	
	TCANE	15	1,3	0,9	
	Total	97	1,2	1,0	
Nº ingresos hospitalarios	AN	35	0,9	1,4	0,496
	BN	25	1,1	1,9	
	Tr. Atracones	23	0,4	1,1	
	TCANE	15	0,8	1,4	
	Total	98	0,8	1,5	
		n	SI	NO	x <sup>2</sup> Sig.
Toma de tratamiento psicofarmacológico	AN	35	23	12	0,413
	BN	25	18	7	
	Tr. Atracones	24	19	5	
	TCANE	15	13	2	
	Total	99	73	26	

Notas: Pruebas estadísticas: ANOVA de un factor (Post Hoc: Bonferroni), Chi Cuadrado; Sig.: Significación estadística: p < 0.05\*, p < 0,01\*\*; <sup>1</sup> Subtipos TCA: DSM-5

## AÑOS EVOLUCIÓN TCA

En relación a los años de evolución desde el debut del TCA (tabla 19), el análisis de varianza *ANOVA de un factor* muestra diferencias significativas entre los subtipos TCA ( $p = 0,026^*$ ). Los contrastes *Post Hoc* (Bonferroni) muestran que las diferencias se dan entre el grupo AN (7 años) y el grupo TA (14 años). En cualquier caso, todos los subtipos superan los 7 años desde el debut del trastorno, con una media para el total del grupo TCA de 10 años (figura 15). Como se ha detallado en la revisión teórica, se considera que a partir de los 7 años de evolución (Sagardoy et al., 2012) y, de forma más consensuada, a partir de los 10 años (American Psychiatric Association, 2002; Bamfort y Mountford, 2012) el paciente se encuentra en un estado de cronicidad y es considerado de larga evolución, hecho que también influye en el tipo de abordaje psicoterapéutico que requieren estos pacientes resistentes al cambio (Sagardoy et al., 2012).

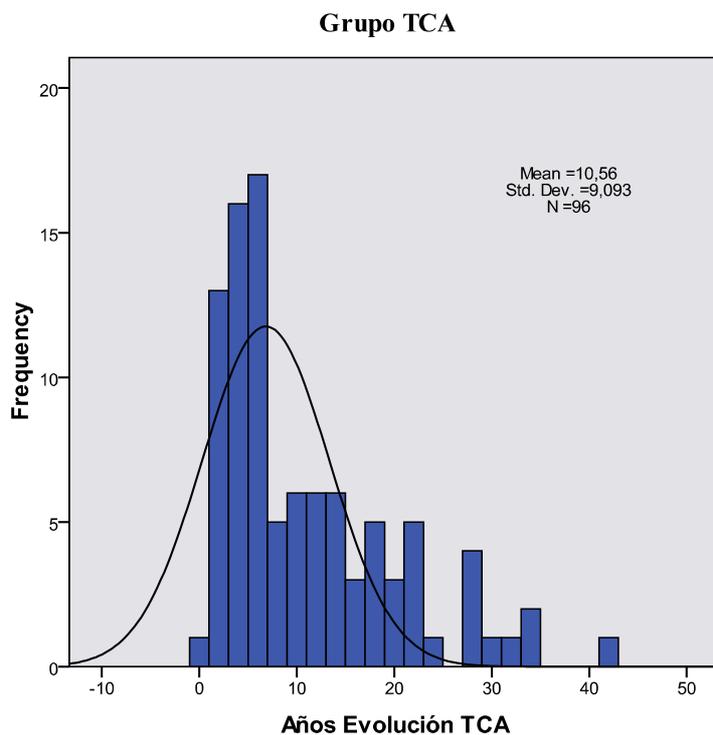


Figura 15. Años de evolución del TCA en el grupo de pacientes

## **Nº TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS**

Al inicio del seguimiento desde nuestra Unidad Funcional de TCA, solo el 28% de la muestra clínica no había realizado ningún tratamiento previo para su trastorno (tabla 18). El hecho de que el resto de las personas del grupo TCA tengan al menos un tratamiento previo realizado se explica por ser una muestra con muchos pacientes de larga evolución, tal como ha sido comentado en el punto anterior. No se encuentran diferencias significativas entre los subtipos TCA en el Nº de tratamientos previos realizados ( $p = 0,506$ ).

## **Nº INGRESOS HOSPITALARIOS**

Tal como puede observarse en la tabla 18, un tercio de los pacientes han realizado al menos un ingreso hospitalario en una unidad psiquiátrica, hecho que se puede producir en el proceso de enfermedad cuando la persona con TCA se encuentra en un estado de gravedad clínica que así lo requiere (Saldaña, 2001). La tabla 19 muestra que no se encuentran diferencias significativas entre los subtipos TCA en esta variable ( $p = 0,496$ ).

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Debido a la comorbilidad clínica previamente comentada, tal como puede observarse en la tabla 18, el 74% de la muestra clínica sigue un tratamiento psicofarmacológico, no encontrándose diferencias entre los subtipos TCA en esta variable ( $p = 0,413$ ). Entre las personas que toman medicación, la mayor parte de ellas toma algún tipo de antidepresivo (69%), seguido por el consumo de fármacos ansiolíticos (40%); el uso de otros fármacos para tratar la psicopatología clínica asociada como los antipsicóticos y anticomiciales se dan en menor proporción (22% y 5% respectivamente). No se encuentran diferencias significativas entre los subtipos TCA y los diferentes tipos de fármacos: antidepresivo ( $p = 0,535$ ); ansiolítico ( $p = 0,388$ ); antipsicótico ( $p = 0,093$ ); anticomicial ( $p = 0,794$ ); otros ( $p = 0,931$ ).

## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Resultados Hipótesis 1**



### 3.3.2. Estudio 1

En el estudio 1 se ha evaluado la IE en una población clínica de pacientes diagnosticados de TCA y que se encontraban realizando seguimiento psicoterapéutico desde la Unidad Funcional de TCA del Hospital Sta. Maria de Lleida, con un instrumento de ejecución (MSCEIT). Se han comparado sus resultados con los obtenidos por el grupo Control reclutado y se han relacionado los resultados con otras variables psicopatológicas y sociodemográficas.

Los resultados del trabajo se comentan siguiendo el orden de los objetivos en cada una de las hipótesis.

#### 3.3.2.1. Resultados Hipótesis 1

**HIPOTESIS 1:** existen diferencias en las medidas de IE obtenidas entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE)

**Objetivo 1:** describir los resultados en IE obtenidos a través del MSCEIT en la muestra de pacientes con TCA.

Se ha administrado el test de ejecución MSCEIT para valorar la IE de las personas que conforman el grupo TCA. En la tabla 20 se pueden observar los resultados en el MSCEIT de los 99 pacientes que obtienen una puntuación media en el **CI Emocional TOTAL** (la puntuación global de IE) de **100,1 ± 13,4** indicando **competencia** en esta habilidad según los baremos establecidos por los autores (Mayer et al., 2002).

Si se analizan los resultados de la IE en otros niveles más específicos, se observa que los rendimientos encontrados en las escalas principales del instrumento en el grupo TCA oscilan **entre 95 y 105** (todos ellos dentro del rango de competencia). Destaca como la puntuación media más baja la del **CI Comprensión emocional (95,9 ± 14,5)** y la más elevada la del **CI Percepción emocional (105,5 ± 14,5)**.

Tabla 20. Resultados MSCEIT de todo el grupo TCA

MSCEIT	Grupo TCA	
	N = 99	
	Media	DT
<b>CIE Total</b>	100,1	13,4
<b>CI Experiencial</b>	102,7	13,5
<b>CI Estratégico</b>	97,7	15,0
<b>Percepción Emocional</b>	105,5	14,5
<b>Facilitación Emocional</b>	97,9	11,6
<b>Comprensión Emocional</b>	95,9	14,5
<b>Manejo Emocional</b>	100,5	15,5
Caras	103,7	13,4
Dibujos	105,2	14,8
Facilitación	93,4	10,7
Sensaciones	104,4	12,5
Cambios	95,9	14,1
Combinaciones	97,1	13,8
Manejo	100,8	16,8
Relaciones	99,9	13,1
Dispersión	105,1	14,6
Sesgo	92,0	2,7

Notas: En negrita: escalas principales del instrumento; DT: Desviación típica

En la figura 16 se puede observar de forma gráfica el rendimiento del grupo TCA en las escalas principales del MSCEIT.

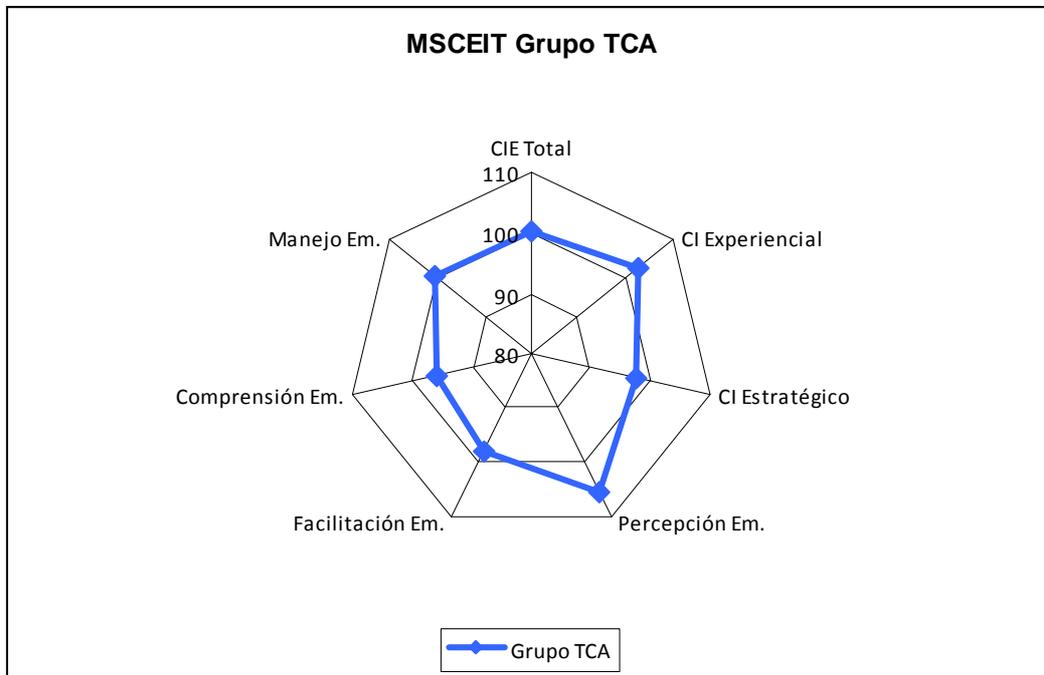


Figura 16. Resultados escalas principales del MSCEIT del grupo TCA

**Objetivo 2:** comparar los resultados entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE) para analizar las diferencias en IE

Teniendo en cuenta los criterios DSM-5 que establece los subtipos TCA: AN, BN, TA y TCANE, se analizan y comparan los resultados obtenidos en el MSCEIT por los diferentes grupos diagnósticos.

Aunque las diferencias entre los subtipos TCA no son estadísticamente significativas (tabla 21), al analizar los resultados en la puntuación más global de IE (**CI Emocional Total**), encontramos una media de puntuación ligeramente mayor en el grupo **de TCANE (104,4 ± 13'5)**, seguido por el de **AN (101,8 ± 14'5)**, el de **BN (98,2 ± 13,8)** y, en último lugar, el de **TA (97,0 ± 10'7)**.

Tabla 21. Resultados MSCEIT de los subtipos TCA

MSCEIT	Anorexia		Bulimia		Tr. Atracones		TCANE		ANOVA Sig.
	n = 35		n = 25		n = 24		n = 15		
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
<b>CIE Total</b>	101,8	14,5	98,2	13,8	97,0	10,7	104,4	13,5	0,282
<b>CI Experiencial</b>	103,3	13,1	99,2	14,7	103,2	13,9	106,0	11,9	0,443
<b>CI Estratégico</b>	100,0	17,0	98,5	14,8	91,3	10,7	101,2	15,1	0,108
<b>Percepción Emocional</b>	105,8	13,8	101,6	15,2	105,9	15,0	110,5	13,7	0,312
<b>Facilitación Emocional</b>	98,8	10,7	95,5	12,0	99,2	13,5	98,3	10,4	0,675
<b>Comprensión Emocional</b>	98,0	16,6	94,5	14,5	92,2	11,6	99,8	12,9	0,312
<b>Manejo Emocional</b>	102,5	19,1	103,3	12,1	94,1	12,2	101,6	14,3	0,137
Caras	103,9	12,7	100,1	15,9	104,7	11,9	107,5	12,6	0,381
Dibujos	105,1	14,7	102,9	14,4	104,9	16,1	109,5	14,6	0,610
Facilitación	94,3	10,6	91,0	11,0	95,7	11,2	91,9	9,4	0,409
Sensaciones	104,7	11,3	103,2	10,0	103,6	16,3	107,4	12,9	0,758
Cambios	97,4	15,0	92,5	14,4	94,7	11,7	99,9	15,0	0,357
Combinaciones	98,0	14,1	99,7	15,7	91,7	11,1	99,4	12,1	0,157
Manejo	101,0	18,4	103,7	14,4	93,8	12,9	106,3	20,0	0,091
Relaciones	102,4	16,1	100,9	8,8	96,2	11,8	98,4	13,2	0,315
Dispersión	104,4	14,1	103,1	12,3	105,9	16,8	108,7	15,9	0,686
Sesgo	92,6	2,3	91,8	3,6	91,9	2,4	91,5	2,5	0,574

Notas: Prueba estadística: ANOVA de un factor; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ ; en negrita las escalas principales del MSCEIT

En la figura 17 se muestran de forma gráfica los rendimientos de los subtipos TCA en las escalas principales del MSCEIT.

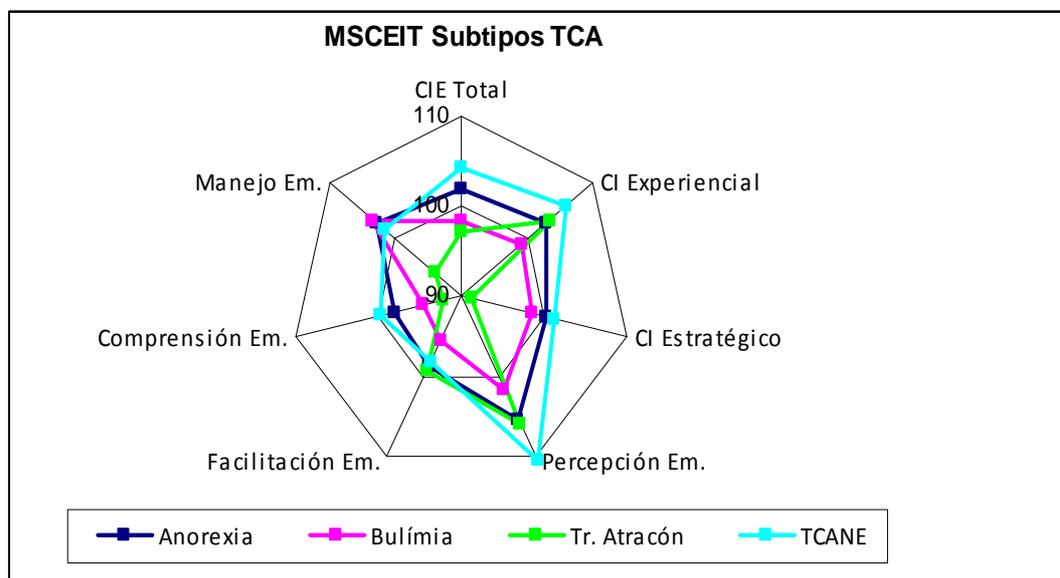


Figura 17. Resultados escalas principales del MSCEIT de los subtipos TCA

A pesar de que las diferencias encontradas entre los subtipos TCA en su rendimiento en el MSCEIT no son estadísticamente significativas, se observa (ver los datos detallados en la tabla 22) que tanto el grupo de **TA** como el de **BN** son los que obtienen los resultados más bajos de los subtipos TCA en estas escalas. El grupo TCANE obtiene los mejores resultados entre los grupos diagnósticos en 5 de las 7 escalas principales del MSCEIT (CIE Total, CI Experiencial, CI Estratégico, Percepción Emocional y Comprensión Emocional).

El grupo con **TA** tiene un rendimiento más bajo en las ramas Comprensión Emocional (-7 puntos) y Manejo Emocional (-9 puntos), repercutiendo en un peor resultado que el resto de grupos en su **CI Estratégico:  $91.3 \pm 10.7$**  (con 10 puntos de distancia respecto al grupo TCANE que tiene la mejor puntuación). Con menor diferencia respecto a los otros grupos que en el caso anterior, también encontramos que el grupo con **BN** obtiene un peor rendimiento en las ramas de Percepción Em. (-9 puntos respecto grupo TCANE) y Facilitación Em. (-4 puntos respecto grupo TCANE), obteniendo finalmente un peor resultado que el resto de grupos en su **CI Experiencial:  $99,2 \pm 14,7$**  (-7 puntos respecto grupo TCANE).

Tabla 22. Orden de mayor a menor de los resultados del MSCEIT entre los subtipos TCA y diferencias entre la puntuación máxima y mínima.

MSCEIT	ORDEN	Diferencia entre Punt. Máxima - Punt. Mínima
<b>CIE Total:</b>	TCANE > AN > BN > TA	7
<b>CI Experiencial:</b>	TCANE > TA > AN > BN	7
<b>CI Estratégico:</b>	TCANE > AN > BN > TA	10
<b>Percepción Em.:</b>	TCANE > TA > AN > BN	9
<b>Facilitación Em.:</b>	TA > AN > TCANE > BN	4
<b>Comprensión Em.:</b>	TCANE > AN > BN > TA	7
<b>Manejo Em.:</b>	BN > AN > T CANE > TA	9

### RESULTADOS HIPÓTESIS 1:

**En resumen**, para el total de la muestra con TCA se encuentra una media de CI Emocional Total de **100,1 ± 13,4**. El resto de puntuaciones de las escalas principales del MSCEIT se sitúan entre **95** y **105**, todas ellas en el rango de **competencia**.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos TCA y las diferentes puntuaciones del MSCEIT. **CIE TOTAL: TCANE: 104,4 ± 13,5; AN: 101,8 ± 14,5; BN: 98,2 ± 13,8 y TA: 97,0 ± 10,7.**



## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Resultados Hipótesis 2**



### 3.3.2.2. Resultados Hipótesis 2

HIPOTESIS 2: Existen diferencias en las medidas de IE obtenidas entre el grupo TCA y el grupo Control

**Objetivo 1:** Describir los resultados en IE obtenidos a través del MSCEIT en la población Control.

Tal como se refleja en la tabla 23, las 99 personas del **grupo Control** que han participado en el estudio obtienen una puntuación media en el **CI Emocional Total** (la puntuación global de IE) de **105,8 ± 13,1** indicando **competencia** en esta habilidad según los baremos de los autores (Mayer et al., 2002).

Si analizamos los resultados de la IE en las otras escalas principales del instrumento, observamos que éstos oscilan entre **99** y **107** (todos ellos dentro del rango de **competencia**), siendo la puntuación media más baja la rama **CI Facilitación emocional** con una media de **99,5 ± 10,2** y la más elevada la puntuación de área del **CI Estratégico**, con una media de **107,3 ± 14,3**.

Tabla 23. Comparación de medias de los resultados en el MSCEIT entre grupo TCA y grupo Control

	Grupo TCA		Grupo CONTROL		<i>T Student Sig.</i>
	N= 99		N= 99		
	Media	DT	Media	DT	
<b>MSCEIT CIE Total</b>	100,1	13,4	105,8	13,1	0,003**
<b>MSCEIT CI Experiencial</b>	102,7	13,5	103,2	12,0	0,761
<b>MSCEIT CI Estratégico</b>	97,7	15,0	107,3	14,3	< 0,001**
<b>MSCEIT Percepción Em.</b>	105,5	14,5	105,2	13,1	0,898
<b>MSCEIT Facilitación Em.</b>	97,9	11,6	99,5	10,2	0,342
<b>MSCEIT Comprensión Em.</b>	95,9	14,5	105,0	14,9	< 0,001**
<b>MSCEIT Manejo Em.</b>	100,5	15,5	106,9	13,6	0,002**
MSCEIT Caras	103,7	13,4	103,9	13,4	0,916
MSCEIT Dibujos	105,2	14,8	104,8	13,5	0,861
MSCEIT Facilitación	93,4	10,7	95,1	9,8	0,244
MSCEIT Sensaciones	104,4	12,5	104,9	12,4	0,780
<b>MSCEIT Cambios</b>	95,9	14,1	103,7	14,1	< 0,001**
<b>MSCEIT Combinaciones</b>	97,1	13,8	104,7	14,4	< 0,001**
<b>MSCEIT Manejo</b>	100,8	16,8	106,3	15,7	0,017*
<b>MSCEIT Relaciones</b>	99,9	13,1	105,6	11,8	0,002**
MSCEIT Dispersión	105,1	14,6	103,7	13,5	0,492
<b>MSCEIT Sesgo</b>	92,1	2,7	91,1	2,9	0,022*

Notas: Prueba estadística: *T de Student muestras independientes*; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ ; en negrita las escalas principales del MSCEIT; sombreado las escalas en las que se encuentran diferencias significativas entre grupos

En la figura 18 se muestra el rendimiento del grupo Control en las escalas principales del MSCEIT.

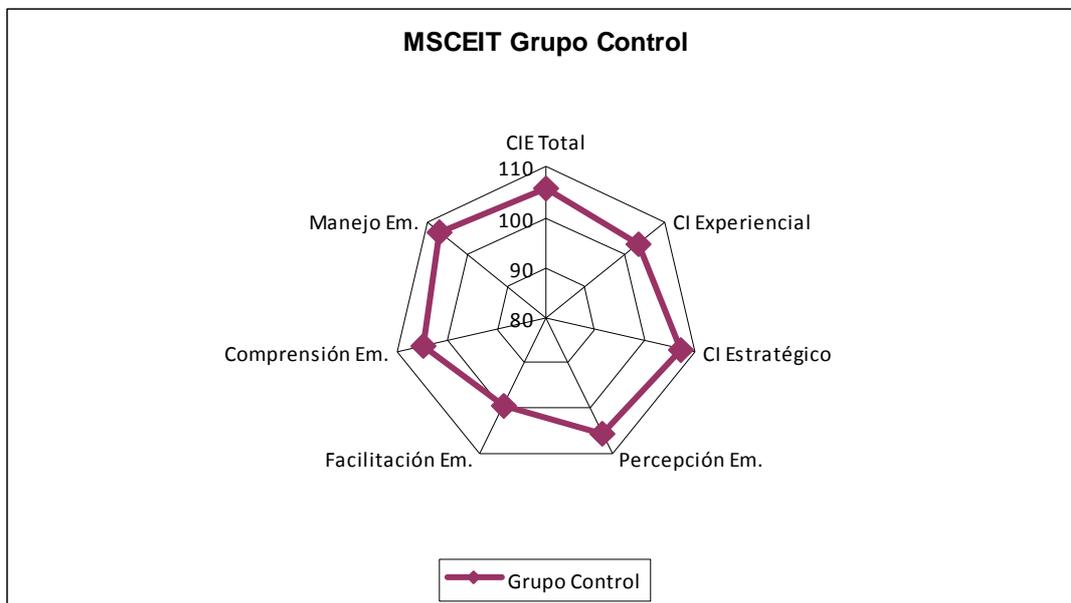


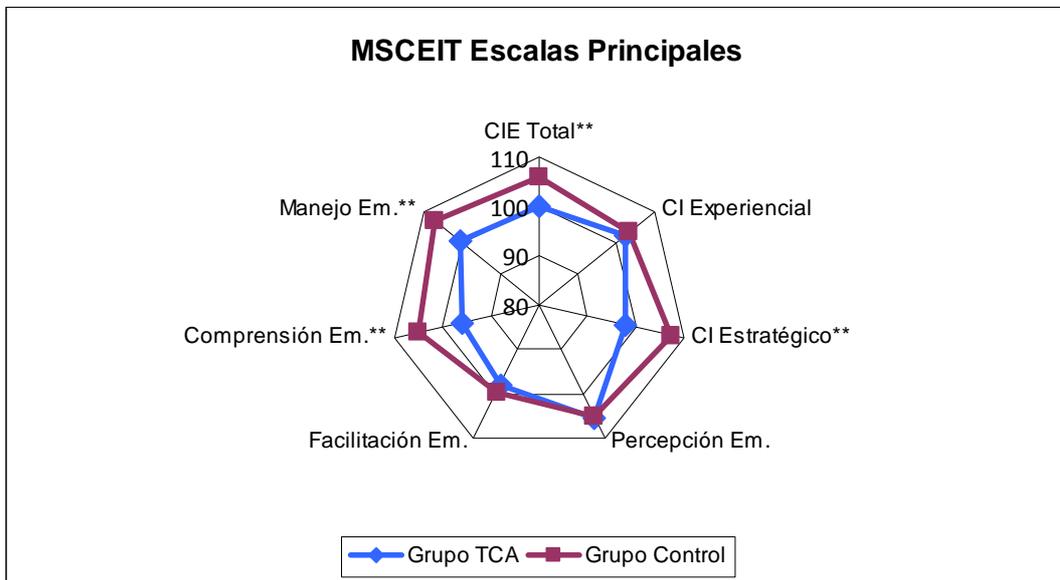
Figura 18. Resultados escalas principales del MSCEIT del grupo Control

**Objetivo 2:** Comparar los resultados en IE de la muestra clínica con el grupo Control.

Se comparan los resultados obtenidos en el MSCEIT por el grupo TCA con los obtenidos por los participantes del grupo Control (tabla 23).

La prueba *t de student* muestra que existen **diferencias significativas ( $p < 0,001^{**}$ )** entre el grupo TCA y el grupo Control, con peores resultados para el grupo Clínico en el Área **CI Estratégico**, en la rama **Comprensión Emocional** y en las tareas **Cambios** y **Combinaciones**. También se han encontrado **diferencias significativas ( $p < 0.05^{*}$ )** en la puntuación global del MSCEIT (**CIE Total**), en la rama **Manejo Emocional**, en las tareas **Manejo** y **Relaciones** y en la puntuación **Sesgo**.

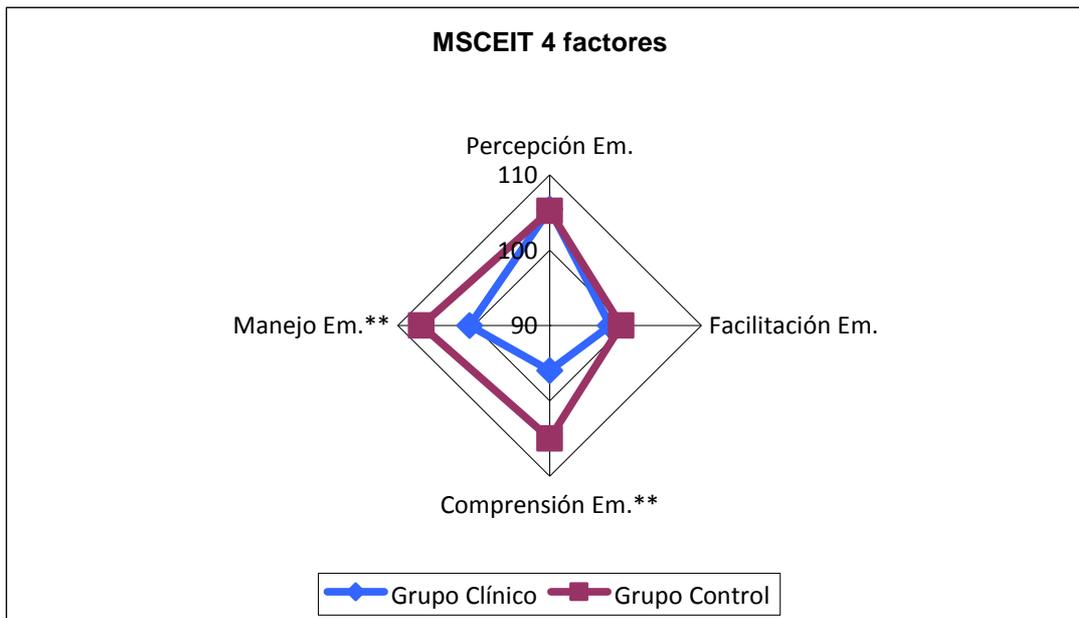
La figura 19 muestra de forma gráfica como el grupo TCA obtiene peores resultados que el grupo Control en las escalas del MSCEIT mencionadas previamente (marcadas con asterisco en la gráfica).



Significación:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0.01^{**}$

Figura 19. Resultados escalas principales del MSCEIT del grupo TCA y del grupo Control

El modelo de 4 factores planteado por Mayer y Salovey comprende la Percepción Emocional, Facilitación Emocional, Comprensión Emocional y Manejo Emocional. En la figura 20 se muestran las diferencias encontradas entre el grupo TCA y el grupo Control en su rendimiento en estas 4 escalas del MSCEIT, siendo la **Comprensión Emocional** y el **Manejo Emocional** las ramas en las que el grupo TCA obtiene un rendimiento significativamente inferior al grupo Control ( $p < 0,01^{**}$ ), no encontrándose diferencias entre grupos en las ramas Percepción y Manejo Emocional.



Significación:  $p < 0.05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$

Figura 20. Resultados MSCEIT del grupo TCA y del grupo Control: *Modelo de 4 factores*

**Objetivo 3:** Comparar los resultados en IE entre los subtipos TCA y el grupo Control.

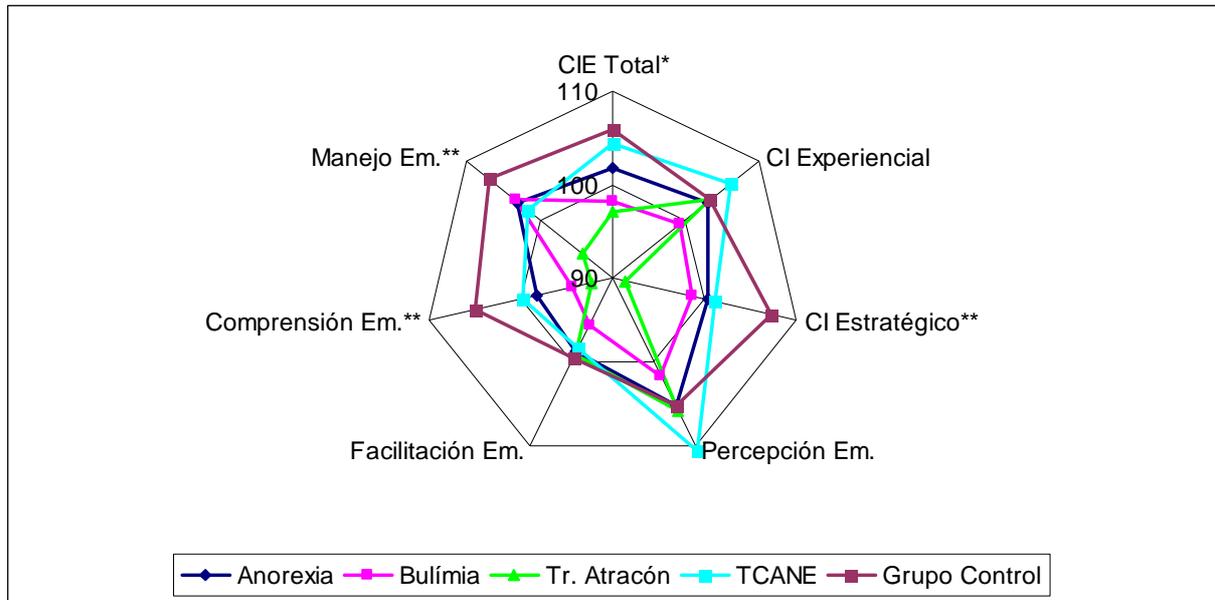
Con el objetivo de analizar la comparación de medias del MSCEIT de los subtipos TCA con el grupo Control, se realizó un análisis de varianza *ANOVA de un factor*. Los resultados se muestran en la tabla 24, en la que se pueden observar marcados con asterisco los grupos que tienen diferencias significativas respecto al grupo Control. En todas las comparaciones los resultados de los grupos TCA son inferiores a los obtenidos por el grupo sin trastorno.

Los contrastes *Post Hoc (Dunnett)* se muestran en la tabla 24 sombreados en color e indican los subtipos TCA que presentan diferencias significativas respecto el grupo Control y el grado de significación estadística. Puede observarse que los grupos con **AN**, **BN** y **TA** tienen un rendimiento significativamente inferior respecto al grupo Control en el área **Estratégica**, la rama **Comprensión Emocional** y la tarea **Cambios**. El resto de diferencias encontradas no se dan igual para todos los subtipos, siendo el grupo **TA** el que presenta peores resultados respecto al grupo Control. El grupo **TCANE** obtiene resultados similares a los del grupo Control sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ellos en ninguna de las escalas del MSCEIT.

Tabla 24. Comparación de medias de los resultados en el MSCEIT entre los subtipos TCA y el grupo Control

MSCEIT	Anorexia		Bulimia		Tr. Atracones		TCANE		Grupo CONTROL		ANOVA Sig.
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
	n = 35		n = 25		n = 24		n = 15		N = 99		
<b>CIE Total</b>	101,8	14,5	<b>98,2*</b>	13,8	<b>97,0**</b>	10,7	104,4	13,5	105,8	13,1	<b>0,012*</b>
<b>CI Experiencial</b>	103,3	13,1	99,2	14,7	103,2	13,9	106,0	11,9	103,2	12,0	0,538
<b>CI Estratégico</b>	<b>100,0*</b>	17,0	<b>98,5*</b>	14,8	<b>91,3**</b>	10,6	101,2	15,1	107,3	14,3	<b>&lt; 0,001**</b>
<b>Percepción Emocional</b>	105,8	13,8	101,6	15,2	105,8	15,1	110,5	13,7	105,2	13,1	0,410
<b>Facilitación Emocional</b>	98,8	10,7	95,5	12,0	99,2	13,5	98,3	10,4	99,5	10,2	0,619
<b>Comprensión Emocional</b>	<b>98,0*</b>	16,6	<b>94,5**</b>	14,5	<b>92,2**</b>	11,6	99,8	12,9	105,0	14,9	<b>&lt; 0,001**</b>
<b>Manejo Emocional</b>	<b>102,5</b>	19,1	<b>103,3</b>	12,1	<b>94,1**</b>	12,2	101,6	14,3	106,9	13,6	<b>0,004**</b>
Caras	103,9	12,7	100,1	15,9	104,7	11,9	107,5	12,6	103,9	13,4	0,540
Dibujos	105,1	14,7	102,9	14,4	104,9	16,1	109,5	14,6	104,8	13,5	0,727
Facilitación	94,3	10,6	91,0	11,0	95,7	11,2	91,9	9,4	95,1	9,8	0,343
Sensaciones	104,7	11,3	103,2	10,0	103,6	16,3	107,4	12,9	104,9	12,4	0,864
Cambios	<b>97,4*</b>	15,0	<b>92,5**</b>	14,4	<b>94,7*</b>	11,7	99,9	15,0	103,7	14,1	<b>0,001**</b>
Combinaciones	<b>98,0*</b>	14,1	99,7	15,7	<b>91,7**</b>	11,1	99,4	12,1	104,7	14,4	<b>0,001**</b>
Manejo	101,0	18,4	103,7	14,4	<b>93,8**</b>	12,9	106,3	20,0	106,3	15,7	<b>0,013*</b>
Relaciones	102,4	16,1	100,9	8,8	<b>96,2**</b>	11,8	98,4	13,2	105,6	11,8	<b>0,008**</b>
Dispersión	104,4	14,1	103,1	12,3	105,9	16,8	108,7	15,9	103,7	13,5	0,720
Sesgo	92,6	2,3	91,8	3,6	91,9	2,4	91,5	2,5	91,1	2,9	0,131

Notas: Prueba estadística: ANOVA de un factor; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística:  $p < 0,05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ ; en negrita las escalas principales del MSCEIT; sombreados los subtipos TCA en los que existen diferencias significativas respecto al grupo Control (*Dunnnett t < control*)



Nota: Significación:  $p < 0.05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$

Figura 21. Resultados escalas principales del MSCEIT de los subtipos TCA y el grupo Control

## RESULTADOS HIPÓTESIS 2:

**En resumen**, para el total del **grupo control** encontramos una media de CI Emocional Total **de 105,8 ± 13'1**. El resto de puntuaciones de las escalas principales se sitúan **entre 99 y 107** (rango de competencia).

Se han encontrado diferencias significativas ( $p < 0.01$ ) en los resultados del MSCEIT entre el grupo TCA y el grupo control en la puntuación global del MSCEIT (**CIE Total**), en el área **Estratégica**, en las **ramas Comprensión y Manejo Emocional** y las tareas **Cambios, Combinaciones y Relaciones**. Asimismo, se han encontrado diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) en la tarea **Manejo** y en la puntuación **Sesgo**.

A nivel de subtipos TCA encontramos que en todas las comparaciones con el control, los grupos de pacientes obtienen peor rendimiento que el grupo sin TCA. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo AN y el grupo control en el área **CI Estratégico**, la rama **Comprensión Emocional** y las tareas **Cambios y Combinaciones**. En el grupo **BN** en el **CIE Total**, área **CI Estratégico**, la rama **Comprensión Emocional** y la tarea **Cambios**. En el grupo **TA** en el **CIE Total**, el área **CI Estratégico**, las ramas **Comprensión y Manejo Emocional** y en las tareas **Cambios, Combinaciones, Manejo y Relaciones**. No se encuentran diferencias significativas entre el grupo TCANE y el grupo Control.



## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Resultados Hipótesis 3**



### 3.3.2.3. Resultados Hipótesis 3

HIPOTESIS 3: Una menor IE se relaciona con mayor gravedad clínica

**Objetivo 1:** analizar la relación entre el CIE Total del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el grupo TCA y el grupo Control.

Para comprobar si existe relación entre los resultados obtenidos en inteligencia emocional y la gravedad de la sintomatología clínica tanto en el grupo TCA como en el grupo Control, se ha realizado la correlación de *Pearson* entre la escala más representativa de IE del MSCEIT (CIE Total) y las variables psicopatológicas estudiadas (EAT, STAI, BDI y BSI).

En ambos grupos todas las correlaciones significativas son inversas, con valores entre débiles y moderados ( $r = -0,20^*$  y  $-0,41^{**}$ ) (tabla 25).

Tabla 25. Relación entre el CIE Total del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica en el grupo TCA y el grupo Control

	MSCEIT CIE Total			
	Grupo TCA		Grupo CONTROL	
	N = 99		N = 99	
	Correl. Pearson	Sign. p valor	Correl. Pearson	Sign. p valor
<b>EAT40 Actitudes Alimentarias</b>	-0,068	0,507	-0,159	0,116
<b>STAI ANSIEDAD Estado</b>	-0,15	0,141	<b>-0,243*</b>	0,016
<b>STAI ANSIEDAD Rasgo</b>	-0,198	0,051	<b>-0,310**</b>	0,002
<b>BDI Escala DEPRESIÓN</b>	<b>-0,240*</b>	0,017	<b>-0,264**</b>	0,008
<b>BSI PD</b>	<b>-0,320**</b>	0,001	<b>-0,232*</b>	0,021
<b>BSI Somatización</b>	<b>-0,302**</b>	0,003	-0,152	0,134
<b>BSI Obsesivo Compulsivo</b>	<b>-0,247*</b>	0,014	-0,090	0,375
<b>BSI Depresión</b>	-0,177	0,082	<b>-0,239*</b>	0,017
<b>BSI Ansiedad</b>	<b>-0,294**</b>	0,003	<b>-0,294**</b>	0,003
<b>BSI Hostilidad</b>	-0,189	0,062	<b>-0,229*</b>	0,023
<b>BSI Ansiedad Fóbica</b>	<b>-0,324**</b>	0,001	-0,188	0,063
<b>BSI Ideación Paranoide</b>	<b>-0,332**</b>	0,001	<b>-0,210*</b>	0,037
<b>BSI Susceptibilidad Interpersonal</b>	<b>-0,203*</b>	0,045	-,182	0,071
<b>BSI Psicoticismo</b>	<b>-0,240*</b>	0,017	-0,170	0,093
<b>BSI Índice Global de Gravedad</b>	<b>-0,320**</b>	0,001	<b>-0,232*</b>	0,021
<b>BSI Total Síntomas Positivos</b>	<b>-0,411**</b>	<0,001	<b>-0,236*</b>	0,018
<b>BSI Índice Malestar Síntomas +</b>	-0,109	0,285	-0,068	0,503

Notas: Prueba estadística: *Correlación de Pearson*: significativa al nivel 0,05\* (bilateral), significativa al nivel 0,01\*\* (bilateral); Sig.: Significación estadística; en sombreado las escalas en las que existe correlación significativa

En el **grupo TCA** no se encuentra relación entre el **CIE Total del MSCEIT** y la escala de actitudes alimentarias (EAT), ni con la escala de ansiedad (STAI). Por el contrario si se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre el CIE Total y la escala de

Depresión (**BDI**) y con la mayor parte de subescalas del **BSI** (excepto Depresión, Hostilidad e Índice de Malestar Síntomas Positivos). En este grupo la relación máxima encontrada se da entre el CIE Total de MSCEIT y la Escala BSI Total Síntomas Positivos ( $r = -0,411$ ;  $p < 0,001$ ), (figura 22).

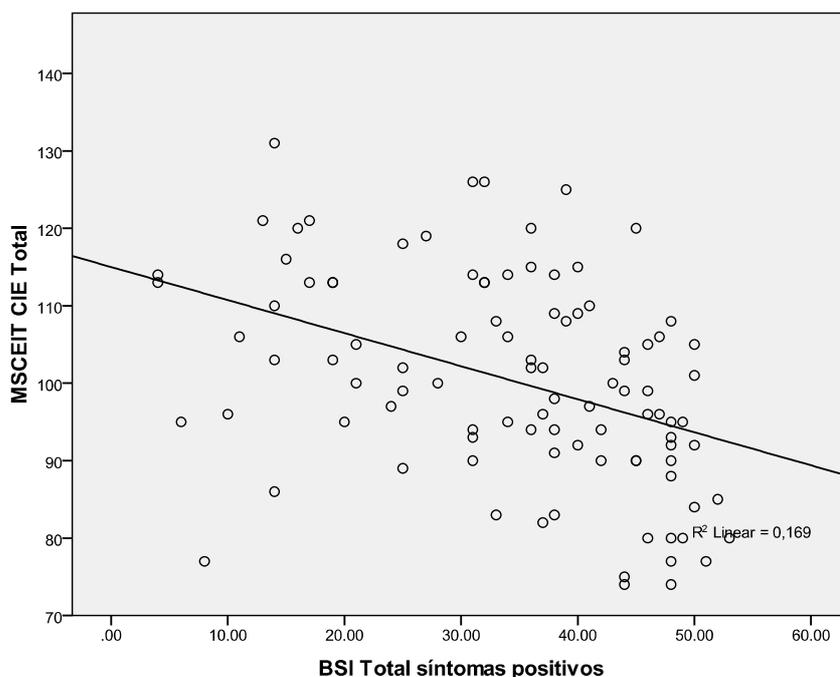


Figura 22. Matriz de correlación negativa entre MSCEIT CIE Total y BSI Total síntomas positivos en el grupo TCA ( $r = -0.411$ ;  $p < 0.001$ )

En el **grupo Control** tampoco se encuentra relación entre el **CIE Total del MSCEIT** y la escala de actitudes alimentarias (**EAT**). Si se encuentra relación estadísticamente significativa con la escala de ansiedad (**STAI Estado y Rasgo**), con la escala de depresión (**BDI**) y con algunas subescalas del **BSI** (PD, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ideación Paranoide, Índice Global de Gravedad y Total Síntomas Positivos). En este grupo la correlación máxima encontrada se da entre el CIE Total y la escala de ansiedad STAI rasgo ( $r = -0,310^{**}$ ;  $p = 0,02$ ), (figura 23).

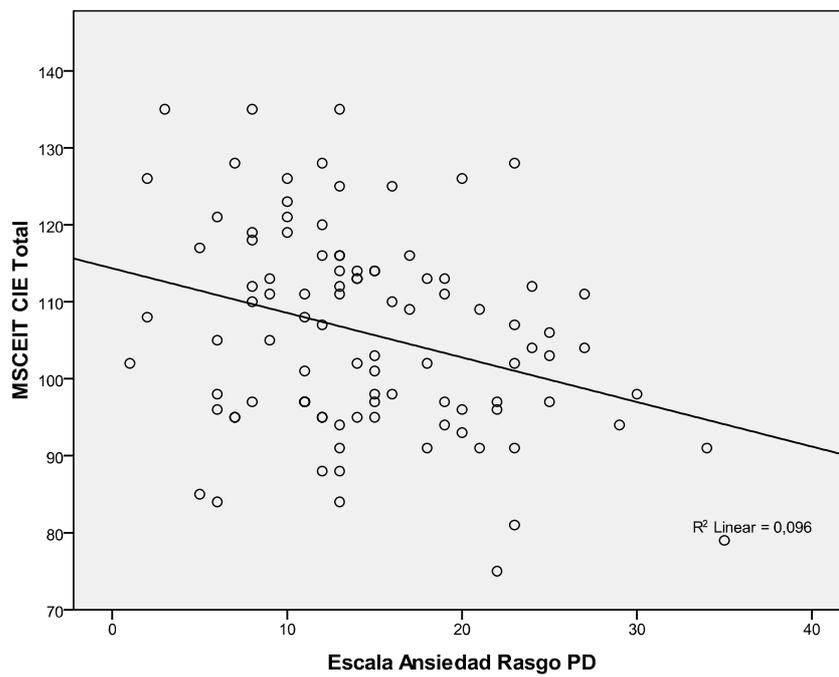


Figura 23. Matriz de correlación negativa entre MSCEIT CIE Total y Escala Ansiedad Rasgo en el grupo Control ( $r = -0,310$ ;  $p = 0,02$ )

**Objetivo 2:** analizar la relación entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el Grupo TCA.

Para completar el objetivo 1 de la presente hipótesis, también se ha analizado con la *correlación de Pearson* la relación existente entre todas las escalas principales del MSCEIT y las variables de gravedad de la sintomatología clínica valorada (EAT, STAI, BDI y BSI) exclusivamente en el grupo Clínico.

En el **grupo TCA** las correlaciones significativas entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología se encuentran situadas entre  $r = -0,20^*$  ( $p < 0,05$ ) y  $-0,42^{**}$  ( $p < 0,01$ ) (tabla 26).

Los resultados analizados por escalas de psicopatología clínica encuentran que el EAT-40 no correlaciona con ninguna escala del MSCEIT. Se encuentra una correlación negativa significativa entre la rama de **Percepción Em.** del MSCEIT y la **ansiedad Estado** ( $r = -0,20^*$ ), también se encuentra relación entre la rama de **Manejo Em.** del MSCEIT y la **ansiedad Rasgo** ( $r = -0,22^*$ ). Se encuentran correlaciones negativas estadísticamente significativas entre algunas escalas del MSCEIT (**CIE Total, Percepción y Manejo Emocional**) y la escala de **depresión BDI** ( $r =$  entre  $-0,20^*$  y  $-0,29^{**}$ ). Con diferencia respecto a las otras escalas clínicas, el **BSI** es en la que más correlaciones significativas encontramos con la escala **MSCEIT**, todas ellas también negativas ( $r =$  entre  $-0,20^*$  y  $-0,42^{**}$ ) (tabla 26).

Tabla 26. Relación entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica en el grupo TCA

MSCEIT	CIE Total	CI Experiencia I	CI Estratégico	Percepción Emocional	Facilitación Emocional	Comprensión Emocional	Manejo Emocional
	Correl. Pearson	Correl. Pearson	Correl. Pearson	Correl. Pearson	Correl. Pearson	Correl. Pearson	Correl. Pearson
Actitudes Alimentarias	-0,068	-0,085	0,015	-0,119	-0,029	-0,023	0,015
ANSIEDAD Estado	-0,150	-0,133	-0,097	<b>-0,201*</b>	-0,026	-0,033	-0,122
ANSIEDAD Rasgo	-0,198	-0,134	-0,166	-0,149	-0,094	-0,037	<b>-0,228*</b>
Escala DEPRESIÓN	<b>-0,240*</b>	-0,179	-0,188	<b>-0,204*</b>	-0,113	-0,018	<b>-0,296**</b>
BSI PD	<b>-0,320**</b>	<b>-0,288**</b>	<b>-0,200*</b>	<b>-0,296**</b>	<b>-0,209*</b>	0,003	<b>-0,339**</b>
BSI Somatización	<b>-0,302**</b>	<b>-0,272**</b>	-0,199	-0,310**	-0,134	-0,034	<b>-0,289**</b>
BSI Obsesivo-compulsivo	<b>-0,247*</b>	-0,176	<b>-0,204*</b>	<b>-0,204*</b>	-0,091	-0,027	<b>-0,311**</b>
BSI Depresión	-0,177	-0,159	-0,108	-0,171	-0,116	0,072	<b>-0,268**</b>
BSI Ansiedad	<b>-0,294**</b>	<b>-0,289**</b>	-0,159	<b>-0,290**</b>	<b>-0,217*</b>	-0,043	-0,193
BSI Hostilidad	-0,189	<b>-0,236*</b>	-0,031	<b>-0,246*</b>	-0,180	0,072	-0,122
BSI Ansiedad Fóbica	<b>-0,324**</b>	<b>-0,261**</b>	<b>-0,260**</b>	<b>-0,213*</b>	<b>-0,259**</b>	-0,052	<b>-0,387**</b>
BSI Ideación Paranoide	<b>-0,332**</b>	<b>-0,264**</b>	<b>-0,264**</b>	<b>-0,227*</b>	<b>-0,239*</b>	-0,040	<b>-0,428**</b>
BSI Susceptibilidad Interpersonal	<b>-0,203*</b>	-0,152	-0,141	-0,170	-0,105	0,054	<b>-0,300**</b>
BSI Psicoticismo	<b>-0,240*</b>	<b>-0,269**</b>	-0,097	<b>-0,206*</b>	<b>-0,266**</b>	0,079	<b>-0,253*</b>
BSI IGG Índ. Global Gravedad	<b>-0,320**</b>	<b>-0,288**</b>	<b>-0,200*</b>	<b>-0,296**</b>	<b>-0,209*</b>	0,004	<b>-0,339**</b>
BSI Total Síntomas Positivos	<b>-0,411**</b>	<b>-0,397**</b>	<b>-0,249*</b>	<b>-0,387**</b>	<b>-0,295**</b>	-0,006	<b>-0,403**</b>
BSI Índice Malestar Sínt. Positivos	-0,109	-0,073	-0,077	-0,113	-0,033	0,063	-0,183

Notas: Prueba estadística: *Correlación de Pearson*: significativa al nivel 0,05\* (bilateral), significativa al nivel 0,01\*\* (bilateral); Sig.: Significación estadística; en sombreado las escalas en las que existe correlación significativa

**Objetivo 3:** analizar la relación entre los grupos de Alta IE – Media IE – Baja IE y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el grupo TCA.

Siguiendo la estructura de los baremos del instrumento se han recodificado los pacientes en función de su rendimiento en el CIE Total del MSCEIT, formando tres nuevas categorías:

- 1- **Baja IE** (CIE Total < 89)
- 2- **Media IE** (CIE Total 90-109)
- 3- **Alta IE** (CIE Total >110)

En la tabla 27 se muestra la comparación de medias de las diferentes escalas de psicopatología entre los grupos de Baja – Media – Alta IE. Claramente se puede observar que el grupo con **Alta IE** tiene todas las puntuaciones medias en las escalas de psicopatología inferiores a los grupos con menor dotación de IE (Baja y Media IE).

Los contrastes *Post Hoc (Bonferroni)* para comprobar entre que grupos existen diferencias significativas, muestran que el grupo con **Baja IE** tiene mayor gravedad en la psicopatología clínica que el grupo con **Alta IE** en: BSI PD, BSI Ansiedad, BSI Ansiedad Fóbica, BSI Ideación Paranoide, BSI Psicoticismo, BSI Índice Global de Gravedad y BSI Total síntomas positivos. No se han encontrado diferencias en otras escalas de psicopatología ni en relación al grupo de Media IE.

Se encuentra también que el grupo de **Media IE** tiene mayor gravedad clínica que el grupo con **Alta IE**, encontrando diferencias estadísticamente significativas en: **STAI** ansiedad Rasgo, **BDI** depresión, **BSI PD**, **BSI Somatización**, **BSI Obsesivo Compulsivo**, **BSI Ansiedad**, **BSI Ideación Paranoide**, **BSI Psicoticismo**, **BSI Índice Global de Gravedad** y **BSI Total síntomas positivos**. No se encuentran diferencias en otras escalas de psicopatología ni en relación al grupo de Baja IE.

Tabla 27. Comparación de medias en las escalas de gravedad clínica en función del nivel del IE del grupo TCA

<b>CIE Total MSCEIT</b>	<b>Baja IE</b>		<b>Media IE</b>		<b>Alta IE</b>		
N = 98	n = 18		n = 54		n = 26		
	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>ANOVA Sig.</b>
EAT40 Actitudes Alimentarias	40,39	28,44	34,98	18,45	33,15	20,25	0,517
STAI ANSIEDAD Estado	34,06	14,07	34,78	12,93	28,19	13,72	0,115
<b>STAI ANSIEDAD Rasgo</b>	38,17	11,02	<b>39,15<sup>2</sup></b>	11,28	31,88	11,76	<b>0,029*</b>
<b>BDI DEPRESIÓN</b>	22,22	11,30	<b>21,13<sup>2</sup></b>	8,90	15,23	9,24	<b>0,019*</b>
<b>BSI PD</b>	<b>94,67<sup>1</sup></b>	46,08	<b>86,31<sup>2</sup></b>	39,57	55,96	36,61	<b>0,002**</b>
<b>BSI Somatización</b>	1,41	0,78	<b>1,39<sup>2</sup></b>	0,85	0,79	0,81	<b>0,009**</b>
<b>BSI Obsesivo Compulsivo</b>	1,97	0,88	<b>2,06<sup>2</sup></b>	0,96	1,37	1,04	<b>0,013*</b>
BSI Depresión	1,97	1,23	1,97	1,08	1,35	1,13	0,063
<b>BSI Ansiedad</b>	<b>1,86<sup>1</sup></b>	1,02	<b>1,75<sup>2</sup></b>	0,94	1,10	0,67	<b>0,005**</b>
BSI Hostilidad	1,56	0,97	1,40	0,96	0,91	0,89	0,046
<b>BSI Ansiedad Fóbica</b>	<b>1,45<sup>1</sup></b>	0,99	1,00	0,87	0,56	0,59	<b>0,003**</b>
<b>BSI Ideación Paranoide</b>	<b>1,96<sup>1</sup></b>	1,10	<b>1,59<sup>2</sup></b>	0,92	0,95	0,90	<b>0,002**</b>
BSI Susceptibilidad Interpersonal	2,06	1,19	1,97	1,03	1,48	1,09	0,110
<b>BSI Psicoticismo</b>	<b>1,73<sup>1</sup></b>	1,13	<b>1,61<sup>2</sup></b>	1,18	0,89	0,74	<b>0,011*</b>
<b>BSI Índice Global de Gravedad</b>	<b>1,78<sup>1</sup></b>	0,86	<b>1,62<sup>2</sup></b>	0,74	1,05	0,69	<b>0,002**</b>
<b>BSI Total síntomas positivos</b>	<b>40,88<sup>1</sup></b>	13,08	<b>36,33<sup>2</sup></b>	11,35	25,80	11,70	<b>&lt; 0,001**</b>
BSI Índice Malestar síntomas +	2,16	0,62	2,24	0,56	1,97	0,63	0,158

Notas: Prueba estadística: ANOVA de un factor; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística: p < 0,05\*, p < 0,01\*\*; Sombreados los grupos de IE entre los que existen diferencias significativas (Bonferroni)

<sup>1</sup> : diferencias significativas Baja IE vs Alta IE

<sup>2</sup> : diferencias significativas Media IE vs Alta IE

### RESULTADOS HIPÓTESIS 3:

En resumen, tanto para el **grupo TCA** como para el **grupo Control** se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el **CIE Total del MSCEIT** y la mayor parte de las variables psicopatológicas estudiadas (excepto la escala de Actitudes Alimentarias EAT). Todas las correlaciones son negativas con valores entre débiles y moderados ( $r = -0.20$ ;  $p < 0.05$  y  $-0.41$ ;  $p < 0.01$ ).

- **Grupo TCA:** correlaciones significativas entre el **CIE Total** del MSCEIT y la escala de Depresión (**BDI**) y con la mayor parte de subescalas del **BSI** (PD, Somatización, Obsesivo Compulsivo, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Susceptibilidad Interpersonal, Psicoticismo, Índice Global de Gravedad y Total Síntomas Positivos). La relación máxima encontrada se da con la Escala BSI Total Síntomas Positivos ( $r = -0.411$ ;  $p < 0.001$ )

- **Grupo Control:** correlaciones significativas entre el **CIE Total** del MSCEIT y la escala de Ansiedad (**STAI** Estado y Rasgo), con la escala de Depresión (**BDI**) y con algunas subescalas del **BSI** (PD, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ideación Paranoide, Índice Global de Gravedad y Total Síntomas Positivos). La relación máxima encontrada se da con la escala de ansiedad STAI rasgo ( $r = -0.310$ ;  $p = 0.02$ )

En el **grupo TCA** también se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre el resto de las escalas principales del MSCEIT y muchas de las escalas de psicopatología clínica exploradas. Todas las correlaciones son negativas con valores entre débiles y moderados ( $r = -0.20$ ;  $p < 0.05$  y  $-0.42$ ;  $p < 0.01$ ).

En el **grupo TCA** se encuentran diferencias entre los grupos de **Alta– Media –Baja IE**: en todas las escalas de psicopatología clínica exploradas el grupo con Alta IE tiene menor psicopatología que los grupos con Baja y Media IE.



## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 2**

#### **Resultados Hipótesis 4**



### 3.3.3. Estudio 2

En el estudio 2 se ha valorado la evolución natural de las habilidades de IE (sin haber realizado ninguna intervención específica) en los 23 pacientes con TCA que habían sido previamente evaluados previamente con el MSCEIT en el año 2010 (Badia, 2010). También se ha valorado la evolución de los síntomas psicopatológicos desde la primera evaluación (año 2010) hasta el presente estudio (2013).

#### 3.3.3.1. Resultados Hipótesis 4

HIPÓTESIS 4: Se encuentra mejoría en los resultados de las medidas de IE en el estudio longitudinal de los pacientes evaluados en la primera fase del estudio

**Objetivo 1:** analizar los resultados en las medidas de IE en las personas retestadas y compararlos con la evaluación previa de 2010.

De los 28 pacientes que participaron en el estudio piloto previo realizado en el año 2010 (Badia, 2010), se ha recuperado a 23 de ellos a los que se les ha realizado una nueva evaluación de sus habilidades de IE con el MSCEIT y se les ha administrado de nuevo las mismas escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI).

Tal como puede observarse en la tabla 28, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las habilidades de IE entre las dos valoraciones realizadas a este grupo de pacientes con TCA, que han participado en el estudio longitudinal.

Tabla 28. Comparación de medias de los resultados en el MSCEIT entre evaluación 2010 y evaluación 2013 en la muestra TCA

<b>MSCEIT</b>						
Muestra TCA n = 23	<b>2013</b>	<b>DT</b>	<b>2010</b>	<b>DT</b>	<b>Diferencia 2013-2010</b>	<b>T Student Sig.</b>
<b>CIE Total</b>	100,1	14,7	98,9	14,0	1,1	0,660
<b>CI Experiencial</b>	101,5	15,1	99,4	14,2	2,1	0,358
<b>CI Estratégico</b>	99,0	16,9	97,8	14,4	1,2	0,659
<b>Percepción Em.</b>	104,1	16,2	100,7	14,3	3,4	0,219
<b>Facilitación Em.</b>	97,0	12,4	98,3	10,6	-1,3	0,593
<b>Comprensión Em.</b>	96,1	13,6	94,9	10,9	1,2	0,621
<b>Manejo Em.</b>	102,1	18,4	102,9	20,7	-0,8	0,817
Caras	102,4	13,1	103,9	16,8	-1,5	0,662
Dibujos	103,7	16,2	99,9	14,3	3,8	0,157
Facilitación	92,1	10,3	91,9	9,2	0,3	0,913
Sensaciones	104,0	12,9	104,7	17,7	-0,7	0,870
Cambios	95,7	14,6	93,7	11,4	1,9	0,403
Combinaciones	97,8	12,8	98,2	11,6	-0,3	0,901
Manejo	102,7	20,5	103,5	22,4	-0,8	0,860
Relaciones	99,7	12,6	102,7	18,4	-3,0	0,334
Dispersión	103,0	16,2	108,3	19,4	-5,3	0,179
Sesgo	92,6	2,6	92,0	3,7	0,5	0,487

Notas: Prueba estadística: *T de Student datos apareados*; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística bilateral:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ ; en negrita las escalas principales del MSCEIT

En la figura 24 se muestra de forma gráfica el rendimiento en IE del grupo TCA en las dos evaluaciones realizadas.

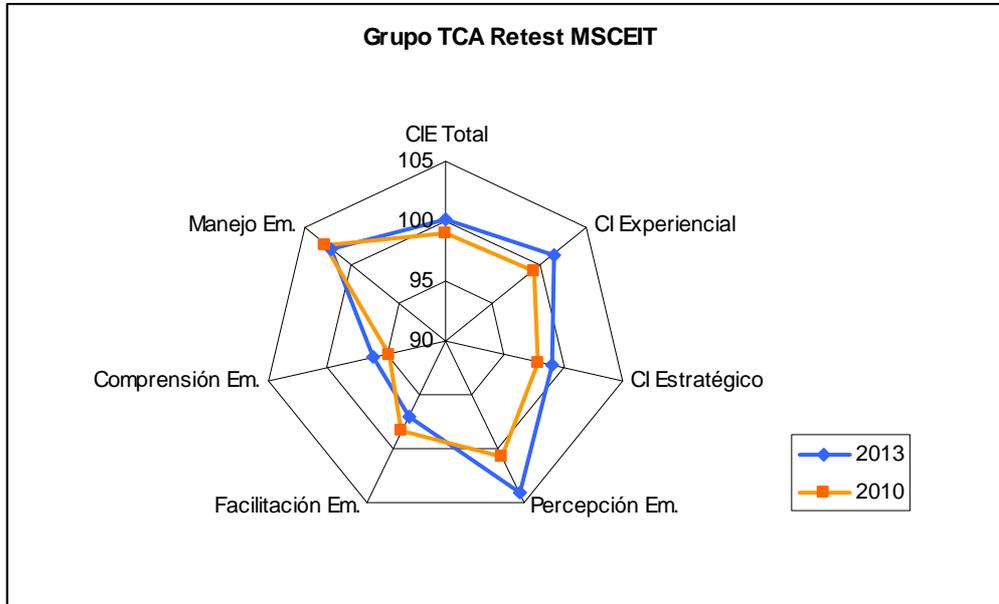


Figura 24. Comparación de medias de los resultados en las escalas principales del MSCEIT entre evaluación 2010 y evaluación 2013 en la muestra TCA

**Objetivo 2:** comparar los resultados en IE controlando entre las personas que han realizado seguimiento entre el 2010 y el 2013, y las que no han mantenido el seguimiento.

De las pacientes que han participado en el estudio, 16 han mantenido el seguimiento psicoterapéutico desde la Unidad Funcional de TCA. 7 de ellas finalizaron o abandonaron el seguimiento estando desvinculadas de la Unidad en el momento de la segunda evaluación en el año 2013.

En la tabla 29 se puede observar que en ambos grupos no se encuentran diferencias en sus habilidades de IE entre la valoración 2010 y 2013. Esto indica que no se han producido cambios en su rendimiento emocional siendo el del 2013 similar al obtenido en el año 2010.

Tampoco existen diferencias en cuanto a la mejora de las habilidades de IE (entre el 2013 y el 2010) entre el grupo que ha seguido tratamiento psicoterapéutico y el que no (tabla 29).

Tabla 29. Comparación de medias de los resultados del MSCEIT entre evaluación 2010 y evaluación 2013, en función de si se ha realizado tratamiento psicoterapéutico

MSCEIT	HAN SEGUIDO TRATAMIENTO n = 16					NO HAN SEGUIDO TRATAMIENTO n = 7					DIF. Si/No <sup>1</sup>
	2013	DT	2010	DT	T Student Sig.	2013	DT	2010	DT	T Student Sig.	T Student Sig
CIE Total	101,1	14,0	99,1	15,0	0,453	97,9	17,1	98,6	12,4	0,914	0,641
CI Experiencial	99,9	13,7	97,6	15,5	0,333	105,3	18,4	103,6	10,3	0,770	0,907
CI Estratégico	102,2	15,7	100,2	14,7	0,476	91,7	18,5	92,1	13,1	0,953	0,698
Percepción Em.	101,7	14,8	97,9	14,6	0,260	109,6	19,2	107,0	12,1	0,643	0,839
Facilitación Em.	96,6	11,8	98,8	12,1	0,403	98,0	14,5	97,3	6,8	0,907	0,595
Comprensión Em.	99,0	13,4	97,4	10,5	0,571	89,6	12,5	89,1	10,4	0,940	0,836
Manejo Em.	104,7	17,1	104,9	23,0	0,953	96,1	21,0	98,3	14,5	0,770	0,812

Notas: Prueba estadística: *T de Student datos apareados*; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística bilateral:  $p < 0.05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$

**DIF. Si/No<sup>1</sup>:** Diferencias entre el 2013 y 2010 entre el grupo que ha seguido tratamiento y el que no; Prueba estadística: *T de Student muestras independientes*

**Objetivo 3:** analizar los resultados en las medidas de psicopatología clínica en las personas retestadas y compararlos con la evaluación previa de 2010.

Como puede observarse en la tabla 30 se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,012^*$ ) entre las puntuaciones del año 2010 y el 2013 en la escala de Actitudes Alimentarias, reduciéndose la puntuación en casi 10 puntos en la última evaluación del año 2013.

En el resto de escalas retestadas (STAI y BDI) se encuentran resultados similares en ambas evaluaciones, sin diferencias estadísticamente significativas entre el 2010 y el 2013.

Tabla 30. Comparación de medias de las escalas de psicopatología clínica entre evaluación 2010 y evaluación 2013

Escalas Clínicas	2013		2010		Diferencia 2013 - 2010	T Student Sig.
Muestra TCA n = 23	DT	DT	DT	DT		
<b>EAT-40 Actitudes Alimentarias</b>	<b>30,9</b>	17,1	<b>40,4</b>	15,7	<b>-9,5</b>	<b>0,012*</b>
<b>STAI Ansiedad Estado</b>	32,3	12,5	29,8	13,9	2,5	0,371
<b>STAI Ansiedad Rasgo</b>	34,3	12,7	36,0	11,7	-1,8	0,460
<b>BDI Depresión</b>	17,6	9,3	16,9	9,2	0,6	0,691

Notas: Prueba estadística: *T de Student datos apareados*; DT: Desviación típica; Sig.: Significación estadística bilateral:  $p < 0,05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$

#### **RESULTADOS HIPÓTESIS 4:**

En resumen, los resultados encontrados con el MSCEIT en los 23 pacientes retestados (en el 2013) que habían sido previamente evaluados en 2010, muestran que no se encuentran diferencias en sus habilidades en IE entre ambas evaluaciones.

No se encuentran diferencias en las habilidades emocionales entre el 2010 y el 2013 en función de si las personas evaluadas han seguido o no tratamiento psicoterapéutico entre ambos años.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,012^*$ ) entre las puntuaciones del año 2010 y el 2013 (con menor puntuación en el 2013) en la escala de Actitudes Alimentarias EAT-40, no encontrándose diferencias en el resto de escalas retestadas que valoran ansiedad y depresión (STAI y BDI).

## **INVESTIGACIÓN**

### **Discusión**



### 3.4. Discusión

En el presente trabajo se ha evaluado la IE en una población clínica de 99 pacientes diagnosticados de TCA (personas que se encontraban realizando seguimiento desde nuestra Unidad Funcional de TCA) con un instrumento de ejecución (MSCEIT). Sus resultados se han comparado con los obtenidos por el grupo Control (N = 99). Se han relacionado los resultados con otras variables psicopatológicas (EAT, STAI, BDI y BSI) y sociodemográficas (Estudio 1).

También se ha observado la evolución natural de las habilidades emocionales (sin ninguna intervención específica para el desarrollo de la IE) en las personas con TCA que participaron en nuestro estudio preliminar del año 2010 (Badia, 2010), en el que se valoró la IE con el MSCEIT en una muestra clínica con TCA (N = 23) y se observó su relación con otras variables psicopatológicas (EAT, STAI y BDI) (Estudio 2). Se ha pretendido objetivar si se ha producido mejoría en el rendimiento emocional de las pacientes y, en su defecto, valorar la implantación de un programa específico para el desarrollo de dichas competencias. También se ha valorado la evolución de los síntomas psicopatológicos desde la primera evaluación al presente estudio.

En la revisión de la literatura científica existente que evalúa variables emocionales en personas con TCA, se objetiva la falta de estudios publicados que valoren la IE en población clínica con TCA y, más específicamente, con un instrumento de ejecución como el MSCEIT. Desde nuestro conocimiento, hasta el momento no se ha llevado a término ningún estudio que valore la IE con el MSCEIT en un grupo de pacientes con TCA con diferentes subtipos según los criterios DSM-5 (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de Atracones y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados- TCANE-). Actualmente existe sólo un estudio publicado (Hambrook et al., 2012) que valora la IE con el MSCEIT en una muestra de personas con TCA, aunque en su trabajo sólo han sido incluidas personas con Anorexia Nerviosa.

A continuación, la discusión de los resultados encontrados se realizará siguiendo el orden de los objetivos de las hipótesis de cada estudio.



## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Discusión Hipótesis 1**



### 3.4.1. Estudio 1

#### 3.4.1.1. Discusión Hipótesis 1

**HIPÓTESIS 1: existen diferencias en las medidas de IE obtenidas entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE) del grupo TCA**

**Objetivo 1:** describir los resultados en IE obtenidos a través del MSCEIT en la muestra de pacientes con TCA

Centrándonos en los resultados obtenidos en la escala **CIE Total** (la puntuación global de IE) **para el grupo TCA** se encuentra una media de **100,1 ± 13'4**, resultado situado dentro del rango de competencia. El resto de puntuaciones principales del MSCEIT se encuentran situadas también dentro del rango de competencia (entre **95 y 105**) (ver tabla 20).

El grupo TCA obtiene los mejores resultados en su capacidad para percibir las emociones en uno mismo y en los demás, así como en los objetos, las obras de arte, las narraciones, la música y otros estímulos. Estas habilidades indican su nivel de percepción y expresión emocional (**CI Percepción emocional: 105,5 ± 14,5**).

El grupo TCA obtiene su peor rendimiento en la capacidad para comprender la información emocional, en cómo se combinan las emociones y en cómo éstas evolucionan a lo largo de las transiciones interpersonales, así como en apreciar los significados emocionales. Dichas habilidades muestran su capacidad de autoconocimiento y de relación con los demás (**CI Comprensión emocional 95,9 ± 14,5**).

Los resultados del MSCEIT se distribuyen en una curva normal con una puntuación media de 100 y una desviación típica de 15. Teniendo en cuenta los baremos del instrumento, las puntuaciones obtenidas por la muestra clínica se encuentran todas situadas en el rango de competencia, hecho que indica que no presentan déficits

estadísticamente significativos en IE. Este dato es contrario al esperado por las características clínicas de la muestra (personas con TCA) ya que, según los estudios previos revisados, se esperaría un rendimiento por debajo de la media en estas habilidades emocionales.

El hecho de que no se encuentren déficits significativos a nivel estadístico no significa que el grupo con TCA no tenga déficits en sus habilidades emocionales, ya que el perfil emocional que dibujan, obteniendo su peor rendimiento en la rama de Comprensión Emocional, coincide también con estudios realizados en otras poblaciones clínicas que comparten similitudes clínicas con los TCA (Hertel et al., 2009; Lizeretti et al., 2006).

En relación a la literatura científica revisada sobre los TCA (ver Bydlowski et al., 2005; Costarelli et al. 2009a; Costarelli y Stamou, 2009b; Díaz y Balbás, 2002; Fox y Froom, 2009b; Fox y Power, 2009a, 2009c; Hambrook et al., 2011, 2012; Harrisson et al., 2009, 2010; Heatherton y Baumeister, 1991; Kucharska-Pietura et al. 2004; Markey y Vander Wal, 2007; Nowakowski et al., 2013; Oldershaw et al., 2011; Sagardoy et al., 2014; Taylor, 2001; Troop et al., 1995; Whiteside et al., 2006; Zeeck et al., 2011; Zonnevillje-Bender et al., 2002), existen numerosos estudios en los que se describen dificultades en la capacidad para identificar, comprender y regular las emociones en personas con este trastorno, objetivados a través de diferentes tipos de tareas. Estas tareas evalúan variables emocionales y habilidades de IE que también se encuentran incluidas en la prueba del MSCEIT.

En la línea de los estudios mencionados, se tiene conocimiento de 4 investigaciones publicadas (Costarelli et al., 2009a; Costarelli y Stamou, 2009b; Filaire et al., 2011; Markey y Vander Wal, 2007) que relacionan el TCA con la IE (aunque lo hacen a través de escalas autoaplicadas y en muestras no clínicas). En todos ellos se encuentra que las personas con síntomas alimentarios obtienen peores rendimientos en IE.

Dados los antecedentes mencionados se esperaba encontrar puntuaciones por debajo del rango de competencia del MSCEIT en el grupo TCA, hecho que no se ha producido. Como se ha comentado previamente se tiene conocimiento de una única investigación que valora la IE en personas con TCA (sólo personas con AN) con el MSCEIT. Se trata

de un estudio publicado recientemente (Hambrook et al., 2012) en el que se evalúan las competencias emocionales en un grupo de pacientes con AN a través del MSCEIT y, habiendo revisado la literatura previa, los autores también partían de la hipótesis que las personas con TCA obtendrían peor rendimiento que las personas sin trastorno en sus habilidades de IE. No obstante, sus resultados coinciden con los de nuestro estudio, estando todos ellos también dentro del rango de competencia, es decir, en el rendimiento medio de la muestra normativa.

Se tiene también conocimiento de otro estudio (no publicado en ninguna revista indexada) del año 2006 (Boyd), en el que se valora la IE con el MSCEIT a un grupo de mujeres con TCA referido. Lamentablemente en el artículo no se muestran las puntuaciones obtenidas por el grupo TCA, aunque se destaca que éstas estuvieron también situadas en el rendimiento medio de la población ( $100 \pm 15$ ).

Mencionar también que los resultados que hemos encontrado en el presente estudio no difieren de los que encontramos en nuestro estudio preliminar (Badia, 2010), en el que grupo de pacientes con TCA obtuvo un resultado en CIE Total de  $98 \pm 13'7$ . El resto de puntuaciones también se encontraron situadas en el rango de competencia (entre  $95 \pm 104$ ).

Para intentar explicarnos por qué nuestro grupo con TCA ha tenido una buena ejecución en el instrumento MSCEIT y, no disponiendo de más estudios en este tipo de población clínica con los que comparar nuestros resultados (excepto los mencionados de Hambrook y Boyd), nos planteamos la posibilidad de que el instrumento pueda no ser representativo de la población con TCA, que podría tener características diferentes a la población normativa. Salvando las diferencias, esta hipótesis también es contemplada por Eack y colaboradores en sus estudios (2009 y 2010) en los que, tras evaluar con el MSCEIT a pacientes con esquizofrenia, concluyen que la estructura factorial del instrumento es significativamente diferente para el grupo con esquizofrenia respecto a la población normativa. En relación a esto, Eack sugiere que tal vez el grupo clínico con esquizofrenia necesite unos baremos diferentes a la población normativa y propone un modelo alternativo de 2 factores para personas con dicho trastorno.

Otra posible explicación para el rendimiento en el rango de competencia del grupo TCA, es que puedan haber *falseado* los resultados mostrando una buena ejecución a nivel teórico que no sería llevada a la práctica a nivel real. Según Lizeretti (2012a) personas con un elevado nivel de conocimiento emocional pueden obtener puntuaciones más elevadas en IE “aunque en realidad dispongan de pocas habilidades ejecutivas para la gestión y regulación emocional” (Lizeretti, 2012a, Pág. 76), relacionado también con las habilidades de manipulación emocional que pueden presentar (especialmente las personas con rasgos de personalidad histriónico o narcisista). En este sentido, Lizeretti (Lizeretti, 2012a; Lizeretti y Gimeno-Bayón, 2014) sugiere la existencia de dos tipos de IE, una de tipo manipuladora y otra que define como “auténtica”. En relación a esto, se tiene conocimiento de la existencia de un artículo de la Dra. Lizeretti (Lizeretti, Vázquez y Gimeno-Bayón, en revisión) en el que se avalúa la IE con el MSCEIT a un grupo de pacientes con Trastorno de la Personalidad (TP), y se observa como los pacientes con TP de tipo histriónico, antisocial y narcisista, a diferencia de los demás grupos de TP, obtienen puntuaciones elevadas en IE, especialmente en las habilidades de comprensión y regulación de emociones, lo que según esta autora confirmaría la hipótesis de la existencia de una IE manipuladora.

Este último planteamiento coincide con la discusión llevada a cabo en el estudio de Boyd que, sorprendida porque a pesar de que las pacientes con TCA habían reconocido sentirse confundidas por sus emociones en las escalas autoaplicadas, se objetivaba que esta confusión no afectaba de manera significativa en su capacidad para entender y manejar las emociones en lo que respecta a las tareas del instrumento MSCEIT, obteniendo un rendimiento dentro de la media. Por ello, concluye también que la IE medida con el MSCEIT no podría ser generalizada a la IE necesaria para desenvolverse en la vida cotidiana.

Tal como se ha comentado en la introducción, esta opinión también es compartida por otros autores que han realizado estudios con muestras clínicas (Lizeretti, 2012a) y con población general (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005; Mestre, Guil, Lopes, Salovey y Gil-Olarte, 2006) y que, aún admitiendo que las medidas de ejecución son mucho más objetivas que las escalas de autoinforme, consideran que todavía presentan limitaciones a la hora de proporcionar un índice de las habilidades reales de IE de la

persona, ya que nos muestran si la persona tiene desarrolladas las habilidades emocionales valoradas, pero no si las pone en práctica en su vida diaria. Por este motivo estos autores consideran que complementar la evaluación de la IE con una escala de autoinforme (IE subjetiva) podría aportar información sobre si la persona pone en práctica estas habilidades en su vida diaria.

En todo caso, cabe concluir que estos resultados indican que la valoración de la IE con el MSCEIT en pacientes con TCA nos informa sobre la tendencia hacia un perfil emocional de este grupo y, aunque los datos que aporta pueden considerarse como poco relevantes a nivel clínico dado que nuestra muestra ha obtenido puntuaciones situadas dentro del rango de competencia, el dibujo del perfil emocional coincide con el encontrados por Hertel et al. (2009) y Lizeretti et al. (2006) en otras poblaciones clínicas con características similares a los pacientes con TCA (los resultados de estos estudios son comentados de forma extensa en el objetivo 2 de la hipótesis 2).

**Objetivo 2:** comparar los resultados entre los subtipos TCA (AN, BN, TA y TCANE) para analizar las diferencias en IE

La tabla 21 muestra los resultados del MSCEIT de los subtipos TCA. Centrándonos en la puntuación más global de IE (**CI Emocional Total**) se encuentra una media de puntuación mayor en el grupo de **TCANE (104,4 ± 13,5)**, seguido por el grupo de **AN (101,8 ± 14,7)**, el de **BN (98,2 ± 13,8)** y en último lugar el de **TA (97,0 ± 10,7)**, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Los resultados en las escalas principales del MSCEIT se encuentran también situados entre **91 y 110** (rango de competencia). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos TCA en sus resultados en el MSCEIT, obteniendo todos ellos un rendimiento en IE situado en la media del grupo normativo.

En nuestro estudio preliminar (Badia, 2010), se encontraron diferencias significativas en la rama Facilitación Emocional del MSCEIT entre los grupos AN + BN versus TCANE\*, diferencia que se ha perdido al aumentar el tamaño muestral en el presente estudio.

A pesar de que se realizó un cálculo de la N muestral para determinar el número de pacientes necesarios para la realización del estudio, al dividir el grupo Clínico entre los subtipos TCA ha disminuido la n de los grupos. Por este motivo la falta de diferencias podría estar influida por la pérdida de potencia estadística al dividir la muestra clínica entre los subtipos TCA.

Al no disponer de estudios entre subtipos TCA con el MSCEIT con los que comparar nuestros resultados, hemos revisado estudios en los que se comparaban variables emocionales entre subtipos TCA.

Aunque en general, como se ha mencionado, las personas con TCA presentan dificultades en la esfera emocional, existen pocas investigaciones orientadas a

---

\* En aquel año todavía no existía la nueva clasificación diagnóstica DSM-5 y el TA quedaba incluido en el grupo de TCANE

identificar diferencias entre los subtipos TCA en sus competencias emocionales (Pascual, Extebarria y Cruz, 2011a). En un reciente meta-análisis sobre la valoración de la alexitimia en personas con TCA, Nowakowski et al. (2013) refiere que la investigación publicada en este campo encuentra resultados contradictorios en relación a las diferencias en los niveles de alexitimia entre los subtipos TCA, pero que a nivel global, las personas con AN tendrían mayores dificultades en la expresión emocional que las personas con BN. Los pocos estudios realizados con personas con TA (que también presentan niveles elevados de alexitimia, con déficits en la identificación y expresión de sus emociones) no han sido comparados con otros subtipos TCA.

En esta línea, en un estudio de Pascual et al. (2011a) se evaluaron los niveles de alexitimia a 97 personas con TCA (con subtipos según DSM-IV-TR de BN y AN), encontrando diferencias significativas entre los grupos. Además se encontró que las personas con AN tenían un perfil emocional más negativo que los grupos con BN, presentando más dificultades para la descripción de sus sentimientos.

Los resultados encontrados previamente por diferentes investigaciones en las que se valoran competencias emocionales en personas con TCA (Bydlowski et al., 2005; Corcos et al., 2000; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery y Jeczmién, 2006; Harrison et al., 2010; Joos et al., 2009; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Sexton, Sunday, Hurt y Lamí, 1998) y en revisiones (Behar, 2010; Nowakowski et al., 2013), indican también que las mujeres con AN tienen mayores niveles de alexitimia que las personas con BN. En el estudio de Bydlowski et al. (2005), a pesar de que no se encuentran diferencias significativas entre grupos en la valoración de la alexitimia, encuentran que las personas con AN tienen un nivel menor de “consciencia emocional” que las personas con BN (este concepto fue creado por Lane y Schwartz en 1987). Bydlowsky y su equipo consideran que la alexitimia correspondería al nivel inferior del continuum de consciencia emocional.

En su estudio, Forbush y Watson (2006) encuentran también diferencias entre BN y AN en inhibición emocional (BN>AN). Medina-Pradas, Blas, Alvarez-Moya, Grau y Obiols (2012) también encuentran diferencias entre subtipos TCA en la percepción emocional (BN > AN).

Otros estudios como el de Hartmann, Zeeck, y Barrett (2010) muestran diferencias entre los subtipos TCA en percepción emocional. En otro estudio, Kenyon et al. (2012) también encuentran que los diferentes subtipos TCA tienen perfiles emocionales diferenciados y recomiendan realizar estudios diferenciando entre los subtipos TCA.

Aunque sin significación, el grupo con **TA** tiene un rendimiento más bajo en las ramas de Comprensión Emocional (-7 puntos) y Manejo Emocional (-9 puntos), repercutiendo en un peor resultado que el resto de grupos en su **CI Estratégico:  $91.3 \pm 10.7$**  (con 10 puntos de distancia respecto al grupo TCANE que tiene la mejor puntuación). Es decir, el grupo **TA** presenta peores habilidades para comprender el significado de las emociones y en cómo pueden manejarse las propias emociones y las de los demás (sin percibir ni experimentar necesariamente los sentimientos correctamente).

El peor rendimiento del grupo de TA ya fue observado en nuestro estudio preliminar (Badia, 2010), siendo el grupo TCANE (donde estaba incluido en TA) el que obtuvo peores resultados en IE que el resto de subtipos TCA.

No tenemos estudios similares con los que comparar nuestros resultados puesto que, desde nuestro conocimiento, no existe literatura científica publicada que valore estas habilidades de la IE (el CI Estratégico y, en concreto, la Comprensión emocional) en una muestra de pacientes con TA, ya que se trata de una habilidad muy específica que valora el instrumento MSCEIT.

Con menor diferencia respecto a los otros grupos que en el caso anterior (también sin significación estadística), encontramos que el grupo con **BN** obtiene un peor rendimiento en las ramas de Percepción Em. (-9 puntos respecto grupo TCANE) y Facilitación Em. (-4 puntos respecto grupo TCANE), obteniendo finalmente un peor resultado que el resto de grupos en su **CI Experiencial:  $99,2 \pm 14,7$**  (-7 puntos respecto grupo TCANE). Es decir, el grupo BN tiene una menor capacidad para percibir, responder y manipular la información emocional (sin que ello implique comprensión), ofreciéndonos un indicador de cómo funciona la persona bajo la influencia de diferentes emociones.

Al igual que en caso anterior, no disponemos de estudios realizados con el MSCEIT con los que comparar los resultados encontrados en el grupo **BN**, pero estos resultados son contrarios a los encontrados en la literatura científica relacionada con las competencias emocionales (valorada con otros instrumentos y citada previamente) entre AN y BN, dónde se encuentra que las personas con AN obtienen peores resultados respecto al grupo con BN.

En resumen, aunque existen algunos estudios en los que se describen dificultades en la capacidad para identificar, comprender y regular las emociones en pacientes con TCA, y muchas de estas habilidades están incluidas en el MSCEIT, en nuestra muestra con TCA los resultados obtenidos en la prueba de IE a través del MSCEIT (tanto para el total del grupo TCA como para los subtipos TCA) se encuentran situados dentro del rango de competencia según los baremos del instrumento. Sin embargo, aunque se dibuja un perfil emocional para cada uno de los subtipos TCA, tanto el total del grupo TCA como los subtipos de éste coinciden en que todos obtienen peor rendimiento en la rama Comprensión Emocional, como se ha encontrado también en otras investigaciones con muestras clínicas que comparten similitudes clínicas con los TCA (Hertel et al., 2009; Lizeretti et al., 2006).

A pesar de que los grupos TA y BN obtienen las puntuaciones menores en IE, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos TCA.

**No se confirma la hipótesis 1.**

Las características de la muestra con TCA, o bien una ejecución que simula mejor rendimiento teórico que real, podrían explicar estos resultados.

## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Discusión Hipótesis 2**



### 3.4.1.2. Discusión Hipótesis 2

**HIPOTESIS 2: existen diferencias en las medidas de IE obtenidas entre el grupo TCA y el grupo control**

**Objetivo 1:** Describir los resultados en IE obtenidos a través del MSCEIT en la población control

Centrándonos en los resultados obtenidos por el **grupo Control** en la escala **CIE Total** encontramos una media de **105,8 ± 13,1** (tabla 23). Según los baremos del instrumento los resultados de la población control del estudio se encuentran ligeramente por encima de la media, aunque dentro del rango de competencia, indicando que no presentan déficits en IE.

El grupo Control obtiene el mayor rendimiento en el **CI Estratégico (107,3 ± 14,3)**, indicando una buena capacidad para comprender y manejar las emociones, mostrando la precisión con que la persona comprende el significado de la emociones, y en cómo se pueden manejar las propias emociones y las de los demás.

El rendimiento más bajo del grupo Control se da en la capacidad para generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para poder comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos, indicando en que medida los pensamientos y demás actividades cognitivas del individuo utilizan la información de su experiencia emocional (**Facilitación emocional: 99,5 ± 10,2**)

Para explicarnos los resultados del grupo Control (con medias superiores a 100), se han revisado otros estudios realizados con el MSCEIT en población psiquiátrica en los que existe un grupo Control. Nuestros resultados coinciden con los encontrados por Hambrook et al. (2012) en población con AN, donde el grupo Control obtiene también medias superiores a 100. Existen otros estudios realizados con el MSCEIT (con la versión original americana) en población psiquiátrica, en los que el grupo Control

también ha obtenido medias superiores a 100 (ver Dawson et al., 2012; Jacobs et al., 2008; Kee et al., 2009).

Desde nuestro conocimiento los dos únicos estudios realizados con el MSCEIT en población psiquiátrica con grupo Control en que las medias de éste se encuentran por debajo de 100 son: el de Hertel et al. (2009) realizado con la validación alemana del MSCEIT, y el de Perna et al. (2010) realizado en población italiana con la versión americana del instrumento. Desconocemos la causa de estas variaciones, pero el análisis de éstas escapa al objetivo del presente trabajo.

**Objetivo 2:** Comparar los resultados en IE del grupo TCA con el grupo Control

A pesar de que tal como se ha detallado en la hipótesis 1, los pacientes con TCA tienen un rendimiento en IE dentro del rango de competencia, al comparar sus resultados con el grupo Control se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos (ver tabla 23). El grupo TCA tiene significativamente peor rendimiento que el grupo Control en el **CIE Total, CI Estratégico** y las ramas que conforman esta área: **Comprensión y Manejo Emocional**.

Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio de Hambrook et al. (2012) en que las puntuaciones de las personas con AN se encontraban también dentro del rango de competencia pero significativamente menores respecto al grupo Control (en su caso en el **CIE Total** y en la tarea de **Cambios**). Como en nuestro estudio, sus resultados muestran un peor rendimiento en el CI Estratégico para el grupo con AN, aunque en su caso sin significación estadística (probablemente por el tamaño muestral de su estudio).

Por el contrario, el estudio de Boyd (2006) también realizado con muestra con TCA y con el MSCEIT, no encuentra diferencias significativas entre los grupos con TCA referido (actual o en remisión) respecto al grupo control.

A falta de más estudios con los que comparar nuestros resultados, hemos realizado una revisión de las investigaciones realizadas con el MSCEIT en población clínica, con otros trastornos mentales que comparten similitudes y pueden tener alguna relación clínica con los TCA (tabla 6), como son los Trastornos de la personalidad (Cassin y von Ranson, 2005; Godt, 2008; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009), la clínica ansiosa y depresiva (Bulik, 2002; Casper, 1998; Fairburn y Harrison, 2003; Fox y Power, 2009c; Godart et al., 2002 y 2007; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Heatherton y Baumeister, 1991; Pascual et al., 2011b; Polivy y Herman, 2002; Stice, 2002; Swinbourne y Touyz, 2007; Wagner et al., 2006; Woodside y Staab, 2006) y el Trastorno por abuso de sustancias (Herzog et al., 2006; Holderness et al., 1994).

Nuestros resultados coinciden con los encontrados por Hertel et al. (2009), en que las puntuaciones del MSCEIT para el grupo con TLP (Trastorno Límite de la Personalidad) son significativamente diferentes en relación al grupo control en **Comprensión y Manejo emocional (CI Estratégico)** y en **el CIE Total**. Esta similitud encontrada podría ser debida a las dificultades en la esfera emocional (ampliamente descritas) que presentan ambos trastornos (TCA y TLP) y a la elevada comorbilidad de trastornos de la personalidad (también TLP) entre los pacientes con TCA. En este mismo estudio (Hertel et al., 2009), se encuentra que las personas con Trastorno por Abuso de Substancias (que por sus características clínicas también comparten ciertas similitudes con los TCA, hasta el punto que algunos autores lo consideran como una conducta adictiva - ver Bydlowsky et al. 2005; Kun y Demetrovics, 2010; Polivy y Herman, 2002) tienen el peor rendimiento en el MSCEIT en todas las ramas excepto en Percepción Emocional, mostrando evidentes dificultades en sus competencias emocionales.

En el estudio Lizeretti et al. (2006) realizado en población clínica con psicopatología relacionada con la ansiedad, la depresión y las conductas adictivas (Agorafobia, Distimia y Trastorno por Abuso de Substancias), a pesar de que no se compara con un grupo control, se encuentra que estos grupos clínicos obtienen también su peor rendimiento en el **área Estratégica** y en las ramas **Comprensión y Manejo Emocional**, coincidiendo con el perfil emocional encontrado en nuestro estudio.

En el estudio de Perna et al. (2010) en población clínica con ansiedad (Ataques de pánico y Agorafobia) también se encuentran resultados similares a los nuestros, con el grupo clínico con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo Control en el **área Estratégica** y en las ramas de **Comprensión y Manejo Emocional**.

En la misma línea, aunque en población no clínica, Gardner et al. (2010a) encuentran (como en nuestro estudio) que el grupo con rasgos marcados TLP presentan también más dificultades emocionales en **Comprensión y Manejo Emocional (CI Estratégico)** del MSCEIT en comparación a los que tienen menos rasgos TLP.

Es decir, estos datos indican que las personas con TCA, TLP, Trastorno por abuso de sustancias, Tr. Ansioso o Tr. Depresivo tienen un perfil emocional similar, en el que se observa un mejor rendimiento en el **área Experiencial**: Percepción y Facilitación emocional (área más relacionada con los sentimientos y que representa el nivel más básico del procesamiento emocional según el modelo de Mayer y Salovey), que en el **área estratégica** (Comprensión y Manejo emocional) que implica un mayor nivel de procesamiento emocional.

El **CI Estratégico** es considerado por sus autores el índice de nivel superior de las habilidades emocionales, puesto que se trata del procesamiento consciente de las emociones (Jacobs et al. 2008). También se trata de una área en la que el conocimiento semántico de lo emocional tiene un importante peso en sus resultados. La comprensión Emocional y el Manejo Emocional que forman el área estratégica están muy relacionados, ya que la dificultad para comprender las emociones contribuye también al mal manejo de estas y añadiría dificultades para recuperarse del trastorno mental (Gardner et al., 2010a).

Las habilidades implicadas en la rama de **Comprensión Emocional** son importantes porque, según el modelo de Mayer y Salovey, las emociones contienen información valiosa y la habilidad para comprender esta información y razonar sobre ella juega un importante papel en nuestro día a día. Estas habilidades incluyen, además de poder pensar con claridad acerca de las emociones, el aceptar que se pueden tener sentimientos contradictorios, comprender que las emociones están conectadas y que una puede llevar a otra si la causa que las provoca continua y se intensifica (como el malestar y la irritación pueden conducir a la ira). Conocer como las emociones se combinan y cambian en el tiempo es importante en la calidad de nuestras relaciones interpersonales y para mejorar nuestro autoconocimiento (Caruso, Mayer y Salovey, 2012). La alexitimia que presentan las personas con TCA y sus dificultades para conectar con el mundo emocional podría favorecer la disminución de sus habilidades de comprensión emocional (de una forma similar a la que sugiere Perna et al, 2010).

Las habilidades de la rama **Manejo Emocional** tienen relación con la Comprensión Emocional, puesto que el hecho de ignorar la información que nos transmiten las

emociones implica el riesgo de tomar decisiones equivocadas, ya que, en algunas situaciones, es importante poder escuchar nuestros propios sentimientos para elegir las acciones más adecuadas y, en otras, ser capaz de tomar distancia de estas emociones para gestionar de forma más eficaz, no dejándose llevar por ellas sin pensar. Las dificultades en esta área implicarían un menor ajuste social ya que no se integrarían la lógica y las emociones para tomar decisiones efectivas (Caruso et al., 2012). Las dificultades que presentan las personas con TCA en la regulación de sus emociones ya ha sido ampliamente descritas en la introducción, ya que varios autores (Bydlowsky et al., 2005; Fox y Froom, 2009b; Fox y Power, 2009a y 2009c; Hambrook et al., 2012; Harrison et al., 2009; Heatherton y Baumeister, 1991; Kun y Demetrovics, 2010; Polivy y Herman, 2002; Sagardoy et al., 2014; Whiteside et al., 2007; Zeeck et al., 2011) consideran que las conductas alimentarias alteradas que presentan las personas con trastorno alimentario (tanto la restricción como los atracones y vómitos) serían utilizados como una estrategia (inadecuada) para gestionar sus emociones, a falta de otros recursos de regulación emocional más adaptativos.

En resumen, los resultados encontrados (y ya discutidos en la hipótesis 1) apuntan a que la valoración de la IE con el MSCEIT en nuestra muestra con TCA no aportaría elementos determinantes de cara a un diagnóstico clínico exhaustivo. Sin embargo, si aportan elementos útiles para la intervención psicoterapéutica con estos pacientes ya que aunque todas las puntuaciones se encuentran en el rango de competencia, no objetivándose déficits emocionales clínicamente significativos, al comparar estos resultados con el grupo control si se evidencian déficits claros en la rama **CI Estratégico (Comprensión y Manejo Emocional)**, indicando un determinado perfil emocional que facilita la intervención sobre las habilidades en las que presentan mayor dificultad. Es decir, una intervención más orientada al trabajo con las dificultades y necesidades emocionales específicas que presentan los pacientes con TCA.

Creemos que nuestros resultados son coherentes con la literatura revisada y muestran que las personas con TCA tienen menos habilidades para comprender y manejar sus emociones que las personas sin trastorno; asimismo, estos resultados pueden ser útiles en el avance de la investigación sobre las competencias emocionales de esta patología clínica.

**Objetivo 3:** Comparar los resultados en IE entre los subtipos TCA y el grupo Control

Como se puede observar en la tabla 21 las diferencias entre los subtipos TCA no son estadísticamente significativas, al contrario de lo que esperábamos en la presente hipótesis.

En la tabla 24 pueden observarse claramente que los grupos TA y BN tienen resultados significativamente inferiores respecto al control en IE, seguidos por el grupo con AN, no encontrándose diferencias en el grupo TCANE, que obtiene un rendimiento similar al del grupo sin TCA. Las diferencias significativas se encuentran en el **CIE Total**, en el área **estratégica** y sus ramas **Comprensión** y **Manejo Emocional**. No se encuentran diferencias respecto al grupo Control en el área Experiencial ni en sus escalas (Percepción y Facilitación Emocional) en ningún subtipo TCA.

No se tiene conocimiento de ningún estudio publicado que compare el rendimiento en IE con el MSCEIT entre subtipos TCA. En el único estudio que valora la IE con el MSCEIT en un grupo con TCA (Hambrook et al., 2012) sólo se valora a personas con diagnóstico de AN. En el estudio de Boyd (2006) con mujeres con TCA no se establecen grupos con subtipos.

Tal y como se ha detallado en la discusión de la hipótesis 1, tenemos conocimiento de estudios que comparan habilidades emocionales entre subtipos TCA, encontrando en todos ellos peor rendimiento en las habilidades emocionales para el grupo con AN respecto al de BN (Bydlowski et al., 2005; Corcos et al., 2000; Gilboa-Schechtman et al., 2006; Harrison et al., 2010; Joos et al., 2009; Pascual et al., 2011a; Schmidt et al., 1993; Sexton et al., 1998), en las revisiones de Behar (2010) y Nowakowski et al., (2013) también se describen estos resultados.

Como excepción a estos hallazgos, Medina-Pradas et al. (2012) encuentran que el grupo con BN tiene peor rendimiento respecto al grupo con AN en la capacidad para percibir emociones (valorada con el Reading the Mind in the eyes Task). Aunque estas habilidades perceptivas también son evaluadas en el área Experiencial del MSCEIT, en

nuestro estudio todos los subtipos obtienen resultados similares y no se encuentran diferencias respecto al grupo Control para ningún subtipo TCA en esta área.

No se tiene conocimiento de estudios que comparen el rendimiento en competencias emocionales que incluyan el subtipo TA y TCANE con la clasificación DSM-5, ya que se trata de unos nuevos criterios diagnósticos recientemente establecidos.

A continuación se procede a discutir los resultados encontrados en cada uno de los subtipos TCA, teniendo en cuenta que, a falta de otros estudios realizados con el MSCEIT con los que compararlos, nos remitimos a la literatura científica relacionada con la valoración de las competencias emocionales en personas con TCA.

**GRUPO TA:** este grupo obtiene significativamente peor rendimiento respecto al grupo Control en varias de las escalas principales del MSCEIT, especialmente en el área **Estratégica** y sus dos ramas **Comprensión** y **Manejo Emocional**, repercutiendo en un menor **CIE Total**.

El peor rendimiento del grupo de TA ya fue observado en nuestro estudio preliminar (Badia, 2010), siendo este grupo el que obtuvo peores resultados en IE que el resto de subtipos TCA.

No tenemos estudios similares con los que comparar estos resultados puesto que, desde nuestro conocimiento, no existe literatura científica publicada que valore estas habilidades de la IE (el CI Estratégico y en concreto la Comprensión Emocional) en una muestra de pacientes con TA, ya que se trata de una habilidad muy específica que valora el instrumento MSCEIT.

El TA es un trastorno conocido desde hace años a nivel clínico, que se ha incluido recientemente como una nueva entidad diagnóstica en los manuales de diagnóstico psiquiátrico dentro del grupo de los TCA (Anexo 5). Tiene como característica principal la gestión emocional a través de la comida (especialmente los estados emocionales desagradables) y están descritas en la literatura científica las dificultades en la esfera emocional de las personas con este trastorno (Heatherton y Baumeister, 1991; Macht,

2008; Pinaquy et al., 2003; Whiteside et al., 2007; Zeeck et al., 2011). Muchos de estos autores utilizan el concepto de “*ingesta emocional*” (“emotional eating”) que define como algunas personas utilizan la ingesta de comida como una estrategia para regular o escapar de sus emociones negativas (Stice, 2002; Zeeck et al., 2011). Concretamente, Zeeck y su equipo realizaron un estudio donde se muestran las dificultades emocionales en las personas con TA, destacando sus limitaciones para hacer frente a emociones como la ira, a los sentimientos de soledad y el agotamiento. Fox y Power (2009c) destacan que las emociones que parecen más implicadas en los trastornos alimentarios son la ira y el asco. Alpers y Tuschen-Caffier (2001), aunque con una muestra con BN, encuentran también que las emociones negativas juegan un importante papel en la conducta de atracón.

Estos datos podrían explicar los resultados encontrados en nuestro estudio respecto al menor rendimiento en el CI Estratégico para el grupo TA. El hecho que el MSCEIT no distinga entre diferentes tipos de emociones es una limitación a tener en cuenta en futuras investigaciones.

**GRUPO BN:** este grupo de pacientes presenta diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo Control en su CIE Total, en el área Estratégica y en la rama Comprensión Emocional pero, a diferencia del grupo con TA, tienen buen rendimiento en la rama de Manejo Emocional.

En el caso de la BN ocurre igual que con el grupo con TA, ya que tampoco disponemos de estudios realizados con el MSCEIT con los que comparar los resultados encontrados.

En nuestro estudio las personas con BN tienen peores resultados en IE que el grupo con AN. Como ya se ha comentado en la introducción y en la discusión de la hipótesis 1, los pocos estudios que valoran las habilidades emocionales entre subtipos TCA, si bien han sido realizados con otros instrumentos, encuentran todos ellos (contrariamente a nuestros resultados) un peor rendimiento en el grupo con AN respecto al de BN (Bydlowski et al., 2005; Corcos et al., 2000; Gilboa-Schechtman et al., 2006; Harrison et al., 2010; Joos et al., 2009; Pascual et al., 2011a; Schmidt et al., 1993; Sexton et al., 1998). Estos datos son encontrados también en las revisiones de Behar (2010) y

Nowakowski (2013). Solo Forbush y Watson (2006), a diferencia de los anteriores estudios, encuentran una mayor inhibición emocional en el grupo con BN comparado con el grupo AN, pero sus resultados son difícilmente comparables con los nuestros ya que se trata también de otro instrumento que evalúa habilidades emocionales diferentes.

**GRUPO AN:** tal como se esperaba, este grupo obtiene diferencias significativas respecto al control en algunas escalas del MSCEIT, pero contrariamente a lo esperado, aunque sin significación estadística es el grupo que obtiene mejores puntuaciones de la mayoría de subtipos TCA (AN, BN y TA).

Los resultados de nuestro estudio para el grupo con AN son contrarios a la literatura científica revisada que, como se ha citado previamente, encuentra en varios estudios que las personas con AN presentan mayores dificultades emocionales que el grupo con BN.

Al contrario de lo esperado, en nuestro estudio no se encuentran déficits respecto al grupo Control en el subtipo AN para el área Experiencial, en la que se obtienen resultados muy parecidos a los del grupo sin trastorno. Las habilidades incluidas en esta área son de las más estudiadas en este grupo de pacientes, por ser conocidas sus dificultades en la percepción y procesamiento emocional (puede verse una revisión en Fox y Power, 2009c y Oldershaw et al., 2011). Se trata de estudios que, aunque con escalas diferentes al MSCEIT, están relacionados con las dificultades que presentan las personas con AN en la percepción de las emociones en los demás (Castro et al., 2010; Harrison et al., 2009; Kucharska-Pietura et al., 2004; Oldershaw, Hambrook, Tchanguria, Treasure y Schmidt, 2010; Zonnevijlle-Bender et al., 2002). La mayor parte de estos estudios están dirigidos a la valoración de la alexitimia, encontrando que el grupo con AN suele presentar dificultades en esta habilidad. Según Parker et al. (2001) el concepto de alexitimia tiene una relación inversa con la IE, pudiendo ser entendida como el extremo inferior del continuum IE. En este sentido, y a pesar de que Lumley et al. (2005) encontraron una relación negativa débil, pero significativa, entre la escala de alexitimia TAS-20 (utilizada en los estudios antes mencionados) y la escala de ejecución MSCEIT, ante los resultados contradictorios encontrados, hipotetizamos que el área Experiencial del MSCEIT y las escalas de alexitimia tal vez valoren habilidades emocionales diferentes y sus resultados no puedan ser comparados.

A pesar de que nuestro grupo con AN tiene mejores resultados que los grupos con BN y TA, respecto al grupo Control presenta diferencias en sus habilidades de IE. En este sentido nuestros resultados coinciden de forma parcial con Hambrook et al. (2012), que encuentra diferencias significativas entre el grupo AN y el grupo Control en el CIE Total del MSCEIT, y una tendencia, aunque sin significación estadística, a puntuar por debajo del grupo Control en el área CI Estratégico y en la rama Comprensión Emocional, como en nuestro estudio.

**GRUPO TCANE:** el hecho de que el grupo TCANE tenga un rendimiento similar al del grupo Control podría estar justificado por las características clínicas del mismo, en el que se encuentran casos parciales de TCA con menor psicopatología clínica (ver anexo 5: criterios diagnósticos DSM-5).

Los resultados discrepantes encontrados entre nuestros resultados y la literatura científica revisada pueden ser debidos a las diferencias metodológicas de los estudios y a que se utilizan diferentes instrumentos para valorar las competencias emocionales.

En definitiva, una vez comparadas las medias entre los subtipos TCA y el grupo Control, parece que las diferencias encontradas entre el grupo TCA y el grupo Control son probablemente debidas al mal rendimiento en las competencias emocionales de la mayoría de los subtipos TCA (TA, BN y AN), excepto el grupo TCANE que no presenta diferencias significativas respecto al grupo sin TCA.

En resumen, a pesar que en la hipótesis 1 encontrábamos que el rendimiento del MSCEIT del grupo TCA se encontraba en el rango de competencia, al comparar estos resultados con los del grupo control encontramos que existen **diferencias significativas** entre ellos en el **CIE Total, CI Estratégico** y sus ramas **Comprensión Em. y Manejo Em.** También se encuentran diferencias significativas en las 4 tareas del área estratégica: **cambios, combinaciones, manejo y relaciones.** En todas las comparaciones entre los subtipos TCA y el grupo Control, los grupos de pacientes son los que obtienen peor rendimiento.

Estos resultados son coherentes con la literatura previa revisada que indica que las personas con TCA tienen dificultades en la esfera emocional, coinciden parcialmente con los encontrados por Hambrook (2012) y muestran un perfil emocional similar al encontrado en otros estudios realizados con el MSCEIT en otras poblaciones clínicas con características similares al TCA, en los que los pacientes también obtienen **peor rendimiento en el área estratégica** (las habilidades emocionales de nivel superior ya que implican un mayor nivel de procesamiento emocional).

### **Se confirma la hipótesis 2.**

Los resultados encontrados pueden ser útiles en el avance de la investigación sobre las competencias emocionales de los TCA y para la planificación de programas específicos para el desarrollo de competencias emocionales en las que se han identificado dificultades.

## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Discusión Hipótesis 3**



### 3.4.1.3. Discusión Hipótesis 3

#### **HIPOTESIS 3: una menor IE se relaciona con mayor gravedad clínica**

**Objetivo 1:** analizar la relación entre el CIE Total del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el Grupo TCA y el Grupo Control.

Desde el punto de vista del modelo de Mayer y Salovey, la IE sería un factor de protección de la psicopatología clínica. Mayer et al. (2008a) citan algunos estudios que muestran como el CIE Total del MSCEIT correlaciona de forma positiva con el bienestar psicológico ( $r = 0,16$  y  $0,28$ ).

Como se ha apuntado en la revisión teórica, existen referencias que muestran una relación inversa entre IE y sintomatología clínica como ansiedad y depresión, encontrando que una baja IE podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (Lizeretti y Extremera, 2011; Martins et al., 2010; Matthews et al., 2004; Schutte et al., 2007; Taylor, 2001; Tsaousis y Nikolaou, 2005).

Se espera que las personas que tienen puntuaciones elevadas en IE afronten de forma más efectiva las demandas del entorno (Tsaousis y Nikolaou, 2005) y que gestionen las emociones más eficazmente para hacer frente de forma adaptativa las diferentes situaciones vitales. En este sentido, la IE constituiría un factor de protección ante el malestar psicológico y los trastornos mentales (Lizeretti, 2012a; Schutte et al., 2007).

Por el contrario, tal y como se ha comentado, la falta de IE implicaría mayor riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (Brackett et al., 2011; Brackett y Salovey, 2006; Ciarrochi et al., 2002; Dawda y Hart, 2000; Extremera y Fernández-Berrocal, 2009; Lizeretti, 2012a; Lizeretti y Extremera, 2011; Lizeretti et al., 2012c; Martins et al., 2010; Matthews et al. 2004; Mayer, 2008a; Oberst y Lizeretti, 2004; Schutte et al., 2007; Taylor, 2001). En este sentido, Brackett et al. (2011) cita varios estudios que encuentran correlaciones inversas entre las puntuaciones del MSCEIT y la psicopatología clínica ( $r = -0,10$  y  $r = -0,40$ ).

En nuestro estudio, todas las correlaciones estadísticamente significativas encontradas son negativas, es decir, se dan en la dirección esperada mostrando que las personas con menores habilidades de IE tienen mayor gravedad clínica, tanto en el grupo TCA como en el grupo Control (tabla 25).

Las correlaciones entre la escala MSCEIT CIE Total y las escalas de psicopatología clínica exploradas (EAT, STAI, BDI y BSI) que se muestran en la tabla 25 son entre débiles y moderadas ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$  y  $-0,41$ ;  $p < 0,01$ ), muy parecidas a las citadas por Brackett et al. (2011). A nivel general, las correlaciones encontradas son más elevadas en el grupo TCA que en el grupo Control, probablemente porque el grupo TCA tiene también una psicopatología clínica de mayor gravedad. Por ejemplo, en el caso del BSI, escala con la que se encuentran correlaciones más elevadas con el CIE Total del MSCEIT y, concretamente en el Índice Global de Gravedad (IGG) que es el índice más representativo del nivel de malestar psicológico general de la persona, la relación entre esta escala y el MSCEIT CIE Total para el grupo TCA ( $r = -0,320$ ;  $p = 0,001$ ) es también más fuerte que la encontrada para el grupo Control ( $r = -0,232$ ;  $p = 0,021$ ).

En el grupo TCA la correlación más fuerte encontrada se da entre el CIE Total y la Escala BSI Total Síntomas Positivos ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,001$ ), esta escala contabiliza el cómputo total de síntomas referidos por la persona (ver figura 22).

El resto de correlaciones significativas para el grupo TCA serán discutidas en el objetivo 2 de la presente hipótesis.

La relación encontrada entre IE y psicopatología clínica en el **grupo Control** se da en la misma dirección que la del grupo TCA (tabla 25); es decir, que a mayor IE menor gravedad de la psicopatología. Sin embargo, en el grupo Control la fuerza de la relación es más débil, probablemente porque existe menor gravedad de la sintomatología clínica.

**Objetivo 2:** analizar la relación entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el Grupo TCA

En la literatura científica se encuentran investigaciones que relacionan la IE con la psicopatología clínica. A nivel global se recoge, tal y como apunta el modelo de IE de Mayer y Salovey, que a menores habilidades de IE, mayores niveles de psicopatología clínica.

Como se ha comentado en la revisión teórica, algunos de los estudios revisados realizados con el MSCEIT encuentran relaciones significativas entre la IE y las escalas de psicopatología clínica recogidas (Ermer et al., 2012; Extremera et al., 2006b; Hambrook et al., 2012; Jacobs et al., 2008; Kee et al., 2009; Lin et al., 2012).

En la tabla 26 se observa como en el grupo TCA las correlaciones significativas entre las escalas principales del MSCEIT y las escalas de psicopatología clínica exploradas (EAT, STAI, BDI y BSI) son entre débiles y moderadas, situadas entre  $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$  y  $-0,42$ ;  $p < 0,01$ . El hecho de que las relaciones encontradas entre la IE y la psicopatología sean entre débiles y moderadas implica que probablemente la falta de habilidades de control emocional y de estrategias de afrontamiento adaptativo que conlleva la Baja IE, pueden favorecer la aparición y el mantenimiento de la psicopatología clínica comentada (Oberst y Lizeretti, 2004), pero que el porcentaje de varianza que queda por explicar indica que existen otros factores que influyen en la aparición de estos síntomas que no son explicados por la IE.

A continuación se discutirán las correlaciones encontradas en el **grupo TCA** entre las escalas de IE y las de gravedad clínica y su relación con la literatura revisada. Previamente, debemos mencionar que los pocos estudios existentes que relacionan la psicopatología clínica con la IE medida con el MSCEIT, nos ha obligado a buscar estudios que utilizan otras escalas de IE (modelos mixtos). Algunos autores han encontrado que la IE medida con estas escalas tiene mayor asociación con la clínica psicopatológica que cuando se utilizan escalas de habilidad como el MSCEIT (Bastian et al., 2005; Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007; Zeidner et al., 2012), encontrando correlaciones más fuertes cuando la IE es medida con escalas de modelos mixtos. Esto

puede ser debido probablemente a que estas medidas son de tipo autoinforme y puede existir cierto grado de similitud entre los ítems de las dos escalas, produciéndose un solapamiento con factores de personalidad y variables de bienestar emocional (Ciarrochi et al., 2002; Extremera et al., 2006b; Zeidner et al., 2012), creando una superposición entre ambas (Bastian et al., 2005; James et al., 2012).

Como ya ha sido comentado previamente, el TMMS es una escala de autoinforme sobre la IE percibida basado en el modelo de IE de Mayer y Salovey. También se han buscado estudios realizados con este instrumento ya que puntuaciones altas en el TMMS han sido asociadas con el bienestar y la salud física, así como los bajos niveles de IE percibida encontrados con esta escala se han asociado a conductas autodestructivas, ansiedad y depresión, indicando que las personas con altos niveles de IE percibida se enfrentan mejor a las situaciones vitales y manejan sus emociones de una forma más saludable y efectiva, hecho que protege y aumenta su salud mental (Lizeretti et al., 2012c).

### **Grupo TCA:**

#### **EAT- Escala de Actitudes Alimentarias:**

Si nos centramos en las correlaciones significativas encontradas en el grupo TCA (tabla 26), nos sorprende que el EAT-40 no correlacione con ninguna escala del MSCEIT. Como ha sido comentado, el EAT es una escala autoaplicada que, desde hace décadas, goza de buena aceptación en la comunidad científica para la valoración de la clínica alimentaria en personas con y sin TCA (Mintz y O'Halloran, 2000; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009) y, como se ha mencionado también en la revisión de la literatura científica publicada, las personas con TCA presentan importantes dificultades en la esfera emocional (Harrisson et al., 2010), por lo que se esperaba encontrar una relación inversa entre esta escala y la IE; es decir, que las personas con mayor gravedad en sus actitudes y conductas alimentarias tuvieran también mayor psicopatología clínica. El hecho de que sea una muestra clínica que se encuentra en tratamiento psicoterapéutico podría influir en estos resultados.

No se conocen estudios que relacionen el MSCEIT con el EAT en población clínica de personas con TCA, por lo que se han revisado los pocos artículos que relacionan el EAT con la IE. En la tabla 2 se puede observar que todos ellos han sido realizados con la escala de IE de Bar-On, excepto el de Pettit et al. (2010), realizado con el TMMS. De todos los estudios solo en uno (Costarelli y Stamou, 2009b) realizado para explorar actitudes alimentarias en deportistas, se repiten nuestros resultados no encontrando relación entre la IE (Bar-On) y el EAT-26. En los otros tres estudios (Costarelli et al., 2009a; Filaire et al. 2011; Pettit et al., 2010) se encuentran, tal como era esperable, correlaciones inversas.

#### **STAI- Escala Ansiedad Estado – Rasgo:**

En relación a la clínica ansiosa, en nuestro estudio se encuentra una correlación negativa significativa entre la rama de **Percepción Em.** del MSCEIT y la **ansiedad Estado** ( $r = -0,20^*$ ) (tabla 26). Estos resultados indican una relación inversa y débil entre el estado ansioso (como un estado emocional transitorio) y las dificultades para percibir de forma adecuada las emociones.

Para explicarnos esta relación, a pesar de que representa un porcentaje bajo de la varianza compartida, podemos hipotetizar que las interferencias que pueden producir los estados de ansiedad sobre los procesos de atención (Pacheco-Unguetti, Acosta, Callejas y Lupiañez, 2010; Wells y Matthews, 1994), podrían explicar que éstos se relacionen de forma negativa con la capacidad para percibir las emociones.

También se encuentra relación entre la rama **Manejo Em.** del MSCEIT y la **ansiedad Rasgo** ( $r = -0,22^*$ ) (tabla 26), indicando una relación inversa y débil entre la propensión ansiosa (como rasgo relativamente estable) y la capacidad para regular las emociones para emprender acciones efectivas. A pesar de que esta relación también explica un bajo porcentaje de la varianza compartida entre ambas variables, podemos hipotetizar que la relación podría ser explicada porque la ansiedad como rasgo implica una tendencia a experimentar ansiedad en situaciones de tensión y este estilo poco adaptativo de afrontamiento se manifiesta en diferentes situaciones, probablemente

influyendo a lo largo del tiempo en un menor desarrollo de estrategias de Manejo Emocional.

No se tiene conocimiento de la existencia de estudios realizados en población con TCA que relacionen el MSCEIT con el STAI, por este motivo, para discutir nuestros resultados se realizarán comparaciones con otras investigaciones que relacionan la IE con la clínica ansiosa, aunque sea con otros instrumentos (tabla 3).

En la tabla 3 se encuentran los resultados de dos tesis doctorales (no publicadas) citadas por Brackett y Salovey (2006), que utilizan los mismos instrumentos que en nuestro estudio (MSCEIT y STAI). Ambos estudios encuentran correlaciones entre el MSCEIT y la escala de ansiedad STAI muy similares a las nuestras ( $r = -0,29$  y  $-0,31$ ).

Aunque se encuentra variabilidad en la fuerza de las correlaciones encontrada en los estudios de la tabla 3 (Bastian et al., 2005; Costarelli et al., 2009a; Costarelli y Stamou, 2009b; David, 2002; Fernández- Berrocal et al., 2006b; Hambrook et al., 2012; Head, 2002; Jacobs et al., 2008; O'Connor y Little, 2003; Rosete y Ciarrochi, 2005), la dirección de la relación es inversa, la misma que la encontrada en nuestra investigación. Como ya ha sido comentado, esta variabilidad en los valores de correlación encontrados entre los estudios citados en la tabla 3 puede ser debida a las diferencias existentes entre los distintos instrumentos utilizados para medir la ansiedad y a las ya mencionadas diferencias que se dan entre los distintos instrumentos para valorar la IE.

### **BDI – Escala de Depresión:**

Tal como ha sido comentado en la introducción teórica, según el modelo de IE de Mayer y Salovey, la IE podría ser considerada un factor protector frente a situaciones generadoras de afecto negativo (Extremera et al., 2006b). Aquellas personas con mayores niveles de IE tienden a tener un estado de ánimo más positivo y son capaces de reparar su estado afectivo después de un acontecimiento generador de malestar emocional (Schutte et al., 2002).

En la tabla 26 se muestran las correlaciones negativas estadísticamente significativas encontradas en nuestro estudio entre algunas escalas del MSCEIT (**CIE Total**, **CI Percepción Em.** y **CI Manejo Em.**) y la escala de **depresión BDI** ( $r =$  entre  $-0,20^*$  y  $-0,29^{**}$ ).

En la tabla 4 se citan estudios que relacionan la IE con la clínica depresiva. El único estudio que valora la IE con el MSCEIT en población con TCA, concretamente en pacientes con AN (Hambrook et al., 2012), no encuentra relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

En el estudio de Head (2002), realizado con nuestros mismos instrumentos (MSCEIT y BDI) aunque no se tiene datos de si ha sido realizado en una muestra clínica, se encuentra una correlación muy similar a la encontrada en nuestra investigación ( $r = -0,33$ ). Los otros estudios resumidos en la tabla 4 están realizados en población sin trastorno mental. En el estudio de Extremera et al. (2006b), que también utilizan nuestros mismos instrumentos, encuentran también correlaciones negativas en la misma dirección pero más débiles ( $r = -0,09$  y  $-0,13$ ) que las encontradas en nuestro estudio y en el de Head (2002). Hipotetizamos que tal vez el hecho de que se trate de una población sin trastorno mental pueda influir en que las puntuaciones de la escala BDI sean inferiores a las nuestras, influyendo en la fuerza de dicha relación. En este mismo estudio, Extremera et al. (2006b) consideran que no se espera que las correlaciones de la IE con variables como la depresión sean muy elevadas ya que, según estos autores, ser emocionalmente inteligente no significa no sentir ni expresar los estados emocionales negativos, puesto que esta capacidad es una habilidad adaptativa.

Los otros estudios citados en la tabla 4 (Fernández-Berrocal et al., 2003; Mennin et al., 2005; Dawda y Hart, 2000) han sido realizados con escalas de IE de autoinforme y con el BDI, encontrado también correlaciones negativas, aunque con mucha variabilidad, situadas entre  $r = -0,12$  y  $-0,67$ . En relación a las escalas de autoinforme, Extremera et al. (2006b) también apuntan que se debe tener en cuenta que la IE evaluada con estos instrumentos puede tener algunos problemas de valor predictivo cuando se relaciona con otras medidas autoinformadas como es el caso del BDI, por un problema de sesgo del método de varianza compartida y de semejanza semántica de algunos ítems.

Zeidner et al. (2012) reflexiona sobre la dificultad de determinar el papel causal de la Baja IE en los trastornos afectivos, comentando un estudio (Hansenne y Bianchi, 2009) que hipotetiza que la baja IE podría ser la consecuencia, en vez de la causa, de los síntomas depresivos (esta idea será desarrollada de forma más global al final de la presente hipótesis).

### **BSI – Escala de psicopatología clínica general:**

En la escala **BSI** es en la que más correlaciones significativas encontramos con la escala **MSCEIT** (tabla 26), todas ellas también inversas ( $r =$  entre  $-0,20^*$  y  $-0,42^{**}$ ), indicando relación entre la IE y la psicopatología clínica general (ya que el BSI es una escala que mide el nivel de malestar psicológico general).

Como ya ha sido comentado en la introducción teórica, se desconoce la existencia de estudios que relacionen el MSCEIT y el BSI en población con TCA, a pesar de que Boyd (2006) en su estudio con personas con TCA referido utiliza ambos instrumentos, no valora la correlación entre ellos. Tampoco se han encontrado investigaciones con estos mismos instrumentos en otro tipo de poblaciones. Por este motivo se han buscado estudios que relacionan la IE (medida con escalas de autoinforme) con la escala BSI o su versión extensa original SCL-90 (tabla 5).

Los tres estudios de Lizeretti realizados en población clínica (Lizeretti et al., 2012c; Lizeretti y Rodríguez, 2012b; Lizeretti y Extremera, 2011) con la escala autoaplicada TMMS-24 y el SCL-90, encuentran relaciones significativas entre ambos instrumentos. Aunque la dirección de la relación varía en función de las escalas del TMMS, las correlaciones se encuentran situadas entre  $r = 0,17$  y  $0,49$ , valores muy similares a los encontrados en nuestro estudio.

Los otros estudios citados en la tabla 5 (James et al., 2012; Sousa, 2010; Nelis et al., 2011; Mikolajczak et al., 2006) han sido realizados con el BSI y con otras escalas de autoinforme de IE. Estos estudios, como en el nuestro, encuentran relaciones negativas entre ambas variables, con correlaciones situadas entre  $r = -0,13$  y  $-0,67$ . Como en los puntos anteriores, probablemente la variabilidad de instrumentos para la valoración de la IE provoca diferencias en la fuerza de la relación con el BSI.

**Resumen objetivos 1 y 2:**

En general podemos afirmar que los resultados encontrados en nuestro estudio en los objetivos 1 y 2 de la presente hipótesis 3, son coherentes con la literatura científica revisada que relaciona de forma inversa la IE y la psicopatología clínica. La fuerza de esta relación es entre débil y moderada, ya que como se ha comentado, existen otros factores que influyen en el desarrollo y el mantenimiento de la psicopatología clínica además de la IE.

**Objetivo 3:** analizar la relación entre los grupos de alta IE – Media IE – Baja IE y las escalas de psicopatología clínica (EAT, STAI, BDI, BSI) para el Grupo TCA.

Con la creación de tres nuevos grupos en función de sus rendimientos en el CIE Total del MSCEIT, se evidencia que las personas con **Alta IE** (CIE Total > 110) tienen menores puntuaciones (menos psicopatología clínica) respecto a los grupos de **Media y Baja IE** en todas las escalas de psicopatología clínica valoradas (tabla 27).

El grupo de **Baja IE** presenta diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de Alta IE en **7 escalas** de psicopatología (todas del **BSI**). Según los datos revisados, cabría esperar que el grupo de Baja IE tuviera más escalas con medias significativamente menores respecto a los grupos de Media y Alta IE, pero encontramos más medias estadísticamente diferentes en el grupo de **Media IE**, con 10 escalas: **Ansiedad Rasgo, Escala Depresión y 8 escalas del BSI**. Esta situación es probablemente debida a las diferencias de tamaño de los grupos, quedando la mayor parte de la muestra en el grupo de Media IE (n=54) y tan solo 18 personas en el de Baja IE.

Los grupos de **Baja y Media IE**, tienen puntuaciones mayores (indicando mayor gravedad clínica) respecto al grupo de Alta IE en la escala de Actitudes Alimentarias (EAT-40), pero no presentan diferencias estadísticamente significativas entre ellos, hecho que indica que los diferentes grupos de IE tienen niveles de clínica alimentaria similares (todos superiores al punto de corte >30), independientemente de su nivel de IE.

Tampoco se encuentran diferencias significativas entre los grupos de IE en la escala de Ansiedad Estado, indicando estados de ansiedad similares entre todos los grupos, con puntuaciones entre 28 y 34, indicando percentiles entre 62 y 74 situados por encima de la media aunque moderados, probablemente debido a que muchos de los pacientes toman medicación para la ansiedad.

Estos resultados distribuidos por grupos en función del rendimiento en IE permiten visualizar de forma clara los datos encontrados en la literatura previa revisada, ya comentados en la discusión de los objetivos 1 y 2 de la presente hipótesis.

A modo de resumen de la hipótesis que nos ocupa, se puede observar que todas las correlaciones significativas obtenidas en nuestro estudio son inversas, como se hipotetizaba, con valores entre débiles y moderados. Estos datos indican que, aunque buena parte de la varianza de la presencia y gravedad de la sintomatología en los TCA puede explicarse por otros factores que influyen en su psicopatología clínica, se observa que existe una relación negativa entre la IE y los síntomas clínicos, y que ambas variables tienen una varianza compartida. Lo que indicaría que, junto a otros, la IE es un factor que explica e influye en la psicopatología clínica de los TCA.

En relación a la causalidad de la relación entre IE y la salud y el bienestar, queremos compartir los planteamientos reflejados en el artículo de Zeidner et al. (2012) y también comentados por Fernández-Berrocal y Extremera (2006b), sobre la dificultad para determinar la dirección de esta causalidad ya que, a pesar de los estudios publicados, la dirección de esta relación sigue siendo poco clara. Zeidner et al. (2012) se muestran de acuerdo con las premisas que afirman que la falta de IE sería un factor de vulnerabilidad para tener menos bienestar y más problemas de salud física y mental puesto que, cuando la persona con baja IE se enfrenta a situaciones estresantes o a dificultades de la vida, tendrá menos recursos para poner en práctica estrategias efectivas que le permitan enfrentarse de forma adaptativa a aquella situación. Pero por otro lado sugiere, basándose en un estudio de Wells y Matthews (1994) sobre los procesos de atención en la emoción, que los trastornos emocionales provocan una interferencia en la capacidad de la persona para comprender y manejar este tipo de situaciones estresantes, porque la atención se centra en sus preocupaciones y rumiaciones sobre su mal funcionamiento. Por este motivo Zeidner y su equipo (2012) consideran que “la Baja IE podría ser más bien un síntoma o un efecto, en vez de una causa de los problemas mentales” (Zeidner et al., 2012, Pág. 19). En relación a los TCA, Joos et al. (2009) también refiere que no queda claro si los déficits en el procesamiento emocional que presentan este grupo de pacientes están asociados a su trastorno o bien son consecuencia de la psicopatología

clínica asociada. Estos planteamientos son controvertidos y no demostrados hasta la fecha.

A pesar de las opiniones divergentes, Schutte et al. (2007) refieren en su meta-análisis que si bien no existe evidencia de la causalidad en la relación entre la IE y la salud mental, los resultados obtenidos en los 44 estudios revisados en su publicación, con una asociación promedio encontrada de  $r = -0,29$ , muestran que la mejor percepción, comprensión y manejo emocional que tienen las personas con más IE las haría menos vulnerables a experimentar problemas de salud mental. En otro meta-análisis realizado por Martins et al. (2010) en el que se analizan 105 estudios, se encuentra una media de correlación entre la IE y la salud mental de  $r = -0,36$ , confirmando la relación inversa entre la IE y la psicopatología clínica.

Cabe señalar que en el momento de comparar nuestros resultados hemos tenido dificultades para encontrar estudios que se asemejen al nuestro no solo en cuanto a la población con TCA, sino también en el tipo de instrumentos utilizados, ya que como se ha podido ver, la mayoría de estudios que relacionan la IE con la presencia de trastornos emocionales lo hacen desde el modelo de IE rasgo (modelos mixtos) y utilizan escalas de autoinforme, situación que, como se ha comentado, puede provocar que se encuentren correlaciones más fuertes con la clínica psicopatológica que las que pueden ser encontradas con las escalas de habilidad (Martins et al., 2010; Schutte et al., 2007; Zeidner et al., 2012).

Otra situación a tener en cuenta es, como también se ha podido observar a lo largo de la discusión de esta hipótesis, el hecho de que buena parte de los estudios mencionados que relacionan la IE con la psicopatología clínica, se han realizado en poblaciones no clínicas y, especialmente, con personas muy jóvenes, hechos que influirían en los resultados obtenidos que podrían estar sesgados por la falta de variabilidad en la muestra (Zeidner et al., 2012). La mayor parte de estudios en población no clínica se han realizado con alumnos universitarios, hecho que también homogeniza la muestra en cuanto a habilidades de IE ya que, a priori, todos los participantes han conseguido superar los diferentes retos escolares hasta llegar a los estudios superiores (Pena y Repetto, 2008).

En resumen, desde el punto de vista del modelo de Mayer y Salovey la IE sería un factor de protección de la psicopatología clínica. Existen estudios que encuentran correlaciones positivas entre el MSCEIT y el bienestar psicológico. Otros estudios encuentran una relación negativa entre IE y sintomatología clínica como ansiedad y depresión, indicando que una baja IE podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales.

Con el análisis realizado se encuentran relaciones negativas significativas entre la IE y las escalas de psicopatología clínica (excepto para la clínica alimentaria), confirmando que las personas que tienen puntuaciones más elevadas en IE, tienen también menor psicopatología clínica. La fuerza de la relación encontrada es entre débil y moderada, mostrando unos porcentajes de varianza considerables teniendo en cuenta que existen otros factores que influyen en la aparición y mantenimiento de estos síntomas.

La relación se confirma con la creación de los grupos de Baja-Media-Alta IE, mostrando que las personas del grupo de Alta IE (CIE Total > 110) tienen menores puntuaciones respecto a los grupos de Media y Baja IE en todas las escalas de psicopatología clínica valoradas, con diferencias significativas en ansiedad rasgo, depresión y la mayor parte de escalas del BSI.

Estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura científica revisada en cuanto a la dirección de la relación (negativa), si bien se encuentran diferencias en la fuerza de la relación entre los diferentes estudios revisados, probablemente debido a la variabilidad en cuanto a los instrumentos utilizados y a la menor proporción de estudios realizados con población clínica. Hasta la fecha no se ha podido establecer de forma clara la dirección de la causalidad en la relación entre IE y salud y bienestar.

**Se confirma la hipótesis 3.**



**INVESTIGACIÓN**

**ESTUDIO 2**

**Discusión Hipótesis 4**



### 3.4.2. Estudio 2

#### 3.4.2.4. Discusión Hipótesis 4

**HIPÓTESIS 4: se encuentra mejoría en los resultados de las medidas de IE en el estudio longitudinal de los pacientes evaluados en la primera fase del estudio**

**Objetivo 1:** analizar los resultados en las medidas de IE en las personas retestadas y compararlos con la evaluación previa de 2010.

Según el modelo de IE de Mayer y Salovey, la IE es una capacidad que se desarrolla con la edad y la experiencia (Brackett y Salovey, 2006). Desde este enfoque se considera que las habilidades emocionales medidas con escalas de ejecución se desarrollan con el curso de los años, correlacionando de forma positiva, así las personas de más edad suelen tener mejores puntuaciones en IE que las personas más jóvenes (Extremera et al., 2006a; Mayer et al., 2004).

En el estudio longitudinal que hemos realizado con las pacientes con TCA que pasaron la primera evaluación en el año 2010 (Badia, 2010), encontramos pequeñas oscilaciones sin significación estadística en sus resultados del MSCEIT entre el 2010 y el 2013 (tabla 28), indicando que el rendimiento en IE no ha sufrido cambios estadísticamente significativos ni mejorando su rendimiento, situación que esperábamos en la presente hipótesis, ni tampoco empeorando.

A pesar de que, como se ha comentado, se esperaba encontrar mejoría en las habilidades emocionales de las personas retestadas, esta ausencia de mejoría podría ser explicada por dos motivos. Por un lado, por el poco tiempo transcurrido entre ambas evaluaciones (3 años) y, por otro, que durante el seguimiento psicoterapéutico realizado no se ha llevado a la práctica ningún programa específico para el desarrollo de la IE.

De todos modos, Castro et al. (2010) considera que las dificultades emocionales que presentan estos pacientes podrían actuar por un lado como factores de vulnerabilidad para el TCA y, a su vez, como factores de mantenimiento. Castro et al. (2010) citan algunos estudios que encuentran que estas dificultades pueden persistir aun cuando la persona se ha recuperado del TCA, como en el estudio de Iancu, Cohen, Yehuda y Kotler (2006) que observan como, tras el tratamiento aplicado a personas con TCA, disminuían las puntuaciones en los tests que valoraban los síntomas alimentarios (EAT y EDI - Eating Disorders Inventory), pero se mantenían los niveles de alexitimia que existían previamente (TAS-20). Behar (2010) también considera que la alexitimia podría ser un rasgo que no sería influido por la mejoría de la clínica, a no ser que el tratamiento psicológico fuera orientado hacia esta falta de habilidades emocionales.

En relación a esto, aunque no relacionado con la población con TCA, algunos autores defienden la necesidad de la aplicación de programas específicos para el desarrollo de la IE para abordar las dificultades emocionales (Cabello et al., 2010; Gardner y Qualter, 2009; Kun y Demetrovics, 2010; Lizeretti 2012a; Nelis et al., 2009; Oberst y Lizeretti, 2004; Pena y Repetto, 2008; Zeidner et al., 2012) como un factor protector frente al desarrollo y mantenimiento de trastornos psicológicos.

Teniendo en cuenta la literatura científica revisada, hipotetizamos que la aplicación de programas específicos para la mejora de las habilidades emocionales de las personas con TCA, repercutirá de forma positiva en su evolución clínica, reduciéndose la gravedad de los síntomas alimentarios y facilitando la recuperación del trastorno. Hasta el momento se desconoce la existencia de programas específicos para el desarrollo de la IE desde el modelo de Mayer y Salovey en población con TCA, pero en un estudio piloto no publicado (López-Muñoz, 2014) en el que se ha aplicado durante 10 sesiones la Terapia basada en Inteligencia Emocional (Lizeretti, 2012a) en un pequeño grupo de pacientes con TCA, se observa una notable mejoría tanto en los síntomas clínicos como en las variables emocionales.

**Objetivo 2:** comparar los resultados en IE controlando entre las personas que han realizado seguimiento entre el 2010 y el 2013, y las que no han mantenido el seguimiento

No se encuentran diferencias en las habilidades emocionales en las personas evaluadas en función de si han seguido tratamiento psicoterapéutico entre el 2010 y el 2013. Tal como se ha comentado, la falta de un programa específico para el desarrollo de la IE aplicado a las personas que han mantenido el seguimiento desde la Unidad Funcional de TCA, podría explicar estos resultados.

**Objetivo 3:** analizar los resultados en las medidas de psicopatología clínica en las personas retestadas y compararlos con la evaluación previa de 2010

Tal como se puede observar en la tabla 30, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la **Escala de Actitudes Alimentarias EAT-40** del año 2013 respecto al 2010. El EAT-40 es un instrumento sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. La diferencia encontrada indica que las personas retestadas han reducido de forma significativa su puntuación en dicha escala (casi 10 puntos), mostrando que actualmente presentan menor gravedad de la clínica alimentaria. Estos resultados podrían explicarse por el seguimiento realizado a lo largo de estos años, enfocado al abordaje del su trastorno alimentario.

En el resto de escalas (**STAI ansiedad y BDI depresión**) no se encuentran diferencias (tabla 30), indicando que estas pacientes tienen niveles similares de clínica ansiosa y depresiva en ambas evaluaciones. Estos resultados son esperables porque las comorbilidades con ansiedad y depresión son muy frecuentes en este trastorno, tal como se ha descrito en la justificación teórica (Bulik, 2002; Casper, 1998; Fairburn y Harrison, 2003; Fox y Power 2009c; Godart et al., 2002 y 2007; Guía de Práctica Clínica TCA, 2009; Heatherton y Baumeister, 1991; Polivy y Herman, 2002; Swinbourne y Touyz, 2007; Wagner et al., 2006; Woodside y Staab, 2006).

Existe cierto debate en la comunidad científica sobre si la clínica ansiosa y depresiva preceden al TCA o si se trata de un síntoma propio de estos trastornos (Godart et al., 2002 y 2007; Holtkamp et al., 2005).

En relación a la **ansiedad**, algunos autores consideran que esta tiende a preceder al TCA (Swinbourne y Touyz, 2007), siendo contemplada como un factor de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno (Bulik, 2002; Fairburn y Harrison, 2003; Polivy y Herman, 2002). En esta misma línea, otros autores consideran que en las personas con TCA los síntomas de ansiedad son un rasgo permanente (Pascual et al., 2011b), encontrando en algunos estudios (como el de Holtkamp et al., 2005 en pacientes con AN, o en la revisión de Wagner et al., 2006) que estos síntomas se mantienen a pesar de que la persona se haya recuperado del trastorno alimentario. Esta podría ser una

explicación del mantenimiento de los síntomas de ansiedad en las pacientes que han participado en nuestro estudio longitudinal.

En relación a la **clínica depresiva**, en nuestro estudio longitudinal no se encuentran cambios entre ambas evaluaciones en las puntuaciones en la escala de depresión. A pesar de que en algunas personas con TCA la sintomatología depresiva ha aparecido cuando se ha iniciado el trastorno (Polivy y Herman, 2002), en un meta-análisis realizado por Stice (2002) se concluye que la literatura científica revisada indica que el afecto negativo se puede considerar tanto un factor de riesgo para el desarrollo de la clínica alimentaria, como un factor de mantenimiento para las personas que realizan atracones. Godart et al. (2007) también realizan una revisión de la literatura científica que relaciona el TCA con los trastornos del estado de ánimo, concluyendo que, a pesar de que los trastornos del estado de ánimo se encuentran de forma comórbida en los TCA, en la mayoría de los estudios revisados dichos trastornos han precedido la aparición del TCA (entre el 25% al 71% de los casos, en función del estudio y el subtipo TCA). Otros autores comparten esta opinión, como Bulik (2002), Wagner et al. (2006) o Holtkamp et al. (2005) que, además, consideran que los síntomas depresivos pueden persistir a pesar de que el TCA haya remitido. Estos datos podrían explicar los resultados encontrados en nuestro estudio, mostrando una tendencia a que los niveles de clínica depresiva se mantengan a pesar de la mejoría de la clínica alimentaria.

En resumen, en relación al estudio longitudinal en el que se han retestado a 23 pacientes con TCA que fueron previamente evaluadas en el año 2010:

La falta de diferencias significativas en las habilidades de IE (MSCEIT) entre la evaluación del año 2010 y la del 2013 podrían ser debidas: bien al poco tiempo transcurrido entre ambas evaluaciones (3 años), o bien al hecho de que durante el seguimiento psicoterapéutico realizado no se ha llevado a la práctica ningún programa específico para el desarrollo de la IE. El hecho de no haber aplicado este programa, podría también explicar la falta de diferencias en las habilidades emocionales en las personas evaluadas en función de si han seguido tratamiento psicoterapéutico entre el 2010 y el 2013.

Algunos autores encuentran que las dificultades en las competencias emocionales pueden persistir aun cuando la persona se ha recuperado del TCA.

Los resultados de la literatura científica publicada sugieren que la implantación de programas específicos para el desarrollo de la IE podría repercutir de forma positiva en la evolución clínica de los pacientes con TCA, reduciendo la gravedad de los síntomas alimentarios y facilitando la recuperación del trastorno.

**No se confirma la hipótesis 4.**

Las diferencias significativas encontradas en la clínica alimentaria entre ambas evaluaciones indica la disminución de los síntomas y actitudes alimentarias de riesgo. El seguimiento enfocado al abordaje del su trastorno alimentario realizado durante estos años podría explicar este resultado.

La falta de diferencias en el STAI-ansiedad y el BDI-depresión entre ambas evaluaciones indica que sus niveles en la clínica ansiosa y depresiva son similares a los que tenían en el año 2010. La importante comorbilidad con ansiedad y depresión que presentan las personas con TCA podría explicar estos resultados. A su vez, algunos autores consideran que estos síntomas podrían persistir a pesar de que el TCA haya remitido, ya que la clínica ansiosa y depresiva precedería al trastorno.

## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 1**

#### **Conclusiones**



### 3.5. Conclusiones

#### 3.5.1. Estudio 1

1. Los pacientes con TCA obtienen un rendimiento en IE situado en el rango de competencia según los baremos del instrumento, al contrario de lo esperado por la literatura científica revisada. Sin embargo, se observa una tendencia hacia un determinado perfil emocional con un peor rendimiento en la rama Comprensión Emocional. Las características de la muestra con TCA, o bien una ejecución que simula mejor rendimiento teórico que real, podrían explicar estos resultados.
2. Se observan perfiles emocionales diferenciados para cada subtipo TCA, siendo los de TA y BN quienes obtienen las puntuaciones más bajas en IE, aunque las diferencias encontradas en el rendimiento emocional entre los subtipos TCA no son estadísticamente significativas.
3. El grupo Control obtiene un rendimiento en IE también situado en el rango de competencia según los baremos del instrumento.
4. Los pacientes con TCA presentan menos IE que los controles en la puntuación Total del MSCEIT y en las ramas Comprensión y Manejo Emocional del área estratégica. Los déficits del grupo TCA respecto al grupo Control muestran un perfil emocional similar al encontrado en otros estudios realizados con el MSCEIT en otras poblaciones clínicas con características similares al TCA.
5. En todas las comparaciones entre los subtipos TCA y el grupo Control, los grupos de pacientes son los que obtienen peor rendimiento. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto al control en los subtipos AN, BN y TA:
  - a) AN: en el área Estratégica, la rama Comprensión y las tareas Cambios y Combinaciones
  - b) BN: en el CIE Total, el área Estratégica, la rama Comprensión Emocional y la tarea Cambios

- c) TA: en el CIE Total, el área Estratégica, las ramas Comprensión y Manejo Emocional y las tareas Cambios, Combinaciones, Manejo y Relaciones
6. En el grupo TCA la presencia y gravedad de los síntomas clínicos están relacionados de forma inversa con el nivel de IE: a menor IE, mayor psicopatología clínica ansiosa, depresiva y malestar emocional general. La dirección de la relación y la fuerza de ésta son coherentes con la literatura científica revisada. Por el contrario, no se encuentra relación entre la IE y las actitudes alimentarias de riesgo.
  7. La relación encontrada entre IE y psicopatología clínica en el grupo Control se da en la misma dirección que la del grupo Clínico, pero la fuerza de la relación es más débil, probablemente porque existe menor gravedad psicopatológica.
  8. En los pacientes con TCA se encuentran diferencias entre grupos en función de su nivel de IE y la presencia y gravedad de los síntomas clínicos. En todas las escalas de psicopatología clínica exploradas, el grupo con Alta IE tiene menor gravedad en la sintomatología clínica que los grupos con Baja y Media IE, tal como se esperaba a tenor de la literatura revisada que entiende la IE como un factor de protección ante el malestar psicológico y los trastornos mentales.

## **INVESTIGACIÓN**

### **ESTUDIO 2**

#### **Conclusiones**



### 3.5.2. Estudio 2:

1. No se encuentran diferencias en las habilidades de IE en los pacientes con TCA que han participado en el estudio longitudinal (2010-2013). Estos resultados pueden ser debidos, por un lado, a que durante el seguimiento psicoterapéutico realizado no se ha aplicado ningún programa específico para el desarrollo de la IE; por otro, tal como indican algunos autores, el déficit en las competencias emocionales puede persistir aun cuando la persona se haya recuperado del TCA.
2. No se encuentran diferencias en las habilidades emocionales de las personas evaluadas en función de si han seguido tratamiento psicoterapéutico entre el 2010 y el 2013.
3. Se encuentra una disminución de la gravedad de los síntomas alimentarios entre la evaluación del año 2010 y la del 2013. El tratamiento específico para el TCA que han seguido estas pacientes podría explicar estos resultados.
4. No se encuentran diferencias en los síntomas ansiosos y depresivos entre ambas evaluaciones. Algunos autores consideran que estos síntomas podrían persistir a pesar de que el TCA haya remitido, ya que consideran que la clínica ansiosa y depresiva precedería al trastorno.



## **INVESTIGACIÓN**

### **Limitaciones del estudio**



### 3.6. Limitaciones del estudio

En este estudio se encuentran algunas limitaciones:

- A pesar de que previamente a la recogida de datos se realizó un cálculo de la N muestral para determinar el número de pacientes necesarios para la realización del estudio, al dividir el grupo Clínico entre los subtipos TCA ha disminuido la n de los grupos. El hecho de no encontrar diferencias entre subtipos TCA podría ser un error de tipo II (no encontrándose diferencias porque la n es pequeña), situación que podría ser subsanada con el aumento de los pacientes en los subtipos TCA.
- Las pruebas de habilidad como el MSCEIT nos muestran si la persona tiene desarrolladas las habilidades emocionales valoradas, pero no si las pone en práctica en su vida diaria. Las pruebas de autoinforme (como por ejemplo el TMMS) pueden complementar el MSCEIT y aportar más información sobre la IE de las personas evaluadas. En esta línea algunos autores recomiendan la administración conjunta de ambos instrumentos ya que aportan información complementaria (Mayer et al., 2000a; Pena y Repetto, 2008, Lizeretti y Rodríguez, 2012b).
- Desde nuestro conocimiento en la literatura científica solo existe un estudio en el que se haya valorado la IE con el MSCEIT en una muestra de personas con TCA (AN) (Hambrook et al., 2012), hecho que dificulta la comparación de los resultados obtenidos. Sin embargo, esta misma limitación hace que nuestro estudio pueda tener más interés científico y terapéutico ya que ha sido realizado en una muestra de pacientes con todos los subtipos TCA.
- Es posible que algunas variables que no se han controlado puedan haber influido en los resultados, como el hecho de no haber emparejado el grupo TCA con el grupo Control por el nivel de CI cognitivo. A pesar de que en los baremos del instrumento no se tiene en cuenta esta variable, se considera que el MSCEIT requiere la comprensión y ejecución de ejercicios emocionales y correlaciona de forma positiva con la inteligencia verbal.



## **INVESTIGACIÓN**

### **Proyectos de futuro**



### 3.7. Proyectos de futuro

- Ampliar los casos de los subtipos TCA para observar de forma fiable las diferencias entre grupos
- Ampliar la batería de pruebas con una escala de autoinforme (TMMS-24) para complementar la valoración de las habilidades de IE y comprobar si las personas con TCA que han obtenido un buen resultado en el MSCEIT ponen en práctica estas habilidades en su vida diaria (TMMS).
- Dados los resultados encontrados que muestran que las personas con TCA obtienen un rendimiento en IE dentro del rango de competencia, se plantea como proyecto de futuro validar el instrumento en población clínica con TCA.
- Implementar una intervención orientada al desarrollo de la IE en pacientes con TCA.



#### **4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



#### 4. Referencias bibliográficas

- Alpers, G. W. & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 2(4), 339-352
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-IV, texto revisado*. Barcelona: Ed. Masson
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Médica Panamericana
- Austin, E. J. (2010). Measurement of ability emotional intelligence: Results for two new tests. *British Journal of Psychology*, 101(3), 563-578
- Badia, G. (2010). *Valoración de la Inteligencia Emocional en una muestra de pacientes en seguimiento en una Unidad Funcional de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Manuscrito inédito (trabajo de investigación para el DEA en Recerca Clínica en Medicina), Departament de Medicina, Universitat de Lleida, España
- Bamford, B.H. & Mountford, V.A. (2012). Cognitive behavioural Therapy for individuals with longstanding anorexia nervosa: adaptations, clinician survival and system issues. *European Eating Disorders Review*, 20(1): 49-59
- Bar-On, R. (1997). *EQ-i Baron Emotional Quotient Inventory: A Measure of Emotional Intelligence: Technical Manual*. Toronto: Multi-Health Systems
- Bastian, V. A., Burns, N. R. & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and individual differences*, 39(6), 1135-1145
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6): 561-71
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 90-101.
- Boyd, C. (2006). *Coping and Emotional Intelligence in Women with a History of Eating Disordered Behavior*. McNair Scholars Journal: Vol. 10: Iss. 1, Article 2.  
Recuperado de <http://scholarworks.gvsu.edu/mcnair/vol10/iss1/2>

- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and social psychology bulletin*, 29(9), 1147-1158
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 88-103.
- Brackett, M.A. & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18(suplemento), 34-41
- Brody, N. (2004). What cognitive intelligence is and what emotional intelligence is not. *Psychological Inquiry*, 15(3), 234-238.
- Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression, and eating disorders. En Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. (Eds), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2(1), 193-198. New York, NY: The Guilford Press. Recuperado de: [http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mM7SAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA193&dq=Bulik,+C.+M.+%282002%29.+Anxiety,+depression&ots=Gy4fvLuary\\_&sig=FTHn9p7JcEaDY54nF9r-TdD6Xgo#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mM7SAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA193&dq=Bulik,+C.+M.+%282002%29.+Anxiety,+depression&ots=Gy4fvLuary_&sig=FTHn9p7JcEaDY54nF9r-TdD6Xgo#v=onepage&q&f=false)
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C Chambry, J. & Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Cabello, R., Ruiz-Aranda, D. & Fernández-Berrocal, P. (2010). Docentes emocionalmente inteligentes. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 13(1), 41-49
- Caruso, D. R., Mayer, J. D. & Salovey, P. Informe interpretativo del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey\_Caruso MSCEIT. *TEA Ediciones Documento online* (19/12/2011). Recuperado de: [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Informe\\_MSC.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Informe_MSC.pdf)
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and anxiety*, 8(S1), 96-104
- Cassin, S. E. & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895-916.

- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-189
- Castro, L., Davies, H., Hale, L., Surguladze, S. & Tchanturia, K. (2010). Facial affect recognition in anorexia nervosa: is obsessiveness a missing piece of the puzzle? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1118-1125
- Ciarrochi, J., Deane, F. P. & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences*, 32(2), 197-209
- Conde, C. & Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263-266
- Costa Jr, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Neo personality inventory–revised (neo-pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi) professional manual. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*.
- Costarelli, V., Demerzi, M. & Stamou, D. (2009a). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of human nutrition and dietetics*, 22(3), 239-245
- Costarelli, V., & Stamou, D. (2009b). Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 7(2), 104-111
- Cote, S. & Miners, C. T. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence, and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51(1), 1-28.
- Daus, C. S. & Ashkanasy, N. M. (2003). Will the real emotional intelligence please stand up. *On deconstructing the emotional intelligence “debate.” The Industrial–Organizational Psychologist*, 41(2), 69-72
- Dawda, D. & Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 797-812
- Dawson, S., Kettler, L., Burton, C. & Galletly, C. (2012). Do people with schizophrenia lack emotional intelligence? *Schizophrenia research and treatment*, vol. 2012

- Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. (2006). *Publicacions de la Generalitat de Catalunya*, Barcelona
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605.
- Díaz, J. & Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastorno del comportamiento alimentario. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Vol. 5, nº 10
- Eack, S. M., Greeno, C. G., Pogue-Geile, M. F., Newhill, C. E., Hogarty, G. E. & Keshavan, M. S. (2010). Assessing social-cognitive deficits in schizophrenia with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. *Schizophrenia bulletin*, 36(2), 370-380
- Eack, S. M., Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S. & Keshavan, M. S. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects. *Schizophrenia research*, 89(1), 308-311
- Eack, S. M., Pogue-Geile, M. F., Greeno, C. G. & Keshavan, M. S. (2009). Evidence of factorial variance of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test across schizophrenia and normative samples. *Schizophrenia research*, 114(1), 105-109
- Ermer, E., Kahn, R. E., Salovey, P. & Kiehl, K. A. (2012). Emotional intelligence in incarcerated men with psychopathic traits. *Journal of personality and social psychology*, 103(1), 194-204
- Espina, E. A., Ortega, S. C. M. A., Ochoa, A. M. I. & Aleman, A. (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(117), 25-42
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2002). *Adaptación al castellano del Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test (MSCEIT)*. User's manual. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1-12.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004a). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.

- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004b). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2). Recuperado de:  
<http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Test de Inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso MSCEIT*. TEA Ediciones
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. & Cabello, R. (2006b). Inteligencia Emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*. 12(2-3), 191-205
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Salovey, P. (2006a). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: reliabilities, age and gender differences. *Psicothema*, 18(Suplemento), 42-48
- Fairburn, C.G. & Harrisson, P.J. 2003. *Eating disorders*. Lancet. 361: 407-416
- Fan, H., Jackson, T., Yang, X., Tang, W. & Zhang, J. (2010). The factor structure of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test V. 2.0 (MSCEIT): A meta-analytic structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 48(7), 781-785
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. & Pizarro, D. (2006b). The Role of Emotional Intelligence in Anxiety and Depression Among Adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1)
- Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R. & Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: the mediating effect of age. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 77-89
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63-93 Recuperado en:  
[http://ww.w.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/revistas/120914511210.pdf#page=63](http://ww.w.aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/120914511210.pdf#page=63)
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006a). Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18(1), 7-12
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006c). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema*, 18(Suplemento), 72-78.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en psicología social*, 1(5), 251-254
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755
- Fernández-Berrocal, P. & Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 247-260
- Filaire, E., Larue, J. & Rouveix, M. (2011). Eating behaviours in relation to emotional intelligence. *International journal of sports medicine*, 32(04), 309-315
- Fiori, M. & Antonakis, J. (2011). The ability model of emotional intelligence: Searching for valid measures. *Personality and Individual Differences*, 50(3), 329-334
- Forbush, K. & Watson, D. (2006). Emotional inhibition and personality traits: A comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(2), 115-121
- Fox, J. R. (2009a). Eating disorders and emotions. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 237-239
- Fox, J. R. & Fromm, K. (2009b). Eating disorders: a basic emotion perspective. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 328-335
- Fox, J. R. & Power, M. J. (2009c). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267
- Gardner, H. 1983. *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic Books
- Gardner, K. & Qualter, P. (2009). Emotional intelligence and borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 47, 94-98.
- Gardner, K. J. & Qualter, P. (2010b). Concurrent and incremental validity of three trait emotional intelligence measures. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 5-13
- Gardner, K. J., Qualter, P. & Tremblay, R. (2010a). Emotional functioning of individuals with borderline personality traits in a nonclinical population. *Psychiatry research*, 176(2), 208-212
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(02), 273-279

- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. & Jeczmién, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?. *Depression and anxiety*, 23(6), 331-339
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F. & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253-270.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P. & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of affective disorders*, 97(1), 37-49.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European eating disorders review*, 16(2), 94-99.
- Gohm, C. L. (2004). Moving forward with emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15(3), 222-227
- Goleman, D. 1995. *Emotional intelligence*. New York: Bantam (en castellano: Kairós 1.996)
- Guía de práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. (2009). Coord. Turón, V. Estrada, M.D. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España
- Gur, R. C., Gunning-Dixon, F., Bilker, W. B. & Gur, R. E. (2002). Sex differences in temporo-limbic and frontal brain volumes of healthy adults. *Cerebral cortex*, 12(9), 998-1003
- Hambrook, D., Brown, G. & Tchanturia, K. (2012). Emotional intelligence in anorexia nervosa: Is anxiety a missing piece of the puzzle?. *Psychiatry research*, 200(1), 12-19
- Hambrook, D., Oldershaw, A., Rimes, K., Schmidt, U., Tchanturia, K., Treasure, J., Richards, S. & Chalder, T. (2011). Emotional expression, self-silencing, and distress tolerance in anorexia nervosa and chronic fatigue syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 310-325.
- Hansenne, M. & Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry research*, 166(1), 63-68.

- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348-356
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*, 40(11), 1887-1897
- Hartmann, A., Zeeck, A. & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *International journal of eating disorders*, 43(7), 619-627
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86-108
- Hertel, J., Schütz, A. & Lammers, C. H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 942-954
- Herzog, D.B., Franko, D.L., Dorer, D.J., Keel, P.K., Jackson, S. & Manzo, M.P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 39(5), 364-368.
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J. & Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse, review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34.
- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, 14(2), 106-110
- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y. B. & Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive psychiatry*, 47(3), 189-193
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, D. S., Pine, D. S. & Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1487-1495
- James, C., Bore, M. & Zito, S. (2012). Emotional intelligence and personality as predictors of psychological well-being. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30(4), 425-438

- Joos, A. A., Cabrillac, E., Hartmann, A., Wirsching, M. & Zeeck, A. (2009). Emotional perception in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 318-325
- Kee, K. S., Horan, W. P., Salovey, P., Kern, R. S., Sergi, M. J., Fiske, A. P., Lee, J., Subotnik, K. L., Nuechterlein, K., Sugar, C. A. & Green, M.F. (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 107(1), 61-68
- Keel, P. K. & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204
- Kenyon, M., Samarawickrema, N., DeJong, H., Van den Eynde, F., Startup, H., Lavender, A., Goodman-Smith, E. & Schmidt, U. (2012). Theory of mind in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 377-384
- Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H. C. & von Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 245-251
- Kotsou, I., Nelis, D., Grégoire, J. & Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity: Conditions and effects of improving emotional competence in adulthood. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 827-839
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M. & Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 42-47.
- Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance use & misuse*, 45(7-8), 1131-1160
- Lane, R. D. & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*, 44(2), 133-143
- Lin, Y. C., Wynn, J. K., Helleman, G. & Green, M. F. (2012). Factor structure of emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 139(1), 78-81
- Lizeretti, N. P. (2009). *Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Diseño y Evaluación de una Intervención Grupal basada en la Inteligencia Emocional* (Tesis doctoral). Departamento de Psicología de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona

- Lizeretti, N. P. (2012a) *Terapia basada en la inteligencia emocional. Manual de tratamiento*. Lleida: Ed. Milenio
- Lizeretti, N. P. & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric quarterly*, 82(3), 253-260
- Lizeretti, N. P., Extremera, N. & Rodríguez, A. (2012c). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 407-418
- Lizeretti, N.P. & Gimeno\_Bayón, A. (2014). Inteligencia Emocional y Valores Éticos. *Revista de psicoterapia*, 25 (97), 79-104.
- Lizeretti, N. P., Oberst, U. E., Chamarro, A. & Farriols, N. (2006). Evaluación de la inteligencia emocional en pacientes con psicopatología: Resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 355-364
- Lizeretti, N. P. & Rodríguez, A. (2011). La Inteligencia Emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 233-253.
- Lizeretti, N. P. & Rodríguez, A. (2012b). Inteligencia emocional percibida en pacientes con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 18 (1), 43-53
- Lizeretti, N.P., Vázquez, M. & Gimeno-Bayón, A. (en revisión). Emotional Intelligence and personality in anxiety disorders
- Lopes, P. N., Nezlek, J. B., Extremera, N., Hertel, J., Fernández-Berrocal, P., Schütz, A. & Salovey, P. (2011). Emotion regulation and the quality of social interaction: does the ability to evaluate emotional situations and identify effective responses matter? *Journal of personality*, 79(2), 429-467
- López-Muñoz, T. (2014). *Alexitímia, Intel·ligència Emocional i Anorèxia Nerviosa: una intervenció grupal*. Estudio piloto no publicado. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Lumley, M. A., Gustavson, B. J., Partridge, R. T. & Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), 329-342
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11

- Markey, M. A. & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 458-464
- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564
- Matthews, G., Roberts, R. D. & Zeidner, M. (2004). Seven myths about emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15(3), 179-196
- Maul, A. (2012). The validity of the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) as a measure of emotional intelligence. *Emotion Review*, 4(4), 394-402
- Mayer, J. D., Roberts, R. D. & Barsade, S. G. (2008a). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence?. In Salovey, P. & Sluyter, D. J. (Eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence*. New York: Basic Books
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000a). Models of Emotional Intelligence. En Sternberg, R. J. (Ed.). (2000). *Handbook of intelligence*. Cambridge UK: University Press
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000b). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet, V.1.1. Research version*. Toronto, Ontario, Canada: MHS Publishers
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso D.R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT v2.0): User's manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems, Inc
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional Intelligence: theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2008b). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242

- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97-105
- Medina-Pradas, C., Blas, J., Alvarez-Moya, E. M., Grau, A. & Obiols, A. (2012). Emotional theory of mind in eating disorders. *International journal of clinical and health psychology*, 12(2), 189-202
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310
- Mestre, J. M., Guil, R., Lopes, P. N., Salovey, P., & Gil-Olarte, P. (2006). Emotional intelligence and social and academic adaptation to school. *Psicothema*, 18(Suplemento), 112-117.
- Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C. & Roy, E. (2007). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a French-speaking population. *Journal of personality assessment*, 88(3), 338-353
- Mikolajczak, M., Luminet, O. & Menil, C. (2006). Predicting resistance to stress: Incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema*, 18(Suplemento), 79-88
- Mintz, L. B. & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV-TR eating disorder criteria. *Journal of personality assessment*, 74(3), 489-503
- Moral de la Rubia, J. (2006). *Predicción del rendimiento académico universitario. Psicología y ciencia social*, 8(2), 43-61
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: The emotion regulation profile-revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*, 51(1), 49-91
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M. & Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47(1), 36-41
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T. & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1, 21

- O'Connor, R. M. & Little, I. S. (2003). Revisiting the predictive validity of emotional intelligence: Self-report versus ability-based measures. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1893-1902
- Oberst, U., & Chamorro, A. (2004). Modelos teóricos en inteligencia emocional y su medida. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport*, 14, 209-217
- Oberst, U. & Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 60(4), 5-22
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J. & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 970-988
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J. & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 73-79
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Callejas, A. & Lupiáñez, J. (2010). Attention and anxiety different attentional functioning under state and trait anxiety. *Psychological Science*, 21(2), 298-304
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R. & Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional intelligence test version 2.0. *Intelligence*, 33(3), 285-305
- Parker, J. D., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 107-115
- Pascual, A., Etxebarria, I. & Cruz, M. S. (2011a). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(1), 1-11
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz M. S. y Echeburúa, E. (2011b). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247
- Pena, M. & Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre inteligencia emocional en el ámbito educativo. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(15), 400-420

- Perna, G., Menotti, R., Borriello, G., Cavedini, P., Bellodi, L. & Caldirola, D. (2010). Emotional intelligence in panic disorder. *Rivista di psichiatria*, 45(5), 320-325
- Pereda, N., Forns, M. & Peró, M. (2007). Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish college students. *Psicothema*, 19(4).
- Petrides, K. V. (2009). *Technical manual for the trait emotional intelligence questionnaires (TEIQue)*. London: London Psychometric Laboratory
- Petrides, K. V. (2011). Ability and trait emotional intelligence. En Chamorro-Premuzic, T., Von Stumm, S. & Furnham, A. (Eds.). (2011). *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences*, 656-678. UK: Blackwell Publishing Ltd
- Pettit, M. L., Jacobs, S. C., Page, K. S. & Porras, C. V. (2010). An assessment of perceived emotional intelligence and eating attitudes among college students. *American Journal of Health Education*, 41(1), 46-52
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J. P. & Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201
- Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213
- Quoidbach, J., Nelis, D., Mikolajczak, M. & Hansenne, M. (2007). *Development and validation of a typical performance Emotional Regulation Profile (ERP-Q)*. Paper presented at the annual meeting of the Belgian Association for Psychological Science, Louvain-la-Neuve, Belgium.
- Roberts, R. D., Schulze, R., O'Brien, K., MacCann, C., Reid, J. & Maul, A. (2006). Exploring the validity of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) with established emotions measures. *Emotion*, 6(4), 663-669
- Roberts, R.D., Zeider, M. & Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion*, 1(3), 196-231
- Rode, J. C., Mooney, C. H., Arthaud-Day, M. L., Near, J. P., Rubin, R. S., Baldwin, T. T. & Bommer, W. H. (2008). An examination of the structural, discriminant, nomological and incremental predictive validity of the MSCEIT© V2. 0. *Intelligence*, 36(4), 350-366

- Rosete, D. & Ciarrochi, J. (2005). Emotional intelligence and its relationship to workplace performance outcomes of leadership effectiveness. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(5), 388-399
- Ruipérez, M., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M. & Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI: Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 241-250
- Sagardoy, R. C., Morales, L. G. & de Lorenzo, A. G. (2012). Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 763-770
- Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Soledad Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A. & Morales, L. T. G. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. Adolescentes: Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19-37
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En Pennebaker, J. V. (Ed.). (1995). *Emotion, disclosure and health*, 125-154. Washington DC: American Psychological Association
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 54-58
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25(2), 167-177
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J. & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion*, 16(6), 769-785
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933

- Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S. & Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277-286
- Sousa, M. (2012). Teoria da Mente, Inteligência Emocional e Psicopatologia. *Revista electrónica de psicología, educación e saúde*, 2(1), 55-76
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 63(4), 365-371
- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human abilities*. New York: Cambridge University Press
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825-848
- Swinbourne, J. M. & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274
- Taylor, G.J. (2001). Low emotional intelligence and mental illness. En Ciarrochi, J.; Forgan, F. & Mayer, J. (2001). *Emotional intelligence in everyday. A scientific inquiry*, 67-81. New York, NY, US: Psychology press
- Taylor, G. J., Ryan, D. & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191-199.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's magazine*, 140, 227-235
- Thorndike, R. L. & Stein, S. (1937). An evaluation of the attempts to measure social intelligence. *Psychological Bulletin*, 34(5), 275
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel
- Troop, N. A., Schmidt, U. H. & Treasure, J. L. (1995). Feelings and fantasy in eating disorders: a factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 151-157
- Tsaousis, I. & Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, 21(2), 77-86

- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Henry, S. D., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C. & Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284
- Waller, G., Kennerley, H. & Ohanian, V. (2007). Schema focused cognitive-behaviour therapy with eating disorders. En Riso, L.P., du Poit, P.T. y Young, J.E. (Eds), *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist-practitioner guide*, 139–175. New York: American Psychiatric Association.
- Wechsler, D. (1999). *WAIS-III (1981). Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-III*. Madrid: TEA
- Wells, A. & Matthews, G. (Eds.). (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Psychology Press.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162-169
- Wojtalik, J. A., Eack, S. M. & Keshavan, M. S. (2013). Structural neurobiological correlates of Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test performance in early course schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 40, 207-212
- Wong, W. C. & Law, K. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly*, 133, 243-274
- Woodside, B. D. & Staab, R. (2006). Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS drugs*, 20(8), 655-663
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A. & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. D. (2012). The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1-30

Zonnevijlle-Bendek, M. J. S., Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Van Elburg, A. & Van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning?. *European child & adolescent psychiatry*, *11*(1), 38-42.

## **5. ANEXOS**



## **5. Anexos**

### **5.1. ANEXO 1. Hoja de información al paciente y consentimiento informado**



## **HOJA DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES**

**Título de estudio:** Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

**Investigador principal:** Georgina Badia

**Centro:** Hospital de Sta. Maria –GSS / Universitat de Lleida

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

Los cuestionarios psicológicos que se le van a administrar a continuación forman parte de un estudio que se está realizando en el Hospital de Sta. Maria de Lleida en colaboración con la UdL titulado: *Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. El objetivo del estudio es realizar una valoración de diferentes variables psicológicas y psicopatológicas en personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria y compararlo con personas sin trastorno alimentario. De esta forma podremos obtener información útil en el futuro, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La participación en el estudio implica que rellene los cuestionarios psicológicos que vienen a continuación y que le realicemos un control de talla y peso del momento actual.

Le pedimos autorización para guardar, analizar y valorar los resultados obtenidos. También le pedimos autorización para la obtención de datos de su historia clínica personal, así como para utilizar los resultados obtenidos en diferentes cuestionarios que haya realizado previamente en el curso de su seguimiento psicoterapéutico.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, por la que los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad de las personas que participen y a que el análisis de los datos será realizado de forma anónima. Los datos recogidos serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Le informamos que la participación es voluntaria y que puede elegir libremente no participar sin que ello repercuta en su atención y tratamiento desde este Hospital.

Si accede a participar, le solicitamos que firme la hoja de consentimiento adjunta y responda el cuestionario que aparece a continuación.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES**

**Título de estudio:** Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

**Investigador principal:** Georgina Badia

**Centro:** Hospital de Sta. Maria –GSS / Universitat de Lleida

Yo, .....

participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído y entendido la hoja informativa sobre el estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido la suficiente información
- Sé que la información obtenida es confidencial
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Sé que el hecho de no aceptar no repercutirá en mi atención médica
- He hablado con el profesional (nombre del profesional).....

Consiento en la recogida de los datos de la historia, de los resultados de los cuestionarios y los test para el estudio.

Lleida, a..... de..... de.....

Firma de la persona que  
participa en el estudio:

Firma del facultativo  
encargado del estudio:

## **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PACIENTES**

A firmar solo en el caso que la persona participante, en cualquier momento del estudio, desee revocar su consentimiento.

Yo.....

REVOCO el consentimiento para el estudio: “*Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*”.

Lleida, a..... de..... de.....

Firma de la persona que  
revoca la participación  
en el estudio:

Firma del facultativo  
encargado del estudio:



**5.2. ANEXO 2. Cartel de reclutamiento, hoja de información y consentimiento informado para el grupo Control**





**Se precisan VOLUNTARIOS/AS  
entre 18-53 años**

**para PARTICIPAR en ESTUDIO  
PSICOLÓGICO**

**sobre INTELIGENCIA EMOCIONAL**

**Interesados contactar con Hospital Sta. Maria  
973/72.72.22 ext. 1657**

**Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética i Investigació  
Clínica de Lleida (CEIC-1131 con fecha 28/2/13) y por el Comité de  
Recerca de l'Hospital Sta. Maria**

**(Investigadora principal: G. Badia. Hospital Sta. Maria)**

## **HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL GRUPO CONTROL**

**Título de estudio:** Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

**Investigador principal:** Georgina Badia

**Centro:** Hospital de Sta. Maria –GSS / Universitat de Lleida

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

Los cuestionarios psicológicos que se le van a administrar a continuación forman parte de un estudio que se está realizando en el Hospital de Sta. Maria de Lleida en colaboración con la UdL titulado: *Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. El objetivo del estudio es realizar una valoración de diferentes variables psicológicas y psicopatológicas en personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria y compararlo con personas sin trastorno alimentario. De esta forma podremos obtener información útil en el futuro, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La participación en el estudio implica que rellene los cuestionarios psicológicos que vienen a continuación y que le realicemos un control de talla y peso del momento actual.

Le pedimos autorización para guardar, analizar y valorar los resultados obtenidos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, por la que los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de todos los datos que se obtengan en el estudio a fin de preservar la intimidad de las personas que participen y a que el análisis de los datos será realizado de forma anónima. Los datos recogidos serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Le informamos que la participación es voluntaria y que puede elegir libremente no participar.

Si accede a participar, le solicitamos que firme la hoja de consentimiento adjunta y responda el cuestionario que aparece a continuación.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO CONTROL**

**Título de estudio:** Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

**Investigador principal:** Georgina Badia

**Centro:** Hospital de Sta. Maria –GSS / Universitat de Lleida

Yo, .....

participo libremente en el presente estudio y aseguro que:

- He leído y entendido la hoja informativa sobre el estudio
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido la suficiente información
- Sé que la información obtenida es confidencial
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- He hablado con el profesional (nombre del profesional).....

Consiento en la recogida de los resultados de los cuestionarios y los test para el estudio.

Lleida, a..... de..... de.....

Firma de la persona que  
participa en el estudio:

Firma del facultativo  
encargado del estudio:

## **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO GRUPO CONTROL**

A firmar solo en el caso que la persona participante, en cualquier momento del estudio, desee revocar su consentimiento.

Yo.....

REVOCO el consentimiento para el estudio: “*Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*”.

Lleida, a..... de..... de.....

Firma de la persona que  
revoca la participación  
en el estudio:

Firma del facultativo  
encargado del estudio:

### **5.3. ANEXO 3. Cuaderno de recogida de datos**



A continuación se le solicitan algunos datos personales (solo rellenar las casillas en blanco):

Código	
Sexo	0. Hombre 1. Mujer
Fecha nacimiento (día/mes/año)	
Edad actual	
Núcleo familiar de convivencia	0. Solo 1. Pareja (con o sin hijos) 2. Padres 3. Otros
Estudios finalizados	0. Ninguno 1. Estudios básicos (EGB o ESO) 2. Bachillerato 3. FP o Módulo formativo 4. Diplomatura / licenciatura
Situación laboral actual	0. Activo 1. Estudiante 2. Paro 3. Invalidez 4. Otras
Peso	
Talla	
IMC	
Diagnóstico clínico en eje I según DSM-IV-TR	0. AN 1. BN 2. TCANE 3. Otros

Cluster de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Sin cluster</li> <li>1. A</li> <li>2. B</li> <li>3. C</li> </ul>
Diagnóstico clínico en eje II según DSM-IV-TR	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Sin diagnóstico eje II</li> <li>1. Esquizoide</li> <li>2. Esquizotípico</li> <li>3. Paranoide</li> <li>4. Narcisista</li> <li>5. Histriónico</li> <li>6. Límite</li> <li>7. Antisocial</li> <li>8. Evitativo</li> <li>9. Dependiente</li> <li>10. Obsesivo compulsivo</li> </ul>
EAT-40	
STAI ESTADO punt. directa	
STAI ESTADO percentil	
STAI RASGO punt. directa	
STAI RASGO percentil	
BDI	
BSI	
MSCEIT CI Emocional	
MSCEIT CI Experiencial	
MSCEIT CI Estratégico	
MSCEIT CI Percepción Emocional	
MSCEIT CI Facilitación Emocional	
MSCEIT CI Comprensión Emocional	
MSCEIT CI Manejo Emocional	
MSCEIT Caras	
MSCEIT Dibujos	
MSCEIT Facilitación	
MSCEIT Sensaciones	
MSCEIT Cambios	
MSCEIT Combinaciones	
MSCEIT Manejo Emocional	

MSCEIT Relaciones Emocionales	
MSCEIT Dispersión	
MSCEIT Sesgo positivo-negativo	

Marcar la opción que encaje mejor en su caso en el momento actual.

	<b>EAT-40</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Bastante</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1.	Me gusta comer con otras personas						
2.	Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3.	Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de la comida						
4.	Me da mucho miedo pesar demasiado						
5.	Procuro no comer aunque tenga hambre						
6.	Me preocupu mucho por la comida						
7.	A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8.	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9.	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10.	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas...)						
11.	Me siento lleno/a después de las comidas						
12.	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13.	Vomito después de haber comido						
14.	Me siento muy culpable después de comer						
15.	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16.	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17.	Me peso varias veces al día						
18.	Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19.	Disfruto comiendo carne						
20.	Me levanto pronto por las mañanas						
21.	Cada día como los mismos alimentos						
22.	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23.	Tengo la menstruación regular						
24.	Los demás piensa que estoy demasiado delgado/a						
25.	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26.	Tardo en comer más que las otras personas						
27.	Disfruto comiendo en restaurantes						
28.	Tomo laxantes (purgantes)						
29.	Procuro no comer alimentos con azúcar						
30.	Como alimentos de régimen						
31.	Siento que los alimentos controlan mi vida						
32.	Me controlo en las comidas						

	<b>EAT-40</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Bastante</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
<b>33.</b>	Noto que los demás me presionan para que coma						
<b>34.</b>	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
<b>35.</b>	Tengo estreñimiento						
<b>36.</b>	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
<b>37.</b>	Me comprometo a hacer régimen						
<b>38.</b>	Me gusta sentir el estómago vacío						
<b>39.</b>	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
<b>40.</b>	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase e indique mejor como se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<b>STAI-ESTADO</b>	<b>NADA</b>	<b>ALGO</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>MUCHO</b>
1.	Me siento calmado				
2.	Me siento seguro				
3.	Me siento tenso				
4.	Estoy contrariado				
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6.	Me siento alterado				
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8.	Me siento descansado				
9.	Me siento angustiado				
10.	Me siento confortable				
11.	Tengo confianza en mí mismo				
12.	Me siento nervioso				
13.	Estoy desasosegado				
14.	Me siento muy atado (como oprimido)				
15.	Estoy relajado				
16.	Me siento satisfecho				
17.	Estoy preocupado				
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado				
19.	Me siento alegre				
20.	En este momento me siento bien				

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase e indique mejor como se siente usted en general, en la mayoría de ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente.

	<b>STAI-RASGO</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>A MENUDO</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
1.	Me siento bien				
2.	Me canso rápidamente				
3.	Siento ganas de llorar				
4.	Me gustaría ser tan feliz como otros				
5.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
6.	Me siento descansado				
7.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
8.	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
9.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10.	Soy feliz				
11.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
12.	Me falta confianza en mí mismo				
13.	Me siento seguro				
14.	No suelo afrontar las crisis o las dificultades				
15.	Me siento triste (melancólico)				
16.	Estoy satisfecho				
17.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
18.	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
19.	Soy una persona estable				
20.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

<b>BDI</b>	
1. Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</li> <li><input type="radio"/> No me encuentro triste</li> <li><input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido</li> <li><input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena</li> <li><input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</li> </ul>
2. Pesimismo	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</li> <li><input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas</li> <li><input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</li> <li><input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida</li> <li><input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio</li> </ul>
3. Sentimientos de fracaso	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)</li> <li><input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente</li> <li><input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena</li> <li><input type="radio"/> No me considero fracasado</li> <li><input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos</li> </ul>
4. Insatisfacción	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ya nada me llena</li> <li><input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo</li> <li><input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía</li> <li><input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho</li> <li><input type="radio"/> Estoy harto de todo</li> </ul>
5. Sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona</li> <li><input type="radio"/> Me siento bastante culpable</li> <li><input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable</li> <li><input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable</li> <li><input type="radio"/> No me siento culpable</li> </ul>
6. Sentimientos de castigo	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder</li> <li><input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado</li> <li><input type="radio"/> No pienso que esté siendo castigado</li> <li><input type="radio"/> Siento que me están castigando o me castigarán</li> <li><input type="radio"/> Quiero que me castiguen</li> </ul>

<p>7. Odio a sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Estoy descontento conmigo mismo</li><li>○ No me aprecio</li><li>○ Me odio (me desprecio)</li><li>○ Estoy asqueado de mí</li><li>○ Estoy satisfecho de mí mismo</li></ul>
<p>8. Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ No creo ser peor que otros</li><li>○ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal</li><li>○ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre</li><li>○ Siento que tengo muchos y muy graves defectos</li><li>○ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores</li></ul>
<p>9. Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo</li><li>○ Siento que estaría mejor muerto</li><li>○ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera</li><li>○ Tengo planes decididos de suicidarme</li><li>○ Me mataría si pudiera</li><li>○ No tengo pensamientos de hacerme daño</li></ul>
<p>10. Períodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ No lloro más de lo habitual</li><li>○ Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo</li><li>○ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo</li><li>○ Ahora lloro más de lo normal</li></ul>
<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ No estoy más irritable que normalmente</li><li>○ Me irrito con más facilidad que antes</li><li>○ Me siento irritado todo el tiempo</li><li>○ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba</li></ul>
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto</li><li>○ Me intereso por la gente menos que antes</li><li>○ No he perdido mi interés por los demás</li><li>○ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos</li></ul>
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones</li><li>○ Tomo mis decisiones como siempre</li><li>○ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto</li><li>○ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda</li></ul>

<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado</li><li><input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo</li><li><input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes</li><li><input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)</li></ul>
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes</li><li><input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa</li><li><input type="radio"/> No puedo trabajar en nada</li><li><input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo</li><li><input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes</li></ul>
<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Duermo tan bien como antes</li><li><input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana</li><li><input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir</li><li><input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche</li><li><input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme</li><li><input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas</li><li><input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas</li><li><input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas</li></ul>
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes</li><li><input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga</li><li><input type="radio"/> No me canso más de lo normal</li><li><input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada</li></ul>
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito</li><li><input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes</li><li><input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor</li><li><input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre</li></ul>
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> No he perdido peso últimamente</li><li><input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg</li><li><input type="radio"/> He perdido más de 5 kg</li><li><input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg</li></ul>
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas</li><li><input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos</li><li><input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal</li><li><input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro</li></ul>

**21. Libido**

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene en ocasiones. Por favor, lea cada uno con cuidado y seleccione de la escala presentada aquí debajo el número que describa mejor cuanto malestar le ha causado ese problema **durante los últimos 7 días, INCLUIDO HOY**. Para responder, ponga una cruz en las casillas correspondientes a la derecha de cada problema. No deje ningún ítem sin contestar. Si cambia de opción, borre completamente su primera elección antes de escribir la nueva.

**0= NADA 1= POCO 2= MODERAMENTE 3= BASTANTE 4= MUCHÍSIMO**

	<b>BSI</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1.</b>	Nerviosismo o agitación interior					
<b>2.</b>	Desmayos o mareos					
<b>3.</b>	La idea que alguien puede controlar los pensamientos que usted tiene					
<b>4.</b>	Creer que los demás son culpables de la mayoría de los problemas que usted tiene					
<b>5.</b>	Dificultad para recordar cosas					
<b>6.</b>	Sentirse fácilmente enfado/a o irritado/a					
<b>7.</b>	Dolores en el pecho o en el corazón					
<b>8.</b>	Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle					
<b>9.</b>	Pensamientos de poner fin a su vida					
<b>10.</b>	Creer que no se puede confiar en la mayor parte de la gente					
<b>11.</b>	Poco apetito					
<b>12.</b>	Asustarse súbitamente sin razón					
<b>13.</b>	Explosiones de mal genio que no puede controlar					
<b>14.</b>	Sentirse solo, incluso cuando está con gente					
<b>15.</b>	Sentirse bloqueado/a para terminar las cosas					
<b>16.</b>	Sentirse solo/a					
<b>17.</b>	Sentirse triste					
<b>18.</b>	No sentir interés por las cosas					
<b>19.</b>	Sentirse temeroso/a o con miedo					
<b>20.</b>	Sentirse herido fácilmente					
<b>21.</b>	Sentir que la gente no es amigable o que usted les desagrada					
<b>22.</b>	Sentirse inferior los demás					
<b>23.</b>	Náuseas o trastornos estomacales					
<b>24.</b>	Sentir que es observado/a o que los demás hablan de usted					
<b>25.</b>	Dificultad para conciliar el sueño					
<b>26.</b>	Tener que comprobar lo que hace					
<b>27.</b>	Dificultad para tomar decisiones					
<b>28.</b>	Tener miedo a viajar en autobús, metro o tren					
<b>29.</b>	Dificultad para respirar					

**0= NADA 1= POCO 2= MODERAMENTE 3= BASTANTE 4= MUCHÍSIMO**

	<b>BSI</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>30.</b>	Ratos o períodos de frío o calor					
<b>31.</b>	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan					
<b>32.</b>	Quedarse con la mente en blanco					
<b>33.</b>	Adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo					
<b>34.</b>	La idea de que debería ser castigado por sus pecados					
<b>35.</b>	Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro					
<b>36.</b>	Dificultad para concentrarse					
<b>37.</b>	Debilidad en algunas partes de su cuerpo					
<b>38.</b>	Sentirse tenso/a y con los nervios de punta					
<b>39.</b>	Pensamientos sobre la muerte o de morir					
<b>40.</b>	Tener impulsos de pegar, herir o dañar a alguien					
<b>41.</b>	Tener impulsos de romper o de destrozar cosas					
<b>42.</b>	Sentirse muy tímido/a con los demás					
<b>43.</b>	Sentirse inquieto/a cuando hay mucha gente, por ejemplo en las tiendas o en el cine					
<b>44.</b>	No sentirse nunca cercano/a o compenetrado/a con otra persona					
<b>45.</b>	Momentos de terror y pánico					
<b>46.</b>	Meterse frecuentemente en discusiones					
<b>47.</b>	Sentirse nervioso/a cuando le dejan solo/a					
<b>48.</b>	Pensar que sus logros no son reconocidos por los demás					
<b>49.</b>	Sentirse tan inquieto/a que no podía parar sentado/a					
<b>50.</b>	Sentimientos de inutilidad					
<b>51.</b>	Pensar que la gente se aprovechará de usted si se lo permite					
<b>52.</b>	Sentimientos de culpa					
<b>53.</b>	La idea de que algo funciona mal en su mente					

Muchas gracias por su colaboración.



**5.4. ANEXO 4. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR** (American Psychiatric Association, 2002).



**5.4. ANEXO 4. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR** (American Psychiatric Association, 2002).

**Anorexia Nerviosa (DSM-IV-TR):**

a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

b) Pérdida de peso igual o superior a un 15% del peso teórico.

c) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

d) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

e) En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos).

– *Tipo restrictivo*: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos o enemas).

– *Tipo compulsivo/purgativo*: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., vómito autoinducido, abuso de laxantes y uso de diuréticos o enemas).

**Bulimia Nerviosa (DSM-IV-TR):**

a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. Ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar

peso, como vómito autoinducido, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.

– *Tipo purgativo*: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

– *Tipo no purgativo*: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni abusa de los laxantes, ni usa diuréticos o enemas en exceso.

#### **Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado TCANE (DSM-IV-TR):**

La categoría TCANE se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún TCA específico. Algunos ejemplos son:

- En mujeres, se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, excepto el empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.

**5.5. ANEXO 5: Criterios diagnósticos DSM-5** (American Psychiatric Association, 2014).



**5.5. ANEXO 5: Criterios diagnósticos DSM-5** (American Psychiatric Association, 2014).

**Anorexia Nerviosa (DSM-5):**

A. Restricción general de la ingesta energética en relación a 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 peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

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 de la forma en 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 bajo peso corporal actual.

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

*Tipo purgativo/purgas:* durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas).

*Gravedad:*

Leve: IMC > 17 Kg/m<sup>2</sup>

Moderado: IMC 16 – 16,99 Kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15 – 15,99 Kg/m<sup>2</sup>

Extremo: IMC < 15 Kg/m<sup>2</sup>

**Bulimia Nerviosa (DSM-5):**

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

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la mayoría de las personas ingerirían en un período similar n 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. 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.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

*Gravedad:* la gravedad mínimo se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos inapropiados a la semana

Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos inapropiados a la semana

Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana

Extremo: un promedio de 14 o más episodios de comportamientos inapropiados a la semana

**Trastorno de Atracones (DSM-5):**

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

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la mayoría de las personas ingerirían en un período similar n 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 a 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 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

*Gravedad:* la gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional

Leve: 1-3 atracones a la semana

Moderado: 4-7 atracones a la semana

Grave: 8-13 atracones a la semana

Extremo: 14 o más atracones a la semana

**Otro trastorno de la conducta alimentaria no especificado (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
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 de atracones\_ ( de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para trastorno de 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 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 ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos nos e explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas de funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno c línico o a un efecto de la medicación.