

Análisis de la relación entre la regulación emocional y la restricción alimentaria en población general

Trabajo Final de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universitat Jaume I – Castellón

Autora: África Cabo Gómez

Tutora: Cristina Giménez García

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son cada vez más prevalentes y suponen un problema de salud mental a nivel mundial. El uso de estrategias adaptativas de regulación emocional (RE) se ha demostrado como factor protector de psicopatología, de manera transdiagnóstica. La literatura se ha centrado en estudiar esta relación entre las personas con diagnóstico de TCA, pero no abundan las investigaciones en población general. El objetivo del presente estudio es analizar dicha relación en esta parte de la población, diferenciando también por género. Se administraron cuestionarios de regulación emocional y conducta alimentaria restrictiva a 193 personas sin diagnóstico de TCA. Los resultados muestran que, personas sin aparentemente patología alimentaria, realizan conductas disfuncionales sobre la comida, predominando las conductas y creencias rígidas, así como la culpa o el control de la ingesta. Asimismo, la supresión emocional como estrategia desadaptativa de RE, correlaciona con más restricción alimentaria entre las mujeres, pero no entre la muestra masculina. Es necesaria una investigación más exhaustiva y con muestras mayores, para ampliar el conocimiento sobre la relación entre la restricción alimentaria y las diferentes estrategias de regulación emocional, y así poder prevenir el aumento de casos de TCA.

Palabras clave: restricción alimentaria, regulación emocional, prevención, supresión emocional, cultura de dieta.

Abstract

Eating Disorders (ED) are considered as an important issue in world's mental health as its prevalence has been growing during the last decades. The use of emotion regulation (ER) adaptative strategies, has been showed as a transdiagnostic protective factor across psychopathology. Literature has been focused in the study of this relationship between ER and EDs, but not much investigation has been done with subclinical samples. Our main aim is to analyse this relationship in a sample of non-clinical people, with its pertinent gender differentiation. Eating restriction and emotion regulation tests were answered by 193 people without ED diagnostic. Results shown that people without ED have dysfunctional behaviours around food, like rigids beliefs as well as guilt and control over food. Moreover, emotional suppression as a non-adaptative ER strategy, correlates with eating restriction around women but not in men's sample. Further investigation is needed to increase the knowledge in the field of eating restrictive behaviour in non-clinical people across the use of different emotion regulation strategies, as that would prevent ED's increment.

Keywords: emotion regulation, eating restriction, prevention, emotional suppression, diet culture.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCAs) son cada vez más prevalentes y suponen un problema de salud mental a nivel mundial, empiezan a edades cada vez más tempranas y son una causa importante de malestar emocional especialmente entre la población femenina (Dueñas Disotuar et al., 2015; Rojo-Moreno et al., 2015).

Los estudios más recientes sitúan la prevalencia de TCAs en España entre el 3,6 y 4,1% (Arija-Val et al., 2022), algo por encima de la media europea que es del 2,2%. Las prevalencias en los continentes asiático y americano son del 3,4 y 4,6%, respectivamente. Este porcentaje aumenta hasta un 19% cuando se trata de personas potencialmente en riesgo de desarrollar un TCA, como encontraron Martínez – González et al. (2014) en una muestra universitaria de jóvenes españoles.

Los tipos de conductas disfuncionales alrededor de la comida hacen que se hayan creado grupos diagnósticos bien conocidos, como son la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) o el Trastorno por Atracón (TA); pero lo realmente importante es lo que todos ellos comparten, como son las creencias distorsionadas alrededor de la comida, la excesiva preocupación por el peso e imagen corporales y las características más visibles que son las conductuales: restricciones, atracones, vómitos, uso de laxantes o compensaciones mediante ejercicio físico, son las más comunes (Arija-Val et al., 2022).

Además, la probabilidad de comorbilidad con otras patologías mentales es alta; es decir, es común que, personas con un TCA, tengan también otras etiquetas diagnósticas. Las que se presentan de manera más frecuente son la depresión y ansiedad (alrededor del 50% de los pacientes las presentan), pero también se ha observado comorbilidad con otros trastornos como el obsesivo – compulsivo, el TDAH, los trastornos de personalidad o el consumo de tóxicos (Arija-Val et al., 2022; Rojo-Moreno et al., 2015).

Más allá de los trastornos caracterizados en el DSM, desde hace décadas, la literatura ha identificado otros procesos que también despiertan preocupación. En esta línea, existe el concepto de *Ortorexia*, que hace referencia a <<una obsesión patológica por comer sano y por la calidad de los alimentos>> (Bonet y Garrote, 2016), convirtiendo la comida en el centro de la vida de la persona. Es un concepto emergente y preocupante (Dunn y Bratman, 2016) ya que la delgada línea entre “alimentarse bien” y sufrir ortorexia es difícil de divisar, es decir, esta problemática puede aparecer enmascarada bajo el lema de “llevar un estilo de vida saludable”. Las cifras son cuanto menos alarmantes ya que el 17% de los estudiantes españoles podrían estar en riesgo de padecer ortorexia, según Parra – Fernández et al. (2018). En la investigación que realizaron Brytek-Matera et al. (2020), también con estudiantes – españoles y polacos, en esta ocasión -, encontraron la relación que tenían estos síntomas de ortorexia con la insatisfacción corporal y la sensación de ineficacia. Aunque se cuestiona si debería estar dentro del espectro obsesivo – compulsivo, por ciertas de sus características, la mayoría de autores coinciden en acercarlo más al grupo de los TCAs, debido a sus amplias similitudes (Atchison y Zickgraf, 2022; Brytek – Matera et al., 2020; Parra – Fernández et al., 2018). De hecho, personas que siguen dietas “sanas” estrictas, y por lo tanto restrictivas, tienen un mayor riesgo de acabar desarrollando algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (Dunn y Bratman, 2016). Concretamente, la ortorexia tendría rasgos similares a los patrones restrictivos presentes en la anorexia y menos similitudes con los presentes en los atracones o el comer emocional (Atchison y Zickgraf, 2022).

Como agravante de la situación ya expuesta, el ayuno y la restricción alimentaria pueden venir, además, ligados a un consumo abusivo de alcohol en modo atracón, lo que ha recibido el nombre de *drunkorexia* y correlaciona, de hecho, con problemas de regulación emocional entre los jóvenes (Azzi et al., 2021; Pompili y Laghi, 2018). Estamos hablando,

por tanto, de una situación agravada por la aparición de diferentes factores de riesgo, especialmente en etapas tan sensibles como lo es la adolescencia.

Factores de Riesgo Para la Restricción Alimentaria: la Regulación Emocional

El modelo teórico transdiagnóstico más importante para explicar los TCAs lo desarrolló Christopher Fairburn en 2003. Fairburn, psiquiatra británico, postula que los trastornos de la conducta alimentaria son multicausales y, por tanto, hay diferentes aspectos o factores en juego que están propiciando el desarrollo de dicha patología. Estas influencias son: el perfeccionismo “clínico”, la baja autoestima, la baja tolerancia al malestar y las dificultades interpersonales; sumándose a todo ello la vulnerabilidad previa de la persona (Fairburn et al., 2003). La *baja tolerancia al malestar* de la que se habla hace referencia a una falta de habilidades de regulación emocional.

La regulación emocional (RE en adelante) o, mejor dicho, la desregulación emocional, se ha demostrado como elemento transdiagnóstico de muchos trastornos psicopatológicos, entre los que se encuentran los TCAs (Dougherty et al., 2020; Fairburn et al., 2003; Sloan et al., 2017; Svaldi et al., 2012).

Uno de los grandes autores en el terreno de la regulación emocional, James Gross, definió la RE como “aquellos procesos mediante los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999).

Aldao et al. (2010) realizan una revisión sistemática de más de 100 artículos en donde encuentran que ciertas estrategias de regulación emocional (la aceptación, la reevaluación y la solución de problemas) son protectoras frente al desarrollo de psicopatologías y otras como la supresión, la evitación y la rumiación, en cambio, se han identificado como factores de riesgo.

Las estrategias de regulación emocional, por lo tanto, pueden ser eficaces o no en cada momento y para cada persona. Hablamos así de estrategias de regulación emocional adaptativas y desadaptativas (o disfuncionales). Ambas se ponen en marcha para intentar modificar un estado emocional -generalmente de valencia negativa-; sin embargo, las segundas no conducen al individuo a su objetivo o, si lo hace, es de manera momentánea y con consecuencias perjudiciales a largo plazo (Hervás y Moral, 2017). Estrategias desadaptativas pueden ser algunas tan evidentes como el consumo de alcohol o las autolesiones, pero también lo son otras no tan aparentemente visibles como, por ejemplo, la rumiación o la supresión emocional, de la que se hablará más adelante.

Al tratarse de un elemento transdiagnóstico, estamos hablando de que personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria presentan, además, de manera general, una falta de RE o usan estrategias desadaptativas (Prefit et al., 2019), funcionando éstas, no solo como factor predisponente, sino como mantenedor de la propia sintomatología alimentaria (Trompeter et al., 2021). Es por eso que muchos autores propongan como parte del tratamiento, el entrenamiento en estrategias de RE (Haynos et al., 2016; Sloan et al., 2017); si bien se sospecha que, en personas con patrones de alimentación muy restrictivos, ciertas estrategias podrían llevar a un incremento en el deseo de tener atracones (Svaldi et al., 2012).

Pese a que las personas con anorexia nerviosa, caracterizada por esta restricción alimentaria, estarían utilizando dicha restricción como estrategia -evidentemente disfuncional- para evitar el malestar emocional, se ha demostrado cómo, en una muestra de mujeres, precisamente, los días de mayor restricción alimentaria, las emociones de valencia negativa no solo no descendían, sino que aumentaban (Haynos et al., 2015).

Tener una buena regulación emocional depende, en parte, de saber identificar y diferenciar las emociones que sentimos; para ello necesitamos tener los recursos atencionales

puestos en nuestro estado emocional y, precisamente, personas con sintomatología TCA fallan en esta identificación, debido a que su atención está puesta en otros aspectos, como el cuerpo y la comida (Williams-Kerver y Crowther, 2020).

Esta identificación y diferenciación resulta crucial para tener una buena salud emocional. Sin embargo, el proceso no se queda aquí, sino que, una vez se es consciente del estado emocional, pueden ocurrir dos cosas: la aceptación o la supresión de este. El primer caso, evidentemente, resulta adaptativo; sin embargo, en el segundo, la supresión emocional no conlleva beneficios a largo plazo, lo cual ha sido ampliamente estudiado (Aldao et al., 2010; Gross, 1999).

Aunque aceptemos nuestros estados emocionales, hay veces en las que las experiencias no van a ser agradables e intentaremos regularlos. Es ahí donde entra en juego la reestructuración cognitiva, que también suele recibir el nombre de reevaluación cognitiva, y que es una de las principales estrategias adaptativas de RE. La reevaluación hace referencia a una serie de modificaciones que podemos realizar sobre nuestras cogniciones para así ofrecer a nuestras emociones una interpretación diferente a la que apareció en un inicio, ya que se dice que la emoción no es generada por la situación sino por lo que pensamos acerca de ella (Gross, 1999).

Pese a que la RE tiene un importante papel en la conducta alimentaria, existe cierto debate en la literatura sobre el peso que este factor puede tener, comparado con otras variables. Por ejemplo, según algunos autores sería el factor relacionado con la preocupación en torno al cuerpo (peso y figura) el que estaría jugando el papel más importante para que, junto con esta desregulación emocional, la sintomatología se agrave y estemos ante un potencial crecimiento de los trastornos alimentarios (Trompeter et al, 2021).

Por otro lado, hay autores que han encontrado que el poco uso de estrategias de RE adaptativas, como la reestructuración cognitiva, sí que predecía patología alimentaria más severa en el grupo de mujeres con patrones de atracón – vómito, pero, en cambio, no en el grupo que restringía (Danner et al., 2012).

Aunque la mayoría de las líneas de investigación se realizan en torno a personas con un trastorno de la conducta alimentaria, algunos autores se han aventurado a estudiarlo en personas sin dicha patología, encontrando que también el uso de estrategias desadaptativas se asociaba a una mayor restricción alimentaria en una muestra sana de jóvenes norteamericanas (Mikhail y Kring, 2019).

Otros autores, como Monell et al. (2018), compararon la regulación emocional de un grupo de pacientes con sintomatología TCA con la de un grupo control de estudiantes sin patología, encontrando que los primeros tenían más desregulación emocional en general, y una menor conciencia y aceptación emocional en particular. Sin embargo, incluso en la muestra sana, se encontró una asociación entre la falta de estrategias adaptativas de regulación emocional y cierta sintomatología alimentaria, especialmente atracones (Monell et al., 2018).

En cuanto al impacto que esta problemática tiene en la población masculina, no son muchos los estudios que se encuentran al respecto, aunque algunos autores que sí se han centrado en estudiarlo, han encontrado que la supresión del pensamiento -como estrategia desadaptativa de RE- se asociaba a episodios de ayuno entre los hombres (Smith et al., 2019) o que, tanto las dificultades en la regulación emocional como la urgencia por restringir alimentariamente, predecían episodios de atracones en esta población (Kukk y Akkermann, 2020).

No es de extrañar que la restricción lleve al atracón, y es que nuestro organismo busca siempre la homeostasis o equilibrio para regularse (Herbert et al., 2012). Pero no son los atracones la única consecuencia de la restricción alimentaria, sino que el hambre -fácilmente experimentable tras una restricción continuada- se ha asociado a un aumento de las emociones de valencia negativa y disminución de las de valencia positiva (Ackermans et al., 2022). Este es un aspecto de suma importancia, ya que demuestra cómo una sensación fisiológica natural, como es el hambre, influye de manera directa en el estado emocional y la salud mental de las personas.

De hecho, es un concepto que ya está definido incluso por el *Oxford Dictionary*, en donde, mediante la fusión de las palabras *hungry* (hambre) y *angry* (enfadado), crean la palabra *hangry*, que precisamente se define como ese “estado de ánimo irritable debido a la sensación de hambre”. Esto lo comprobaron en su investigación Ackermans et al. (2022), en donde la mitad de las mujeres del estudio fueron sometidas a un ayuno de 14h, mientras que a la otra mitad se le permitía desayunar; observando, así, cómo aquellas que habían sido privadas de comida refirieron sentirse con más ira, cansancio y confusión, así como con bajos niveles de energía y una inferior sensación de autoeficacia.

A la vista de lo anterior parecería que, en una sociedad en donde se premia la delgadez y se demonizan los productos ultraprocesados, se ha creado el caldo de cultivo perfecto para que personas, aparentemente sin psicopatología alimentaria, realicen de manera bastante normalizada conductas disfuncionales propias de personas con un TCA: algo tan simple como puede ser “estar a dieta” resulta claramente disfuncional, ya que implica grandes esfuerzos para estar constantemente ingiriendo menos calorías de las que tu cuerpo necesita, básicamente, una <<lucha crónica contra tu cuerpo>> (Calogero et al., 2018). Todo esto se basa en la creencia de que un cuerpo delgado es, de por sí, más “sano” que uno que no lo es, y se engloba dentro de lo que se ha denominado *cultura de dieta*, movimiento en el cual

estamos sumergidos los países desarrollados y que tanto daño hace a las personas gordas o con cuerpos no normativos (Calogero et al., 2018; Clodfelter-Mason, 2019; Jovanovski y Jaeger, 2022). La cultura de dieta está en todas partes: no hace falta más que prestar atención a nuestro alrededor para ver comportamientos o comentarios relacionados con ello en los supermercados, gimnasios, puestos de trabajo, en los anuncios, las revistas, la publicidad, las series y películas, los medios de comunicación o, más fervientemente, las redes sociales, en donde se incita a la realización de dietas para bajar de peso, se promueve la delgadez y cánones de belleza imposibles, se violenta contra las personas gordas y se normaliza la restricción calórica o de ciertos grupos de alimentos, como el reciente conocido movimiento *Realfooding* (Clodfelter-Mason, 2019).

¿Dónde queda entonces, dentro de todo este panorama, obsesionado por conseguir una “salud óptima” -claramente centrada en la salud física-, la salud mental?

Es por todo esto que consideramos importante -y ello haremos en este estudio- analizar las conductas alimentarias restrictivas en la población general y el papel que podría cumplir la regulación emocional en las diferentes maneras de restricción alimentaria.

Objetivos

Con todo ello, el objetivo general de este estudio es analizar la conducta alimentaria restrictiva y la relación que puede haber con la regulación emocional en población general; siendo los objetivos específicos: 1) Analizar la conducta alimentaria de población general, más concretamente, las manifestaciones de las conductas restrictivas; 2) Analizar si existe un perfil diferencial de exposición al riesgo hacia las conductas de restricción alimentaria, en función de las estrategias de regulación emocional; y 3) Analizar si existen diferencias de género en cuanto a los perfiles de exposición al riesgo hacia las conductas de restricción alimentaria según las estrategias de regulación emocional.

Las hipótesis de la investigación son, respectivamente:

- 1) Las personas participantes mostrarán patrones disfuncionales de la conducta alimentaria relacionados con la restricción.
- 2) Las personas con un estilo de regulación emocional más controlador y supresor de las emociones, tendrán también más conductas de control y restricción de la alimentación.
- 3) En función del género, los hombres mostrarán peor regulación emocional y restricción alimentaria que las mujeres.

Método

Participantes

En el estudio participaron un total de 193 personas, siendo el 69,4% mujeres (n=134) y el 30,6% hombres (n=59). La edad media de los participantes fue de 33,93 años (D.T.=14,49), sin diferencia estadísticamente significativa entre las medias de mujeres (M=33,41; D.T.=14,98) y hombres (M=35,10; D.T.=13,38) ($t=-0,77$; $p=0,219$). El país o área de residencia mayoritario fue España, con un 95,3% de participantes, mientras que el otro 4,7% pertenecía a personas residentes o bien en otros países de Europa (Inglaterra) o bien en Latinoamérica (principalmente Perú, pero también Costa Rica y República Dominicana).

Instrumentos de Medida

Los instrumentos utilizados en el presente estudio aparecen en la batería de evaluación general (ver *Anexo I*), que incluye los siguientes cuestionarios:

- Datos sociodemográficos. Este cuestionario evalúa, con 4 ítems, la información acerca de la edad, el género y el país de residencia, así como si la persona tiene o no un diagnóstico de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

- Subescalas *Desatención emocional* y *Confusión emocional* de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (por sus siglas en inglés) es una escala creada por Gratz y Roemer (2004) que evalúa, mediante varios factores -cinco en su adaptación al castellano-, diferentes dificultades que surgen en el proceso de regulación emocional (Hervás y Jódar, 2008). Es un instrumento con buen nivel de consistencia interna (entre $\alpha=,73$ y $\alpha=,71$) en su versión española. Para el presente estudio se han analizado dos de los factores de su versión adaptada al español: *Desatención emocional* y *Confusión emocional*, con 4 ítems cada uno de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=Totalmente desacuerdo/Nunca o casi nunca; 5=Totalmente de acuerdo/Siempre o casi siempre).
- Cuestionario de regulación emocional ERQ-10. Esta escala ha sido ampliamente utilizada desde su creación en 2003 por Gross, y su versión en español tiene una consistencia interna adecuada ($\alpha > ,84$) (Pineda et al., 2018). Evalúa dos dimensiones básicas de la regulación emocional, que son precisamente las subescalas que la componen: *Supresión emocional* y *Reevaluación cognitiva*, de 4 y 6 ítems respectivamente. Es un autoinforme con 10 ítems en total, con respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=Totalmente desacuerdo/Nunca o casi nunca; 5=Totalmente de acuerdo/Siempre o casi siempre).
- Subescalas *Dieta* y *Preocupación por la comida* del Cuestionario de conducta alimentaria EAT-26. Esta escala es la versión corta del EAT-40, originalmente creada en 1979 por Garner y Garfinkel. Es uno de los autoinformes más utilizados para evaluar el comportamiento alimentario disfuncional, en concreto los trastornos bulímico y anoréxicos, y tiene un alfa de Cronbach de entre 0,83-0,90 (Garner et al., 1982). Para este estudio se han analizado únicamente los factores de esta escala relacionados con la restricción alimentaria: *Dieta* y *Preocupación por la comida*, de 6

y 7 ítems respectivamente, con respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=Totalmente desacuerdo/Nunca o casi nunca; 5=Totalmente de acuerdo/Siempre o casi siempre).

- Subescala de conducta restrictiva del Cuestionario de conducta alimentaria DEBQ. El *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ) fue creado en 1986 por Van Strien et al. Es un autoinforme de 33 ítems que evalúa el comportamiento alimentario a través de tres factores: *Restrained eating*, *Emotional eating* y *External eating*. Consta de una adecuada consistencia interna (entre $\alpha=,79$ y $\alpha=,95$), como muestran las autoras en su estudio original (Van Strien et al., 1986). De nuevo, para esta investigación se ha utilizado únicamente la subescala relacionada con la conducta restrictiva (*Restrained eating*), formada por 6 ítems de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1=Totalmente desacuerdo/Nunca o casi nunca; 5=Totalmente de acuerdo/Siempre o casi siempre).
- Escala *ad hoc* de restricción alimentaria. Con el fin de analizar todos los aspectos necesarios para la investigación, y que no aparecen en el resto de materiales de evaluación expuestos, se ha diseñado una escala *ad hoc* compuesta por 11 ítems que valoran conductas y creencias alrededor del ayuno, los alimentos prohibidos o las reuniones sociales, entre otras. El alfa de Cronbach para el presente estudio fue de 0,8.

Procedimiento

La información de la investigación fue difundida a través de las redes sociales (principalmente WhatsApp e Instagram) mediante el envío de un mensaje en el que se informó sobre el objetivo y las características del estudio.

En dicho mensaje se incluía el enlace a través del cual los participantes podían realizar el cuestionario de evaluación, realizado mediante la plataforma Qualtrics. En este espacio se dejó constancia, además, del carácter voluntario de la participación en el estudio, así como de su total confidencialidad y anonimato; quedando también asegurada la confirmación del

consentimiento informado. También se animó a contestar con honestidad para el beneficio de la investigación. Finalmente, se facilitó un correo electrónico con el que podían ponerse en contacto por si hubiese cualquier cuestión. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de la Universitat Jaume I (CEISH/36/2022).

La población participante cumplía con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, de cualquier género y país de residencia, no tener un diagnóstico de TCA y poseer una comprensión del castellano adecuada para poder participar.

La muestra inicial obtenida fue de 251 personas, de las cuales 240 completaron los datos sociodemográficos. En cuanto a la pregunta que hacía referencia a si los participantes tenían o no un Trastorno de la Conducta Alimentaria, el 6,3% respondió que sí (n=15), por lo que fueron eliminadas para los análisis ya que se trataba de un criterio de exclusión. De las personas participantes que quedaron, finalmente fueron 193 las que completaron todo el cuestionario y con las que se realizó el análisis de resultados.

Análisis Estadísticos

Los análisis estadísticos se han realizado con el paquete SPSS versión 27. En primer lugar, para caracterizar a la muestra según su edad, género y procedencia, se han realizado análisis descriptivos además de análisis diferenciales (prueba t) para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en la edad según el género.

Para conocer el perfil de las personas participantes en cada una de las variables analizadas, se han llevado a cabo análisis descriptivos de cada escala/subescala (media y desviación típica) así como análisis de frecuencia de los distintos ítems. Asimismo, se ha realizado la prueba t para las distintas escalas/subescalas para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas según el género.

Por último, se ha realizado un análisis de correlación para conocer qué nivel de asociación podría existir entre las estrategias de regulación emocional y la conducta alimentaria. Dicho análisis se ha realizado de manera general (hombres y mujeres conjuntamente) y en cada uno de estos grupos por separado.

Resultados

Los estadísticos descriptivos de cada escala y/o subescala aparecen representados en la Tabla 1. El rango de puntuación de cada una de ellas aparece entre paréntesis. Los resultados indican unas puntuaciones medias, en la mayoría de escalas/subescalas, algo por debajo de la mediana. La única excepción es la subescala *Desatención emocional*, que supera la mediana en más de dos puntos, llamando la atención la amplia diferencia con la otra subescala del DERS, *Confusión emocional*. Las puntuaciones que más se acercan al promedio son las de las subescalas *Reevaluación cognitiva* (ERQ10) y *Restrained eating* (DEBQ). Finalmente, es de señalar también que el valor más bajo (7,69) lo tiene la subescala *Supresión emocional*.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables analizadas

Escala/subescala	\bar{x}	DT
DERS Desatención emocional (4 – 20) m=12	14,69	3,45
DERS Confusión emocional (4 – 20) m=12	9,06	1,82
ERQ10 Supresión emocional (4 – 20) m=12	7,69	1,96
ERQ10 Reevaluación cognitiva (6 – 30) m=18	17,87	4,37
EAT26 Dieta (6 – 30) m=18	13,31	4,58
EAT26 Preocupación por la comida (7 – 35) m=21	15,30	6,43

DEBQ <i>Restrained eating</i> (6 – 30) m=18	16,58	4,78
Escala <i>ad hoc</i> (11 – 55) m=33	23,50	7,67

En la Tabla 2 aparecen estos mismos análisis descriptivos pero diferenciados por género. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos, a excepción de la subescala *Preocupación por la comida* del EAT-26, en donde la puntuación media de las mujeres es superior a la de los hombres.

Tabla 2

Análisis diferenciales de las variables por género

Escala/subescala		\bar{x}	DT	t (p)
DERS Desatención emocional (4 – 20)	Mujeres	14,75	3,30	0,32
	Hombres	14,56	3,80	(,372)
DERS Confusión emocional (4 – 20)	Mujeres	9,08	1,85	0,23
	Hombres	9,02	1,77	(,408)
ERQ10 Supresión emocional (4 – 20)	Mujeres	7,62	1,97	-0,79
	Hombres	7,86	1,96	(,213)
ERQ10 Reevaluación cognitiva (6 – 30)	Mujeres	17,71	4,15	-0,75
	Hombres	18,25	4,85	(,227)
EAT26 Dieta (6 – 30)	Mujeres	13,12	4,50	-0,88
	Hombres	13,73	4,77	(,190)
EAT26 Preocupación por comida (7-35)	Mujeres	15,86	6,48	1,93
	Hombres	14,06	6,17	(,028)

DEBQ <i>Restrained eating</i> (6 – 30)	Mujeres	16,29	4,70	-1,27
	Hombres	17,21	4,93	(,102)
Escala <i>ad hoc</i> (11 – 55)	Mujeres	23,21	7,44	-0,78
	Hombres	24,14	8,19	(,217)

En cuanto al análisis de la conducta alimentaria de la población general, llama la atención el número de personas que contestaron “*de acuerdo*” o “*totalmente de acuerdo*” en ciertos ítems, bien porque la cantidad es elevada o bien porque, aunque no sea un número grande de personas, el ítem hace referencia a un tema relativamente grave. Un ejemplo de esto último es el ítem <<A veces pienso que debería no comer, aunque tuviese hambre>>, en el cual un 18,3% respondió que estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo. Por otro lado, los ítems más relacionados con la culpa (<<No me siento bien después de haber comido dulces>> y <<Me siento muy culpable después de comer>>) también fueron respondidos con altas puntuaciones por, respectivamente, el 21,6 y 9,9% de la muestra. Creencias rígidas como <<Los ultraprocesados deberían estar prohibidos>> fueron igualmente respondidos por un número elevado de personas, concretamente un 38,9%, siendo de hecho mayor que el porcentaje de personas que estaban en desacuerdo (37,6%). Además, un 19,7% del total <<conocen y apoyan el movimiento *Realfooding*>>, siendo este un movimiento que fomenta la restricción alimentaria. Un 13,6% <<están haciendo dieta>> y a un 14,1% le <<obsesiona el deseo de estar más delgado/a>>. Otra conducta restrictiva clara como lo es la prohibición también está presente en un porcentaje interesante de los participantes: un 20,7% respondió que estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem <<Tengo “x” alimentos prohibidos>> y un 11,8% con el ítem <<Me prohíbo comer alimentos que tienen azúcar>>. En cuanto a la relación con el cuerpo, un 39,4% respondió que les <<preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo>> lo cual es un porcentaje considerable (casi 4 de cada 10

personas). Finalmente, con respecto al ámbito más social, el 5,1 y 8% responden que evitan quedadas sociales en donde <<sé que no voy a poder controlar lo que como>> y <<sé que va a haber una gran cantidad de comida>>, respectivamente.

En cuanto a la relación entre la conducta restrictiva alimentaria y la regulación emocional en población general, se ha visto que mayores puntuaciones en la subescala *Desatención emocional* del cuestionario DERS correlacionan significativamente y de manera inversa ($r = -0,170$; $p = 0,018$) con las puntuaciones en el cuestionario EAT-26 y, en específico, con la subescala *Preocupación por la comida* ($r = -0,164$; $p = 0,022$). Además, también se ha encontrado correlación directa y significativa entre la subescala de *Reevaluación cognitiva* del cuestionario ERQ-10 y los cuestionarios de conducta alimentaria DEBQ (subescala *Restrained Eating*) ($r = 0,217$; $p = 0,002$) y EAT-26 (subescala *Dieta*) ($r = 0,171$; $p = 0,018$).

Si analizamos las correlaciones haciendo la diferenciación por género, encontramos que en el grupo de mujeres se mantiene la correlación inversa entre la subescala *Desatención emocional* y el cuestionario EAT-26, en concreto con esa subescala *Preocupación por la comida* ($r = -0,254$; $p = 0,003$) -cuya significación es mayor que si tenemos en cuenta al conjunto de mujeres y hombres-, así como una correlación directa y estadísticamente significativa entre la subescala *Reevaluación cognitiva* y el cuestionario DEBQ ($r = 0,210$; $p = 0,015$). También aparece una correlación significativa y directa entre la subescala de *Supresión emocional* del cuestionario ERQ-10 y el cuestionario EAT-26 ($r = 0,235$; $p = 0,006$), su respectiva subescala *Preocupación por la comida* ($r = 0,245$; $p = 0,004$) y el cuestionario DEBQ ($r = 0,208$, $p = 0,016$).

En la muestra de hombres, en cambio, no se encontró ninguna correlación significativa. Sin embargo, si pasamos a analizar las correlaciones de las subescalas de ambos cuestionarios de regulación emocional con cada uno de los ítems de los cuestionarios de

conducta alimentaria, sí se encuentran correlaciones significativas. En concreto, encontramos varios ítems que correlacionan con la subescala *Supresión emocional*: <<Evito quedadas sociales en donde sé que va a haber una gran cantidad de comida>> ($r = -0,227$; $p = 0,034$), <<Como alimentos dietéticos>> ($r = -0,319$; $p = 0,014$), <<A veces pienso que debería no comer aunque tuviese hambre>> ($r = -0,386$; $p = 0,003$), <<Procuro no comer cuando tengo hambre>> ($r = -0,265$; $p = 0,042$) y <<Evito quedadas sociales en donde sé que no voy a poder controlar lo que como>> ($r = -0,391$; $p = 0,002$). Todos ellos lo hacen de manera inversa.

Por su parte, el grupo de mujeres también obtuvo correlaciones significativas en varios de estos ítems con respecto a las subescalas de regulación emocional. Una de las correlaciones más amplias la obtuvo el ítem <<A veces pienso que debería no comer, aunque tuviese hambre>>, ya que correlaciona tanto con las subescalas *Desatención emocional* ($r = -0,264$; $p = 0,002$) -inversamente- y *Confusión emocional* ($r = 0,232$; $p = 0,007$) del DERS, como con la subescala de *Supresión emocional* del ERQ-10 ($r = 0,172$; $p = 0,047$). Hay otros ítems que también correlacionan de manera significativa con la subescala de *Supresión emocional*, aunque algunos lo hacen de manera inversa y otros directa: <<Como alimentos dietéticos>> ($r = 0,201$; $p = 0,020$), <<Cuando hago deporte, pienso sobre todo en quemar calorías>> ($r = 0,267$; $p = 0,002$), <<Practico el ayuno intermitente>> ($r = -0,196$; $p = 0,023$), <<No me siento bien después de haber comido dulces>> ($r = 0,219$; $p = 0,011$). Por su parte, la subescala de *Desatención emocional* también tiene correlaciones significativas e inversas con varios ítems: <<Me siento muy culpable después de comer>> ($r = -0,277$; $p = 0,001$) y <<Evito quedadas sociales en donde sé que no voy a poder controlar lo que como>> ($r = -0,339$; $p < 0,001$), entre otros.

Discusión

Este estudio tiene el objetivo de analizar la conducta alimentaria en la población general, más concretamente la conducta restrictiva, y la relación existente entre la regulación emocional y dichos patrones de conducta alimentaria.

En primer lugar, en cuanto al primer objetivo específico, *analizar la conducta alimentaria restrictiva de población general*, se cumple lo que se hipotetizó: dicha conducta sería disfuncional en algunos aspectos relacionados con la restricción, como encontraron Mikhail y Kring (2019) en población general. En concreto, hemos visto ciertos factores de riesgo que se repiten entre las respuestas de los participantes, como son la presencia de creencias rígidas sobre la alimentación (por ejemplo, más de un tercio está de acuerdo con que <<los ultraprocesados deberían estar prohibidos>>) o la intención de conducta alimentaria restrictiva (como, <<a veces pienso que debería no comer, aunque tuviese hambre>>), ambos aspectos relacionados con problemas de conducta alimentaria. Este último ejemplo resulta especialmente preocupante, ya que estamos hablando de un proceso fisiológico normal como es el hambre y vemos cómo casi una de cada 5 personas, a pesar de reconocer esas señales que le está mandando su cuerpo, piensa que debería no comer. Este es un tema especialmente preocupante, en la medida en que el hambre puede generar emociones de valencia negativa (Ackermans et al., 2022; Haynos et al., 2015), así como predecir episodios de atracón (Kukk y Akkermann, 2020).

También hemos visto los altos porcentajes de respuestas que mostraban la presencia de control y baja capacidad de flexibilización de la conducta en la alimentación (una quinta parte de las personas <<tiene “x” alimentos prohibidos>>), así como de apoyo a movimientos que promueven conductas y creencias rígidas (casi un quinto <<conoce y apoya el movimiento *Realfooding*>>). Este aspecto también resulta preocupante, ya que se está perpetuando la restricción alimentaria, cuando se ha demostrado científicamente que las dietas restrictivas no son sostenibles a largo plazo ya que implican un esfuerzo constante de

lucha contra nuestro propio cuerpo (Calogero et al., 2018). Además, la hipervigilancia del cuerpo, la deseabilidad social o el intento de encajar en los cánones estéticos, son factores de riesgo para estar en descontento con el propio cuerpo y así lo mostró casi un cuarto de los participantes, que expresaron su preocupación por <<tener zonas gordas en el cuerpo>>.

Todo esto representa bien el refuerzo social que reciben las creencias que predominan en la sociedad en la que vivimos: la gordofobia y la cultura de dieta, como bien explicaban varias autoras (Calogero et al., 2018; Clodfelter-Mason, 2019; Jovanovski y Jaeger, 2022); y no hay que olvidar que la preocupación por el cuerpo se considera un factor de gran relevancia para el desarrollo de trastornos alimentarios (Trompeter et al., 2021).

Por último, pero no menos relevante, llama la atención lo relacionado con la vida social, ya que hay un porcentaje de personas que limitan su actividad social por razones relacionadas con el control sobre la comida (casi una de cada doce personas dice no ir a quedadas sociales en donde sabe que <<no va a poder controlar lo que come>> o <<va a haber gran cantidad de comida>>). Puede parecer una cantidad relativamente pequeña, pero si hablamos de que estas personas evitan quedar con su círculo social por una razón que nada tiene que ver con sus relaciones interpersonales sino con la comida allí presente, sí resulta ser una cuestión preocupante a tener en cuenta ya que interfiere gravemente en la calidad de vida de la persona.

En cuanto al segundo objetivo, *analizar si existe un perfil diferencial de exposición al riesgo hacia las conductas de restricción alimentaria en función de las estrategias de regulación emocional*, hipotetizamos que las personas con un perfil más restrictivo en cuanto a la alimentación lo serían también más con las emociones (o viceversa). En el presente estudio se ha encontrado que la subescala de *Desatención emocional* correlaciona de manera inversa con las puntuaciones en el EAT-26, cuestionario que sirve para evaluar la conducta

alimentaria disfuncional. En concreto correlaciona con la subescala referente a la preocupación por la comida; esto nos dice que las personas que menos atentas están a sus emociones, están también menos preocupadas por la comida. Esto, aunque en contra de nuestra hipótesis, puede deberse a que, en general para estar preocupada (por cualquier cuestión) también necesitamos estar atentas a nuestras cogniciones y emociones y es, quizás, por esa razón, que estas personas se muestran menos preocupadas por las cosas, incluyendo la comida. Además, puede que, al tener poco *insight* o conciencia de sus emociones, no sean capaces tampoco de poner el foco en qué aspectos les preocupan más o menos. Esto va en contra de lo que postulaban Williams-Kerver y Crowther (2020), ya que, según ellos, precisamente esta dificultad para atender a las emociones en personas con sintomatología alimentaria, se debía a tener la atención puesta en aspectos como la comida.

Otra correlación significativa es la de la subescala de *Reevaluación cognitiva* con ciertos cuestionarios de conducta alimentaria restrictiva. En este caso la correlación es de manera directa, lo cual significa que personas que más reevalúan cognitivamente, tienen conductas más disfuncionales de alimentación; yendo así, sorprendentemente, en contra de lo que postulan varios autores: la reevaluación cognitiva es una de las estrategias de RE más protectoras frente al desarrollo de psicopatologías (Aldao et al., 2010; Gross, 1999), aunque apoya -en cierta parte- los hallazgos encontrados en el estudio de Danner et al. (2012), en donde el poco uso de la reevaluación cognitiva predijo patología más severa en las personas con patrones de atracón-vómito, pero no de restricción.

Por último, el objetivo final del presente estudio era *analizar si existen diferencias de género en cuanto a esa relación entre las conductas de restricción alimentaria y las estrategias de regulación emocional*. Los resultados indican correlaciones directas en el grupo de mujeres entre la subescala de *Supresión emocional* y dos de las escalas de restricción alimentaria; mientras que en el grupo de hombres las correlaciones de la subescala

Supresión emocional con ciertos ítems que ponen de manifiesto la restricción (<<A veces pienso que debería no comer aunque tuviese hambre>> , <<Procuro no comer cuando tengo hambre>> o <<Evito quedadas sociales en donde sé que no voy a poder controlar lo que como>>, entre otros), fueron todas inversas. Estos datos no concuerdan con lo que se había hipotetizado: que los hombres regularían peor sus emociones debido al estigma social y la normalización de la supresión emocional entre ellos y, por tanto, tendrían más conductas restrictivas en cuanto a la alimentación.

Una alternativa explicativa podría ser que los hombres, efectivamente tienen conductas de supresión emocional pero que, sin embargo, en vez de gestionarlas mediante la restricción alimentaria, lo hacen de manera más impulsiva, mediante la ingesta excesiva o atracón. Es decir, el atracón sería, en este caso, esa manera (disfuncional, evidentemente) de tratar de gestionar o “echar” todas esas emociones que no expresan, que están suprimiendo. Esta idea va acorde con lo encontrado en el estudio de Kukk y Akkermann (2020), en donde se relacionaba una peor regulación emocional en los hombres con el atracón y no tanto con la restricción. Otra alternativa es que, esta parte de la población, regule los estados de ánimo más desagradables a través de conductas desadaptativas en otros ámbitos, como el uso de videojuegos o el cibersexo (Ballester-Arnal et al., 2017; González et al., 2017).

Por el contrario, como comentábamos, en el grupo de mujeres sí se ha observado esa correlación directa entre las conductas restrictivas de alimentación y la supresión emocional. Esto apoya la idea de que la supresión es una estrategia disfuncional de RE y factor de riesgo para ciertas psicopatologías (Aldao et al., 2010; Gross, 1999); así como otros muchos estudios que afirman que las estrategias desadaptativas de RE están relacionadas con la sintomatología alimentaria (Haynos et al., 2016; Mikhail y Kring, 2019; Prefit et al., 2019; Sloan et al., 2017; Trompeter et al., 2021).

También hemos encontrado una correlación significativa e inversa entre la subescala de *Desatención emocional* y varios ítems relacionados con la culpa y el control sobre la ingesta (como se observa en <<Me siento muy culpable después de comer>> y <<Evito quedadas sociales en donde sé que no voy a poder controlar lo que como>>). Es decir, mujeres con más sentimientos de culpa y control con respecto a la comida, parece que prestan más atención a sus emociones. Esto tiene sentido en cierta parte ya que, tanto el control como la culpa requieren de procesos cognitivos elaborados para los cuales, muy probablemente, se necesite estar conectada y atenta a tus emociones. Esta es una posible hipótesis explicativa de los resultados encontrados, ya que la literatura previamente revisada no dice lo mismo, sino que esta preocupación por la comida saldrá a relucir precisamente cuanta menos atención emocional haya (Williams-Kerver y Crowther, 2020). Sin embargo, otra alternativa explicativa a esta relación puede ser la de que, aunque el proceso de atención emocional se haya realizado correctamente, estas emociones no estén siendo posteriormente aceptadas y se les esté dando un valor excesivo o la persona esté poniendo en marcha mecanismos de razonamiento emocional.

Todos estos resultados, cabe tenerlos en cuenta a partir de ciertas limitaciones del estudio, como la tasa de participación que dificulta la generalización de los resultados. Otra limitación importante es el hecho de que todos los cuestionarios administrados son autoinformes y se responden a distancia, por lo que por una parte no se pueden resolver posibles dudas y, por otra, las personas están contestando en base a lo que piensan de sí mismas (cuando no hay *insight*, en el ámbito de las emociones es difícil que seamos capaces de saber si reconocemos y diferenciamos o no nuestras emociones, por ejemplo). Otra cuestión relevante es la deseabilidad social con la que muchas personas suelen contestar cuando los temas son delicados y saben que sus respuestas van a ser analizadas u observadas por otras personas. Esta cuestión se ha abordado mediante el escrito inicial que aparecía

previo a la realización del cuestionario; pero, aun así, contamos con la posibilidad de que las personas no hayan sido del todo sinceras por este motivo. También es importante tener en cuenta que, quizás, ciertas personas han respondido que no tienen un TCA cuando sí lo tienen y no lo saben o no les ha sido diagnosticado. Finalmente, el cuestionario *ad hoc* que se añadió como medida complementaria de evaluación de la conducta restrictiva, debería haber sido validado (aunque, no obstante, hemos averiguado que tiene buena consistencia interna).

Conclusiones

El presente estudio ha permitido mejorar el conocimiento sobre la relación entre la restricción alimentaria y ciertas estrategias desadaptativas de RE en población general. Cabe destacar, pese a las limitaciones, que personas aparentemente sin un TCA, realizan conductas disfuncionales con respecto a la alimentación, y el hallazgo encontrado con respecto a la supresión emocional: parece que, en los hombres, no aumenta la restricción alimentaria -y podría ser que sí la sintomatología más impulsiva como los atracones- mientras que, en las mujeres, sí lo hace.

Aun así, evidentemente, hace falta más investigación al respecto; siendo interesante que se realizasen estudios más detenidamente y en muestras mayores, con respecto a la relación existente entre la restricción alimentaria y las diferentes estrategias adaptativas y desadaptativas de regulación emocional.

En definitiva, es necesario promover unos buenos hábitos de alimentación en general - como es evidente-, pero también lo es ampliar el foco del concepto de *salud* a uno más completo que incluya la salud mental; esto es, por ejemplo, tener la capacidad de flexibilizar nuestras conductas, así como nuestras creencias. Esto favorecería unos hábitos más saludables para una salud integral: física, mental y social. Sería interesante prevenir la aparición de conductas rígidas como la restricción alimentaria, ya que se han visto todas las

consecuencias perjudiciales que ésta tiene, entre las que se encuentran el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los TCA son cada vez más prevalentes y graves, como ya hemos visto, por lo que todo esto resulta de especial importancia para, no solo disminuir el número de casos, sino prevenir su aparición.

Referencias

- Ackermans, M. A., Jonker, N. C., Bennis, E. C., & de Jong, P. J. (2022). Hunger increases negative and decreases positive emotions in women with a healthy weight. *Appetite*, *168*, 105746.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237.
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, *39*(spe2), 8-15.
- Atchison, A., & Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 106134.
- Azzi, V., Hallit, S., Malaeb, D., Obeid, S., & Brytek-Matera, A. (2021). Drunkorexia and emotion regulation and emotion regulation difficulties: the mediating effect of disordered eating attitudes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18* (5), 2690.
- Ballester-Arnal, R., Castro Calvo, J., Gil-Llario, M. D., & Gil-Julia, B. (2017). Cybersex addiction: A study on Spanish college students. *Journal of sex & marital therapy*, *43*(6), 567-585.
- Bonet, R., & Garrote, A. (2016). Ortorexia. *Farmacia profesional*, *30*(1), 23-25.
- Brytek-Matera, A., Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., Staniszewska, A., Modrzejewska, J., & Fernández-Martínez, E. (2020). Evaluation of orthorexia nervosa and symptomatology associated with eating disorders among European university students: a Multicentre Cross-Sectional Study. *Nutrients*, *12*(12), 3716.

- Calogero, R. M., Tylka, T. L., Mensinger, J. L., Meadows, A., & Daniélsdóttir, S. (2019). Recognizing the fundamental right to be fat: A weight-inclusive approach to size acceptance and healing from sizeism. *Women & Therapy, 42*(1-2), 22-44.
- Clodfelter-Mason, J. (2019). Diet culture: Examples of its influence in our society. Recuperado de <https://www.cultivatejoynutrition.com/post/2019/04/04/diet-culture-examples-of-its-influence-in-our-society#:~:text=Diet%20culture%20is%20a%20setliving%20in%20a%20small%20body>
- Danner, U. N., Evers, C., Stok, F. M., van Elburg, A. A., & de Ridder, D. T. (2012). A double burden: Emotional eating and lack of cognitive reappraisal in eating disordered women. *European Eating Disorders Review, 20*(6), 490-495.
- Dougherty, E. N., Murphy, J., Hamlett, S., George, R., Badillo, K., Johnson, N. K., & Haedt-Matt, A. A. (2020). Emotion regulation flexibility and disordered eating. *Eating behaviors, 39*, 101428.
- Dueñas Disotuar, Y., Murray Hurtado, M., Rubio Morell, B., Murjani Bharwani, H. S., & Jiménez Sosa, A. (2015). Eating disorders in pediatric age: a boom pathology. *Nutricion Hospitalaria, 32*, 2091-2097.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors, 21*, 11-17.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41* (5), 509-528.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine, 12*(4), 871-878.

- González, M. T., Espada, J. P., & Tejeiro, R. (2017). El uso problemático de videojuegos está relacionado con problemas emocionales en adolescentes. *Adicciones*, 29(3), 180-185.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- Haynos, A. F., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., ... & Le Grange, D. (2015). Initial test of an emotional avoidance model of restriction in anorexia nervosa using ecological momentary assessment. *Journal of psychiatric research*, 68, 134-139.
- Haynos, A. F., Hill, B., & Fruzzetti, A. E. (2016). Emotion regulation training to reduce problematic dietary restriction: An experimental analysis. *Appetite*, 103, 265-274.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Hervás, G. y Moral, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *FOCAD para División de Psicoterapia*.
- Herbert, B. M., Herbert, C., Pollatos, O., Weimer, K., Enck, P., Sauer, H., & Zipfel, S. (2012). Effects of short-term food deprivation on interoceptive awareness, feelings and autonomic cardiac activity. *Biological psychology*, 89 (1), 71-79.
- Jovanovski, N., & Jaeger, T. (2022, January). Demystifying 'diet culture': Exploring the meaning of diet culture in online 'anti-diet'feminist, fat activist, and health professional communities. *Women's Studies International Forum*, 90, 102558.
- Kukk, K., & Akkermann, K. (2020). Emotion regulation difficulties and dietary restraint independently predict binge eating among men. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1553-1560.

- Mikhail, M. E., & Kring, A. M. (2019). Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life. *Eating behaviors, 34*, 101315.
- Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 51*(8), 921-930.
- Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E., & Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry, 18*, 1-8.
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., Piqueras, J. A., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 23*(2), 109-120.
- Pompili, S., & Laghi, F. (2018). Drunkorexia among adolescents: The role of motivations and emotion regulation. *Eating behaviors, 29*, 1-7.
- Prefit, A. B., Candea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite, 143*, 104438.
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., ... & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research, 227*(1), 52-57.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review, 57*, 141-163.

- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L., & Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating behaviors, 32*, 95-100.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry research, 197*(1-2), 103-111.
- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M. K., & Mitchison, D. (2021). Emotion dysregulation within the CBT-E model of eating disorders: a narrative review. *Cognitive Therapy and Research, 45*(6), 1021-1036.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders, 5*(2), 295-315.
- Williams-Kerver, G. A., & Crowther, J. H. (2020). Emotion differentiation and disordered eating behaviors: The role of appearance schemas. *Eating behaviors, 37*, 101369.

Anexo I: Batería de evaluación general

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Género:

- Mujer
- Hombre
- No me identifico con ninguno de los anteriores

País de residencia: _____

¿Tienes un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)?

- Sí
- No

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con tus hábitos de alimentación. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas. Responde en función de si estás “Totalmente de acuerdo” (5) hasta “Totalmente desacuerdo” (1).

1. Como alimentos <i>light</i>	1	2	3	4	5
2. Como poca comida después de haber comido demasiado	1	2	3	4	5
3. Creo que solo hay que comer alimentos “saludables”, es decir, que no contengan ni grasas malas ni azúcares	1	2	3	4	5
4. Trato de no comer entre las comidas principales	1	2	3	4	5
5. Tengo “x” alimentos prohibidos (no se incluyen las alergias o intolerancias)	1	2	3	4	5
6. Como teniendo en cuenta mi peso	1	2	3	4	5
7. Evito quedadas sociales en donde sé que va a haber una gran cantidad de comida	1	2	3	4	5
8. Como alimentos dietéticos	1	2	3	4	5
9. Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.)	1	2	3	4	5
10. Procuero no comer alimentos que tengan azúcar	1	2	3	4	5
11. Me gusta tener el estómago vacío	1	2	3	4	5
12. Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como	1	2	3	4	5
13. Trato de no comer después de la cena	1	2	3	4	5
14. Los alimentos que contienen azúcar son malos	1	2	3	4	5
15. A veces pienso que debería no comer, aunque tuviese hambre	1	2	3	4	5
16. No me siento bien después de haber comido dulces	1	2	3	4	5
17. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo	1	2	3	4	5
18. Los ultraprocesados deberían estar prohibidos	1	2	3	4	5
19. Hago ayunos (no comer durante, al menos, unas 14-16 horas)	1	2	3	4	5
20. Me angustia la idea de estar demasiado gorda/gordo	1	2	3	4	5
21. Estoy haciendo dieta	1	2	3	4	5
22. Me siento muy culpable después de comer	1	2	3	4	5
23. Cuando hago deporte, pienso sobre todo en quemar calorías	1	2	3	4	5
24. Procuero no comer cuando tengo hambre	1	2	3	4	5
25. Me prohíbo comer alimentos que tienen azúcar	1	2	3	4	5
26. Practico el ayuno intermitente	1	2	3	4	5
27. Evito quedadas sociales en donde sé que no voy a poder controlar lo que como	1	2	3	4	5

28. Conozco y apoyo el movimiento <i>Realfooding</i>	1	2	3	4	5
29. Me obsesiona el deseo de estar más delgada/delgado	1	2	3	4	5
30. Como menos para evitar ganar peso	1	2	3	4	5

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con tus emociones. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas. Responde en función de si estás “Totalmente de acuerdo” (5) hasta “Totalmente desacuerdo” (1).

1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)	1	2	3	4	5
2. Pongo atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
3. Controlo mis emociones, no expresándolas	1	2	3	4	5
4. Me reservo mis emociones para mí misma/o	1	2	3	4	5
5. Cuando tengo emociones positivas, pongo mucho cuidado en no expresarlas	1	2	3	4	5
6. Estoy atenta/o a mis sentimientos	1	2	3	4	5
7. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva (como alegría o felicidad) cambio lo que estoy pensando	1	2	3	4	5
8. Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción negativa (como tristeza o enfado) cambio lo que estoy pensando	1	2	3	4	5
9. Me cuesta entender mis sentimientos	1	2	3	4	5
10. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
11. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar sobre esa situación de una forma que me ayude a mantener la calma	1	2	3	4	5
12. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo	1	2	3	4	5
13. Cuando siento emociones negativas, me aseguro de no expresarlas	1	2	3	4	5
14. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción positiva, cambio mi manera de pensar acerca de la situación	1	2	3	4	5
15. No tengo ni idea de cómo me siento	1	2	3	4	5
16. Controlo mis emociones cambiando mi manera de pensar acerca de la situación en la que estoy	1	2	3	4	5
17. Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción negativa, cambio mi manera de pensar acerca de esa situación	1	2	3	4	5
18. Estoy confusa/o sobre lo que siento	1	2	3	4	5