

# Determinantes actitudinales de las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el atracón: un estudio basado en el modelo CIBER

NURIA HORTA LOMELÍ<sup>1</sup>, JESUA GUZMÁN GONZÁLEZ<sup>2</sup>,  
Y SAÚL RAMÍREZ DE LOS SANTOS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Marista de San Luis Potosí, <sup>2</sup>Departamento de Psicología Básica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):

Horta-Lomelí, N., Guzmán-González, J., & Ramírez de los Santos, S. (2024). Determinantes actitudinales de las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el atracón: un estudio basado en el modelo CIBER. *Revista Mexicana De Investigación En Psicología*, 16(1), 11-20.

## Resumen

En estudios previos se ha identificado una dificultad clínica en el reconocimiento de los elementos básicos que constituyen las conductas alimentarias de riesgo (CAR), las cuales son expresiones subclínicas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Sin embargo, se considera que no existe suficiente literatura acerca de las CAR relacionadas con el atracón en la población mexicana. Por lo anterior, este trabajo tiene como objetivo medir las actitudes básicas asociadas al riesgo de incurrir en CAR y determinar cuál es la actitud alimentaria de mayor relevancia para el desarrollo de CAR en la población de San Luis Potosí.

Para esta investigación, se aplicó un cuestionario de elaboración propia a una muestra de 406 participantes con edad promedio de 24 años, quienes presumiblemente no presentaban un diagnóstico de TCA. Este cuestionario fue diseñado para evaluar la prevalencia de CAR e identificar los síntomas más comunes de actitudes alimentarias de riesgo (AAR) referentes al atracón, en concordancia con investigaciones previas sobre conductas alimentarias. La difusión del cuestionario se hizo a través de redes sociales.

Posteriormente, las respuestas de los participantes fueron analizadas mediante el enfoque de CIBER (Confidence Interval-Based Estimation of Relevance) con el fin de determinar la relevancia de las AAR en relación con las CAR. Los resul-

tados mostraron que la variable actitudinal determinante para la conducta de automonitoreo fue un puntaje alto en el ítem Tengo miedo a subir de peso. En cuanto a la conducta de hiperfagia, se encontró que el puntaje alto en el ítem Consumo grandes cantidades de comida en poco tiempo desde hace tres meses o más era significativo. Para la conducta de indemnización, fue relevante el puntaje alto en el ítem Percibo mi cuerpo de una manera distinta a como los demás me perciben.

La aproximación CIBER proporciona una comprensión de las conductas alimentarias de riesgo al examinar los elementos básicos que la conforman, lo cual facilita el diseño y desarrollo de intervenciones adecuadas para abordar tanto las CAR como las AAR, mediante el análisis de los elementos de mayor relevancia en una población sin diagnóstico de TCA.

**Palabras clave:** atracón, CIBER, determinantes, actitudes alimentarias de riesgo, conductas alimentarias de riesgo.

## ***Attitudinal determinants of binge-related risk eating behaviors: A study based on the CIBER model***

### **Abstract**

A clinical difficulty is identified in recognizing the basic constituent elements of Risky Eating Behaviors (REB). REB has been identified as subclinical expressions of ED. However, it is considered that there is not enough literature about REB related to binge eating in Mexican population. Therefore, the aim of the present study is to measure the basic attitudes associated with the risk of binge eating and to determine the most relevant eating attitude for the development

**Dirigir toda correspondencia al autor a la siguiente dirección:**

Jesua Iván Guzmán González

jesua.guzman@academicos.udg.mx

RMIP 2024, Vol. 16, Núm. 1, pp. 11-20.

www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx

Derechos reservados ©RMIP

of REB in the population of San Luis Potosí.

A self-developed questionnaire was applied to a sample of 406 participants with an average age of 24 years and presumably free of a diagnosis of ED. The above, in order to assess the occurrence of CAR and the presence of the most common symptoms of risky eating attitudes (REA) related to binge eating according to research on eating behavior. The questionnaire was disseminated through social media. Subsequently, the participants' responses were analyzed through the CIBER (Confidence Interval-Based Estimation of Relevance) approach to determine the relevance of the REA versus the REB. It is identified that the determinant attitudinal variable for self-monitoring behavior is the high score on the item "I am afraid of gaining weight". For hyperphagia behavior, it is the high score on the item "I have been consuming large amounts of food in a short period of time for three months or more". For compensation behavior, it is the high score on the item "I perceive my body differently from how others perceive me".

The CIBER approach provides understanding of risky eating behavior from the basic elements that compose it, allowing the design and development of appropriate interventions for REB and REA by scrutinizing the most relevant elements in population without a diagnosis.

**Keywords:** binge eating, CIBER, determinants, Risky Eating Attitudes, Risky Eating Behavior.

## INTRODUCCIÓN

La neurociencia de la salud es un campo emergente que busca comprender las vulnerabilidades que favorecen la expresión de diversas patologías (Erickson et al., 2014). En particular, respecto a la patología mental, dicha vulnerabilidad resulta de una disfunción en los circuitos neurales subyacentes a la conducta. Esta visión es respaldada por el marco de trabajo de los criterios de dominio de investigación (*Research Domain Criteria*), sobre los cuales se basa el desarrollo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Insel et al., 2010). Existe evidencia que fundamenta esta perspectiva: diversos estudios señalan que el tratamiento psicológico en personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es efectivo debido a los cambios en la estructura cognitiva, los cuales, a su vez, fomentan modificaciones conductuales (Griffiths et al., 2015) que promueven conductas salutogénicas.

La principal teoría desarrollada para explicar este fenómeno es la teoría de la intrusión elaborada del de-

seo (Elaborated Intrusion Theory, EI) (Kavanagh et al., 2005), la cual sugiere que la experiencia del antojo (*craving*) resulta de un ciclo de elaboración mental que se origina en un pensamiento intrusivo. Según esta perspectiva, cuando la persona se encuentra con estímulos emocionales, cognitivos o fisiológicos, se evocan eventos mentales que motivan al individuo a elaborar un pensamiento y crear una categoría mental de la sensación. Esta categoría se encuentra emocionalmente cargada (Bywaters et al., 2004; Holmes y Mathews, 2005). Se cree, por lo tanto, que este fenómeno resulta de una integración de categorías mentales alimentadas por sensaciones somáticas, estímulos externos, experiencias previas y patrones conductuales influenciados por la red de funcionamiento estándar (*Default Mode Network*, DMN) (Barrett, 2016, 2017).

La DMN es una red de proyecciones perceptivas localizada en las cortezas bilaterales, asimétricas en las áreas medial y lateral de los lóbulos parietales, temporal lateral y frontal, inicialmente descritas en estados de reposo y caracterizadas por una disminución de su actividad cuando la corteza frontal está activa (Raichle, 2015). Se ha observado que la activación de la DMN ocurre en estados de evocación pasiva de información, lo cual la convierte en una red de procesamiento autorreferencial y prospectiva (Smallwood et al., 2021), en especial en relación con el contenido del lóbulo temporal (Alderson-Day y Fernyhough, 2015).

Diversos estudios indican que esta red muestra una actividad anómala en casos de bulimia (Domakonda et al., 2019; Stopyra et al., 2019) y anorexia (Cowdrey et al., 2014), así como en episodios de atracón relacionados con el consumo de alcohol (Correas et al., 2016). Estos hallazgos sugieren un factor común dentro de los TCA, donde la hiperactivación de la DMN se asocia con pensamientos intrusivos (Beucke et al., 2014; Whitfield-Gabrieli y Ford, 2012), los cuales podrían estar asociados a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), dado que la literatura identifica los pensamientos intrusivos como elementos constitutivos de las actitudes (Parkinson y Rachman, 1981).

Las CAR son manifestaciones conductuales que constituyen el cuadro sindromático de los TCA (Altamirano-Martínez et al., 2011). Estos signos, si no se abordan de manera adecuada, pueden evolucionar hacia un problema de larga duración y alta cronicidad, ya que suelen pasar inadvertidos debido a su similitud con conductas alimentarias consideradas naturales. Al no ser identificados como un problema, no se les brinda la atención necesaria, lo que conduce a la ausencia de tratamiento (Unikel-Santoncini et al., 2004) y, por tanto, aumenta la probabilidad de desarrollar un TCA.

Esta problemática representa el epicentro de una dificultad observada en la práctica clínica, en la que la mayoría de las investigaciones se han centrado en pacientes con una patología bien establecida y un diagnóstico evidente, y han relegado la exploración profunda de los elementos actitudinales básicos que constituyen los TCA. En este contexto, las CAR se consideran las expresiones iniciales de estos trastornos (Ruiz-Lázaro, 2003).

Hasta el momento, y según nuestro conocimiento, no se dispone de suficiente literatura que aborde las CAR relacionadas con el atracón en población mexicana. Ante esta carencia, el estudio presentado se propone analizar las conductas y actitudes alimentarias de riesgo en una muestra de personas de San Luis Potosí desde un enfoque innovador basado en el análisis actitudinal. El objetivo principal es identificar y comprender qué actitudes alimentarias de riesgo (AAR) se relacionan con las CAR.

El enfoque de estimación de relevancia basado en intervalos de confianza (Confidence Interval-Based Estimation of Relevance, CIBER) es un modelo de análisis de información diseñado para seleccionar las variables sociocognitivas clave en la intervención orientada a lograr un cambio en el comportamiento. Este modelo, propuesto por Crutzen et al. en 2017, emplea la visualización de intervalos de confianza tanto para las medias como para los coeficientes de correlación de todos los determinantes de manera simultánea.

La visualización propuesta por el modelo CIBER permite analizar los intervalos de confianza de las medias en el contexto de la información en bruto. Al diseñar una intervención destinada a modificar un comportamiento, es fundamental identificar los determinantes y subdeterminantes que subyacen a la conducta específica que se busca cambiar. Este proceso comprende varias etapas:

- Elaboración de hipótesis sobre posibles subdeterminantes de la conducta en una población específica.
- Recolección de evidencia a partir de estudios empíricos anteriores.
- Incorporación de perspectivas derivadas de teorías psicológicas.
- Obtención de datos empíricos recientes y específicos sobre la población objetivo.

Toda esta información se integra para establecer cuáles subdeterminantes de la conducta son los más relevantes en el contexto y la población específicos. Este proceso, que demanda tiempo y un análisis detallado, es esencial para diseñar intervenciones efectivas. En este sentido, el modelo CIBER facilita la evaluación simul-

tánea de una gran cantidad de información, y optimiza la identificación de los factores más relevantes (Peters y Crutzen, 2018).

Considerando lo anterior, este trabajo tiene el objetivo de identificar las AAR relacionadas con las CAR.

## METODOLOGÍA

### PARTICIPANTES

Este es un estudio transversal, retrospectivo y de muestreo por conveniencia, en el que participaron 406 sujetos con una edad promedio de 24 años, dentro de un rango de edad de entre 15 y 66 años. La composición por sexo de la muestra fue de 73.15% mujeres y 26.84% hombres. En cuanto al nivel educativo, el 76.8% de los participantes tenían estudios de licenciatura; el 17.9%, de preparatoria; el 4.7%, grado de maestría; y el 0.5%, de doctorado. La muestra total se demostró presuntamente libre de diagnóstico de TCA. El índice de masa corporal (IMC) fue calculado dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado, y utilizando la información proporcionada por los participantes. Según los criterios establecidos por la OMS, el 60.78% de la muestra presentó un IMC correspondiente a normopeso, el 4.67% a bajo peso, y el 24.63% a sobrepeso u obesidad.

El estudio obtuvo el consentimiento informado de los participantes por escrito y se respetó la confidencialidad de los datos, así como el respeto a la dignidad y el bienestar de los participantes durante la recolección de información a través del formulario.

### INSTRUMENTOS

Se aplicó un cuestionario de elaboración propia compuesto por 64 preguntas. De estas, una corresponde al consentimiento informado de los participantes, ocho recopilaron información demográfica, quince evaluaron la práctica de CAR, y cuarenta se destinaron a identificar la presencia de los síntomas más comunes de las AAR referentes al atracón.

Los 40 ítems destinados a medir las AAR referentes al atracón fueron sometidos a un análisis de confiabilidad y resultaron tener un  $\omega$  de Cronbach de 0.928 y un  $\omega$  de McDonald de 0.932. Dado que una fiabilidad superior a .90 puede indicar redundancia en los ítems de un cuestionario, se seleccionaron aquellos con mejores índices de relación ítem-general, con el objetivo de lograr una consistencia interna aceptable ( $> 0.7 < 0.9$ ), según lo recomendado por Campo-Arias y Oviedo (2008). Como resultado, el cuestionario final se redujo a 10 ítems, que alcanzaron un  $\omega$  de Cronbach de 0.848

y un  $\omega$  de McDonald de 0.853, y quedó orientado a medir las actitudes alimentarias de riesgo relacionadas con el atracón.

Con base en el análisis de la literatura, se construyó una escala multifactorial compuesta de cuatro factores: monitoreo, emoción, control de impulsos e hiperfagia. Sin embargo, durante la fase de pilotaje, se encontró una alta relación entre los factores de emoción y control de impulsos, lo que llevó a combinarlos en un único factor denominado “indemnización”.

El análisis factorial confirmatorio y exploratorio realizado mediante el método *half-split* mostró resultados satisfactorios, con un índice de ajuste comparativo (CFI) de 0.982, un índice de Tucker-Lewis (TLI) de 0.975 y un error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de 0.0469.

Los ítems 1: Suelo comer hasta sentirme atascado, 6: Consumo grandes cantidades de comida en poco tiempo por lo menos una vez a la semana, y 13: Suelo tener atracones en la noche, corresponden al factor de hiperfagia.

Los ítems 17: Después de comer me siento culpable, 30: Después de comer mucho pienso que no soy suficiente como persona, y 34: La comida se ha vuelto un tema problemático en mi vida, corresponden al factor de automonitoreo.

Los ítems 22: Cuando me siento triste, como aunque no tenga hambre, 26: Si siento que una emoción se apodera por completo de mí, busco tranquilizarme con comida, 27: Cuando tengo una emoción muy fuerte, como, y 28: Como cuando siento que no puedo controlar mis sentimientos, corresponden a indemnización.

Para una revisión más detallada de estos resultados, se puede consultar la tesis publicada por Horta-Lomelí y Guzmán-González (2023).

## ANÁLISIS DE DATOS

La relevancia de las actitudes alimentarias relacionadas con el atracón frente a las CAR se procesa mediante el análisis de las respuestas de los participantes utilizando el enfoque CIBER. Para ello, se empleó el paquete CIBER en el software Jamovi (The jamovi project, 2022). La gráfica generada por el modelo CIBER está compuesta de dos paneles que contienen las preguntas utilizadas para medir los subdeterminantes, las escalas de respuesta, la puntuación de cada participante y los intervalos de confianza. La línea horizontal de ambos paneles corresponde al eje X y la línea vertical, al eje Y. En el panel izquierdo, el eje X muestra la información derivada de las respuestas de los participantes en los ítems usados para identificar los subdeterminantes.

Los diamantes representan el intervalo de confianza (CI) para la media, que es del 99.99%. Detrás de estos, los puntos grises reflejan las respuestas individuales. En el eje Y están las siglas que identifican cada ítem analizado, correspondientes a los factores de riesgo evaluados.

En el panel derecho, el eje X muestra el tipo de asociación de los ítems con la variable general. Si el diamante está ubicado por encima del puntaje 0, indica una correlación positiva; si está por debajo de 0, revela una correlación negativa. Los diamantes representan los coeficientes de correlación con un CI del 95%. Al igual que en el panel izquierdo, el eje Y muestra las siglas de los ítems analizados.

El color de los diamantes indica la fuerza de la asociación entre los ítems o variables y las AAR. Las asociaciones más fuertes están representadas por colores más intensos, mientras que las asociaciones débiles se reflejan en tonos grisáceos. Además, el color azul señala una media más alta, en tanto que el color rosado, una media más baja. La intensidad del color significa puntuaciones más extremas.

## RESULTADOS

### DESCRIPTIVOS

La muestra total estuvo compuesta por 406 participantes con una edad promedio de 24 años y un rango de edad de entre 15 y 66 años. En cuanto a la composición por sexo, el 73.15% fueron mujeres y el 26.84%, hombres. En relación con el nivel educativo, el 76.8% de los participantes tenían estudios de licenciatura, el 17.9% de preparatoria, el 4.7% de maestría y el 0.5% de doctorado. Respecto al IMC, calculado según los criterios de la OMS, el 60.78% (287 participantes) presentó un IMC normal, el 4.67% (19), uno bajo, y el 24.63% (100), uno alto.

**Tabla 1**  
**Descriptivos conductas alimentarias de riesgo**

Ítem	$\bar{x}$	$\sigma$	Media	RIC
Consumo grandes cantidades de comida en poco tiempo desde hace tres meses o más (gcct)	0.30	0.46	0.00	1.00
Cuando como mucho, tomo algo para sentirme mejor (cmt)	0.22	0.42	0.00	0.00
Cuando me siento lleno, tomo algo para sentirme más ligero (llta)	0.08	0.28	0.00	0.00
Después de comer, hago algo para quemar las calorías consumidas (qcc)	0.34	0.48	0.00	1.00
Después de comer, hago algo para evitar subir de peso (hesp)	0.30	0.46	0.00	1.00
Tras un atracón, hago más ejercicio de lo normal para quemar las calorías consumidas (ame)	0.27	0.45	0.00	1.00
Tengo miedo a subir de peso (smp)	0.65	0.47	1.00	1.00
Percibo mi cuerpo de una manera distinta a como los demás me perciben (pcd)	0.53	0.49	1.00	1.00
He dejado de comer por periodos largos (dcpl)	0.29	0.46	0.00	1.00
Consumo menos calorías de las que necesito (mcan)	0.12	0.33	0.00	0.00
Consumo menos comida de la que necesito (mcon)	0.15	0.36	0.00	0.00
Prefiero quedarme con hambre (pqh)	0.13	0.34	0.00	0.00
Constantemente me salto comidas (csc)	0.25	0.44	0.00	1.00
Tengo periodos de ayuno constante (pac)	0.29	0.46	0.00	1.00

Nota:  $\sigma$  = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico.

En la tabla 2 se muestran los puntajes obtenidos en los ítems seleccionados por su bondad de ajuste para formar el cuestionario de AAR referente al atracón y cuyas respuestas fueron analizadas en la sección de instrucciones.

**Tabla 2**  
**Descriptivos actitudes alimentarias de riesgo**

Ítem	$\bar{x}$	$\sigma$	Media	RIC
Suelo comer hasta sentirme atascado	2.30	0.79	2.00	1.00
Consumo grandes cantidades de comida en poco tiempo por lo menos una vez a la semana	2.45	0.99	2.00	1.00
Suelo tener atracones en la noche	2.07	0.99	2.00	2.00
Después de comer, me siento culpable	2.13	1.18	2.00	2.00
Después de comer mucho, pienso que no soy suficiente como persona	2.16	1.13	2.00	2.00
La comida se ha vuelto un tema problemático en mi vida	1.90	0.99	2.00	2.00
Cuando me siento triste, como aunque no tenga hambre	1.93	1.00	2.00	2.00
Si siento que una emoción se apodera por completo de mí, busco tranquilizarme con comida	1.83	1.02	1.00	2.00
Cuando tengo una emoción muy fuerte, como	1.69	1.14	1.00	1.00
Como cuando siento que no puedo controlar mis sentimientos	2.15	1.27	2.00	2.00

Nota:  $\sigma$  = desviación estándar; RIC = rango intercuartílico.

### ANÁLISIS CIBER

En la figura se puede observar el análisis de CIBER. En el panel derecho, los diamantes de color morado corresponden al automonitoreo; los de color verde, a la hiperfagia; y los de color amarillo, a la indemnización. Comenzando por el automonitoreo, mostrado en color morado, el análisis revela que la variable determinante que funge como factor de riesgo es el puntaje alto en el ítem Tengo miedo a subir de peso. Para la hiperfagia, representada en color verde, el análisis señala que la variable determinante que equivale al factor de riesgo es el puntaje alto en el ítem Consumo grandes cantidades de comida en poco tiempo desde hace tres meses o más. Para la indemnización, en color amarillo, el análisis evidencia que la variable determinante que simboliza el factor de riesgo es el puntaje alto en el ítem Percibo mi cuerpo de una manera distinta a como los demás me perciben.

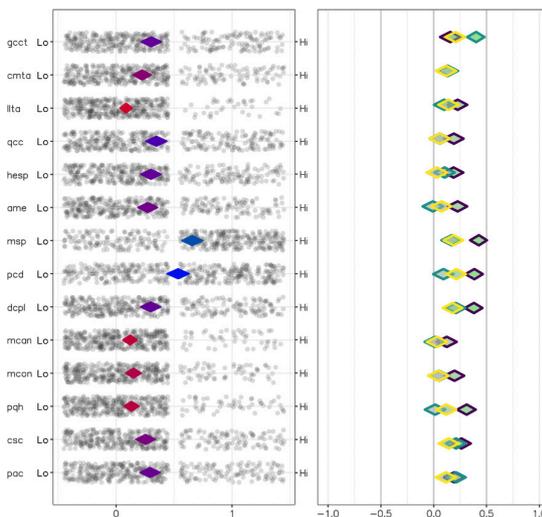


Figura. Se puede observar la varianza explicada ( $r^2$ ) de cada una de las dimensiones de las AAR con las CAR. El monitoreo tiene un  $r^2 = .33|.48$ , la hiperfagia un  $r^2 = .19|.34$  y una indemnización una  $r^2$  de  $.08|.21$ .

En el panel izquierdo de la gráfica, los diamantes rosados representan respuestas con medias bajas, mientras que los azules indican respuestas con medias altas. En el panel derecho, los mismos ítems muestran diamantes que reflejan asociaciones positivas cuando están posicionados por encima de 0.0 y asociaciones negativas cuando se encuentran por debajo de 0.0. Esto significa que puntajes bajos en el ítem *gact* implican una determinación en el desarrollo de CAR relacionadas con el atracón. Por otro lado, los puntajes altos en *msp* y *pcd* también suponen una relación determinante en el desarrollo de estas conductas.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue analizar y determinar las AAR relacionadas con las CAR. Sin embargo, la escala CAR utilizada se compuso de tres dimensiones relativamente independientes. Por esta razón, la discusión se estructurará en función de las AAR asociadas a cada subdimensión de las CAR.

Para la primera dimensión, la del automonitoreo, la actitud determinante fue el ítem Tengo miedo a subir de peso. Con base en la interpretación de la teoría de la EI (May et al., 2012), este hallazgo resulta comprensible al considerar las características de la población de estudio. Dicha teoría sugiere que las señales de saciedad deben estar vinculadas principalmente a las sensaciones fisiológicas de satisfacción del hambre más que a otras señales externas. No obstante, una posible interpretación del ítem es que las personas en esta población tienden a utilizar la retroalimentación física del peso corporal como una guía para detenerse de comer, en vez de confiar en las señales interoceptivas de saciedad, que son más inmediatas. Esto implica que la regulación de la alimentación se basa más en la percepción “parecer subida de peso” que en las sensaciones fisiológicas relacionadas con la saciedad. Este comportamiento constituye una CAR, debido a que se sigue la señal incorrecta para regular la alimentación.

La regulación alimentaria deficiente, asociada a habilidades de automonitoreo pobres, suele depender de estímulos externos, como la cantidad de comida servida en el plato o los horarios culturalmente establecidos. Se ha documentado que esta dependencia de señales externas se aprende desde la infancia. El manejo alimentario proporcionado a los niños por los cuidadores principales puede clasificarse en estrategias abiertas y cerradas. En las primeras, el control alimentario es ejercido de forma explícita, como prohibir alimentos o pedir al niño que deje de comer. En las segundas, el control es ejercido de manera implícita, como ofrecer alimentos que los cuidadores consideran saludables sin que el niño perciba restricción.

Las estrategias abiertas representan un riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias desinhibidas, ya que enseñan a los niños a regular su ingesta con estímulos externos, en lugar de hacerlo a partir de las propias señales de hambre y saciedad (Jarman et al., 2015). Esto podría constituir el factor inicial que fomenta esta regulación conductual desadaptativa.

El miedo a subir de peso, como determinante del automonitoreo, ha demostrado ser un fuerte predictor de dietas restrictivas en los jóvenes. En adolescentes latinoamericanas, el deseo de estar más delgadas es un determinante principal, mientras que, en las españolas, el miedo a ganar peso es el predictor más relevante (Cruz-Sáez et al., 2013). Este miedo se origina en un paradigma cultural que asocia la delgadez con el éxito y la felicidad, y el peso alto, con el fracaso y la flojera (Hernández et al., 2012). Dicho estigma cultural es un factor de riesgo para el desarrollo de CAR y TCA (Almeida et al., 2010). Además, algunos estudios han encontrado que los adultos que presentan CAR y TCA suelen haber sido niños expuestos a la discriminación o al estigma del peso. Este estigma genera un temor persistente hacia el aumento de peso, ya que implica enfrentar comentarios negativos, burlas y discriminación social (Pont et al., 2017). Emociones negativas como la culpa y la vergüenza, asociadas al peso y a la imagen corporal, correlacionan de manera positiva con episodios de hiperfagia, independientemente del peso real de la persona (Craven y Fekete, 2019). Aunque estas emociones están vinculadas a los TCA, se requiere más investigación para comprender cómo las variables biológicas, como hormonas y genes, interactúan en esta relación.

Se ha descrito la trayectoria inestable de afectos negativos como la culpa, específicamente en episodios de alta ingesta (Schaefer et al., 2020). Berg et al. (2013) encontraron que, en una muestra de sujetos con diagnóstico de bulimia, los sentimientos de culpa, resultado de la distorsión en el automonitoreo, persisten durante los episodios de atracón. En contraste, otros efectos negativos, como la tristeza, el miedo y la hostilidad, tienden a disminuir. Por un lado, niveles bajos de automonitoreo se asocian a una insensibilidad hacia los propios procesos viscerales y cognitivos. Por otro, los niveles altos de automonitoreo se relacionan con sentimientos de culpa y vergüenza, en especial hacia el propio cuerpo. En este contexto, el *body checking* o revisión corporal, se identifica como CAR vinculada al automonitoreo. Solomon-Krakus y Sabis-ton (2017) encontraron una correlación positiva y significativa entre el *body checking* y la culpa respecto al propio cuerpo y peso, tanto en hombres como en mujeres.

La práctica de ejercicio y la restricción alimentaria motivadas por el deseo de modificar peso y figura son otras

CAR que tienen que ver con el automonitoreo, ya que estas conductas suelen implicar altos niveles de culpa. Calogero y Pina (2011) concluyen que, aunque la culpa puede motivar cambios positivos, como llevar una dieta balanceada y la práctica regular de ejercicio, cuando estas conductas están motivadas por la culpa hacia la propia imagen corporal o el peso tienden a ser perjudiciales para la salud. Además, los intentos de perder peso mediante dietas restrictivas y conductas asociadas se vinculan con un deterioro general en la salud.

Para la segunda dimensión, la de hiperfagia, la actitud determinante de mayor relevancia fue la del ítem Consumo grandes cantidades de comida en poco tiempo desde hace tres meses o más. Interpretado desde la teoría de la EI, este ítem sugiere que las personas consumen más alimento del necesario sin atender adecuadamente las señales de saciedad, y que su ingesta está guiada de manera principal por la necesidad de obtener un estímulo placentero. Esta actitud es reconocida como un factor significativo para la obesidad en personas con atracón (Lowe et al., 2019), al asociarse no solo con dificultades para inhibir el deseo de comer, sino también con baja planificación y deficiencias en el automonitoreo. Estas distorsiones en el automonitoreo son frecuentes en personas con síndromes alimentarios, como lo plantea la teoría de la EI (May et al., 2012).

Este fenómeno también se ha reportado en sujetos adultos con episodios de hiperfagia, en quienes se altera la regulación alimentaria basada en el equilibrio homeostático y el principio hedónico (Berridge et al., 2010). De manera similar, Jarman et al. (2015) identifican que la alimentación puede ser regulada por señales externas, como la terminación de los alimentos servidos en el plato o la presencia de otras personas comiendo en el mismo espacio.

Por último, para la dimensión de indemnización, la actitud determinante es el ítem Percibo mi cuerpo de una manera distinta a como los demás me perciben. Este fenómeno refleja que, cuando existe una distorsión entre la percepción del propio cuerpo y cómo se cree que otros lo perciben, puede surgir la indemnización de la alimentación, la cual se refiere a los procesos compensatorios que se activan como respuesta a afectos negativos, especialmente en situaciones de regulación emocional fallida o desadaptativa. Ante la imposibilidad de lograr una autorregulación emocional efectiva, las personas pueden recurrir a mecanismos compensatorios para manejar los episodios de afectos negativos. Este proceso ha sido relacionado con la distorsión de la imagen corporal y el desarrollo de CAR y TCA.

Factores como los comentarios sobre el peso y la figura, la sobrevaloración cultural de la delgadez y la constante presión social para cumplir con normas estéticas con-

tribuyen significativamente a la insatisfacción corporal (Striegel-Moore y Bulik, 2007). Sin embargo, es necesario profundizar en esta variable para determinar si la distorsión en la percepción corporal conduce a la indemnización o si, por el contrario, es el síndrome alimentario el que genera la creencia de que otros perciben el cuerpo de una manera distinta a como lo hace la propia persona. Un análisis de CIBER realizado en Bélgica con una muestra de niños y adolescentes diagnosticados con obesidad encontró que las variables de control emocional y la sensibilidad a la recompensa eran los subdeterminantes con mayor asociación a la alimentación emocional y la alimentación externa, respectivamente (Vervoort et al., 2020). En comparación, el estudio que aquí se presenta tiene diferencias importantes con la investigación de Vervoort et al. Mientras que estos autores trabajaron con una muestra de sujetos infantiles y adolescentes con diagnóstico de obesidad, este trabajo se centró en adultos sin diagnóstico de TCA. Además, las variables analizadas en el estudio belga corresponden a funciones ejecutivas y sensibilidad a la recompensa, en tanto que este trabajo aborda AAR relacionadas con la manifestación de las CAR y los TCA, tal como se reporta en la literatura.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias, dada la similitud metodológica y la limitada literatura existente sobre análisis CIBER aplicado a la conducta alimentaria, los hallazgos de Vervoort et al. (2020) son relevantes y enriquecen la comprensión de las variables asociadas a las CAR. Con base en la teoría de la EI (Kavanagh et al., 2005), este análisis describe el ciclo de desarrollo de un pensamiento intrusivo hasta convertirse en una experiencia consciente del antojo (*craving*). Según esta teoría, los pensamientos intrusivos son activados por señales cognitivas, emocionales y fisiológicas asociadas a la comida. Estos pensamientos, percibidos como espontáneos, se elaboran de manera inconsciente.

La teoría de la IE plantea que la hiperfagia se mantiene tanto por conductas automáticas aprendidas como por respuestas conscientes ante experiencias de antojo subjetivo. Comprender los procesos cognitivos que vinculan desencadenantes situacionales fisiológicos, pensamientos intrusivos e imágenes elaboradas resulta indispensable para el desarrollo de intervenciones que redirijan la atención consciente hacia las conductas automáticas y, así, promuevan decisiones funcionales respecto al consumo alimentario.

En este estudio se analizaron los procesos cognitivos que predisponen a las personas a incurrir en las CAR de hiperfagia, automonitoreo e indemnización. Las actitudes identificadas como determinantes suelen manifestarse como pensamientos intrusivos que, según la teoría de la IE, se elaboran hasta convertirse en acciones motivadas por el deseo, sostenidas por una carga emocional significativa.

Los determinantes actitudinales básicos de las CAR, al ser identificados, pueden utilizarse para diseñar intervenciones efectivas en personas sin un diagnóstico formal de TCA. En este sentido, un determinante de mayor relevancia se define como el nodo principal sobre el cual se debe intervenir para modificar una conducta de manera eficaz.

El objetivo de este trabajo fue identificar dichos nodos relevantes y desarrollar estrategias tanto de prevención como de intervención, que promueven mejoras significativas en la calidad de vida de las personas. Además, esta investigación representa una de las primeras aplicaciones del enfoque CIBER en población mexicana y la primera en utilizarlo para evaluar conducta alimentaria adulta, según nuestro conocimiento.

Los resultados ofrecen herramientas valiosas para la detección temprana de AAR y el diseño de intervenciones efectivas, lo que expande el conocimiento sobre las CAR. Específicamente, contribuye al entendimiento de la prevención e intervención de las CAR y los TCA en la población potosina.

Entre las limitaciones identificadas, se encuentra que la información fue recabada a partir de un cuestionario autoaplicable. Aunque esto refleja de manera confiable la percepción de los participantes, carece de precisión en ciertos datos, como peso, talla y frecuencia de las CAR. Además, aunque la población estudiada en teoría se consideró libre de alteraciones relativas al TCA, no se realizó una evaluación clínica previa ni se aplicaron cuestionarios complementarios de conducta alimentaria. Por lo tanto, no es completamente preciso asegurar que todos los participantes estuvieron libres de estas alteraciones.

## CONCLUSIÓN

Los hallazgos del estudio destacan la asociación entre alteraciones emocionales, como la inhibición de estados emocionales adversos, y las CAR, que se consolidan como un factor de riesgo importante en el desarrollo de TCA. En ese sentido, la novedosa aproximación del enfoque CIBER aporta conocimientos invaluable para el diseño de intervenciones efectivas dirigidas tanto a las CAR como a las AAR. Este método permite identificar y analizar con precisión los elementos más relevantes en poblaciones sin un diagnóstico clínico, lo que amplía las posibilidades de prevención e intervención temprana. La detección temprana es crucial en los estadios subclínicos de los TCA, ya que previene tanto la progresión hacia un TCA plenamente establecido como el mantenimiento de CAR en el largo plazo. Esto resulta fundamental para evitar el malestar psicológico y el deterioro de la calidad de vida asociados con estas conductas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alderson-Day, B. y Fernyhough, C. (2015). Inner speech: Development, cognitive functions, phenomenology, and neurobiology. *Psychological Bulletin*, 141(5), 931–965. <https://doi.org/10.1037/bul0000021>
- Almeida, L., Savoy, S. y Boxer, P. (2010). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*, 278–292. <https://doi.org/10.1002/jclp.20749>
- Altamirano-Martínez, M. B., Vizmanos-Lamotte, B. y Unikel-Santoncini, C. (2011). *Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México*.
- Barrett, L. F. (2016). The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, nsw154. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchell, J. E. y Wonderlich, S. A. (2013). *Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in women with bulimia nervosa*. <https://doi.org/10.1037/a0029703>
- Berridge, K. C., Ho, C. Y., Richard, J. M. y DiFeliceantonio, A. G. (2010). *The tempted brain eats: pleasure and desire circuits in obesity and eating disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2010.04.003>
- Beucke, J. C., Sepulcre, J., Eldaief, M. C., Sebold, M., Kathmann, N. y Kaufmann, C. (2014). Default mode network subsystem alterations in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 205(5), 376–382. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.137380>
- Bywaters, M., Andrade, J. y Turpin, G. (2004). Determinants of the vividness of visual imagery: The effects of delayed recall, stimulus affect and individual differences. *Memory*, 12(4), 479–488. <https://doi.org/10.1080/09658210444000160>
- Calogero, R. M. y Pina, A. (2011). Body guilt: Preliminary evidence for a further subjective experience of self-objectification. *Psychology of Women Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/0361684311408564>
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev. Salud Pública*, 10(5), 831–839.
- Correas, A., Cuesta, P., López-Caneda, E., Rodríguez Holguín, S., García-Moreno, L. M., Pineda-Pardo, J. A., Cadaveira, F. y Maestú, F. (2016). Functional and structural brain connectivity of young binge drinkers: a follow-up study. *Scientific Reports*, 6(1), 31293. <https://doi.org/10.1038/srep31293>
- Cowdrey, F. A., Filippini, N., Park, R. J., Smith, S. M. y McCabe, C. (2014). Increased resting state functional connectivity in the default mode network in recovered anorexia nervosa. *Human Brain Mapping*, 35(2), 483–491. <https://doi.org/10.1002/hbm.22202>
- Craven, M. P. y Fekete, E. M. (2019). *Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students*. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.03.002>

- Crutzen, R., Ygram-Peters, G. J. y Nuijen, J. (2017). *Using confidence interval-based estimation of relevance to select social-cognitive determinants for behavior change interventions*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00165>
- Cruz-Sáez, M. S., Salaberria, K., Rodríguez, S. y Echeburúa, E. (2013). Imagen corporal y realización de dieta: diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Universitas Psychologica*, 699–708. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.icrd>
- Domakonda, M. J., He, X., Lee, S., Cyr, M. y Marsh, R. (2019). Increased functional connectivity between ventral attention and default mode networks in adolescents with bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.09.433>
- Erickson, K. I., Creswell, J. D., Verstynen, T. D. y Gianaros, P. J. (2014). Health neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 446–453. <https://doi.org/10.1177/096372141414549350>
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B. y Touyz, S. (2015). *The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.22353>
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M. y Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5829>
- Holmes, E. A. y Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5(4), 489–497. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.4.489>
- Horta-Lomelí, N. y Guzmán-González, J. I. (2023). *Análisis de las determinantes de las actitudes alimentarias de riesgo en población potosina*. Universidad Marista de San Luis Potosí.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. y Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Jarman, M., Ogden, J., Inskip, H., Lawrence, W., Baird, J., Cyrus, C., Robinson, S. y Barker, M. (2015). *How do mothers manage their preschool children's eating habits and does this change as children grow older? A longitudinal analysis*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.008>
- Kavanagh, D. J., Andrade, J. y May, J. (2005). Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion Theory of Desire. *Psychological Review*, 112(2), 446–467. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.446>
- Lowe, C. J., Reichelt, A. C. y Hall, P. A. (2019). The prefrontal cortex and obesity: A health neuroscience perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(4), 349–361. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.01.005>
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, D. J. y Hetherington, M. (2012). Elaborated intrusion Theory: A Cognitive-Emotional Theory of Food Craving. *Current Obesity Reports*, 1(2), 114–121. <https://doi.org/10.1007/s13679-012-0010-2>
- Parkinson, L. y Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3(3), 101–110. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(81\)90008-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(81)90008-4)
- Peters, G.-J. Y. y Crutzen, R. (2018). Establishing determinant importance using CIBER: An introduction and tutorial. *Eur. Health Psychol.*, 20(1), 484–494. <https://doi.org/https://doi.org/10.31234/osf.io/5wjy4>
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R. y Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
- Raichle, M. E. (2015). The brain's default mode network. *Annual Review of Neuroscience*, 38(1), 433–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030>
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 31(2), 85–94.
- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Anderson, L. M., Cao, L., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Peterson, C. B. y Wonderlich, S. A. (2020). *The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study*. <https://doi.org/10.1037/abn0000517>
- Smallwood, J., Bernhardt, B. C., Leech, R., Bzdok, D., Jefferies, E. y Margulies, D. S. (2021). The default mode network in cognition: a topographical perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 22(8), 503–513. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00474-4>
- Solomon-Krakus, S. y Sabiston, C. M. (2017). *Body checking is associated with weight- and body-related shame and weight- and body-related guilt among men and women*. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.08.005>
- Stopyra, M. A., Simon, J. J., Skunde, M., Walther, S., Bendszus, M., Herzog, W. y Friederich, H.-C. (2019). Altered functional connectivity in binge eating disorder and bulimia nervosa: A resting-state fMRI study. *Brain and Behavior*, 9(2), e01207. <https://doi.org/10.1002/brb3.1207>
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). *Risk factors for eating disorders*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- The jamovi project (2022). *The jamovi project* (2.3).
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. y Carreño-García, S. (2004). *Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*.
- Vervoort, L., Naets, T., De Guchteneere, A., Tanghe, A. y Braet, C. (2020). *Using confidence interval-based estimation of relevance to explore bottom-up and top-down determinants of problematic eating behavior in children and adolescents with obesity from a dual pathway perspective*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104676>
- Whitfield-Gabrieli, S. y Ford, J. M. (2012). Default mode network activity and connectivity in psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 49–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143049>

Recibido: 12 de octubre de 2023

Última revisión: 18 de septiembre 2024

Aceptado: 24 de octubre de 2024