

TESIS FORMATO FINAL - CANEPA Y ECHEGARAY.docx

 Universidad de Piura

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::28727:443833030

Fecha de entrega

29 mar 2025, 1:10 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 mar 2025, 1:13 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS FORMATO FINAL - CANEPA Y ECHEGARAY.docx

Tamaño de archivo

571.8 KB

56 Páginas

15.900 Palabras

88.776 Caracteres




15% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report


- ▶ Bibliography
- ▶ Small Matches (less than 10 words)

Top Sources

- 14%  Internet sources
- 5%  Publications
- 11%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

1 Integrity Flag for Review

-  **Hidden Text**
2 suspect characters on 1 page
Text is altered to blend into the white background of the document.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

- 14% Internet sources
- 5% Publications
- 11% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	repositorio.upao.edu.pe	1%
2	Internet	pirhua.udep.edu.pe	<1%
3	Internet	repositorio.urp.edu.pe	<1%
4	Internet	www.researchgate.net	<1%
5	Submitted works	Universidad Peruana Cayetano Heredia on 2024-07-01	<1%
6	Internet	revista.cinzel.com.co	<1%
7	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.upeu.edu.pe	<1%
10	Internet	riuma.uma.es	<1%
11	Internet	repositorio.une.edu.pe	<1%

12	Submitted works	Universidad Europea de Madrid on 2024-12-02	<1%
13	Internet	docplayer.es	<1%
14	Internet	repositorio.uc.cl	<1%
15	Internet	1library.co	<1%
16	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2016-06-21	<1%
17	Submitted works	Universidad Privada del Norte on 2024-09-20	<1%
18	Internet	www.coursehero.com	<1%
19	Submitted works	Universidad Inca Garcilaso de la Vega on 2018-07-19	<1%
20	Internet	scielo.isciii.es	<1%
21	Internet	es.slideshare.net	<1%
22	Internet	hdl.handle.net	<1%
23	Internet	www.slideshare.net	<1%
24	Submitted works	Ilerna Online Blackboard on 2025-02-07	<1%
25	Submitted works	Universidad Peruana Cayetano Heredia on 2024-07-12	<1%

26	Submitted works	Universidad de Deusto on 2021-05-07	<1%
27	Internet	revistas.uma.es	<1%
28	Submitted works	Pontificia Universidad Catolica del Peru on 2020-07-04	<1%
29	Internet	repositorio.uct.edu.pe	<1%
30	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
31	Submitted works	Unviersidad de Granada on 2019-12-08	<1%
32	Internet	docta.ucm.es	<1%
33	Submitted works	Universidad Peruana Cayetano Heredia on 2024-09-24	<1%
34	Submitted works	Universidad de Guayaquil on 2025-01-27	<1%
35	Submitted works	Universidad Internacional de la Rioja on 2022-06-12	<1%
36	Publication	Jaimes Soncco, Jania Elizabeth. "Relacion entre comprension lectora y atribucione..."	<1%
37	Submitted works	Universidad Rey Juan Carlos on 2025-03-07	<1%
38	Submitted works	Universidad de las Islas Baleares on 2022-09-30	<1%
39	Internet	inudiindex.inudi.edu.pe	<1%

40	Internet	repositorio.unab.edu.pe	<1%
41	Internet	www.scielo.br	<1%
42	Internet	core.ac.uk	<1%
43	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
44	Submitted works	Universidad Ricardo Palma on 2023-04-25	<1%
45	Internet	es.biomedicalhouse.com	<1%
46	Internet	revistavirtual.ucn.edu.co	<1%
47	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2024-02-07	<1%
48	Submitted works	Universidad San Ignacio de Loyola on 2019-05-29	<1%
49	Internet	adicciones.es	<1%
50	Internet	conspiracionesynoticiasactuales.blogspot.com	<1%
51	Internet	repositorio.uigv.edu.pe	<1%
52	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
53	Internet	ruja.ujaen.es	<1%

54	Submitted works	UNIBA on 2025-01-09	<1%
55	Submitted works	Universidad Privada Antenor Orrego on 2024-11-24	<1%
56	Internet	repositorio.unh.edu.pe	<1%
57	Publication	Jose Navarro-Partida, Francisco J. Santa-Cruz-Pavlovich, Andrés J. Bolaños-Chang, ...	<1%
58	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2023-07-10	<1%
59	Internet	fdocuments.es	<1%
60	Internet	ojs.ciipme-conicet.gov.ar	<1%
61	Internet	repositorio.autonoma.edu.pe	<1%
62	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
63	Internet	repositoriobibliotecas.uv.cl	<1%
64	Publication	Racine, Sarah E., and Shelby J. Martin. "Exploring divergent trajectories: Disorder-..."	<1%
65	Submitted works	Universidad Loyola Andalucia on 2018-07-10	<1%
66	Submitted works	Unviersidad de Granada on 2017-06-01	<1%
67	Internet	aprenderly.com	<1%

68	Internet	biblioteca.konradlorenz.edu.co	<1%
69	Internet	imagenesbibliotecacentral.minhap.gob.es	<1%
70	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
71	Internet	riull.ull.es	<1%
72	Internet	www.scribd.com	<1%
73	Internet	www.udep.edu.pe	<1%
74	Submitted works	UNIBA on 2025-03-27	<1%
75	Submitted works	Universidad Europea de Madrid on 2021-05-24	<1%
76	Submitted works	Universidad Internacional de la Rioja on 2025-03-06	<1%
77	Submitted works	Universidad Nacional Federico Villarreal on 2024-12-24	<1%
78	Submitted works	Universidad de las Islas Baleares on 2024-09-20	<1%
79	Internet	eprints.ucm.es	<1%
80	Internet	repositorio.comillas.edu	<1%
81	Publication	Iwona Nowakowska, Anna Zarazińska. " What is important for you makes you thi...	<1%

82	Publication	Richard H. Fulmer. "'Don't save her'– Sigmund Freud meets Project Pat: The rescu...	<1%
83	Submitted works	Universidad Católica de Santa María on 2024-12-23	<1%
84	Submitted works	Universidad Cesar Vallejo on 2022-07-13	<1%
85	Submitted works	Universidad Europea de Madrid on 2023-10-17	<1%
86	Submitted works	Universidad Loyola Andalucia on 2018-06-20	<1%
87	Submitted works	Universidad San Ignacio de Loyola on 2019-12-02	<1%
88	Submitted works	Universidad Santo Tomas on 2021-06-04	<1%
89	Submitted works	Unviersidad de Granada on 2017-06-03	<1%
90	Internet	creativecommons.org	<1%
91	Internet	kalstein.eu	<1%
92	Internet	mindfuleatingmexico.com	<1%
93	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
94	Internet	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
95	Internet	repositorio.upn.edu.pe	<1%

96 Internet

repository.usta.edu.co <1%

97 Submitted works

utn on 2024-11-18 <1%



UNIVERSIDAD
DE PIURA

FACULTAD DE HUMANIDADES

19 **Relación entre las dimensiones de la impulsividad y las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana**

Tesis para optar el Título de

Psicólogo

Paolo Cánepa Lay

María José Eche garay Camacho

Resumen

La adultez temprana representa una etapa de vulnerabilidad para desarrollar conductas de riesgo alimentario (CAR), cuya prevalencia está en aumento a nivel global. El objetivo principal de la investigación fue establecer la relación entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR en estudiantes de una universidad privada de Lima; además de ahondar en la relación entre las dimensiones de la impulsividad y los factores de las CAR. El diseño de la investigación fue no experimental, transversal y de alcance correlacional. La muestra final fue de 303 estudiantes universitarios (170 mujeres y 133 hombres), con una media de 20.1 años, pertenecientes a siete carreras diferentes. Se administraron distintos cuestionarios, como el UPPS-P de Lynam et al. en su forma breve en español para identificar las dimensiones de la impulsividad; y el EAT-26 de Gandarillas et al., para la medición de las CAR. Ambos fueron adaptados al contexto peruano con jueces expertos. El análisis de datos fue descriptivo e inferencial. Se aceptó la hipótesis nula, con una ausencia de una relación significativa entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR; sin embargo, en los resultados más resaltantes, se evidencia una correlación inversa baja entre la dimensión Urgencia Negativa y las CAR ($r = -.196$); y entre Urgencia Negativa y Dieta ($r = .214$). Adicionalmente, el 19.5% de los participantes presentó un nivel alto de CAR, es decir, tienen una alta probabilidad de padecer un TCA. Existe presencia de CAR en hombres y mujeres, pero con diferencias significativas entre ambos sexos, con mayores puntuaciones en mujeres.

52

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son condiciones psiquiátricas serias asociadas a un nivel de mortalidad elevado. Los datos de incidencia y prevalencia provienen en su mayoría de Europa y Norteamérica, basados en la previa concepción de estas patologías como propias de mujeres jóvenes de nivel socioeconómico alto. Sin embargo, la evidencia actual demuestra que los TCA son más comunes de lo pensado, sin importar el género o el nivel socioeconómico. En cuanto a la región de Latinoamérica, se hallan tasas mayores de bulimia nerviosa y trastorno por atracón que en Europa y Norteamérica (Kolar et al., 2016).

Los TCA pueden convertirse en una condición crónica si no se detectan o intervienen a tiempo. La presencia de conductas alimentarias de riesgo (en adelante, CAR) es un factor o predictor importante para el desarrollo de estas patologías. Los rasgos de personalidad también constituyen predictores significativos, destacándose entre ellos la impulsividad. Estudios que consideran la impulsividad como un rasgo de personalidad multidimensional investigan su relación con diferentes CAR, principalmente la dimensión de “Urgencia Negativa” con conductas purgativas.

La etapa de la adultez temprana destaca por los niveles elevados de impulsividad exhibidos, lo que se refleja en comportamientos como la búsqueda constante de nuevas experiencias y la toma de decisiones arriesgadas. Los hábitos adquiridos durante este periodo tienen un impacto a largo plazo, ya que suelen consolidarse y mantenerse con el tiempo, moldeando conductas y estilos de vida. Por ello, esta etapa juega un papel esencial en los patrones de conducta que pueden influir en el bienestar general a lo largo de la vida.

44

La presente investigación pretende determinar la relación entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR en una muestra de estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana, abordando así una temática poco explorada en el contexto nacional. Busca complementar los fundamentos teóricos existentes y aportar datos actualizados sobre la prevalencia de las CAR en los adultos jóvenes. El estudio busca proporcionar información relevante, herramientas útiles para futuras investigaciones, y aumentar la visibilidad de un problema creciente en los ámbitos académico y social.

18

Capítulo I: Planteamiento y delimitación del problema

54

1.1 Formulación del problema

Se estima que uno de cada cinco estudiantes universitarios presentan alteraciones en su salud mental (Sagarduy et al., 2011). La creciente prevalencia, incidencia y mortalidad de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) convierten a estos en un material de interés para la salud pública y la investigación clínica. En los TCA, las conductas orientadas a la ingesta de alimentos se ven alteradas, desde la restricción en la anorexia nerviosa, hasta conductas compensatorias en la bulimia nerviosa. Los individuos con diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan un mayor riesgo de intentos suicidas y peor calidad de vida a comparación de la población general e individuos con otras condiciones psiquiátricas (Barakat et al., 2023). Los TCA presentan una tendencia a la cronicidad que empeora a medida que se prolonga el tiempo de detección. Un estudio realizado por Hamilton et al. (2021) muestra que hay un promedio de 5.2 años entre el inicio de las CAR y la búsqueda de tratamiento especializado.

46

Resulta importante distinguir entre un TCA y las CAR, mientras el primero implica un diagnóstico psiquiátrico regido según los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013); las CAR son síntomas aislados, los cuales se manifiestan en menor magnitud y frecuencia (Pereira y Alvarenga, 2007). Las CAR se caracterizan por conductas tales como los atracones, conductas restrictivas (dietas y ayunos), conductas purgativas (vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos) y otros métodos inadecuados empleados con el fin de controlar el peso corporal (Pereira y Alvarenga, 2007). Estos patrones de alimentación impactan la salud incluso sin un diagnóstico formal y muestran una relación inadecuada con la comida.

Hablar sobre conductas de riesgo implica que existen conductas alimentarias normativas. La capacidad de mantener una dieta balanceada que cumpla con los requisitos nutricionales, una actitud positiva sobre la comida evitando etiquetas como comidas “dañinas” o “malas” y flexibilidad dependiendo de los niveles de hambre que presente el individuo, resumen las características de una conducta alimentaria normal. Sin embargo, el aumento global de personas con CAR puede influir en la percepción de estas como aceptables y desalentar la exploración de tratamientos disponibles (Pereira y Alvarenga, 2007).

12 En un análisis de revisión sistemática de la prevalencia de los TCA mundial entre el año 2000-2018, se halló que la prevalencia a lo largo de la vida fue del 8,4 % para mujeres y del 2,2 % para hombres. Los resultados además muestran que la prevalencia ha aumentado en el tiempo. Las medias ponderadas de prevalencia en el período 2000-2006 fueron del 3,5%, pasando a ser del 7,8% en el 2013-2018 (Galmiche et al., 2019). La presencia de conductas purgativas ha incrementado en muestras de mujeres y hombres, con 4% de prevalencia en los últimos tres meses para mujeres de una muestra comunitaria (Striegel-Moore et al., 2009).

Estudios epidemiológicos más recientes encuentran tasas de prevalencia mayores de bulimia nerviosa y trastorno por atracón en Latinoamérica que en las regiones de Europa o Norteamérica, siendo de 3.53% y 1.16% respectivamente (Kolar et al., 2016). Swanson et al. (2011) encuentran que adolescentes hispano americanas presentan mayores tasas de bulimia nerviosa que adolescentes de otros grupos étnicos. Las tasas de CAR en hogares de ingresos medio-bajo han incrementado y hay un aumento en las dietas extremas y conductas de purga en varones (Mitchinson et al., 2014).

28 La situación en Lima Metropolitana y Callao es alarmante, con un 6% de adolescentes presentando una tendencia a desarrollar problemas alimentarios. Las conductas como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, hiperactividad física y asumir dietas rigurosas se realizan por esta población con el fin de controlar el propio peso. Son más prevalentes entre las mujeres (7.1%) que entre los hombres (4.9%). Las conductas bulímicas alcanzan un 1,6% entre las mujeres y 0,3% entre los hombres en Lima Metropolitana y Callao (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017).

En una encuesta nacional realizada por el MINSAL et al. (2015), se determinó que durante el periodo 2012-2013, de los jóvenes varones y mujeres de 20 a 29 años, el 30.7% presentaba sobrepeso, el 9.9% obesidad, el 57.5% mantenía un estado nutricional normal y, finalmente, menos del 2% sufría de delgadez. Cabe recalcar que los porcentajes son mayores en la zona urbana que en la rural. Asimismo, a pesar de que en la zona urbana existe una mayor tendencia a sufrir de problemas alimenticios, en las áreas rurales también se presenta un porcentaje importante (MINSAL, 2015).

El desarrollo de un TCA está vinculado a un número de variables desde socioculturales a biológicas y genéticas, seguidas por factores psicológicos. Comprender la contribución de estas variables es indispensable para identificar a grupos en riesgo y realizar programas de prevención (Barakat et al., 2023). Los modelos teóricos actuales describen correlaciones entre

los factores psicológicos y los TCA, incluyendo que los rasgos de personalidad pueden actuar como factores de predisposición y factores de riesgo. También, detallan cómo estos rasgos impactan sobre el pronóstico de recuperación de los trastornos (Farstad et al., 2016).

En los estudios de los rasgos individuales que predisponen a una persona hacia un mayor riesgo de presentar alguna patología alimentaria, se resalta el rol de la impulsividad (Bénard et al., 2018; Van Blyderveen et al., 2016; Farstad et al., 2016). El constructo de impulsividad forma parte de las principales teorías de personalidad y ha sido relacionado a síntomas de psicopatología y conductas de riesgo a lo largo de décadas (Cándido et al., 2012). La impulsividad es incluso uno de los criterios diagnósticos más comunes en el DSM-5 (APA, 2013). Dentro del contexto de investigación en psicología, se llega a un consenso sobre la impulsividad como un constructo multifacético (Cyders et al., 2007; Whiteside y Lynam, 2001; Barratt, 1994). Existen diferentes modelos teóricos explicativos sobre la impulsividad, siendo el de Whiteside y Lynam (2001) uno de los más destacados.

Las CAR se pueden presentar en cualquier etapa del desarrollo. Sin embargo, las investigaciones señalan la adultez temprana como un grupo particularmente propenso a iniciar con estas conductas de riesgo (Pearson et al., 2015). Distintos estudios encuentran porcentajes significativos de estudiantes universitarios con una variedad de CAR (Lavender et al., 2010; Quick y Byrd-Bredbenner, 2013). En el caso del estudio realizado por Quick y Byrd-Bredbenner (2013), un tercio de la muestra de estudiantes universitarios realizan conductas compensatorias para controlar su peso y figura. Sus resultados postulan que la prevalencia de las CAR en la adultez temprana está incrementando.

Dentro del campo de la investigación de los TCA, los principales estudios longitudinales y modelos teóricos se centran en muestras compuestas mayoritariamente por mujeres norteamericanas. Distintos autores reconocen la limitación de la generalización de estos datos (Halbeisen et al., 2022; Striegel-Moore et al., 2009; Luce et al., 2008).

La evidencia presentada resalta la complejidad y gravedad de los TCA y las CAR, subrayando su impacto en la salud mental y física de diversas poblaciones, incluyendo a los adultos jóvenes. Si bien los estudios han progresado en identificar factores asociados, como la impulsividad, aún persiste la necesidad de explorar cómo interactúan en contextos socioculturales específicos, como el de los estudiantes universitarios en Lima Metropolitana. Esto permitirá comprender mejor la relación existente entre estas conductas y factores de

personalidad, abriendo paso a nuevas investigaciones que amplíen el conocimiento en poblaciones diversas y representativas.

1.2 Pregunta del problema

1.2.1 Pregunta general

¿Existe relación entre las dimensiones de la impulsividad y las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?

1.2.2 Preguntas específicas

1. ¿Cuál es el nivel de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?
2. ¿Existen diferencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?
3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Urgencia Negativa” de la impulsividad y los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?
4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Falta de Premeditación” de la impulsividad y los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?
5. ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Falta de Perseverancia” de la impulsividad y los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?
6. ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Búsqueda de Sensaciones” de la impulsividad y los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?
7. ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Urgencia Positiva” de la impulsividad y los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana?

1.3. Delimitación de objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer la relación entre las dimensiones de la impulsividad y las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

1.3.2 *Objetivos específicos*

1. Determinar el nivel de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
5. Comparar las diferencias de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
5. Analizar la relación entre la dimensión “Urgencia Negativa” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
4. Analizar la relación entre la dimensión “Falta de Premeditación” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
5. Analizar la relación entre la dimensión “Falta de Perseverancia” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
1. Analizar la relación entre la dimensión “Búsqueda de Sensaciones” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
3. Analizar la relación entre la dimensión “Urgencia Positiva” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
1. Analizar la relación entre la dimensión “Urgencia Positiva” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
16. Analizar la relación entre la dimensión “Urgencia Positiva” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

1.4 Justificación

La presente investigación tiene diferentes propósitos, iniciando por el nivel teórico. Se busca ampliar y complementar las investigaciones que exploran la relación entre la impulsividad y las CAR, especialmente en países de habla hispana. La literatura científica a nivel nacional que relaciona ambas variables es escasa y limitada, enfocándose en una población adolescente. No obstante, la etapa de adultez temprana se postula como un periodo crucial en la identificación de las CAR. La investigación complementará los postulados teóricos existentes sobre las dimensiones de la impulsividad y sus asociaciones a las CAR en una muestra de estudiantes universitarios.

Esta investigación además busca ampliar los postulados teóricos existentes, brindando una visión más completa de cómo las distintas dimensiones de la impulsividad se asocian con las CAR, específicamente en una muestra de estudiantes universitarios en Lima, Perú.

Asimismo, al llevarse a cabo con una población de estudiantes universitarios, se pretende dar un enfoque nuevo que explore cómo estas variables se interrelacionan en un contexto académico y cultural específico, siendo una área poco abordada en la investigación nacional.

78 En el ámbito práctico, el presente estudio permitirá explorar la relación entre las dimensiones de la impulsividad y los CAR. En particular, la dimensión Urgencia Negativa ha sido ampliamente estudiada a nivel internacional en relación a las CAR purgativas, como atracones. Sin embargo, las asociaciones entre las cuatro dimensiones de la impulsividad restantes y las CAR han sido menos exploradas y no existen investigaciones nacionales que las vinculen. Este vacío en la literatura nacional constituye una de las principales motivaciones de la investigación. En adición, el estudio permitirá evidenciar la prevalencia de las CAR en los estudiantes universitarios limeños, un fenómeno cuyo aumento es cada vez más notable a nivel mundial; a pesar de ello, en el contexto peruano, faltan datos actualizados que permitan conocer la magnitud de este problema, lo que hace urgente contar con cifras confiables.

4
89
9 Por último, desde el ámbito metodológico, este estudio ofrece un aporte relevante al adaptar dos instrumentos a la población peruana: la versión corta en español de Cándido et al. (2012) de la escala UPPS-P (Lynam et al., 2006) que mide las dimensiones de la impulsividad; y la versión en español de Gandarillas et al. (2003) del *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) (Garner et. al., 1982), un cuestionario que evalúa las CAR. Estas adaptaciones buscan superar las limitaciones de las versiones estandarizadas, que a menudo no consideran el contexto cultural y social del país, lo cual podría afectar la precisión de los datos. Al adecuar estos instrumentos no solo se logrará una mayor calidad en la información recogida en este estudio, sino que también se facilitará que futuras investigaciones utilicen estas herramientas validadas en esta población.

En resumen, este estudio busca contribuir significativamente en la literatura científica nacional, aportando datos valiosos sobre la relación de dos variables relevantes y la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo entre los universitarios en Lima. Los hallazgos no sólo enriquecerán la comprensión sobre el tema, sino que también servirán de base para futuras investigaciones, respondiendo así a una necesidad urgente en el contexto actual.

1.5 Limitaciones

30 Las características no significativamente representativas de la muestra con respecto al resto de la población de estudiantes universitarios entre las edades de 18 a 25 años en Lima Metropolitana son una limitación. La muestra está compuesta por estudiantes de una

universidad privada, un factor sociodemográfico que podría afectar los resultados obtenidos. Ante esta realidad, la muestra es seleccionada considerando la accesibilidad de los participantes.

La siguiente limitación radica en la reducida cantidad de estudios a nivel nacional que relacionan ambas variables. Supone una limitación en la profundidad y análisis que se pueda hacer dentro del contexto peruano.

Por otro lado, el instrumento de impulsividad UPPS-P ha sido utilizado en poblaciones de adolescentes en el Perú, mas no en poblaciones universitarias. Además, no cuenta con baremos definidos para esta población.

Finalmente, los instrumentos empleados para la medición de las variables, dimensiones de impulsividad y las CAR, son de autorreporte. El sesgo por la aceptabilidad social puede influir en la veracidad y consistencia de las respuestas recolectadas.



59

Capítulo II: Marco teórico y contextual

2.1 Marco de antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

El estudio de Jáuregui-Lobera y Santiago (2017) revisa la relación entre las CAR y la impulsividad en España. La muestra fue compuesta por 178 hombres con una edad media de 20 años. La investigación fue de tipo correlacional y transversal, utilizando diferentes instrumentos. Para la medición de la impulsividad, Jáuregui-Lobera y Santiago (2017) utilizaron la Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11) de Patton et al. (1995). Para medir las CAR se utilizó el *Eating Attitudes Test-40* (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979), con opciones de respuesta Likert del 0-6. Adicionalmente, se recogieron datos de índice de masa corporal (IMC) de los participantes. El IMC de los participantes se calculó recogiendo los datos de peso y talla, empleando la fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$.

Este estudio demostró correlaciones entre el EAT-40 con algunos ítems de la Escala de Barratt, sugiriendo una vinculación entre la impulsividad y las CAR que aparece incluso en participantes no clínicos. Los ítems de la Escala de Barratt que demostraron mayor correlación con el EAT-40 corresponden a las subescalas de Impulsividad Motora e Impulsividad Cognitiva. En el caso de la subescala de Impulsividad Motora, los coeficientes Rho se situaban desde 0,480 ($p < 0,01$) hasta 0,343 ($p < 0,05$). En el caso del ítem 6 (“Soy una persona con autocontrol”), la correlación fue significativa y negativa con un coeficiente Rho de - 0,456 ($p < 0,01$).

Los autores observan que los participantes con puntuaciones superiores al punto de corte sugerido en el EAT-40 manifiestan diferencias significativas respecto a ítems de la Escala de Barratt a comparación de los participantes con puntuaciones por debajo de éste. Jáuregui-Lobera y Santiago (2017) postulan la impulsividad como un posible rasgo predictivo de las CAR.

En el 2020, Shope y colaboradores realizaron una investigación correlacional y transversal en universidades de Estados Unidos y Canadá. Se centró en buscar las asociaciones entre las CAR y las dimensiones de impulsividad Urgencia Negativa y Urgencia Positiva en mujeres y hombres.

Se utilizaron diversos instrumentos de autorreporte para evaluar las CAR, entre ellos el *Eating Pathology Symptoms Inventory* (EPSI) de Forbush et al. (2013), el *Loss of Control*

20

79

91

64 *Eating Scale* (LOCES) de Latner et al. (2014) y el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) de Fairburn y Beglin (1994). Las CAR evaluadas fueron los atracones, pérdida de control al comer y preocupación sobre la comida.

88 Sólo se consideraron las dimensiones Urgencia Negativa y Urgencia Positiva descritas dentro de la escala UPPS-P, el instrumento de medición para la impulsividad, ya que de acuerdo a Fischer et al. (2008), las dimensiones de impulsividad restantes en la escala tienden a mostrar asociaciones débiles y poco consistentes con las CAR. El estudio presenta dos muestras diferentes de estudiantes universitarios norteamericanos con fines comparativos. Ambas muestras de hombres y mujeres reportaron un nivel moderado de Urgencia Negativa y Urgencia Positiva; así como conductas alimentarias de riesgo. El análisis de estadísticos descriptivos muestra correlaciones moderadas entre Urgencia Negativa, Urgencia Positiva y las CAR.

La asociación entre la Urgencia Negativa y las CAR en la muestra 1 es de 0,31 ($p < 0,05$), mientras que en la muestra 2 es de 0,57 ($p < 0,05$). Al considerar la variable de sexo, Shope et al. (2020) encuentran que las asociaciones no varían en significancia. El 15% de participantes obtuvieron puntajes clínicamente significativos en las distintas escalas de medición para las CAR. Posteriormente, en el análisis de estadística multivariada las investigadoras resaltan la Urgencia Negativa como el mayor factor predictivo de las CAR.

77 Lundahl y coautores (2015) llevaron a cabo una investigación en Estados Unidos con una muestra de 1223 universitarios. Se focalizó en encontrar las diferencias de sexo en la relación entre la impulsividad y las CAR. Se evaluó la impulsividad utilizando la Escala de Impulsividad de Barrat (Patton et al., 1995). Por otro lado, el instrumento utilizado que midió las CAR fue el EAT- 26 de Garner et al. (1982). Se aplicaron 16 ítems de los 26, los cuales miden la autopercepción del cuerpo, conductas de dieta, conciencia acerca de los contenidos de los alimentos y preocupación acerca de la comida.

Al explorar la diferencia en las subescalas de impulsividad según sexo, el tamaño del efecto fue significativo. Los hombres obtuvieron puntajes mayores en todas las subescalas de impulsividad dentro de la Escala BIS-11, con un $\eta^2 = 0,012$ representando un tamaño de efecto pequeño.

Confirmaron la primera hipótesis de investigación, la cual esperaba encontrar presencia de CAR en ambos sexos. La diferencia en las escalas del EAT según sexo fue significativa, con las mujeres reportando mayores puntajes que los hombres en todas las dimensiones ($\eta^2 = 0,066$)

y obteniendo un tamaño de efecto pequeño a mediano. Además, se encontraron asociaciones entre ciertas dimensiones de la impulsividad y las CAR. La impulsividad atencional se relaciona con una percepción alterada de la figura corporal, mayor participación en dietas y una mayor preocupación acerca de la comida en ambos grupos. La mayor atención dedicada a temas relacionados a la figura corporal y comida debilitan el nivel atencional en otras áreas. La impulsividad motora se relaciona con una percepción negativa de la figura corporal y preocupación acerca de la comida en mujeres y hombres.

La investigación de Lundahl et al. (2015) clarifica las relaciones existentes entre diferentes dimensiones de la impulsividad con CAR, permitiendo especificar las hipótesis de investigación de la presente investigación. Adicionalmente, los hallazgos de este estudio evidencian que las CAR también afectan a los hombres en la etapa universitaria, pero en menor proporción que a las mujeres.

32 El siguiente antecedente es el estudio realizado por Castro-Zamudio y Castro-Barea (2016) titulado “Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de secundaria”.

20 Los autores plantean como objetivo determinar si la impulsividad y la búsqueda de sensaciones se pueden considerar factores asociados a actitudes y comportamientos característicos de los TCA afines a la anorexia y bulimia nerviosa. La investigación fue de tipo 8 relacional, observacional y transversal. La muestra estuvo compuesta por 300 estudiantes entre los 12 y 20 años de centros educativos en Málaga, España; 136 varones y 164 mujeres. La medición de la variable impulsividad se realizó con la validación española del BIS-11. Para la 68 evaluación de búsqueda de sensaciones se aplicó la validación española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS-V) de Pérez y Torrubia (1986). Finalmente, se emplearon tres instrumentos para medir los síntomas de anorexia y bulimia nerviosa: el EAT-26 de Garner et al. (1982), el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-II) de Garner (1991) y 27 Test de Bulimia Revisado (BULIT-R) de Berrios-Hernández et al. (2007).

Los resultados ilustran que los participantes con puntuaciones altas en el BIS-11 y SSS-V alcanzan puntajes superiores al punto de corte en los tres instrumentos que miden síntomas de TCA. Asimismo, encuentran una correlación lineal positiva y significativa entre los síntomas purgativos de los TCA y las puntuaciones del BIS-11. El estudio obtiene resultados que están

en línea con las previas investigaciones, resaltando la relación existente entre comportamientos afines a la bulimia nerviosa con la impulsividad y búsqueda de sensaciones.

La investigación liderada por Zhan et al. (2020) en Estados Unidos estudia cómo las CAR, las creencias sobre la alimentación y las creencias relacionadas al ejercicio cambian en el primer año de la universidad. Fue de tipo correlacional, observacional y longitudinal. Una muestra representativa de alumnos de primer año de la universidad fue encuestada en tres diferentes instancias: al finalizar la secundaria, en el primer semestre de la universidad y al terminar el segundo semestre. Las edades oscilaban entre los 17 a y los 20 años. Los autores plantearon variables demográficas y psicológicas (autoestima dependiente de la apariencia y aprobación externa) como predictores concurrentes y prospectivos de las variables de estudio.

La medición de la autoestima se realizó con la escala Contingencies of Self-Worth (CSW) de Crocker et al. (2003). Sólo se consideraron las subescalas de apariencia y aprobación para los análisis finales. La medición de las CAR se realizó con el EAT-26 de Garner et al. (1982). La medición de creencias relacionadas al ejercicio se realizó con el Compulsive Exercise Test (CET) de Taranis y Meyer (2011), utilizando las dos subescalas de Avoidance and Rule-Driven Exercise y Weight-Control Exercise. Finalmente, los participantes informaron sobre el promedio de horas de ejercicio realizado por semana en el último mes en una pregunta abierta.

Los resultados muestran que no hubo una variación drástica en las conductas y creencias alimentarias de riesgo durante la transición a la universidad. Sin embargo, los autores destacan que la tendencia a ejercitarse para evitar emociones negativas aumentó en esta transición. Dentro de la muestra, las creencias alimentarias de riesgo tienen mayor prevalencia que las CAR. No hubo diferencia en la presentación de las CAR según el sexo; no obstante, las mujeres presentaron más creencias alimentarias de riesgo como el miedo exagerado a tener sobrepeso y la culpa experimentada tras comer que los hombres.

Las investigaciones internacionales anteriores se centran en poblaciones no clínicas, particularmente muestras de estudiantes universitarios. A continuación, se incluyen estudios realizados en contextos clínicos que muestran la relación entre ambas variables de estudio.

Bardone-Cone et al. (2016) estudian las dimensiones de la impulsividad usando el modelo UPPS-P en relación a la recuperación de trastornos alimenticios. El estudio se lleva a cabo en Estados Unidos, reclutando a una muestra selecta de pacientes de una clínica privada

especializada en adolescentes. La muestra final fue de 96 participantes. En adición, la muestra control consistió en 67 alumnos de psicología de una universidad privada.

66
4
La medición de las dimensiones de impulsividad se realizó con la escala UPPS-P. En el estudio, los coeficientes Alfa de las dimensiones fueron los siguientes: Urgencia Negativa (.92), Falta de Premeditación (.89), Falta de Perseverancia (.85) y Búsqueda de Sensaciones (.88). La entrevista clínica estructurada del DSM-IV (1993) se empleó para determinar el estado de recuperación del trastorno alimenticio. Se recolectaron datos del IMC de las participantes en la muestra clínica y el Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) para la medición de las CAR. Dentro de la muestra clínica: 53 participantes presentaban un trastorno alimenticio activo, 15 participantes presentaban recuperación parcial y 20 participantes presentaban recuperación total. Bardone-Cone y colegas (2010) establecen la recuperación total de un trastorno alimenticio como un conjunto de diferentes criterios: tener un IMC superior a 18.5, no reportar conductas alimentarias de riesgo en los últimos tres meses (atracones, vómitos autoinducidos, restricción alimentaria) y puntuar por debajo del rango “alto” en cada escala del EDE-Q.

31
Ambos grupos fueron comparados en las dimensiones de la impulsividad mencionadas anteriormente usando un análisis multivariado (MANCOVA) y análisis de covariación (ANCOVA). Los resultados señalan que los participantes con recuperación total presentaban niveles de Urgencia Negativa similares al grupo control. Las restantes dimensiones de impulsividad distinguían los grupos con menor eficacia. Los resultados promueven la distinción de Urgencia Negativa como la dimensión de impulsividad con mayor relevancia para la recuperación de los TCA, particularmente en individuos con historial de atracones y/o vómitos autoinducidos.

2.1.2. Antecedentes nacionales

La investigación realizada por Gonzáles (2018) es la única a nivel nacional que relaciona ambas variables de investigación. La investigación fue correlacional, transversal y de asociación simple. Se encuestó a 200 estudiantes usando el EAT-26 para determinar el riesgo de padecer TCA y el BIS-11 para la medición de la impulsividad.

86
Los análisis reflejan que el 32% de la muestra presenta riesgo a padecer de un TCA; asimismo, el 43% obtuvieron resultados correspondientes a un nivel alto de impulsividad. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de TCA y el nivel de

impulsividad. También, se concluye que el riesgo de TCA y el sexo no presentaron relación estadística significativa. Gonzáles (2018) recomienda la ejecución de programas de consejería sobre TCA para poder detectar conductas de riesgo de manera precoz y realizar una investigación más profunda para distinguir los niveles de impulsividad.

Los resultados significativos impulsan a futuras investigaciones a ahondar sobre la replicabilidad de los resultados en diferentes muestras. Asimismo, Gonzáles (2018) contribuye a literatura existente que demuestra la importancia de no omitir a varones dentro de investigaciones en el campo de TCA, evidenciando que no se encuentran diferencias significativas en cuanto al riesgo de padecer de una patología alimentaria entre géneros.

Los siguientes estudios a nivel nacional profundizan sobre la presencia de CAR y prevalencia de TCA en el Perú.

Palpán et al. (2007) se centra en evaluar los factores asociados a los TCA en adolescentes de Lima Metropolitana, además de brindar normas de interpretación para diversos instrumentos de autorreporte. La muestra de 180 alumnos de secundaria comprendía edades entre los 14 y 18 años. Entre los instrumentos aplicados, Palpán et al. (2007) se centran en obtener normas de interpretación del EAT-26 de Garner y Garfinkel (1979). La adaptación a la población de adolescentes peruanos es la primera que brinda una clasificación a nivel nacional. Se advierte que las mujeres muestran una mayor prevalencia de síntomas de TCA (25.6%) en comparación con los hombres (19.4%). Asimismo, al comparar los resultados obtenidos por las mujeres y hombres, los valores indican que existen diferencias significativas en la presencia de síntomas de TCA para estos grupos

En el 2017, Ponce et al. realizaron un estudio centrado en la presencia de TCA dentro de una muestra de estudiantes universitarios cursando la carrera de Medicina. Los autores se enfocan en la carrera por las altas cifras reportadas entre estudiantes de la misma en antecedentes internacionales. Encuestaron a 440 estudiantes de Medicina de primer año usando la adaptación al español del EAT-26 de Gandarillas et al. (2003).

Los resultados de Ponce et al. (2017) reflejan que en la muestra, 10,1% de estudiantes universitarios de la carrera de medicina puntuaron por encima del punto de corte establecido de 20 puntos, mostrando un probable diagnóstico de TCA. La proporción de un diagnóstico probable de TCA fue ligeramente mayor en las mujeres. Sin embargo, los autores destacan que esta proporción no es significativa, atribuyendo el resultado al tamaño de la muestra.

25 En el 2020, Vallejos-Saldarriaga y Vega-Gonzales ejecutaron una investigación descriptiva, correlacional y transversal, en la que estudiaron a 146 estudiantes de la carrera de Nutrición en una universidad privada de Lima. El estudio buscó establecer la relación entre la satisfacción con la vida y la presencia de TCA; y el instrumento de medición para síntomas de TCA fue la versión española del EAT-26 desarrollada por Gandarillas et al. (2003). En los resultados, se encontró que el 15,8% de estudiantes presentó una alta posibilidad de padecer un TCA, obteniendo puntajes por encima del punto de corte del instrumento. Asimismo, los estudiantes dentro de este grupo de puntajes elevados en el EAT-26 presentaron menor grado de satisfacción con la vida que el resto de la muestra.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Impulsividad

27 **2.2.1.1. Definiciones.** Dentro de las teorías de la personalidad, subsisten pocos constructos tan centrales y frecuentemente mencionados como el de la impulsividad. Las definiciones tradicionales postulan la impulsividad como unidimensional, enfocándose en conductas realizadas sin pensar, la búsqueda de sensaciones o la incapacidad de completar tareas asignadas (Evensen, 1999). Los teóricos dedicados al estudio de la personalidad plantean definiciones que sirven como un punto de partida para los modelos actuales. Eysenck (1993) sostiene que la impulsividad se caracteriza por conductas de riesgo no planificadas y la toma rápida de decisiones. Dickman (1990) propone que el rasgo distintivo es el actuar con menos premeditación que individuos con el mismo nivel de escolaridad y/o conocimiento. Posteriormente, Dickman (1990) añade la falta de inhibición como otro componente distintivo.

Para autores como L'Abate (1993) este patrón de comportamiento es el resultado de un contexto familiar donde el niño aprende a reaccionar inmediatamente para obtener lo deseado. Moeller et al. (2001) postulan una de las definiciones contemporáneas más conocidas de la impulsividad: una predisposición de un individuo a realizar acciones rápidas ausentes de planificación sin considerar las consecuencias negativas que trae para él mismo o los demás. Al hablar de predisposición, se entiende que la impulsividad forma parte de un patrón de comportamiento y no se reduce a una acción aislada.

Desde una perspectiva biológica, la impulsividad demuestra una dificultad en inhibir un impulso potencialmente riesgoso para el individuo o su entorno (Chamberlain y Sahakian,

2007). Estas definiciones variadas señalan el uso de la impulsividad como un término “sombrija” que engloba distintos significados dependiendo del autor.

2.2.1.2 Modelos teóricos de la impulsividad. En la actualidad, diversos autores reconocen que una comprensión multidimensional permite diferenciar adecuadamente los rasgos constituyentes de la impulsividad y presentan diferentes modelos teóricos para describirlos.

Whiteside y Lynam (2001) se basan en el modelo Big Five de la personalidad para introducir las dimensiones de la impulsividad. Los modelos de personalidad con cinco factores son más recomendados por su mayor especificidad y validez de constructo (Lynam et al., 2006). A diferencia de anteriores modelos de personalidad, el Big Five brindaba el terreno adecuado para las variadas conceptualizaciones de impulsividad. Tras un factor de análisis exploratorio, Lynam et al. (2006) se centran en las siguientes dimensiones: Urgencia Negativa, Falta de Premeditación, Falta de Perseverancia, Búsqueda de Sensaciones y Urgencia Positiva.

El modelo UPPS-P de Lynam et al. (2006) describe cinco dimensiones. La primera, Urgencia Negativa, se refiere a las reacciones ante estados afectivos negativos que experimenta el individuo; Falta de Premeditación, está relacionada con la capacidad para tomar decisiones considerando las posibles consecuencias; Falta de Perseverancia, implica la capacidad de un individuo de conservarse motivado en tareas tediosas o exigentes. La Búsqueda de Sensaciones es la inclinación hacia actividades nuevas o que involucran cierto riesgo y finalmente, la Urgencia Positiva, está relacionada con las reacciones impulsivas ante estados afectivos positivos.

Lynam et al. (2006) enfatizan que estas dimensiones no se tratan de variaciones de impulsividad sino de procesos psicológicos diferentes que conducen a individuos a comportarse sin considerar las posibles consecuencias negativas.

Los individuos que presentan una tendencia a reaccionar de manera precipitada y con comportamientos riesgosos ante la vivencia de emociones negativas puntúan alto en la subescala Urgencia Negativa (Wonderlich et al., 2004). La Urgencia Negativa destaca especialmente en las CAR comúnmente relacionadas a la bulimia nerviosa (Bénard et al., 2018) y es la dimensión de la impulsividad más estudiada en relación a las CAR como atracones, ingesta emocional y conductas compensatorias (Wonderlich et al., 2004).

Barratt (1994) es pionero en el planteamiento de la impulsividad como un constructo multidimensional. Barratt (1994) y sus colaboradores (Patton et al., 1995; Stanford y Barratt, 1992) incluyen información del modelo médico, modelo psicológico, modelo conductual y el modelo social. El Modelo de la Impulsividad de Barratt (1994) distingue tres dimensiones: la motora, la cognitiva y la falta de planificación. La dimensión de impulsividad motora explica la tendencia a actuar de improviso y la perseverancia, la impulsividad cognitiva o atencional mide la capacidad de concentrarse en diversas tareas y la falta de planificación incluye el autocontrol (Patton et al., 1995).

Por otra parte, el Modelo de Dickman (1990) propone dos dimensiones de la impulsividad basadas en su observación sobre las consecuencias positivas y negativas que resultan del constructo. Diferencia la impulsividad funcional, atribuida a la tendencia de actuar sin una planificación previa cuando es asociada con el entusiasmo y la búsqueda de novedad. En contraste, la impulsividad disfuncional es observable para las personas externas y percibida como desorganización, con una tendencia a ignorar hechos al momento de tomar decisiones.

Finalmente, Eysenck y Eysenck (1978) destacan dos componentes dentro de la variable impulsividad. El primer componente lo denominan atrevimiento, el cual se relaciona con la extraversión y el segundo es impulsividad, vinculado al factor de Psicoticismo. Los autores amplían la teoría incluyendo la empatía como un tercer componente para el desarrollo de su cuestionario de impulsividad (Eysenck y Eysenck, 1978).

2.2.1.3. Impulsividad y psicopatología. Al encontrar que diferencias individuales en la impulsividad guardan relación con conductas socialmente desviadas, la impresión general sobre las conductas impulsivas es negativa (Stanford et al., 2009). La impulsividad es un criterio diagnóstico presente en la descripción de diferentes trastornos de la quinta edición del DSM-V (APA, 2013), como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno límite de la personalidad, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de personalidad antisocial, entre otros (Stanford et al., 2009).

La asociación entre la impulsividad y estos trastornos mencionados anteriormente se debe parcialmente a la conceptualización del término impulsividad, incluyendo siempre la falta de inhibición conductual. Moeller et al. (2001) argumentan que la investigación psicológica y biológica es limitada por las categorías diagnósticas presentes en el DSM-5. Los investigadores pueden beneficiarse más de un aproximamiento dimensional que uno categórico, pero se

necesitan más estudios sobre la respuesta al tratamiento de la impulsividad (Moeller et al., 2001).

2.2.1.4. Funciones ejecutivas e impulsividad. El conjunto de habilidades que hacen posible la regulación de la conducta orientada a objetivos es denominado Funciones Ejecutivas (FEs). Existen tres habilidades que aparecen con mayor frecuencia en la literatura dedicada al estudio de FEs: Flexibilidad cognitiva, Memoria de trabajo y Control inhibitorio (Zelazo et al., 2016). Las FEs se localizan principalmente en la corteza prefrontal ayudan al control o ajuste del comportamiento del ser humano cuando las demandas ambientales lo exigen (Ardila y Ostrosky-Solis, 2008).

El estudio de las FEs en el ser humano en las últimas décadas incluye diferentes pruebas neuropsicológicas, pero la relación encontrada entre las medidas de autorreporte de impulsividad con las pruebas neuropsicológicas de FEs varía según los estudios, típicamente encontrado una correlación baja entre ellas (Friedman et al., 2020). La evidencia actual indica que las medidas de autorreporte de impulsividad y las FEs pueden enfocarse en diferentes aspectos de la autorregulación (Friedman et al., 2020). Las bajas correlaciones se pueden atribuir a cuestiones metodológicas y conceptuales (Barkley y Fischer, 2011).

2.2.1.5. Instrumentos que miden la impulsividad. La medición de la impulsividad bajo una comprensión multidimensional se reduce a dos instrumentos de autorreporte principales. En una revisión de literatura reciente realizada por Hook et al. (2021) destacan la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) de Patton et al. (1995) y la Escala UPPS-P de Lynam et al. (2006) por sus propiedades psicométricas y validez. La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) de Patton et al. (1995) se compone por 20 ítems y tres dimensiones: El segundo instrumento es la Escala UPPS-P de Lynam et al. (2006), constituida por cinco dimensiones y 20 reactivos.

El Cuestionario de Impulsividad de Eysenck y Eysenck (1978) es una escala de autorreporte que mide tres dimensiones: atrevimiento, empatía e impulsividad. Cada dimensión está compuesta por 23 ítems con un total de 69 ítems para el Cuestionario completo. Por otro lado, el Inventario de Impulsividad de Dickman (1990) cuenta con 23 reactivos separados en dos dimensiones, 11 ítems para la impulsividad funcional y 12 para la impulsividad disfuncional.

Tabla 1*Teorías, modelos y bases, instrumentos y dimensiones de impulsividad*

Año	Modelo	Autor	Base	Instrumento	Dimensiones
2001	Modelo UPPS-P	Lynam et al.	Costa y McCrae 1990	Escala UPPS-P	Urgencia Negativa, Falta de Perseverancia, Falta de Premeditación, Búsqueda de sensaciones y Urgencia Positiva
1994	Modelo de la Impulsividad de Barratt	Barratt	Barratt, 1965	Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11	Impulsividad Motora, Impulsividad Atencional y Falta de Planificación
1978	Modelo de Eysenck	Eysenck y Eysenck	Eysenck y Zuckerman, 1978	Cuestionario de Impulsividad de Eysenck	Atrevimiento, Empatía e Impulsividad
1990	Modelo de Dickman	Dickman	Dickman, 1985	Inventario de Impulsividad de Dickman	Impulsividad Funcional e Impulsividad Disfuncional

Tabla 2*Definición conceptual y operacional de las dimensiones de impulsividad*

Definición conceptual	<p>Se define la impulsividad como un constructo multidimensional que incluye dimensiones diferentes y separables (Lynam et al., 2006).</p> <p>Las dimensiones postuladas por los autores Lynam et al. (2006) son cinco. En primer lugar, la Urgencia Negativa describe la inclinación a actuar de manera impulsiva frente a emociones negativas. La Falta de Premeditación es la propensión a actuar sin considerar las posibles consecuencias. La Falta de Perseverancia denota la dificultad de mantener la concentración para finalizar una tarea. La Búsqueda de Sensaciones es la búsqueda de actividades excitantes y la preferencia conductual por objetos placenteros. Finalmente, la Urgencia Positiva es el comportamiento impulsivo al experimentar una situación o emoción positiva (Lynam et al., 2006).</p>
Definición operacional	<p>Nivel percibido de Urgencia Negativa, Falta de Premeditación, Falta de Perseverancia, Búsqueda de Sensaciones y Urgencia Positiva, medido a partir de una escala de 20 ítems.</p>
Dimensiones e Ítems	<p>Urgencia Negativa: 4, 7, 12 y 17</p> <p>Falta de Premeditación: 1, 6, 13 y 19</p> <p>Falta de Perseverancia: 5, 8, 11 y 16</p> <p>Búsqueda de Sensaciones: 3, 9, 14 y 18</p> <p>Urgencia Positiva: 2, 10, 15 y 20</p>
Instrumento de medición	<p>Escala UPPS-P desarrollada por Lynam et al. (2006), traducida y adaptada a una versión breve por Cándido et al. (2012).</p>

2.2.2 Conductas alimentarias de riesgo

2.2.2.1 Definiciones. Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) abarcan aquellas conductas presentes en los TCA que no llegan a cumplir con todos los criterios diagnósticos individualmente, pero, aún así, impactan negativamente en el funcionamiento personal (Berbert de Carvalho et al., 2017). Las CAR son definidas como síntomas aislados que aparecen con menor magnitud y frecuencia a comparación de los TCA, un conjunto de síntomas agrupados como criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V (APA, 2013), el cual establece diferentes trastornos alimentarios: anorexia nervosa, bulimia nervosa, trastorno por atracón y TCA no especificado (APA, 2013).

Independientemente de que puedan intensificarse hasta alcanzar los criterios diagnósticos de un TCA, las CAR son comportamientos que representan severos daños para la salud. Estas conductas incluyen la restricción de alimentos, la ingesta emocional, los atracones, las dietas estrictas y el control del peso a partir de prácticas compensatorias inapropiadas, tales como el vómito autoinducido y el abuso de purgantes (Quick y Byrd-Bredbenner, 2013). La detección temprana de las CAR resulta una prioridad, ya que son predictores importantes para problemas graves de salud, incluyendo los propios TCA (Franco-Paredes et al., 2017).

2.2.2.2. Modelos teóricos de las conductas alimentarias de riesgo. Stice (2001) plantea uno de los modelos más respaldados por la evidencia empírica en la literatura internacional. El modelo del camino doble (*dual-pathway model* en inglés) se caracteriza por explicar cómo los factores de riesgo sociales interactúan con los factores de predisposición psicológicos y conductuales para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Stice (2001) originalmente postula el modelo teórico exclusivamente para mujeres jóvenes y adolescentes.

La insatisfacción corporal constituye uno de los factores principales predictores, particularmente de atracones y vómitos autoinducidos. El camino hacia la insatisfacción corporal inicia con las expectativas socioculturales de belleza por parte de la familia, compañeros y medios de comunicación que llevan a las jóvenes a internalizar un mensaje sobre el ideal de belleza actual. A partir de la insatisfacción corporal, se abren dos caminos posibles hacia las CAR.

El primero, consta de acercarse al ideal de belleza a través de dietas restrictivas; el segundo, un afecto negativo o una combinación de ambos. El afecto negativo se refiere a la

tendencia de un individuo a experimentar mayor reactividad emocional ante estímulos negativos. Un nivel alto de afecto negativo se relaciona a una vivencia de emociones como el miedo, tristeza, culpa; actitudes negativas, pesimismo y problemas o quejas somáticas. Cualquiera de estos dos caminos es suficiente para la aparición de conductas bulímicas (Stice, 1994 y 2001). La restricción alimentaria se considera como un factor precipitante para los atracones por la privación fisiológica y aumento de afecto negativo.

El modelo original de Stice (2001) se utiliza principalmente para las CAR asociadas a la bulimia. Urvelyte y Perminas (2015) replican y expanden el modelo de Stice (2001), señalando la relevancia de la insatisfacción corporal, dietas restrictivas y emociones negativas como factores de riesgo para la anorexia. Exploran los dos caminos que llevan a las personas hacia las CAR: dietas restrictivas y un afecto negativo. Ambos caminos se relacionaron significativamente con síntomas de anorexia.

Pearson et al. (2015) plantean un modelo exclusivamente para explicar el riesgo de presentar bulimia nerviosa y los factores de mantenimiento: El Modelo Teórico de Conducta Impulsiva para la Bulimia Nerviosa. Pearson y coautores (2015) identifican factores de riesgo trans diagnósticos como la experiencia de afecto negativo y depresión, una baja tolerancia al malestar y la dimensión Urgencia Negativa de impulsividad (Whiteside y Lynam, 2001). En este sentido, encuentran que un alto índice de afecto negativo también predice conductas alimentarias de riesgo, incluyendo los atracones y vómitos autoinducidos.

La capacidad de soportar el malestar emocional es menor en mujeres con diagnóstico de bulimia nerviosa y los déficits en la tolerancia al malestar también están presentes en diagnósticos como el trastorno de límite de la personalidad (TLP) y autolesión sin intencionalidad suicida (Pearson et al., 2015). Finalmente, la Urgencia Negativa se postula como la dimensión de impulsividad más relevante en la predicción de conductas bulímicas (Cyders y Smith, 2007; Whiteside y Lynam, 2001).

Dentro de su modelo, Pearson et al. (2015) identifican caminos que pueden llevar a la participación en conductas bulímicas de atracones y vómitos autoinducidos. En el primero, los individuos que presentan mayor riesgo y predisposición a conductas bulímicas tienen los tres factores de riesgo trans diagnósticos (afecto negativo, déficit en tolerancia al malestar y puntuación alta en Urgencia Negativa). Además, son individuos que han internalizado mensajes sobre la comida como un método importante para regular el estado de ánimo. Cuando participan

en dietas con el objetivo de controlar su peso y cuerpo, el autocontrol es un obstáculo importante ya que implica inhibir respuestas inmediatas y poco adaptativas a las emociones desagradables (Stice et al., 2001). Con esta reducida capacidad de autocontrol, la probabilidad de experimentar afecto negativo por sus altas expectativas hacia la dieta restrictiva también aumenta la posibilidad de presentar un episodio de atracón y consecuentemente una conducta compensatoria o purgativa.

Pearson et al. (2015) postulan que el episodio de atracón brinda un reforzamiento inmediato durante su realización, especialmente en las fases iniciales del trastorno. El episodio de atracón distrae al individuo de las situaciones que le provocan afecto negativo. Después del episodio de atracón, los individuos experimentan angustia al no haber seguido su plan original de restricción alimentaria. Cuando participa en una conducta purgativa, como los vómitos autoinducidos, cree que ha reducido su ingesta calórica y experimenta un alivio inmediato.

Los autores señalan que una limitación para la generalización de su modelo es la característica particular de distribución étnica de las muestras: la mayoría estudiaba principalmente a mujeres con orígenes europeo-americanos. Pearson et al. (2015) resaltan la necesidad de investigar las similitudes y diferencias en CAR entre grupos étnicos.

El Modelo Cognitivo Conductual (Garner y Bemis, 1985) tiene como base la teoría del aprendizaje. En este modelo, las ideas y sentimientos sobrevalorados acerca de la figura corporal y peso explican los síntomas del trastorno. Al presentar estas ideas de forma continua, inician las CAR que pueden aumentar y finalizar en uno de los trastornos alimentarios descritos en el DSM-V (APA, 2013). Este modelo de Garner y Bemis (1985) sirve como la teoría explicativa para el desarrollo de la anorexia nerviosa, detallando el rol de los pensamientos y factores que mantienen las conductas.

En la fase activa del trastorno, las personas con anorexia nerviosa sostienen sus conductas restrictivas tanto por el refuerzo negativo como el refuerzo positivo. Las dietas rígidas con el resultado de pérdida de peso brindan una sensación de satisfacción para ellas (Garner y Bemis, 1985). El ser capaz de sostener un autocontrol prolongado con respecto a su dieta alimentaria es un auto refuerzo potente.

Garner y Bemis (1985) resaltan la sensación de logro y poder que individuos con el diagnóstico de anorexia nerviosa sienten al perder peso. Tener la capacidad de controlar la sensación de hambre les brinda una gran satisfacción, pues se percibe como un logro máximo

al que pueden aspirar. Adicionalmente, postulan que existe un perfeccionismo que impulsa a creer que la pérdida de peso y el control sobre su cuerpo es un reflejo de su capacidad de autocontrol y éxito, reforzando el comportamiento restrictivo. Dichos autores postulan que la razón detrás del impacto de la pérdida de peso sobre la valoración propia está probablemente relacionada a los sentimientos de insuficiencia en otras áreas de su vida.

2.2.2.3 Factores mediadores en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo.

Los factores de riesgo genéticos presentes en el desarrollo de un TCA han sido estudiados extensamente. Los individuos con un padre con historial de TCA tienen el doble de probabilidad de presentar uno a comparación de individuos sin historial familiar de TCA. Barakat et al. (2023) encuentran que el componente genético parece ser particularmente más predictivo para casos de anorexia nerviosa. Una persona tiene 11 veces más probabilidades de padecer anorexia nerviosa si cuenta con un familiar que haya recibido un diagnóstico previo, mientras que tiene 9.6 veces más probabilidades de desarrollar bulimia nerviosa si tiene un familiar diagnosticado (Barakat et al., 2023).

El desarrollo de CAR según el sexo también se ha estudiado en diferentes investigaciones (Lavender et al., 2010; Ricciardelli y McCabe, 2004; Lavender et al., 2009). Las diferencias según el sexo varían según las CAR estudiadas; mientras que las mujeres reportan mayor insatisfacción por su peso que los hombres y mayor frecuencia en conductas de dieta, el uso de ejercicio intenso para controlar el peso y atracones es más reportado en hombres (Striegel-Moore et al., 2009). La edad promedio de desarrollo de TCA en hombres es de 19 a 20 años, dentro de la etapa de desarrollo de la adultez temprana descrita anteriormente.

A pesar de reportar niveles similares de CAR (dietas restrictivas, atracones y ejercicio compensatorio), los hombres presentan una puntuación menor que las mujeres universitarias en instrumentos de autorreporte (Lavender et al., 2009). Los autores postulan que los hombres difieren en cuanto a la preocupación por las CAR y sus consecuencias, no en la proporción que estas se presentan (Lavender et al., 2009). Las diferencias en cuanto a la preocupación por las CAR en hombres pueden ser atribuidas al modelo ideal de cuerpo que sostienen: menor porcentaje de grasa corporal y mayor porcentaje en la musculatura (Quick y Byrd-Bredbenner, 2013). Por otro lado, el malestar con respecto a la apariencia física es mayor en las mujeres, independientemente de la edad (Quick y Byrd-Bredbenner, 2013).

Quick y Byrd-Bredbenner (2013) encuentran que una de las CAR más reportadas en los hombres de edad universitaria es el ejercicio intenso para controlar el peso corporal, sobrepasando las tasas reportadas en las mujeres. Sin embargo, estos resultados no se ven reflejados en los instrumentos de autorreporte que contienen subescalas que miden la preocupación por la figura y el peso.

24 Keski-Rahkonen y Mustelin (2016) analizaron varias investigaciones y encontraron que en Europa, la prevalencia de la anorexia nerviosa en mujeres oscila entre el 1% y el 4%, mientras que la bulimia nerviosa afecta entre el 1% y el 2%. En hombres, la prevalencia de los TCA es menor, entre el 0.3% y el 0.7%. Asimismo, Escandón-Nagel y colaboradores (2021) identificaron que ser mujer es una de las principales variables asociadas tanto a las CAR como a los TCA, junto con la depresión y el estrés, que actúan como factores predictores. En México, Moreno y Ortiz (2009) informaron que los comentarios relacionados a la apariencia física de las mujeres generan profunda insatisfacción. La presión social que incita a cumplir estereotipos de belleza resulta una carga adicional para las mujeres jóvenes, ya identificadas como un grupo con mayor riesgo a desarrollar TCA (Escandón-Nagel et al., 2021).

En el caso de Perú, el MINSA (2017) encontró que existe mayor tendencia a problemas alimentarios en las mujeres (7.1%) que en los hombres (4.9%). En adición, dicha problemática tiende a manifestarse durante la adolescencia y la juventud, especialmente entre los 15 y 20 años, una etapa en la que muchos jóvenes inician sus estudios universitarios. Chumpitaz (2020) señala además que las mujeres jóvenes constituyen el sector más vulnerable dentro de la población peruana.

Los cambios sustanciales característicos de la etapa de la adultez temprana pueden tener un impacto negativo sobre las conductas relacionadas a la salud. La adultez temprana comprende las edades de 18 a 26 años, donde los adultos jóvenes suelen iniciar la independencia fuera de casa, exploran su identidad y experimentan cambios en el ámbito académico y laboral (Arnett, 2001). Distintos autores encuentran que los adultos jóvenes no cumplen las recomendaciones nutricionales en esta etapa (Ervin et al., 2004; Barley et al., 2010). Las mujeres consumen nutrientes claves como ácido fólico, calcio, potasio, fibra y hierro por debajo del índice recomendado. Mientras estos nutrientes se encuentran en déficit, los adultos jóvenes consumen cantidades excesivas de grasas, colesterol, azúcar y sodio (Ervin et al., 2004). Los adultos jóvenes presentan un riesgo elevado de presentar CAR y aumento de peso (Hoek, 2006).

Más del 70% de las personas con TCA cuentan con otros diagnósticos simultáneos. Entre los más comunes se encuentran los trastornos de ansiedad, que afectan a más del 50%; los trastornos del estado de ánimo, presentes en más del 40%; las conductas autolesivas, que superan el 20%; y el consumo de sustancias, afectando a más del 10% de los casos (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

2.2.2.4 Instrumentos que miden conductas alimentarias de riesgo. Existen diferentes instrumentos de autorreporte que miden las CAR. El primero, la Escala EAT-26 (1982) compuesta por 26 ítems puntuados sobre una escala Likert de 5 opciones. El cuestionario EDE-Q de Fairburn y Beglin (1994) cuenta con 28 preguntas, 22 con respuestas en una escala tipo Likert de 7 opciones y las restantes con un formato de respuesta abierta. El tercer instrumento de autoinforme es el **Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2 de Garner (1998)** compuesto por 91 ítems con una escala de seis puntos.

Tabla 3

Teorías, modelos, bases instrumentos y dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo

Año	Modelo	Autor	Base	Instrumento	Dimensiones/Factores
2001	Modelo del Camino Doble	Stice (2001)	DSM-IV	Sin instrumento	Insatisfacción Corporal, Dieta y Afecto Negativo
1985	Modelo Cognitivo Conductual	Garner y Bemis (1985)	DSM-III	Escala EAT-26	Dieta, Bulimia, Control Oral
2015	Modelo de Conducta Impulsiva	Pearson et al. (2015)		Sin instrumento propio	Afecto Negativo, Tolerancia al Malestar y Dieta

Año	Modelo	Autor	Base	Instrumento	Dimensiones/Factores
1994	Modelo del EDE-Q	Fairburn y Beglin (1994)	DSM-IV	EDE-Q	Preocupación por el Peso, Preocupación por la Figura, Preocupación por la Comida y Restricción Alimentaria

Tabla 4

Definición conceptual y operacional de conductas alimentarias de riesgo

Definición conceptual	Se tratan de alteraciones relacionadas con los hábitos alimentarios, llevadas a cabo con el propósito de perder peso o controlar la figura corporal. No alcanzan con los criterios de un TCA, sin embargo, impactan negativamente en el funcionamiento personal.
Definición operacional	Nivel percibido de CAR medido a partir de una escala de 26 ítems.
Factores e Ítems	<p>Dieta: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25</p> <p>Bulimia: 3, 4, 9, 18, 21, 26</p> <p>Control Oral: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20</p>
Instrumento de medición	Escala EAT-26 desarrollada por Garner et al. (1982), traducida al español por Gandarillas et al. (2003).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H1: Existe relación entre las dimensiones de la impulsividad y las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

H0: No existe relación entre las dimensiones de la impulsividad y las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

2.3.2 Hipótesis específicas

1. Existen niveles altos de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
2. Existen diferencias de acuerdo al sexo y la carrera en el nivel de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
3. Existe una relación significativa entre la dimensión “Urgencia Negativa” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
4. Existe una relación significativa entre la dimensión “Falta de Premeditación” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
5. No existe una relación significativa entre la dimensión “Falta de Perseverancia” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
6. No existe una relación significativa entre la dimensión “Búsqueda de Sensaciones” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.
7. No existe una relación significativa entre la dimensión “Urgencia Positiva” de la impulsividad con los factores de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana.

Capítulo III: Método

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, pues busca realizar una recolección de datos numéricos para comprobar las hipótesis planteadas. Además, tiene un alcance de tipo correlacional simple al buscar establecer el nivel de asociación entre dos variables en una misma muestra: dimensiones de impulsividad y conductas alimentarias de riesgo. Al analizar el grado de asociación entre las variables previamente cuantificadas, se busca comprender el comportamiento relacional entre ellas (Hernández et al., 2010).

3.2 Diseño de la investigación

La investigación adopta un diseño no experimental, debido a que se basa en una observación restringida de los fenómenos para realizar el análisis correspondiente, sin manipular las variables o sin generar una nueva situación de riesgo para medirlas. Asimismo, la investigación es transversal porque la recopilación de datos se realiza en un marco de un tiempo único y determinado (Hernández et al., 2010).

3.3 Población

La población estudiada estuvo compuesta por 2783 estudiantes matriculados en una universidad privada ubicada en Lima Metropolitana, quienes cursaban entre el primer y el décimo ciclo durante el periodo 2023-II.

3.3.1 Criterios de inclusión:

- Tener una edad comprendida entre los 18 y los 25 años.
- Ser estudiante de pregrado de una universidad privada de Lima Metropolitana.
- Estar matriculado y cursando en la universidad en el segundo periodo académico del año 2023.

3.3.2 Criterios de exclusión

- No haber aceptado los términos establecidos en el consentimiento informado.
- No haber respondido los ítems del cuestionario adecuadamente.
- Tener una edad fuera del rango establecido.
- Ser estudiante de posgrado.

3.4 Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra, se empleó la fórmula correspondiente a poblaciones finitas propuesta por Sierra Bravo (2001).

Figura 1:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

Z = 1.64

P = 0.5 (probabilidad de que el evento ocurra)

Q = 0.5 (probabilidad de que el evento no ocurra)

E = 0.05 (margen de error)

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

Figura 2:

$$n = \frac{1.64^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot 2783}{(0.05)^2 \cdot (2783-1) + 1.64^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

De esta manera, se determinó que con una población total de 2873 estudiantes, un nivel de confianza de 90% y un margen de error del 5%, la muestra debía ser de 247 participantes.

De la muestra inicial de 316 estudiantes universitarios, se excluyeron 13 al no haber completado todos los ítems de los cuestionarios. La muestra final incluyó a 303 universitarios matriculados en una universidad privada de Lima Metropolitana en el segundo periodo académico del año 2023, superando así el tamaño de la muestra recomendada con la fórmula empleada. De la muestra final, 170 fueron mujeres (56.1%) y 133 fueron hombres (43.9%). La media de edad de los participantes fue de 20.1 años, con una desviación estándar de 2,017. Se realizó también un análisis descriptivo de los participantes basado en la carrera que estudian (Tabla 5 y Tabla 6) y el ciclo en el que se encontraban.

En esta investigación, el tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Los investigadores seleccionaron a los estudiantes según la disponibilidad al momento de aplicar los cuestionarios y considerando su disposición a participar de manera voluntaria, cumpliendo los criterios de inclusión o de exclusión. (Hernández et al., 2010).

Tabla 5

Características de los estudiantes universitarios evaluados

Variable	Categorías	N	%
Sexo	Masculino	133	43.9
	Femenino	170	56.1
Carreras	Medicina	107	35.3
	Ingeniería Industrial y de Sistemas	47	15.5
	Administración de Empresas	41	13.5
	Psicología	39	12.9
	Economía	37	12.2
	Derecho	23	7.6
	Administración de Servicios	9	3.0

Tabla 6*Distribución de sexo según carreras*

		Sexo	
		Masculino	Femenino
Carrera	Medicina	39	68
	Ingeniería Industrial y de Sistemas	30	17
	Administración de Empresas	23	18
	Psicología	8	31
	Economía	20	17
	Derecho	10	13
	Administración de Servicios	3	6

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la medición de la variable impulsividad se empleó la Escala de Impulsividad UPPS-P de Lynam et. al (2001); versión traducida al español por Verdejo-García et al. (2010). Esta escala traducida comprende 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones: Urgencia Negativa, Urgencia Positiva, Búsqueda de Sensaciones, Falta de Premeditación y Falta de Perseverancia. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 niveles (Rotundamente de acuerdo - Rotundamente en desacuerdo). La versión de Verdejo-García et al. (2010) cuenta con valores alpha de .79 para la dimensión Falta de Perseverancia, .87 para las dimensiones de Urgencia Negativa y Falta de Premeditación, .89 para la escala de Búsqueda de Sensaciones y .93 para la dimensión de Urgencia Positiva.

Para adaptar la escala al contexto de estudiantes universitarios peruanos, se determinó la validez a través del juicio de expertos. Se alcanzaron índices de validez excelentes en los criterios de relevancia ($V = 0.97$) y pertinencia ($V = 0.99$). Asimismo, el criterio de claridad obtuvo un puntaje excelente ($V = 0.94$), pero fue necesario hacer modificaciones en uno de los ítems (Anexo B). Se modificó el ítem 16, originalmente: “*Soy una persona que siempre deja el trabajo hecho*” a “*Soy una persona que siempre deja el trabajo finalizado*”.

Para garantizar la fiabilidad del instrumento adaptado, se analizó el Alfa de Cronbach. En la Tabla 7, se puede apreciar que en las dimensiones de la Escala de Impulsividad de UPPS-P se obtiene una fiabilidad de: Urgencia Negativa ($\alpha = .77$), Falta de Premeditación ($\alpha =$

.69), Falta de Perseverancia ($\alpha = .70$), Búsqueda de Sensaciones ($\alpha = .77$) y Urgencia Positiva ($\alpha = .58$).

Tabla 7

Estadísticos de fiabilidad de la Escala de Impulsividad UPPS-P

Dimensiones UPPS-P	Alfa de Cronbach	N de elementos
Urgencia Negativa	.775	4
Falta de Premeditación	.698	4
Falta de Perseverancia	.709	4
Búsqueda de Sensaciones	.779	4
Urgencia Positiva	.587	4

La Escala de Autoinformes de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios EAT-26 de Garner y Garfinkel (1979), versión en español de Gandarillas et al. (2003) permitió la medición de las CAR. La escala traducida consta de 26 ítems divididos en tres factores: Dieta, Bulimia y Control Oral. Cada ítem ofrece seis opciones de respuesta: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre, y siempre. El modo de puntuación es según la escala de Likert: 0-0-0-1-2-3, asignando un valor de 0 a las tres primeras respuestas y 1, 2 o 3 a las tres siguientes, respectivamente. Esta versión ha mostrado similares propiedades psicométricas a las descritas por los autores originales, presentando globalmente adecuada validez de constructo y una consistencia interna de 0,86. En los factores, se han obtenido los siguientes valores: Dieta ($\alpha = .88$), Bulimia ($\alpha = .77$) y Control Oral ($\alpha = .79$) en población femenina adolescente escolarizada.

Fue necesario adecuar la escala para una población universitaria peruana, por lo que se determinó la validez mediante juicio de expertos. Se evaluaron los criterios de relevancia, pertinencia y claridad. En cuanto a los primeros dos, se obtuvo una validez excelente ($V = 1$), mientras que en el criterio de claridad se alcanzó un puntaje igualmente excelente ($V = 0.95$); sin embargo, se modificaron cuatro ítems, de acuerdo con las recomendaciones de los jueces (Anexo C). Los cuatro ítems modificados fueron: 7, 17, 22 y 23. El ítem 7 “Procuró no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono” fue modificado a “Procuró no comer alimentos que tienen un alto contenido de carbohidratos (pan, papa, arroz)”; el ítem 17 “Tomo alimentos dietéticos” fue modificado a “Consumo alimentos dietéticos”; el ítem 22 “No me

siento bien después de haber tomado dulces” fue modificado a *“No me siento bien después de haber comido dulces”*; y finalmente, el ítem 23 *“Estoy haciendo régimen”* fue modificado a *“Estoy haciendo dieta”*.

Se llevó a cabo un análisis del Alfa de Cronbach del instrumento adaptado y aplicado para evaluar su consistencia interna (Tabla 6). En el caso global de la Escala de EAT-26 ($\alpha = .86$), y en sus factores respectivos: Dieta (.84), Bulimia ($\alpha = .74$) y Control Oral ($\alpha = .58$).

Para la clasificación e interpretación de las puntuaciones obtenidas por los estudiantes universitarios en la escala EAT-26, se ha calculado la distribución de los puntajes directos basándose en los valores percentilares. Se define como nivel bajo un puntaje total entre 1 y 8; un nivel medio, entre 9 y 19; y un nivel alto, a partir de 20 puntos. Se mantiene el punto de corte de 20, originalmente propuesto por Garner et al. (1982) y reafirmado por Gandarillas et al. (2003), como indicador de alto riesgo para la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria.

Tabla 8

Estadísticos de fiabilidad de la Escala EAT-26

EAT-26	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala EAT-26	.863	26
Dieta	.848	13
Bulimia	.749	6
Control Oral	.585	7

3.6 Procedimiento y técnica de análisis de datos

Se inició con la validación por criterio de jueces de la Escala de Impulsividad UPPS-P de Lynam et. al (2006); versión traducida al español por Verdejo-García et al. (2010) y del EAT-26 de Garner y Garfinkel (1979), versión en español de Gandarillas et al. (2003); para poder aplicarlas al contexto de jóvenes universitarios que estudien en una universidad privada de Lima.

Para ello, se contactó en total a 10 profesionales de psicología y con experiencia en investigación; fueron cinco jueces para la Escala de Impulsividad UPPS-P y, de igual manera,

para la escala EAT-26. Se les proporcionó el Protocolo de Validez de Contenido (Apéndice B y Apéndice C) a través de Juicio de Expertos y revisaron los ítems de la escala en base a tres criterios: Pertinencia, Relevancia y Claridad.

Luego de tener la aprobación y las recomendaciones, se tomaron en cuenta las sugerencias de los jueces en los ítems indicados y se procedió a modificar parcialmente las escalas para la versión final en la aplicación a los participantes. Al cuestionario en su última versión, además de los dos instrumentos correspondientes adaptados, se le añadió un consentimiento informado y preguntas sobre datos sociodemográficos básicos.

La administración del cuestionario fue de modo presencial, durante diferentes visitas en las instalaciones de la universidad privada, de forma que hubo una aplicación tanto individual, para estudiantes que estaban en solitario; como grupal, para los que estaban en grupos pequeños o medianos. Previamente, se les comunicó el propósito del estudio y se solicitó un consentimiento verbal y escrito que garantice su participación libre, y acepte la totalidad del caso para saber si están de acuerdo en participar voluntariamente del estudio. Además, se les informó que los datos recolectados serían confidenciales y que, si en algún momento deseaban dejar de participar, podrían hacerlo. Para asegurar una comprensión clara de las instrucciones, los investigadores estuvieron presentes para responder preguntas, aclarar las dudas necesarias y monitorear el proceso de administración.

Se obtuvieron 316 cuestionarios de los estudiantes, de los cuáles 13 formularios fueron excluidos por no cumplir los criterios, teniendo el cuestionario con datos o ítems incompletos. Por ende, la muestra final fue de 303 estudiantes.

Para el análisis de datos, se utilizó el software estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). En primer lugar, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad y determinar la distribución de cada variable. Luego, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, obteniendo las tablas de frecuencias y, posteriormente para examinar la relación entre las dos variables de estudio, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

También, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para realizar un análisis comparativo de las dimensiones de impulsividad y se obtuvo el índice de Probabilidad de Superioridad (PSest) para obtener el tamaño del efecto y tener la magnitud de la diferencia entre los

53 participantes hombres y mujeres. Finalmente, se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis para determinar si existen diferencias significativas entre los puntajes de las carreras de los participantes.



Capítulo IV: Resultados

A continuación, se exponen los resultados derivados del análisis inferencial de los datos. Para hallar la normalidad de los instrumentos se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov al tener una muestra mayor a 50. En la Tabla 9 se observa que la distribución de los datos tanto en la Escala EAT-26 como en las dimensiones correspondientes no se ajustaron a una distribución normal, ya que tienen una significancia de 0.000 ($p < 0.05$).

Tabla 9

Prueba de distribución de normalidad

Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	Sig.
Urgencia Negativa	.089	.000
Falta de premeditación	.135	.000
Falta de perseverancia	.142	.000
Búsqueda de sensaciones	.088	.000
Urgencia Positiva	.109	.000
Escala EAT-26	.153	.000
Dieta	.161	.000
Bulimia	.242	.000
Control Oral	.135	.000

Debido a la distribución no normal en los datos mostrados, se procedió con la prueba no paramétrica de Rho de Spearman para determinar la correlación entre las dimensiones de la

impulsividad y las CAR, mostrado en la Tabla 10. Se encontró una correlación inversa baja entre Urgencia Negativa y las CAR ($r = -0.196$).

Tabla 10

Relación entre las dimensiones de Impulsividad y las CAR

Dimensiones de impulsividad	Conductas alimentarias de riesgo	
	Escala EAT-26	
Rho de Spearman		
Urgencia Negativa		-.196**
Falta de Premeditación		.057
Falta de Perseverancia		.038
Búsqueda de Sensaciones		.013
Urgencia Positiva		-.095

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto a la relación entre la dimensión Urgencia Negativa y los factores de las CAR, la Tabla 11 revela una correlación inversa baja con el factor Dieta ($r = -0.214$), así como una correlación inversa muy baja con el factor Bulimia ($r = -0.183$). La correlación con el factor Control Oral es prácticamente nula ($r = -0.028$).

Tabla 11

Relación entre Urgencia Negativa y los factores de las conductas alimentarias de riesgo

Dimensiones de impulsividad	Conductas alimentarias de riesgo		
	Dieta	Bulimia	Control Oral
Rho de Spearman			

Urgencia Negativa	-.214**	-.183**	-.028
----------------------	---------	---------	-------

40 ** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se observa en la Tabla 12, la dimensión Falta de Premeditación muestra una correlación muy baja con el factor de Dieta. ($r = 0.123$). Respecto al factor Bulimia ($r = 0.080$) y el factor Control Oral ($r = -0.062$), se arrojan correlaciones prácticamente nulas.

Tabla 12

1 *Relación entre Falta de Premeditación y los factores de las conductas alimentarias de riesgo*

		Conductas alimentarias de riesgo		
Dimensiones de impulsividad		Dieta	Bulimia	Control Oral
Rho de Spearman				
	Falta de Premeditación	.123	.080	-.062

La Tabla 13 muestra correlaciones muy bajas entre la dimensión Falta de Perseverancia y los factores Bulimia ($r = 0.123$), Dieta ($r = 0.101$) y Control Oral ($r = -0.107$).

Tabla 13

1 *Relación entre Falta de Perseverancia y los factores de las conductas alimentarias de riesgo*

		Conductas alimentarias de riesgo		
Dimensiones de impulsividad		Dieta	Bulimia	Control Oral
Rho de Spearman				
	Falta de Perseverancia	.101	.123*	-.107

3 *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La dimensión **Búsqueda de Sensaciones**, como se observa en la Tabla 14, presenta una correlación muy baja con el factor **Bulimia** ($r = -.129$). Respecto al factor **Dieta** ($r = .019$) y **Control Oral** ($r = .095$), las correlaciones son prácticamente nulas.

Tabla 14

1 *Relación entre **Búsqueda de Sensaciones** y los factores de las conductas alimentarias de riesgo*

		Conductas alimentarias de riesgo		
Dimensiones de impulsividad				
Rho de Spearman		Dieta	Bulimia	Control Oral
	Búsqueda de Sensaciones	.019	-.129*	.095

56 *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La Tabla 15 muestra correlaciones inversas muy bajas entre **Urgencia Positiva** con **Dieta** ($r = -0.122$) y **Bulimia** ($r = -0.198$). Se presenta una correlación casi inexistente con **Control Oral** ($r = 0.080$).

Tabla 15

1 *Relación entre **Urgencia Positiva** y los factores de las conductas alimentarias de riesgo*

		Conductas alimentarias de riesgo		
Dimensiones de impulsividad				
Rho de Spearman		Dieta	Bulimia	Control Oral
	Urgencia Positiva	-.122*	-.198**	.080

7 **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 16, se puede observar que la mayoría de participantes (47,5%) obtuvo un nivel bajo en CAR. Le siguió el 33% que obtuvo un nivel medio y, finalmente, el 19.5% obtuvo un nivel alto en dicha variable.

Tabla 16

Niveles de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios entre 18 y 25 años de una universidad privada de Lima Metropolitana

Niveles	N	%
Bajo	144	47.5
Medio	100	33.0
Alto	59	19.5
Total	303	100.0

En la Tabla 17 se observa la diferencia entre las puntuaciones medias en el EAT-26 de los hombres ($\bar{x} = 9.54$) y mujeres ($\bar{x} = 14.53$), encontrándose diferencias estadísticamente significativas, siendo $p < .05$. El empleo de la Probabilidad de Superioridad (PS) se recomienda para comparaciones de dos grupos con medidas no paramétricas y se define como la probabilidad de que un puntaje elegido aleatoriamente de una población X sea superior al de una población Y (Castillo-Blanco y Alegre, 2015). Se encuentra un tamaño de efecto pequeño a mediano (0.38).

Tabla 17

Puntaje en la Escala EAT-26 según sexo

Escala	Muestras	n	Media	U	P	PSest
EAT-26 total	Masculino	133	9.54	8485.500	.000	0.3829
	Femenino	170	14.53			

Nota: n = tamaño muestral; U = U de Mann–Whitney; P = P valor; PSest= Probabilidad de Superioridad (tamaño del efecto).

En la Tabla 18 se observa una diferencia entre las puntuaciones medias de los hombres ($\bar{x} = 5.12$) y mujeres ($\bar{x} = 8.96$) en el factor Dieta. Se hallan diferencias estadísticamente significativas, siendo $p < .05$. Se encuentra un tamaño de efecto pequeño a mediano (0.35).

Tabla 18

Factor Dieta en la escala EAT-26 según sexo

Factor	Muestras	n	Media	U	P	PSest
Dieta	Masculino	133	5.12	8042.000	.000	0.3556
	Femenino	170	8.96			

Nota: n = tamaño muestral; U = U de Mann–Whitney; P = P valor; PSest= Probabilidad de Superioridad (tamaño del efecto).

En la Tabla 19 se muestran los resultados de la prueba H de Kruskal-Wallis con los puntajes en la Escala EAT-26 obtenidos por las siete diferentes carreras. La carrera de Administración de Empresas ($\bar{x} = 15.07$), Psicología ($\bar{x} = 14.23$) y Medicina ($\bar{x} = 13.28$) son las carreras que obtienen mayores puntajes. No se encuentran diferencias significativas entre las medias de las carreras ($p > .05$).

Tabla 19

Puntaje en la Escala EAT-26 según carreras

Escala	Muestras	n	Media	H	P
EAT-26 total	Medicina	107	13.28	4.276	.639
	Ingeniería Industrial y de Sistemas	47	10.08		
	Administración de Empresas	37	15.07		
	Psicología	39	14.23		
	Economía	41	10.10		
	Derecho	23	9.6		
	Administración de Servicios	9	8.55		

Nota: n = tamaño muestral; H = H de Kruskal–Wallis; P = P valor

Finalmente, la Tabla 20 muestra los resultados obtenidos en el factor Dieta según las distintas carreras. Se aplica nuevamente el estadístico de Kruskal-Wallis, con diferencias significativas entre las medias ($p = .040$).

Tabla 20

Puntaje en el factor Dieta según carreras

Escala	Muestras	n	Media	H	P
Dieta	Medicina	107	8.21	13.199	.040
	Ingeniería Industrial y de Sistemas	47	4.81		
	Administración de Empresas	37	9.02		
	Psicología	39	9.23		
	Economía	41	5.81		
	Derecho	23	4.78		
	Administración de Servicios	9	5.00		

Nota: n = tamaño muestral; H = H de Kruskal–Wallis; P = P valor

6

Capítulo V: Discusión

19 La hipótesis general de la presente investigación planteó la existencia de una relación entre las dimensiones de la impulsividad y las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. La muestra final estuvo conformada por 303 estudiantes universitarios.

8 Investigaciones previas, como las de Lundahl et al. (2015), Shope et al. (2020) y Zhan et al. (2020), han encontrado evidencia que apoya una asociación entre ambas variables. Los resultados obtenidos en el presente estudio no respaldan totalmente dichos hallazgos puesto que se acepta la hipótesis nula, lo que implica la ausencia de una relación alta entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR. Es posible que esta divergencia en los resultados pueda explicarse por las diferencias culturales entre las regiones estudiadas. Según la búsqueda bibliográfica realizada, este parece ser el primer estudio correlacional entre las variables mencionadas llevado a cabo en Lima Metropolitana, Perú, con una población no clínica de estudiantes universitarios. Esto puede sugerir que las características culturales podrían desempeñar un papel fundamental en la manifestación de las CAR. 18 La mayoría de los estudios que han examinado la relación entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR se han realizado predominantemente en países norteamericanos, como Estados Unidos y Canadá.

En este sentido, considerando la ausencia de relaciones elevadas entre las variables estudiadas, la correlación inversa baja entre la dimensión Urgencia Negativa y las CAR ($r = -.196$) destaca entre los resultados. El instrumento EAT-26 está integrado por tres factores: Dieta, Control Oral y Bulimia. Mientras que las conductas restrictivas son evaluadas con un total de 20 ítems, las conductas compensatorias abarcan únicamente 06 ítems dentro del factor Bulimia. El EAT-26 es un buen instrumento de cribado para algunos aspectos de la morbilidad de los TCA, con Garner et al. (1982) resaltando aquellos que recoge el factor de Dieta. Esta correlación inversa puede ser explicada por la postulación de Bénaard et al. (2018), quienes sugieren que la dimensión Urgencia Negativa de la impulsividad está particularmente vinculada a las CAR asociadas con la bulimia. Asimismo, Wonderlich et al. (2004) han señalado que la Urgencia Negativa se relaciona principalmente con episodios de atracones, ingesta emocional y conductas compensatorias.

Los autores del EAT-26 presentan en su análisis factorial que el primer factor de Dieta tiene la mayor correlación con el puntaje total ($r = .93$) a comparación de los factores Bulimia ($r = .64$) y Control Oral ($r = .60$) (Garner y Garfinkel, 1979). Estos hallazgos pueden señalar que la medición de las conductas relacionadas a la bulimia como vómitos autoinducidos y conductas compensatorias resulta menos eficaz en el instrumento EAT-26 a comparación de las conductas restrictivas (Shope et al., 2020). Por lo tanto, considerando ello y que la mayoría de ítems del EAT-26 se asocian a conductas restrictivas, se puede producir una correlación inversa baja, pues a menor tendencia de reaccionar impulsivamente ante una situación negativa, puede existir mayor riesgo a desarrollar una CAR, especialmente si hablamos de una de tipo restrictivo.

A pesar de ello, los resultados obtenidos en esta investigación contrastan con la mayoría de los estudios internacionales (Jáuregui-Lobera y Santiago, 2017; Lundahl et al., 2015; Castro-Zamudio y Castro-Barea, 2016), que sí han encontrado correlaciones significativas entre las variables mencionadas. Se diferencia del estudio de Shope et al. (2020), en el que sí se encontraron correlaciones moderadas entre Urgencia Negativa y las CAR en su primera muestra ($r = .31$) y en la segunda ($r = .57$). Aunque en ambos estudios se utiliza el UPPS-P como instrumento para medir las dimensiones de la impulsividad, en la investigación de Shope et al. (2020) se miden las CAR con tres diferentes instrumentos: *Eating Pathology Symptoms Inventory* (EPSI), *Loss of Control Eating Scale* (LOCES) y el *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Es posible que la discordancia en los resultados no se explique únicamente por la disparidad de los datos demográficos de las muestras estudiadas, sino también por la diferencia de los instrumentos utilizados.

Respecto a la medición de las dimensiones de impulsividad, las investigaciones internacionales (Lundahl et al., 2015; Castro-Zamudio y Castro-Barea, 2016) que encuentran una relación entre ambas variables también emplean un instrumento distinto al aplicado en el presente estudio para la medición de éstas. Si bien los cuestionarios de autorreporte más utilizados son la Escala de Conducta Impulsiva UPPS-P y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) de Patton y et al. (1995), los marcos teóricos que sustentan dichos instrumentos son distintos. Ambos cuestionarios están altamente correlacionados ($r = 0.67$), pero las correlaciones entre sus subescalas son débiles e inconsistentes, lo que sugiere que miden diferentes aspectos de la impulsividad (Meule et al., 2011). Por consiguiente, se

refuerza la idea de que el término "impulsividad" es amplio y abarca diversas definiciones y manifestaciones, dependiendo del enfoque teórico adoptado por cada autor.

51 En referencia a la primera hipótesis específica, se confirma que existen niveles altos de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Se encontró que el 19.5% de la población estudiada tiene un nivel alto de CAR, interpretándose como personas con una alta posibilidad de estar padeciendo un TCA. Este resultado coincide con diferentes estudios nacionales que también encuentran muestras universitarias con la misma tendencia. El porcentaje es menor a la investigación de Gonzáles (2018), quien identifica un 32% de estudiantes universitarios con riesgo elevado de padecer un TCA. Sin embargo, los resultados de la presente investigación son mayores a los de Ponce et al. (2007), Shope et al. (2020) y Vallejos-Saldarriaga y Vega-Gonzales (2020), con 10%, 15% y 15.8% respectivamente de estudiantes universitarios con un diagnóstico probable de TCA.

Aquellos datos coinciden con la afirmación de Quick y Byrd-Bredbenner (2013) quienes afirman que la prevalencia de las CAR en la adultez temprana está incrementando, confirmando así la idea que la prevalencia de los TCA aumenta significativamente en una población universitaria, pues como Hoek (2006) señala, existe un riesgo alto de presentar CAR y un cambio en el peso corporal durante la etapa de los inicios de la adultez. Esto puede deberse a que los hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios no cumplen las recomendaciones nutricionales (Ervin et al., 2004; Barley et al., 2010).

55 Sobre la segunda hipótesis específica, ésta también se corrobora, ya que se observa que sí existen diferencias de acuerdo al sexo y la carrera en el nivel de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Se encuentran diferencias significativas en los niveles de CAR entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes presentan puntuaciones más altas. No se halla concordancia con el estudio de Zhan et al. (2020) en Estados Unidos y de González (2018) en Perú, que no identifican diferencias significativas. No obstante, en la revisión sistemática de 94 estudios, 97 Galmiche y colaboradores (2019) hallan que la prevalencia de presentar un TCA a lo largo de la vida es de 8,4 % para mujeres y del 2,2 % para hombres; mientras que el MINSA (2017), 12 también encuentra una diferencia en Lima Metropolitana de 7.1% en mujeres en comparación de un 4.9% en hombres. Asimismo, Palpán et al. (2007) hallan una diferencia significativa en

su estudio realizado en Perú, evidenciando que la presencia de síntomas de TCA es mayor en mujeres (25.6%) en comparación con los hombres (19.4%). Este resultado se alinea con lo que Lavender y coautores afirman en el 2009: los hombres obtienen puntuaciones más bajas que las mujeres universitarias en instrumentos diseñados para medir estas conductas.

De este modo, los hallazgos confirman que tanto las CAR como los TCA afectan no solo a las mujeres, respaldando la afirmación de Lundahl et al. (2015) quienes evidencian que las CAR también se presentan en hombres universitarios, aunque en menor proporción. Esta diferencia podría deberse a la carga adicional que enfrentan las mujeres debido a las presiones sociales existentes para cumplir con ciertos ideales de belleza (Escandón-Nagel et al., 2021), lo cual incrementa la insatisfacción corporal y puede llevar a conductas alimentarias alteradas e, incluso, al desarrollo de un TCA (Moreno y Ortiz, 2009). El tamaño de efecto pequeño a mediano encontrado en el factor Dieta que distingue los puntajes de hombres y mujeres del presente estudio, señala la diferencia de ambos grupos frente a el consumo de alimentos con bajo contenido calórico, además del miedo a incrementar el peso corporal. Estos resultados son consistentes con la evidencia de Striegel-Moore et al. (2009), quienes encontraron mayores conductas de dieta e insatisfacción corporal en mujeres.

Asimismo, resulta esencial analizar los datos obtenidos en función de la carrera de los participantes. Investigaciones previas en el ámbito nacional (Ponce et al., 2017; Vallejos-Saldarriaga y Vega-Gonzales, 2020) han focalizado su atención en carreras del área de la salud, como Medicina y Nutrición. Los resultados del presente estudio están en consonancia con las observaciones de Ponce et al. (2017), quienes destacan una alta prevalencia de TCA en estudiantes de dichas carreras. En esta investigación, las carreras con las puntuaciones promedio más elevadas en el EAT-26 son Administración de Empresas, Medicina y Psicología, respectivamente.

Una posible explicación para estas diferencias radica en la alta proporción de mujeres en carreras como Medicina (69 mujeres frente a 38 hombres) y Psicología (31 mujeres frente a 8 hombres), un patrón consistente con investigaciones previas que señalan una mayor frecuencia de síntomas de TCA en mujeres en comparación con hombres (Palpán et al., 2007). Sin embargo, el hallazgo de puntuaciones promedio elevadas en Administración de Empresas con una proporción similar de ambos sexos (18 mujeres frente a 23 hombres) es un

recordatorio que los niveles de CAR en hombres también se encuentran en aumento (Galmiche et al., 2019).

87
3
La tercera hipótesis específica propone que la dimensión Urgencia Negativa de la impulsividad mantiene una relación significativa con los factores de las CAR en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. En la presente investigación, se encuentra una correlación inversa baja entre Urgencia Negativa y Dieta ($r = .214$). Esto se puede fundamentar debido a que la dimensión de Urgencia Negativa refleja la tendencia a actuar impulsivamente ante situaciones emocionales negativas, mientras que el factor Dieta está relacionado con síntomas de anorexia nerviosa. Según Garner y Bemis (1985), la anorexia nerviosa requiere de un alto nivel de autocontrol sostenido. Por ende, los individuos con altos niveles de Urgencia Negativa, quienes tienden a exhibir comportamientos impulsivos y respuestas precipitadas (Wonderlich et al., 2004), podrían ser menos propensos a desarrollar anorexia nerviosa, ya que esta condición implica la restricción alimentaria constante y controlada. La correlación inversa sugiere que una mayor impulsividad en situaciones negativas podría disminuir la predisposición a trastornos alimentarios que requieren una mayor capacidad de autocontrol.

Respecto a la cuarta hipótesis específica, esta no se corrobora, ya que no se halla una relación alta entre la dimensión de impulsividad Falta de Premeditación y los factores de las CAR. Una posible explicación radica en la naturaleza misma de la dimensión, la cual se asocia con la dificultad para reflexionar antes de actuar (Lynam et al., 2006), pero no necesariamente con impulsos desencadenados por estados emocionales intensos, como ocurre con la Urgencia Negativa o Urgencia Positiva. En adición, previamente se ha señalado que la Falta de Premeditación muestra asociaciones leves con las CAR (Fischer et al., 2008). Esto puede sugerir que la dificultad para anticipar las consecuencias de una acción no necesariamente aumenta la tendencia a desarrollar patrones alimentarios disfuncionales, dado que estos parecen estar más influenciados por la regulación emocional impulsiva que por la falta de planificación en sí misma.

65
Finalmente, los hallazgos concuerdan con la quinta, sexta y séptima hipótesis específicas, las cuales plantean la ausencia de relación entre las dimensiones restantes de impulsividad (Falta de Perseverancia, Búsqueda de Sensaciones y Urgencia Positiva) y los factores de las CAR, ya que no se evidencian correlaciones significativas. Exceptuando la

dimensión Urgencia Positiva, los resultados se alinean con los postulados de Fischer et al. (2008), quienes mencionan que las dimensiones de impulsividad restantes a Urgencia Negativa y Urgencia Positiva en la escala UPPS-P tienden a mostrar correlaciones débiles y poco consistentes con las CAR. Particularmente, la dimensión de Urgencia Negativa destaca como predictor de las CAR relacionadas a la bulimia (Pearson et al., 2015; Cyders y Smith, 2007).



Conclusiones

Los estudiantes universitarios representan un sector de la población que atraviesa cambios sustanciales en su vida social, académica y personal. El impacto de estos cambios suele influir en comportamientos y alteraciones asociadas a la salud, convirtiéndolos en una población que frecuentemente no cumple las recomendaciones nutricionales. La evidencia reciente muestra un aumento en las CAR, que pueden manifestarse de diversas formas, como la restricción alimentaria, el vómito autoinducido y el uso de laxantes (Quick y Byrd-Bredbenner, 2013).

Para una adecuada comprensión de este tipo de conductas de riesgo resulta fundamental entender cómo los rasgos individuales juegan un papel clave en la presentación y consolidación de éstas. La presente investigación se centra en la impulsividad como factor de personalidad que tiene presentaciones variadas. El objetivo principal fue analizar la relación entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. Respondiendo a la pregunta de investigación, no se encuentra una relación alta entre las dimensiones de la impulsividad y las CAR, contrastando con los resultados de investigaciones internacionales. Sin embargo, sí se halla una correlación inversa baja entre la dimensión Urgencia Negativa y las CAR. La divergencia en los resultados se puede atribuir a las diferencias de los instrumentos empleados para la medición de las variables y a las características propias de la muestra.

Respecto a los objetivos secundarios que buscaban identificar la relación entre las dimensiones de la impulsividad y los factores de las CAR, se observa una correlación inversa baja entre la Urgencia Negativa y el factor Dieta. El resultado puede atribuirse al hecho que un patrón de respuestas precipitadas al experimentar emociones negativas reduce la probabilidad de presentar síntomas de anorexia nerviosa, que implican niveles elevados de autocontrol.

Por otra parte, el sexto objetivo específico determinó el nivel de las CAR de los estudiantes. Los puntajes obtenidos en la Escala EAT-26 identifican a 19.5% de la muestra total como un grupo con una alta posibilidad de estar padeciendo un TCA. El punto de corte establecido por los autores originales es una referencia para indagar con mayor detenimiento a los individuos con puntajes elevados. Este resultado es consistente con los estudios previos que destacan una prevalencia alta de CAR en poblaciones universitarias, lo cual puede deberse a factores como los cambios en los hábitos alimenticios y las exigencias características de la adultez temprana.

90 Finalmente, de acuerdo al séptimo objetivo específico, se determinó que las diferencias significativas en los niveles de CAR entre hombres y mujeres coinciden con la literatura existente internacional y nacional. Es relevante considerar que los hombres también muestran sintomatología de TCA, pero son las mujeres quienes tienden a reportar niveles más altos de CAR, tendencia que puede explicarse por una mayor insatisfacción corporal en este grupo. Este fenómeno se relaciona con las presiones sociales sobre los estándares de belleza impuestos a las mujeres, presiones que tienden a intensificarse durante etapas como la adultez temprana. Los resultados resaltan la importancia de seguir investigando las CAR en estudiantes universitarios para abordar los factores de riesgo de manera efectiva.



Recomendaciones

Considerando los antecedentes, el marco teórico y los resultados descritos se proponen las siguientes recomendaciones. En primer lugar, este estudio pone de manifiesto la complejidad de medir constructos como la impulsividad y las CAR, especialmente en contextos socioculturales diversos. Es fundamental contar con más estudios a nivel nacional que exploren las interacciones entre las dimensiones psicológicas y las CAR, y que ahonden sobre la presentación de las CAR en la adultez temprana. Dentro del campo de investigación de los TCA, hay un llamado a expandir estudios en poblaciones poco representadas como las de Latinoamérica y Perú.

Con relación a la variable de impulsividad, el instrumento de medición se aplica por primera vez en una población universitaria dentro de Lima Metropolitana. La postulación teórica de la impulsividad como un constructo con procesos psicológicos diferentes es novedosa. Se recomienda fomentar investigaciones que profundicen sobre las diferentes dimensiones de impulsividad en estudiantes. Contar con un modelo teórico que distinga entre manifestaciones de la impulsividad como procesos independientes es útil para el estudio de conductas de riesgo propias de la adultez temprana.

En adición, se sugiere que la medición de las variables de investigación sea realizada con una diversidad de instrumentos de evaluación en futuros estudios. Los antecedentes internacionales incluyen hasta tres distintos instrumentos para la medición de las CAR. Incluir diferentes escalas para la misma variable permite complementar los resultados. Es crucial promover la adaptación cultural de los instrumentos utilizados, como el EAT-26 y el UPPS-P, asegurando que estos capten con precisión las CAR y la impulsividad de la población peruana.

El diseño del actual estudio tiene limitaciones al ser de característica transversal, representando las variables en un único momento en el tiempo. Realizar un estudio longitudinal permitiría observar las variaciones y cambios de las variables de estudio a lo largo de un periodo determinado. De igual modo, investigaciones cualitativas también podrían enriquecer significativamente los hallazgos y aportar datos más profundos sobre experiencias subjetivas vinculadas al fenómeno de las CAR.

Adicionalmente, en cuanto a la muestra, se sugiere ampliarla a un tamaño que sea estadísticamente representativo y que abarque participantes con una mayor diversidad de características sociodemográficas. Esto incluye expandir la muestra más allá de Lima

Metropolitana para garantizar una distribución equitativa de personas provenientes de diferentes regiones del Perú y utilizar diferentes instituciones educativas, tanto privadas como públicas. Asimismo, sería recomendable recolectar variables sociodemográficas de las muestras, incluyendo factores socioeconómicos con el objetivo de garantizar mayor representatividad y generalización de los resultados, además de facilitar un análisis más amplio y detallado de la población.

Por último, se recomienda el desarrollo de programas de prevención e intervención en las universidades específicamente orientados a las CAR y los TCA. Estos programas deben incluir estrategias educativas que promuevan hábitos alimenticios saludables, talleres para identificar señales tempranas de riesgo y espacios de soporte psicológico para estudiantes. Es crucial que dichas iniciativas se implementen por un equipo multidisciplinario y se adapten a las características culturales y sociodemográficas de la población universitaria.

