

Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

nutricion@grupoaran.com

Sociedad Española de Nutrición

Parenteral y Enteral

España

Jáuregui-Lobera, Ignacio; Santiago, María José
Impulsividad y conducta alimentaria en varones
Nutrición Hospitalaria, vol. 34, núm. 1, 2017, pp. 165-170
Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309249952024>



Trabajo Original

Epidemiología y dietética

Impulsividad y conducta alimentaria en varones *Impulsivity and eating behavior in males*

Ignacio Jáuregui-Lobera^{1,2} y María José Santiago²

¹Área de Nutrición y Bromatología. Departamento de Biología Molecular e Ingeniería Bioquímica. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. ²Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla

Resumen

Introducción: la impulsividad es un rasgo de personalidad relacionado con el control de la conducta y de las emociones y que se observa en diferentes alteraciones psicopatológicas, entre ellas las referidas a la conducta alimentaria.

Objetivo: el objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre la influencia del modelo estético corporal, la conducta alimentaria (y riesgo de patología específica), el IMC y la impulsividad.

Método: fueron incluidos en el estudio 178 varones con una edad media de $20,18 \pm 2,48$ años. De todos ellos se recogieron peso y talla para calcular el IMC, y los participantes cumplimentaron la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11), el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, versión para varones (CIMEC-V) y el *Eating Attitudes Test-40* (EAT-40).

Resultados: se encontró un 5,06% de posibles casos de trastornos alimentarios. Las puntuaciones en algunos ítems de la BIS-11 correlacionaron significativamente con las puntuaciones del EAT-40 y CIMEC-V. Los participantes en situación de sobrepeso (39,89%) presentaron mayor impulsividad, al igual que ocurrió con los participantes que obtuvieron una puntuación superior al punto de corte en el EAT-40.

Conclusiones: la exploración de la impulsividad desde el punto de vista psicológico podría constituir un elemento preventivo con relación a las alteraciones alimentarias. En cuanto a pacientes con TCA/sobrepeso/obesidad, podría ser un aspecto a destacar de cara a mejorar su abordaje terapéutico.

Abstract

Introduction: Impulsivity is a personality trait related with the control of behaviour and emotions and it is found in different psychopathological alterations, including those referred to eating behaviour.

Objective: The aim of this study was to analyse the relationship among the influence of the aesthetic body shape model, eating behaviour (and risk for specific disorders), body mass index and impulsivity.

Method: A total of 178 males were included in the study, with a mean age of 20.18 ± 2.48 . Height and weight were assessed in order to obtain the body mass index. All participants fulfilled the following questionnaires: Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), Questionnaire of Influences on the Body Shape Model for males (CIMEC-V) and the Eating Attitudes Test (EAT-40).

Results: With respect to possible cases of eating disorders, 5.06% were found. Scores of some items of BIS-11 correlated significantly with the EAT-40 and CIMEC-V scores. Overweight participants (39.89%) showed higher level of impulsivity as well as those with EAT-40 scores above the cut-off point for that test.

Conclusions: The assessment of impulsivity from a psychological point of view might be a preventive tool with regards to disordered eating behaviours. Respecting the patients with eating disorders/overweight/obesity, that assessment might be a relevant aspect in order to improve the therapeutic approach.

Key words:

Impulsivity. Eating behaviour. Eating disorders. Males. Aesthetic body shape model.

Recibido: 16/07/2016

Aceptado: 29/09/2016

Jáuregui-Lobera I, Santiago MJ. Impulsividad y conducta alimentaria en varones. Nutr Hosp 2017;34:165-170

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.992>

Correspondencia:

Ignacio Jáuregui-Lobera. Instituto de Ciencias de la Conducta. C/ Fernando IV, n.º 24-26. 41011 Sevilla
e-mail: ignacio-ja@telefonica.net

INTRODUCCIÓN

La impulsividad es un rasgo de personalidad relacionado con el control de la conducta y de las emociones (1) y que se observa en diferentes alteraciones psicopatológicas, entre ellas los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). No obstante, la base neurobiológica de esta vinculación no es bien conocida (2). La impulsividad se caracteriza por la realización de acciones rápidas y no planeadas en respuesta a estímulos (internos o externos) a pesar de las consecuencias negativas que puedan tener tanto para el sujeto impulsivo como para los demás (3). Todo ello se admite que estaría configurado por distintas facetas como la motora, la atencional y la de falta de planificación (4,5).

En las personas impulsivas hay un déficit en el procesamiento de la información, una afectación de la función ejecutiva. En tareas que requieren continuidad esta alteración aumenta con la complejidad de la tarea, la presión de tiempo para ejecutarla y los estados emocionales negativos (6). Tampoco pueden estas personas mantener la atención y hay cierta dificultad para inhibir respuestas motoras inadecuadas (7-10). Prefieren, además, gratificaciones inmediatas y escasas a aquellas demoradas y de más valor. Hay pues atribuciones inadecuadas a los valores del sistema de gratificación. Finalmente, la respuesta impulsiva puede ser episódica, en función del estado emocional sobre el que impacte algún estímulo interno o externo. Así, sobre un estado emocional negativo cualquier estímulo puede actuar como detonante, algo que no ocurriría si tal estímulo alcanzara a la persona con un estado emocional positivo (11,12).

La impulsividad resulta obvia en diferentes trastornos psicopatológicos y entre los TCA se suele destacar su presencia en la bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones y anorexia nerviosa (AN) de tipo purgativo (DSM V). En estos y otros trastornos se ha tratado de buscar instrumentos para la medida de la impulsividad, siendo uno de los más reconocidos la escala de impulsividad de Barratt (4). Por otro lado, en el ámbito de los TCA, la influencia de los factores socioculturales se ha descrito como especialmente relevante en el desarrollo de las alteraciones alimentarias. Así, la realización de dietas para obtener un cuerpo delgado se considera un factor de extremado riesgo para desarrollar TCA. Para el análisis de la influencia del modelo estético corporal uno de los instrumentos más utilizados en nuestro medio es el CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal). Con este cuestionario se abordan distintas áreas de influencia como las actitudes hacia la pérdida de peso, la ansiedad relacionada con el cuerpo, las influencias interpersonales, la influencia de modelos corporales ideales, las influencias familiares, la influencia de los amigos, la influencia de la publicidad, la preocupación relacionada con la gordura, las preocupaciones acerca de verse delgado y la influencia de modelos sociales (13). En cuanto a la detección de conductas alimentarias alteradas, se han utilizado diferentes instrumentos de cribado, destacando el uso del EAT (*Eating Attitudes Test*) en sus versiones de 26 y 40 ítems (14-18). Con este instrumento se recogen datos como las conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, vómitos provocados, ingesta restrictiva, ingesta en secreto y percepción de presión social cuando aumenta el peso.

En el ámbito de la impulsividad, se ha considerado que este rasgo constituiría un polo opuesto al de la compulsividad, caracterizado por la rigidez cognitiva entre otros aspectos. La exploración del grado de relación entre la impulsividad y la mayor o menor vulnerabilidad en cuanto al efecto de las influencias socioculturales en el individuo específicamente relacionadas con los TCA es algo novedoso. Como también lo es el estudio de la impulsividad en cuanto a su relación con las actitudes alimentarias medidas con instrumentos como el EAT. Por otro lado, el uso de instrumentos como el citado CIMEC y el EAT se ha llevado a cabo mayoritariamente en mujeres y en particular adolescentes. En varones se ha usado una versión específica del CIMEC (CIMEC-V) (19) encontrándose que correlaciona con el EAT, pero no con el índice de masa corporal (IMC). Ya que la relación entre EAT e IMC es algo bien documentado, parecería que en varones la relación entre influencias sociales y conducta alimentaria no está especialmente determinada por el tamaño corporal. Así, los varones parecen menos vulnerables ante la presión social que empuja al control de peso.

A la vista de los pocos estudios realizados en varones para analizar la relación entre influencia del modelo estético corporal, conducta alimentaria, IMC y rasgos de personalidad como la impulsividad, el objetivo de este trabajo fue explorar dichas relaciones. En concreto se plantearon las siguientes hipótesis:

- Existiría alguna relación entre conducta alimentaria e impulsividad.
- La impulsividad se relacionaría con el modo y grado de influencias vinculadas al modelo estético corporal preponderante.
- El IMC guardaría algún tipo de relación con la impulsividad.
- Los participantes con mayor riesgo de TCA ($EAT-40 \geq 21$) presentarían menor autocontrol/mayor impulsividad.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para el presente estudio se tomó una parte de la muestra de participantes en un estudio previo, tomada en 1998 y 2008, y que estuvo constituida por todos cuantos cumplimentaron la escala de impulsividad de Barratt en aquel momento. De este modo, 178 varones fueron incluidos en el estudio, con una edad media de $20,18 \pm 2,48$ años. Los varones eran aspirantes a soldado profesional en el Centro de Formación de Tropa (CEFOT 2), entonces denominado CIMOV 2, en Camposoto (Cádiz), todos ellos declarados aptos en el preceptivo reconocimiento previo, habiéndose descartado la presencia de patología psiquiátrica y uso de sustancias en dicho reconocimiento.

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

Para este estudio se tomaron los siguientes datos:

- *Escala de impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11)*. Es un instrumento diseñado para evaluar la impulsividad que

consta de 30 ítems agrupados en tres subescalas: Impulsividad cognitiva (atención), Impulsividad motora e Impulsividad no planeada. Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (0: raramente o nunca; 1: ocasionalmente; 3: a menudo; 4: siempre o casi siempre). En este caso se usó en forma autoaplicada. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems y la puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. No existe un punto de corte propuesto (4,20).

- *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, versión para varones (CIMEC-V)*. Se usó la versión de 40 ítems de este cuestionario, cada uno con tres posibles respuestas (muy de acuerdo, moderadamente de acuerdo, en desacuerdo), que explora distintas áreas de influencia y que ha mostrado adecuada fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach > 0,70) y validez de criterio (alta correlación con el EAT) (19).
- *Eating Attitudes Test-40 (EAT-40)*. Esta versión de 40 ítems se puntuá en formato Likert de seis puntos (desde *nunca* hasta *siempre*), con una puntuación máxima de 120. A mayor puntuación, mayor severidad de las alteraciones alimentarias. Se trata del instrumento más utilizado para la detección de dichas alteraciones (14,15,18)
- *Índice de masa corporal (IMC)*. Se recogieron los datos de peso y talla a fin de calcular el IMC mediante la fórmula IMC = peso (kg)/talla (m²). Los datos se tomaron de la ficha de reconocimiento médico llevado a cabo a los aspirantes.

PROCEDIMIENTO

Durante el tiempo de permanencia en el CEFOT 2, en 1998 y 2008, los candidatos cumplimentaron los cuestionarios, dentro del proceso de realización de pruebas psicotécnicas, de forma anónima. Ello se llevó a cabo con el preceptivo consentimiento informado y una vez obtenido el permiso de la dirección del Centro. Inicialmente se recogieron un total de 192 cuestionarios, siendo eliminados 14 por estar incompletos o indebidamente cumplimentados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con el fin de evaluar mejor las relaciones entre conducta alimentaria (EAT-40), IMC, influencias del modelo estético corporal (CIMEC-V) e impulsividad (escala de Barratt), las puntuaciones de CIMEC-V se introdujeron en la base de datos ítem por ítem y como puntuación total, y las de la escala de Barratt en forma de puntuación total, puntuaciones de las tres subescalas y asimismo considerando las puntuaciones de cada ítem.

Se aplicaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para determinar el ajuste a la distribución normal. Dado que las puntuaciones del EAT-40 y la puntuación total de la escala de Barratt, así como la edad, no se ajustaron a la normalidad, se optó

por determinar el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) para el análisis de correlaciones. Para analizar diferencias entre grupos (normopeso vs. sobrepeso y EAT ≥ 21 vs. EAT < 21) se aplicó el test no paramétrico de Mann-Whitney.

RESULTADOS

En la tabla I se muestran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones globales del EAT-40, CIMEC-V y escala de Barratt, las de las tres subescalas de esta, así como las referentes a la edad e IMC. La tabla II muestra las puntuaciones obtenidas en las diferentes áreas de influencia evaluadas mediante el CIMEC-V.

En cuanto a las puntuaciones del EAT-40, usando el punto de corte recomendado recientemente por algunos autores (por ser el de mejor predicción diagnóstica con sensibilidad y especificidad del 88,2% y 62,1%, respectivamente, y valores predictivos

Tabla I. Estadísticos descriptivos
(media ± desviación típica o mediana)

Edad	19,00*
IMC	24,51 ± 2,42
EAT-40	9,00*
CIMEC-V	12,19 ± 6,72
Escala de Barratt	52,50*
<i>Impulsividad cognitiva (atención)</i>	10,79 ± 4,43
<i>Impulsividad motora</i>	17,04 ± 4,899
<i>Impulsividad no planeada</i>	23,25 ± 3,814

*Mediana.

Tabla II. Puntuaciones (media ± desviación típica) en las áreas de influencia evaluadas con el CIMEC-V

Actitudes hacia la pérdida de peso	0,44 ± 0,79
Ansiedad corporal	0,24 ± 0,60
Influencias interpersonales	2,00 ± 1,71
Influencia de “modelos” corporales	1,29 ± 0,85
Influencias familiares	0,56 ± 0,72
Influencias de amigos	2,36 ± 1,76
Influencia de la publicidad	0,87 ± 1,17
Preocupaciones relacionadas con la gordura	0,48 ± 0,80
Preocupaciones relacionadas con ser delgado	1,87 ± 1,68
Influencia de modelos sociales	2,10 ± 1,39

positivos y negativos de 17,7% y 62,1%, respectivamente) (18), se encontraron 9 casos positivos (5,06%), es decir probables casos de TCA.

El estudio de las correlaciones del EAT-40 con los ítems de la escala de Barrat mostró una correlación significativa negativa ($\rho = -0,456$; $p < 0,01$) en el caso del ítem 6 (Soy una persona con autocontrol) y significativas positivas en el caso de los ítems 15 (Actúo impulsivamente), 24 (Resuelvo los problemas experimentando-Resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona) y 26 (Hablo rápido), con coeficientes ρ de 0,480 ($p < 0,01$), 0,280 ($p < 0,05$) y 0,343 ($p < 0,05$), respectivamente. Los ítems 6, 24 y 26 corresponden a la subescala de Impulsividad Motora y el ítem 24 a la Impulsividad Cognitiva (Atención).

En cuanto a la puntuación total del CIMEC-V, se encontró una correlación significativa negativa con el ítem 1 (Planifico mis

tareas) de la escala de Barratt y significativa positiva con los ítems 5 (Planifico mis actividades con antelación) y 11 (Planifico para tener un trabajo –estudio–, etc.), con coeficientes ρ de -0,279 ($p < 0,05$), 0,301 ($p < 0,05$) y 0,269 ($p < 0,05$) respectivamente. Por otro lado la puntuación total de los ítems del CIMEC-V que corresponden a Ansiedad corporal mostró una correlación significativa positiva (0,285; $p < 0,05$) con la subescala de Impulsividad No Planeada de la escala de Barratt.

El IMC no correlacionó significativamente con la puntuación global de la escala de Barratt ni con las de sus subescalas. Sin embargo se observaron correlaciones significativas con algunos de los ítems (Tabla III). Tampoco se encontró correlación significativa entre el IMC y el EAT-40. De igual modo, la correlación entre IMC y CIMEC-V no fue significativa.

Considerando el criterio de clasificación de la OMS en cuanto al IMC (21), 107 participantes (60,11%) presentaban un IMC < 25 , dentro de la normalidad, mientras que los 71 restantes (39,89%) estaban en situación de sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$). En las áreas del CIMEC-V Actitudes hacia la pérdida de peso (conductas para perder peso) y Preocupación por la gordura, ambos grupos (normalidad ponderal vs. sobrepeso) presentaron diferencias estadísticamente significativas. En el primer caso las puntuaciones fueron 0,17 y 0,83 ($p < 0,01$) para los participantes en peso normal y con sobrepeso, respectivamente. En el segundo caso las puntuaciones fueron 0,26 y 0,79 ($p < 0,05$). Analizando posibles diferencias entre ambos grupos con relación a los ítems de la escala de Barratt se encontraron significativas las que figuran en la tabla IV.

El análisis de las diferencias entre los posibles casos de TCA ($\text{EAT} \geq 21$) y los participantes por debajo del punto de corte reveló diferencias significativas en algunos ítems de la escala de Barratt y del CIMEC-V, las cuales pueden verse en la tabla V.

Tabla III. Correlaciones significativas (ρ de Spearman) entre IMC e ítems de la escala de Barratt

Ítem	Rho de Spearman
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (IMPNP)	-0,280*
8. Ahorro con regularidad (IMPNP)	-0,303*
9. Se me hace difícil estar quieto por largos... (IMPM)	+0,344**
12. Digo las cosas sin pensarlas (IMPM)	+0,290*
20. Cambio de vivienda frecuentemente... (IMPNP)	+0,367**
24. Resuelvo los problemas experimentando (IMPC)	+0,290*

IMPC: impulsividad cognitiva; IMPM: impulsividad motora; IMPNP: impulsividad no planeada. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabla IV. Diferencias entre participantes en peso normal y con sobrepeso en ítems de la escala de Barratt

	Normopeso	Sobrepeso
<i>Impulsividad motora</i>		
1. Planifico mis tareas	$1,83 \pm 1,52$	$1,05 \pm 1,17^*$
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho	$2,31 \pm 1,34$	$1,55 \pm 1,29^*$
12. Digo las cosas sin pensarlas	$1,51 \pm 1,35$	$2,73 \pm 1,38^{**}$
<i>Impulsividad cognitiva</i>		
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad	$0,55 \pm 0,46$	$1,26 \pm 0,91^*$
7. Me concentro con facilidad	$2,06 \pm 1,69$	$1,09 \pm 1,26^*$
24. Resuelvo los problemas experimentando	$0,86 \pm 0,62$	$0,29 \pm 0,24^*$
<i>Impulsividad no planeada</i>		
20. Cambio de vivienda frecuentemente...	$1,91 \pm 1,50$	$3,14 \pm 1,12^{**}$
22. Yo termino lo que empiezo	$3,68 \pm 1,34$	$3,06 \pm 0,47^*$

Test U de Mann-Whitney; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabla V. Diferencias entre participantes con EAT ≥ 21 y EAT < 21

	EAT ≥ 21	EAT < 21
<i>Escala de Barrat</i>		
6. Soy una persona con autocontrol	1,00 \pm 0,73	3,05 \pm 1,08**
15. Actúo impulsivamente	3,33 \pm 0,57	1,25 \pm 1,05**
26. Hablo rápido	3,00 \pm 1,73	0,44 \pm 0,37**
<i>CIMEC-V</i>		
Ansiedad corporal	1,33 \pm 1,15	0,18 \pm 0,55**
Influencias interpersonales	5,00 \pm 3,60	1,87 \pm 1,44**
Influencia de los modelos corporales	2,33 \pm 1,52	1,24 \pm 0,79 *
Preocupación por la delgadez	5,00 \pm 3,46	1,72 \pm 1,41**
Influencia de los modelos sociales	4,00 \pm 1,00	1,35 \pm 1,05*

Test U de Mann-Whitney; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

DISCUSIÓN

La impulsividad se ha ligado a los TCA en el sentido, por ejemplo, de afectar a la capacidad atencional. También se ha señalado que en la AN de tipo purgativo y en la BN habría mayores niveles de impulsividad relacionada con la actividad motora y que en la BN habría una mayor tendencia a actuar de forma imprudente e incluso de forma peligrosa (22). De hecho, la impulsividad es un constructo multidimensional que implica aspectos cognitivos (planeamiento), atencionales y conductuales. Por ello, distintos componentes podrían estar asociados positiva o negativamente a distintas alteraciones alimentarias.

También se han llevado a cabo estudios en los que se ha intentado relacionar la impulsividad con alteraciones de conducta alimentaria en participantes no clínicos. Así, algunos autores han observado que la impulsividad motora (medida con la escala de Barratt) y la atencional se asociaban a una peor autopercepción de la imagen corporal y a una mayor preocupación por la comida. Aunque las puntuaciones del EAT eran mayores en las mujeres, las citadas relaciones no arrojaron diferencias de género (23).

En general la impulsividad se ha asociado fundamentalmente al diagnóstico de BN, ya que la AN ha sido conceptualizada como un trastorno con excesivo control, perfeccionismo, tendencias evitativas, etc. Pero justamente el excesivo control puede llevar a la impulsividad en el caso de la AN, algo que parece paradójico pero que la restricción dietética podría provocar por mediación del sistema serotoninérgico (24).

En el presente estudio cabe destacar la presencia de una muestra exclusiva de varones, población mucho menos estudiada, y el hecho de explorar inicialmente los posibles casos de TCA mediante un punto de corte de 21 para el EAT-40. En este sentido, el porcentaje de casos positivos fue de 5,06%. Distintos estudios en España usando el EAT (en distintas versiones y con diferentes puntos de corte) han venido arrojando una prevalencia de casos positivos entre el 1,2 y el 8,3 en la mayoría de las ocasiones (25). Por lo tanto, los participantes de este estudio no presenta-

rían una prevalencia significativamente diferente aun tratándose de una muestra un tanto peculiar al ser aspirantes, todos ellos, a militar de carrera. En cuanto a la puntuación media del EAT en los participantes de este estudio (9,64), queda algo por debajo de la observada en varones en algún estudio previo (13,6) (26).

En cuanto a las puntuaciones del CIMEC-V y considerando el trabajo de Toro y cols. (19), también con varones, los participantes en este estudio presentan una puntuación media (12,19) inferior a la obtenida en aquel estudio (15,15) y alejada de la que en el citado trabajo obtuvieron una muestra de varones con anorexia nerviosa (24,11).

En cuanto a la primera hipótesis de presente trabajo, las correlaciones del EAT-40 con algunos ítems de la escala de Barratt (correspondientes a impulsividad motora y cognitiva) halladas en el presente estudio sugieren una vinculación entre la impulsividad y la conducta alimentaria que no solo aparece en pacientes con TCA (22), sino que pueden observarse en participantes no clínicos. Ello daría soporte a la hipótesis planteada.

Resulta interesante destacar en este estudio el hecho de que la impulsividad correlacionó, en algunos de sus aspectos, con el grado de influencia del modelo estético corporal evaluado mediante el CIMEC-V. Por ejemplo la Impulsividad No Planeada mostró correlación significativa con la ansiedad corporal evaluada con el CIMEC-V, algo en la línea de la relación entre impulsividad y peor percepción corporal destacada por otros autores (23). Estos datos apoyarían la segunda de las hipótesis al reflejar que la impulsividad se relacionaría con el modo y grado de influencias vinculadas al modelo estético corporal preponderante.

En cuanto a la relación entre IMC e impulsividad (tercera hipótesis), algunos ítems que hacen referencia a los distintos componentes de la impulsividad presentan correlaciones significativas con el IMC en nuestro estudio de modo similar a hallazgos previos que han analizado la relación entre impulsividad y peso corporal (27). La relación entre impulsividad y peso corporal, considerando el punto de corte de 25 para el IMC, las actitudes hacia la pérdida de peso y la preocupación por la gordura fue-

ron superiores en los participantes en situación de sobrepeso. De igual forma, estos participantes presentaron puntuaciones superiores en algunos ítems de la escala de Barrat, tanto relacionados con la impulsividad motora como con la cognitiva y no planeada. Asimismo reflejan una menor planificación de tareas, menor capacidad de concentración y menor constancia en las tareas. Todo ello estaría en la línea de los trabajos que relacionan, por ejemplo, impulsividad y obesidad y que reflejan, entre otros autores, Lawyer y cols. (27). Todo ello daría soporte a la tercera hipótesis planteada.

Por último, en cuanto a la cuarta hipótesis (los participantes con mayor riesgo de TCA presentarían menor autocontrol/mayor impulsividad), se observa que utilizando el punto de corte de 22 para el EAT-40 se conforman dos grupos de participantes (posibles casos de TCA vs. no casos) que dan lugar a diferencias significativas tanto en impulsividad como en el grado e influencias socioculturales. En el primer caso los participantes con EAT-40 superior al punto de corte manifiestan menor autocontrol y más conductas impulsivas. Por otro lado, sufren más la influencia de modelos sociales y corporales, y más influencias interpersonales. Además, presentan mayor ansiedad corporal y preocupación por la delgadez. En este sentido, se deja ver una relación entre impulsividad y tendencia a los TCA, ya expresada por otros autores. De este modo, la impulsividad podría ser un determinante muy importante de la conducta alimentaria (28). La falta de planificación y una orientación más hacia el momento que hacia el futuro (con cierta incapacidad para valorar consecuencias del comportamiento a largo plazo) podrían ser "rasgos" predictivos de conductas alimentarias anómalas. Ello comportaría gran relevancia clínica, ya que durante el proceso terapéutico el trabajo con estos aspectos podría prevenir recidivas y recaídas. A la vista de las correlaciones halladas, ello sería aplicable a los TCA, pero también al tratamiento interdisciplinario del sobrepeso y la obesidad.

Se podrían citar como limitaciones del presente estudio el hecho de basarse en una muestra exclusiva de varones. Sin embargo, a día de hoy, siguen siendo escasos los trabajos sobre conducta alimentaria y riesgo de TCA en varones si ello se compara con la extensa literatura al respecto en mujeres. Por otro lado, aún está menos presente la investigación que relacione conducta alimentaria e impulsividad en varones. El rango de edad podría invocarse como otra posible limitación aunque, en todo caso, constituye una de las edades más vinculadas a los TCA. El hecho de ser una muestra de aspirantes a militar profesional podría ser motivo de alguna otra consideración. En todo caso sí habría que tener en cuenta que las puntuaciones obtenidas en el EAT-40 y en el CIMEC-V resultan algo inferiores a las halladas en varones con otras características en estudios previos. Por ello, en futuros trabajos podría considerarse la inclusión de muestras de varones menos homogéneas a efectos comparativos.

Como fortaleza del trabajo merece destacarse que la exploración de la impulsividad desde el punto de vista psicológico podría constituir un elemento preventivo con relación a alteraciones alimentarias. En cuanto a pacientes con TCA/sobrepeso/obesidad, podría ser un aspecto a destacar de cara a mejorar el abordaje terapéutico en todos los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Orozco-Cabal LF, Barratt ES. Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Rev Latinoam Psicol* 2007;39:109-26.
- Orozco-Cabal LF, Herin D. Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2008;37:207-19.
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158:1783-93.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768-74.
- Spinella M. Normative data and a short form of the Barratt impulsiveness scale. *Int J Neurosci* 2007;117:359-68.
- Barratt E, Orozco-Cabal LF, Moeller FG. Impulsivity and sensation seeking: a historical perspective on current challenges. In: Stelmack RM, editor. *On the psychobiology of personality*. Boston: Elsevier Science; 2004. p. 3-15.
- Dougherty DM, Moeller FG, Steinberg JL, et al. Alcohol increases commission error rates for a continuous performance test. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23:1342-51.
- Halperin JM, Sharma V, Greenblatt E, et al. Assessment of the continuous performance test: reliability and validity in a nonreferred sample. *Psychol Assess* 1991;3:603-8.
- Dougherty DM, Bjork JM, Huckabee HC, et al. Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Res* 1999;85:315-26.
- Barratt ES, Mishalanie J, Matthews S, Moeller FG. Lateralized readiness potential and impulsivity. San Francisco: Cognitive Neuroscience Society Meeting; 2002.
- Ainslie G. Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull* 1975;82:463-96.
- Jentsch JD, Taylor JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology* 1999;146:371-90.
- Toro J, Salamero M, Martínez E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:147-51.
- Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.
- Castro J, Toro J, Salamero M, et al. The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991;7:175-90.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, et al. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
- Gandarillas A, Zorrilla B, Muñoz P, et al. Validez del Eating Attitudes test (EAT-26) para cribado de trastornos del comportamiento alimentario. *Gac Sanit* 2002;1:40-2.
- Peláez-Fernández MA, Ruiz-Lázaro PM, Labrador FJ, et al. Validation of the Eating Attitudes Test as a screening instrument for eating disorders in general population. *Med Clin Barc* 2014;142:153-5.
- Toro J, Castro J, Gila A, et al. Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2005;13:351-9.
- Oquendo M, Baca-García E, Graver R, et al. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry* 2001;15:147-55.
- World Health Organisation (WHO). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*; WHO Technical Report Series 894; WHO: Geneva, Switzerland; 2000.
- Rosval L, Steiger H, Bruce K, et al. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? *Int J Eat Disord* 2006;39:590-3.
- Lundahl A, Wahlstrom LC, Christ CC, et al. Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eat Behav* 2015;18:120-4.
- Fessler DM. Pseudopadoxical impulsivity in restrictive anorexia nervosa: A consequence of the logic of scarcity. *Int J Eat Disord* 2002;31:376-88.
- Jáuregui-Lobera I. La distorsión cognitiva fusión pensamiento-forma en los trastornos de la conducta alimentaria [tesis doctoral]. Madrid: UNED; 2012.
- Canals J, Barceló R, Doménech, E. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Rev Psiqu Inf* 1990;4:265-8.
- Lawyer SR, Boomhower SR, Rasmussen EB. Differential associations between obesity and behavioral measures of impulsivity. *Appetite* 2015;95:375-82.
- Downey R, Iljin C, Barber G. To eat or not to eat: Assessing neurocognitive processes as predictors of maladaptive eating behaviors. Proceeding of The National Conference On Undergraduate Research (NCUR); 2012 March 29-31; Weber State University, Ogden Utah; 2012.