

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DR JOSÉ
ELEUTERIO GONZÁLEZ**



UANL

**PREVALENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN
POBLACIÓN CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL NORESTE DE
MÉXICO**

Por

ALEJANDRA MEJÍA SUSTAITA

**Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

Diciembre, 2025

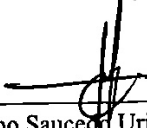



UANL


HOJA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE TESIS
PREVALENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN
POBLACIÓN CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL NORESTE DE MÉXICO

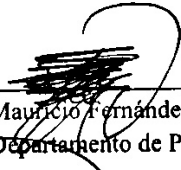
POR
ALEJANDRA MEJÍA SUSTAITA


COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA


Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Director de la Tesis


Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza


Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación


Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento de Psiquiatría


Dr. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado



UANL

**PREVALENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN
POBLACIÓN CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL NORESTE DE MÉXICO**

**Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González",
del Departamento de Psiquiatría, en la Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección del Dr. Erasmo Saucedo Uribe.**

Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Director de tesis

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento al Dr. Erasmo Saucedo Uribe, director de esta tesis, por haber confiado en este proyecto y por brindarme su guía y disponibilidad en cada momento en que lo necesité. Su acompañamiento fue clave para que esta investigación pudiera concretarse.

De manera muy especial, agradezco a Ricardo Tello Mendoza, estudiante de medicina, quien se involucró con gran entusiasmo y compromiso desde el inicio. Su apoyo fue fundamental en la elaboración, redacción y en aspectos metodológicos que resultaron un verdadero reto para mí (¿Qué hubiera hecho yo sin ti?)

Al Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” y a la Universidad Autónoma de Nuevo León, por la formación que me brindó, en facilitar el espacio en el que este proyecto pudo llevarse a cabo y por su disposición para respaldar el desarrollo de la investigación.

A mi amiga Carolina Padrón, cuyo apoyo incondicional me acompañó en cada etapa. Su lectura detallada del manuscrito (Con paciencia infinita), sus correcciones y sus palabras de ánimo marcaron una diferencia invaluable.

A Lisandro y Guillermo, por su paciencia, tiempo y conocimientos que hicieron posible el darle forma adecuada a este trabajo, su ayuda fue fundamental.

Finalmente, a los pacientes que aceptaron participar, gracias por su confianza y generosidad. Sin su disposición, este trabajo no habría sido posible.

DEDICATORIA

A mis padres, **Alejandra y Eduardo**, a mi hermano **Lalo**, porque su amor y apoyo incondicional han sido la base de todo lo que soy. Les debo mi vida, mi fuerza y la confianza para seguir siempre mi pasión.

A mis abuelos **Teresa, Javier y Martha**, por su cariño, sabiduría y ejemplo constante; y a mi abuelo **Alejandro**, que desde el cielo sigue siendo una guía y un motivo para seguir adelante.

A mis gatitos; **Cookie**, que me acompaña desde el cielo, **Harry, Will** y el más chiquito, **Simón**, que con su compañía hicieron más ligeros mis días.

Y a **Gerardo**, el amor de mi vida, por ser mi refugio y mi compañero en cada paso de este camino. Por su paciencia infinita, su fe en mí cuando yo misma la perdía, y por recordarme que incluso en los días más difíciles siempre hay algo por lo cual sonreír.

Gracias por acompañarme con amor y comprensión a lo largo de estos años, por celebrar mis logros, sostenerme en mis caídas y darme la calma que tantas veces necesité durante la residencia.

Nada de esto habría sido igual sin ti.

ÍNDICE

Agradecimientos	i
Dedicatoria	ii
Lista de abreviaturas	1
Lista de tablas	2
Resumen	3
Abstract	4
I. Introducción	5
1.1 Enfermedad	7
1.1.1 Trastornos de la alimentación y de la ingesta alimentaria	8
1.1.2 Conductas alimentarias de riesgo	9
1.1.3 Trastornos psiquiátricos	10
1.2 Planteamiento del problema	11
1.2.1 Estudios relacionados	11
II. Justificación	13
III. Hipótesis	13
3.1 Hipótesis alterna	13
3.2 Hipótesis nula	13
IV. Objetivos	13
4.1 Objetivo principal	13
4.2 Objetivos secundarios	13
V. Materiales y métodos	15
5.1 Diseño del estudio	15
5.1.1 Criterios de inclusión	16
5.1.2 Criterios de exclusión	16
5.1.3 Criterios de eliminación	16
5.2 Consentimiento informado	17
5.3 Consideraciones éticas	17
5.4 Cálculo de la muestra	17
5.5 Metodología del estudio	18
5.6 Métodos de evaluación	18
5.6.1 Instrumentos de medición y diseño	18
5.6.1.1 Eating Attitudes Test (EAT-26)	18
5.7 Variables	18
5.7.1 Variables independientes	18
5.7.2 Variables dependientes	21
5.8 Análisis estadístico	21
VI. Resultados	22
6.1 Estadística descriptiva	22
6.2 Estadística inferencial	26
6.2.1 Prueba de hipótesis para medias (T de student)	26
6.2.2 Correlación de Pearson	27

	6.2.3 Prueba Z – Prueba de hipótesis para proporciones a 95%	27
VII.	Discusión	29
VIII.	Conclusiones	33
	8.1 Limitaciones y recomendaciones	33
IX.	Bibliografía citada	35
X.	Anexos	39
XI.	Breve resumen biográfico del tesista	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

CAR: Conductas Alimentarias de riesgo

CIE 10/11: Clasificación Internacional de Enfermedades

DEAB: Actitudes y Comportamientos Alimentarios Desordenados

DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5

EAT- 26: Eating Attitudes Test - 26

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IMC: Índice de masa corporal

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TANE: Trastornos alimentarios no especificados

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria

TCAI: Trastornos de la conducta alimentaria de la ingesta

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

TPA: Trastorno por Atracón

UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

LISTA DE TABLAS

Número	Título de la Tabla	Página
1	Conductas alimentarias de riesgo	5
2	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos – DSM-5	8
3	Variables independientes	18
4	Variables dependientes	21
5	Características demográficas	22
6	Patología psiquiátrica presente en los participantes	23
7	Resultados cuestionario de conductas alimentarias de riesgo	24
8	Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo	25
9	Dominio predominante por subgrupos	26

RESUMEN

Introducción y antecedentes: En el presente estudio, quisimos establecer la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en población adulta mexicana que acude por primera vez a consulta externa del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González” del Noreste de México. Buscamos identificar si los pacientes con patología psiquiátrica de base presentan comorbilidad con conductas alimentarias de riesgo y determinar si ciertas patologías psiquiátricas se asocian con tipos específicos de dichas conductas.

Métodos: Estudio transversal y analítico en pacientes adultos del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Los datos fueron analizados en IBM SPSS Statistics 21, obteniendo estadísticas descriptivas para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas.

Resultados: La población estudiada, mayormente femenina (72.6%) y soltera (76.4%), presentó 134 diagnósticos psiquiátricos, siendo más comunes TDAH (14.9%) y TLP (11.1%). En el EAT-26, el 57.5% superó el punto de corte, destacando el dominio “Dieta”. Los trastornos psiquiátricos se asociaron a dominios específicos: “Dieta” en bipolaridad y neurodesarrollo, y “Bulimia y preocupación por la comida” en ansiedad y esquizofrenia.

Limitaciones: El tamaño reducido de la muestra, limita el poder estadístico y la detección de asociaciones significativas entre los trastornos psiquiátricos y las conductas alimentarias de riesgo. Además, la falta de una evaluación detallada de la severidad de las comorbilidades psiquiátricas puede haber influido en la variabilidad de los resultados.

Conclusiones: El estudio encontró que el 57.5% de los participantes, en su mayoría mujeres jóvenes, presentan conductas alimentarias de riesgo según el EAT-26.

ABSTRACT

Introduction and background: In this study, we aimed to establish the prevalence of risky eating behaviors in the adult Mexican population attending the outpatient clinic of the Psychiatry Department at the “José Eleuterio González” University Hospital in Northeast Mexico for the first time. We sought to identify whether patients with underlying psychiatric disorders have comorbidity with risky eating behaviors and determine if specific psychiatric disorders are associated with particular types of these behaviors.

Methods: A cross-sectional, analytical study on adult patients from the Psychiatry Department at the “José Eleuterio González” University Hospital. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 21, obtaining descriptive statistics for quantitative variables and frequencies for qualitative ones.

Results: The studied population, mostly female (72.6%) and single (76.4%), presented 134 psychiatric diagnoses, with ADHD (14.9%) and BPD (11.1%) being the most common. In the EAT-26, 57.5% exceeded the cutoff score, with the "Diet" domain standing out. Psychiatric disorders were associated with specific domains: "Diet" in bipolar and neurodevelopmental disorders, and "Bulimia and food concern" in anxiety and schizophrenia.

Limitations: The small sample size limits the statistical power and the detection of significant associations between psychiatric disorders and risky eating behaviors. Additionally, the lack of a detailed assessment of the severity of psychiatric comorbidities may have influenced the variability of the results.

Conclusions: The study found that 57.5% of participants, mostly young women, exhibit risky eating behaviors according to the EAT-2

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta, tales como la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y sus variantes, se tratan de trastornos severos casi siempre crónicos, de alta mortalidad y disfuncionalidad que afectan casi principalmente a mujeres jóvenes (1). Siendo definidos por el DSM 5 como trastornos que se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ello que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de salud física y/o del funcionamiento psicosocial (2). Es importante reconocer que este tipo de trastornos pueden llegar a causar un sufrimiento emocional tremendo y consecuencias médicas importantes teniendo una tasa de mortalidad de hasta el 10% (3). Y es que, con una intervención temprana y apropiada, la mayoría de estas complicaciones pueden ser reconocidas y revertidas (3). Tomando lo anterior en cuenta, es de suma importancia poder reconocer las conductas y variables que puedan ir formando el camino propicio para el establecimiento propiamente dicho de un trastorno alimenticio.

Hoy en día, nos encontramos en un medio cultural y social, donde los mensajes a favor del control de peso y la descalificación dirigida a la ganancia de peso, están presentes en medios de red social y espacios públicos (4), por lo que se ha llegado a que ciertas actitudes se consideren socialmente como “normativas” (Variabilidad de lo normal) (4). Otras conductas, como el vómito autoprovocado o el uso de laxantes o diuréticos, al no ser recomendadas por los discursos de salud pública de hoy en día; se califican en este contexto como “no normativas”, aunque puedan ser socialmente aceptadas en algunas subculturas que describen, incitan y apoyan los trastornos de la conducta alimentaria (4). Estas conductas de riesgo previamente mencionadas, la literatura la considera como un síndrome parcial o subclínico denominado “Conductas Alimentarias de Riesgo” (Por sus siglas CAR) en su conjunto individual (5). Estas son manifestaciones similares a lo descrito en los Trastornos de la conducta alimenticia, pero que se caracterizan por síntomas de menor intensidad y frecuencia, sin dejar de estar asociadas con el deseo de conseguir o mantener una figura corporal delgada, con el potencial de generar y establecer un TCA posterior (5). A continuación, se presenta una tabla con aquellas conductas alimentarias de riesgo identificadas (6):

Tabla 1. Conductas alimentarias de riesgo
--

Práctica de atracones
Seguimiento de dietas restrictivas
Uso de laxantes, anorexigénicos, enemas o diuréticos
Realización de ejercicio excesivo
Vómito autoprovocado
Práctica de ayunos

Las doctoras Judith Rodin, Lisa Silberstein y Ruth Striegel-Moore, en 1984 mencionan que los trastornos alimenticios se encuentran dentro del *continuum* de preocupaciones “normales” sobre el peso y la figura. En el volumen 32 de Nebraska Symposium of Motivation, con el título “Women and weight” describieron por primera vez, lo que es el “Descontento normativo”, donde explicaron que la insatisfacción con la figura experimentada por muchas mujeres es el resultado de una norma cultural que imponía no sólo la delgadez, sino también las prácticas empleadas para conseguir esa figura corporal. Así, las prácticas como el ejercicio y las dietas restrictivas, además de las actitudes de preocupación por el peso corporal, resultan normativas en este contexto (4).

Ante este panorama, se ha identificado que ciertos grupos presentan una mayor predisposición a desarrollar trastornos alimentarios, influenciados tanto por su entorno como por sus características individuales. Asimismo, pueden aparecer conductas alimentarias de riesgo, que afectan no solo la salud mental, sino también la calidad de vida de quienes las experimentan (7). De acuerdo a Smink, van Hoeken y Hoek (2012), en los últimos años se ha observado un aumento en la prevalencia de estas conductas (7,8), particularmente en poblaciones adolescentes, incremento que resulta preocupante debido a su asociación con diversos problemas de salud (3,9).

Sin embargo, en relación con el concepto de “morbilidad psiquiátrica oculta”, algunos trabajos han reflejado la frecuente presencia de Trastornos alimentarios ocultos en pacientes psiquiátricos (10). La existencia de TCA ocultos en pacientes psiquiátricos, especialmente de conducta purgativa, hace necesaria una correcta valoración ante la presencia de síndromes de ansiedad y depresión, tan reiterados en las solicitudes de valoración psiquiátrica desde atención primaria (11). La asociación de una baja autoestima con mayores alteraciones alimentarias y de la imagen corporal, así como la percepción de estrés, pueden tener un papel relevante en el curso de la psicopatología (11). Actualmente, los mecanismos psicopatológicos subyacentes de

los trastornos alimentarios siguen siendo objeto de investigación activa; siendo probable que las interacciones entre los factores genéticos y ambientales en un período crucial del desarrollo aumenten la complejidad del modelado de estos trastornos (12).

Si bien los trastornos como la Anorexia Nervosa, la Bulimia Nervosa, y el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado tienen prevalencias de apenas 0.5 a 3%, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes (7). En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes, y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México (13).

En México, existe la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), un proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud Federal, la cual es una herramienta que aporta información relevante y actualizada sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana (7). En su última publicación (2018-2019) se describe una sección donde se permite conocer la magnitud y tendencias de las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes mexicanos. El estudio evidenció que las actitudes más frecuentes en este grupo poblacional fueron: Preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Tanto en hombres (12.6%), como en mujeres (12.4%) se reportó frecuentemente haber comido demasiado, en menor proporción la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes (5,7,14).

Por todo lo anterior, el uso de instrumentos apropiados que ayuden a identificar a las personas con riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, contribuyen al diagnóstico oportuno y por consiguiente al desarrollo de programas de prevención. Uno de los instrumentos más utilizados es el Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel, cuya versión original de 40 ítems fue reducida a 26 (EAT-26) conservando adecuadas propiedades de confiabilidad y validez para la detección de TCA. Su versión en castellano fue validada por Gandarillas et al. para la comunidad de Madrid, España. Para la realización de este estudio, se usó la versión validada al castellano por Gandarillas et al. (15); dicho instrumento utilizado (EAT-26) posee una sensibilidad del 88,9% y una especificidad del 97,7% (16).

1.1 Enfermedad

1.1.1 Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos

De acuerdo con Treasure, Duarte y Schmidt (2020), los trastornos de la alimentación son afecciones psiquiátricas graves que se manifiestan a través de comportamientos anormales hacia la alimentación y el control del peso, acompañados a su vez, de pensamientos y actitudes perturbadas hacia el peso, la figura y la alimentación, los cuales contribuyen tanto a su aparición como a su persistencia (12).

Es importante reconocer, que el impacto de estas condiciones va mucho más allá de la relación con la comida. Se ha demostrado que pueden afectar significativamente la salud física, causando problemas como desnutrición, desequilibrios electrolíticos y complicaciones cardiovasculares (3). Además, estos trastornos perturban el funcionamiento psicosocial, generando aislamiento social, dificultades en las relaciones interpersonales y problemas académicos o laborales (2).

Tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) reconocen seis trastornos principales de la alimentación: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón, Trastorno de la ingestión de alimentos evitativo/restrictivo, Pica y el Trastorno de rumiación. El DSM-5 además añade subtipos e indicadores de gravedad, así como definiciones de remisión, lo que permite realizar una valoración más clara y orientar mejor el tratamiento (2). A continuación, se presenta un cuadro que reúne estos diagnósticos descritos actualmente por DSM-5, en la sección sobre trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (2):

Tabla 2. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos – DSM-5
Pica
Trastorno de rumiación
Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
Anorexia Nerviosa
Bulimia Nerviosa
Trastorno de atracones
Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Con estas nuevas inclusiones, es fundamental reconocer que distintas fuentes distinguen dos grandes grupos dentro del DSM-5, y que la motivación detrás de las

conductas alimentarias es la clave para diferenciarlos. Dulcan et. al (2021), por ejemplo, señala que los trastornos de la alimentación (*Eating Disorders*) se diferencian de los trastornos del comer (*Feeding Disorders*) según exista o no un temor intenso a subir de peso. En el caso de los *Eating Disorders*, el miedo a ganar peso y el rechazo a la figura corporal son el principal motor de las conductas restrictivas y/o purgativas (17). Dentro de esta categoría se encuentran la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa, que son especialmente prevalentes en adolescentes y adultos jóvenes (8,18). Estos trastornos suelen estar acompañados de una intensa preocupación por la imagen corporal y comportamientos como la restricción alimentaria extrema, el uso excesivo de laxantes y el ejercicio compulsivo (17).

Por otro lado, los *Feeding Disorders* no están motivados por el temor a ganar peso, sino que pueden estar asociados a experiencias traumáticas relacionadas con la alimentación, como el atragantamiento (17), o bien, se relacionan más por las características sensoriales del alimento, como la textura, el olor o el sabor, que impulsan al paciente a evitar i rechazar ciertos alimentos (2,17). Estos trastornos incluyen el trastorno de la ingestión de alimentos evitativo/restrictivo, la pica y el trastorno de rumiación. Quienes los padecen pueden mostrar una selectividad alimentaria marcada, lo que con el tiempo puede provocar deficiencias nutricionales y otros problemas de salud (17). Estos trastornos son más frecuentes en los extremos de la vida, como en la infancia y la vejez, aunque no son exclusivos de estas etapas. Además, pueden estar asociados con otras condiciones médicas o de desarrollo, como el trastorno del espectro autista o la discapacidad intelectual (17).

Comprender estas diferencias resulta esencial para ofrecer una atención adecuada, siendo crucial una evaluación multidisciplinaria que incluya intervenciones médicas, psicológicas y nutricionales. La identificación temprana y el tratamiento adecuado pueden mejorar significativamente los resultados a largo plazo para las personas afectadas. Asimismo, la educación y la concienciación sobre estos trastornos también son fundamentales para reducir el estigma y promover un entorno de apoyo para quienes los padecen.

1.1.2 Conductas alimentarias de riesgo

La evidencia científica destaca que la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es multifactorial, abarcando factores genéticos, sociales, culturales, familiares y cognitivos que influyen en las decisiones y comportamientos alimentarios

de los individuos (5,12,17). Sin embargo, no todos los cambios en la conducta alimentaria son considerados un TCA, ya que se ha documentado que algunos individuos presentan un síndrome parcial o subclínico denominado Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) como previamente describimos (13). Las CAR son manifestaciones similares a los TCA, pero se presentan con menor frecuencia e intensidad sintomática (13).

De acuerdo con la “Teoría del Continuo” propuesta por Nylander en 1971, los TCA se encuentran en un extremo de un continuo (4), mientras que en el otro extremo se ubica la conducta alimentaria normal. Desde esta perspectiva, las personas con una conducta alimentaria normal no están exentas de preocuparse por su peso, entendiéndose así que el problema no es la preocupación en sí misma, sino el grado e intensidad de la preocupación (4).

Es importante mencionar que en un ambiente social y cultural que rinde culto a la delgadez y rechaza todas aquellas figuras que no se ajustan a este ideal, ciertas conductas pueden considerarse normativas (4). Este fenómeno es similar al "descontento normativo" descrito por las Doctoras Silberstein y Striegel-Moore, quienes explican que la insatisfacción corporal experimentada por muchas mujeres es resultado de una norma cultural que impone no solo la delgadez, sino también las prácticas empleadas para alcanzarla (4). En este contexto, prácticas como el ayuno intermitente y el ejercicio excesivo, así como las actitudes de preocupación por el peso corporal, cuando son llevadas al extremo, forman parte de las CAR y resultan normativas (4,5,19); por otro lado, conductas como el vómito autoprovocado o el uso de diuréticos no son recomendadas por los discursos de salud pública y, en este sentido, se consideran no normativas (4,5,19).

1.1.3 Trastornos psiquiátricos

Un trastorno mental se define por una alteración notable en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de una persona (2,20). Generalmente, está acompañado de angustia o una discapacidad funcional en áreas importantes de la vida. Este término más amplio incluye no solo los trastornos mentales, sino también las discapacidades psicosociales y otros estados mentales que provocan una angustia significativa, discapacidad funcional o riesgo de comportamientos autolesivos (2,10,20)

Además, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,

quinta edición (DSM-5), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, es otra referencia importante en la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales. Este manual proporciona criterios detallados y específicos para la identificación de estos trastornos, facilitando un enfoque sistemático y estandarizado en la evaluación clínica (2). Ambos sistemas de clasificación, CIE-11 y DSM-5, son herramientas fundamentales para los profesionales de la salud mental en la identificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, aunque presentan algunas diferencias en sus enfoques y criterios diagnósticos.

1.2 Planteamiento del problema

El medio cultural y social por el cual nos desenvolvemos hoy en día, se encuentra lleno de mensajes que van dirigidos a favor del control de peso (4). La ganancia está estigmatizada y por lo general es juzgada por medios cibernéticos y públicos. De esta manera, se crea un ambiente favorable para el desarrollo de conductas alimentarias peligrosas que llevan a la conformación de síndromes preclínicos alimentarios en la población primordialmente vulnerable (5). Se describe la población infantil y adolescente como la que tiene una mayor prevalencia de trastornos alimentarios, pero también se considera una población de riesgo los pacientes con patología psiquiátrica de base (21). De esta forma, nos lleva ante un problema desapercibido en la práctica de la clínica psiquiátrica como en la atención de la medicina de atención primaria, conllevando a un subdiagnóstico y a no generar un tratamiento adecuado, en cuyo caso está presente en el paciente (13).

Por medio de este estudio nos planteamos resolver las preguntas, ¿Cuál es la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en la población mexicana con patología psiquiátrica que acude por primera vez al departamento de psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”? ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que requerirá un abordaje completo con énfasis en el TCA? ¿Cuáles son las variables sociodemográficas con una mayor relación con el desarrollo de TCA en pacientes que acuden por primera vez al departamento de psiquiatría? y ¿Cuáles son los patrones de conducta más prevalentes en la población de los pacientes?

1.2.1 Estudios relacionados

Como parte del fundamento para este estudio, se considera esencial el reconocimiento de la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos

psiquiátricos. Según Momen et al. (2022), la literatura ha establecido un incremento en el riesgo de trastornos alimentarios entre individuos con otros trastornos psiquiátricos, y viceversa. Sin embargo, los estudios frecuentemente se han centrado en los trastornos alimentarios como una entidad diagnóstica única o han explorado comorbilidades psiquiátricas específicas (21).

Un estudio de Momen et al., publicado en 2022, investigó la comorbilidad entre trastornos alimentarios y trastornos psiquiátricos, resaltando la naturaleza bidireccional de esta relación. Se evidencian discrepancias en la comorbilidad entre distintos tipos de trastornos alimentarios y psiquiátricos; dentro de los ejemplos más destacables esta la mayor prevalencia de esquizofrenia en pacientes con anorexia nerviosa y de trastornos por uso de sustancias en pacientes con bulimia nerviosa (21). También, se anticiparon mayores riesgos de trastornos psiquiátricos subsiguientes entre individuos con AN u otros trastornos alimentarios previos, así como un mayor riesgo de AN u otros trastornos alimentarios entre aquellos con otros trastornos psiquiátricos previos (21).

Hallazgos adicionales de otros estudios revelaron que aquellos con trastornos alimentarios tienen una mayor propensión a padecer diversos trastornos psiquiátricos (Con aproximadamente el 40% de individuos con diagnóstico de AN o TANE desarrollando algún trastorno psiquiátrico posteriormente), mientras que aquellos con casi todos los tipos de trastornos psiquiátricos presentan una mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos alimentarios (21).

Del mismo modo, en un estudio reciente, Juli et al. (2023) detallaron la comorbilidad psiquiátrica asociada predominantemente con los trastornos de la alimentación más reconocidos, incluyendo la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Se encontró que, en el caso de la anorexia nerviosa, los trastornos de la personalidad del clúster C, diversos trastornos de ansiedad como la fobia social y específica, la ansiedad por separación, así como el trastorno obsesivo-compulsivo, afecta a más del 60% de los individuos diagnosticados, mientras que más del 60% también sufrían de un trastorno del estado de ánimo, como la depresión (22). Por otro lado, en el caso de la bulimia nerviosa, se identificaron trastornos de ansiedad en hasta un 66% de los casos, tales como la fobia específica, el trastorno por estrés postraumático y la fobia social (22). Además, aproximadamente el 50% de los individuos diagnosticados con bulimia nerviosa padecían un trastorno del estado de ánimo, como la depresión, y también se observaron trastornos de la personalidad del clúster B (22).

II. JUSTIFICACIÓN

El análisis de la prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en la población nos permitirá definir la factibilidad de desarrollar un plan de abordaje holístico en los pacientes que concluyamos, tendrán un mayor riesgo a desarrollar los trastornos antes mencionados. El conocer cuáles son los padecimientos de la conducta alimentaria en nuestro medio fomentará un estudio más completo por parte de los servicios de salud de cualquier nivel de atención sin mencionar al Departamento de Psiquiatría durante el primer contacto del paciente.

Reconocer y actuar correctamente ante un paciente con probable Conducta Alimentaria de Riesgo será importante para ofrecerle una atención holística, y sobre todo, previniendo un mejor pronóstico de sus padecimientos psiquiátricos.

III. HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis Alterna

- Los pacientes con patología psiquiátrica de base tendrán comorbilidad con conductas alimentarias de riesgo.
- Existirán patologías psiquiátricas que presenten un tipo en específico de conducta alimentaria de riesgo.

3.2 Hipótesis Nula

- La población mexicana con patología psiquiátrica de base no tendrá mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

- Establecer la prevalencia de las Conductas Alimentarias de Riesgo en población adulta mexicana que acude por primera vez a consulta externa del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González” del Noreste de México.

4.2 Objetivos secundarios

- Identificar la población que acude por primera vez a la consulta externa del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”

- Determinar la información demográfica de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”
- Categorizar los patrones de conducta en pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa del departamento de Psiquiatría
- Determinar los patrones de conducta más prevalentes en la población de pacientes que acuden por primera vez en la población de pacientes que acuden por primera vez a consulta externa del departamento de psiquiatría
- Evaluar el riesgo del desarrollo de los Trastornos de Conducta Alimentarios según la patología psiquiátrica diagnosticada en el paciente que acude por primera vez a consulta externa del departamento de psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

Este proyecto consistió en un estudio transversal, analítico, y observacional, en donde la población estudiada fueron pacientes adultos que acudieran a la consulta del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

Los participantes fueron invitados durante su consulta de primera vez en el departamento, donde a través de un formulario digital elaborado en *Google Forms*, se les ofreció responder la encuesta desde sus propios dispositivos o, si lo preferían, con apoyo de algún equipo disponible. Al tener el primer contacto con el paciente, el médico les explicó verbalmente en que consistía el estudio y verificó su aceptación. En el formulario, además, los participantes confirmaron que entendían que la encuesta era completamente anónima, voluntaria y que no solicitaba ningún dato identificable.

La encuesta digital estuvo compuesta de 3 secciones; el consentimiento informado, preguntas sobre los datos demográficos del paciente, y la herramienta validada al español *Eating Attitudes Test (EAT-26)*.

En la sección sociodemográfica, se solicitaron datos básicos para describir a la población participante como edad, género, religión, estado civil, escolaridad, nacionalidad, consumo de sustancias (Activo o inactivo) y diagnóstico psiquiátrico.

Posteriormente, se aplicó la encuesta *Eating Attitudes Test (EAT-26)* validada al español por Valentín et al (1). Este instrumento, auto aplicable y de formato digital, permite evaluar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; la versión utilizada contiene 26 ítems con un formato de respuesta estilo Likert de siete opciones: (Nunca), 2 (Casi nunca/ raramente), 3 (Pocas veces) 4 (A veces), 5, (Muy a menudo), 6 (Casi siempre) y 7 (Siempre).

La escala *Eating Attitudes Test (EAT-26)* tiene 3 dominios o subescalas:

a) **Dieta:** 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por la delgadez. (1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26)

b) **Bulimia y preocupación por la comida:** 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de la comida. (3, 4, 9, 18, 21, 25)

c) **Control oral:** 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso. (2, 5, 8, 13, 15, 19, 20)

La interpretación se realizará de la siguiente manera:

- Se sumarán puntos al final de la encuesta según la respuesta que el paciente elija.
- Las columnas del Likert con las opciones 1, 2, 3 (Nunca, casi nunca/ raramente y pocas veces), tendrán una ponderación de 0 puntos.
- La columna del Likert con la opción 4 y 5 (A veces y muy a menudo), tendrá una ponderación de 1 punto.
- La columna del Likert con la opción 6 (Casi siempre), tendrá una ponderación de 2 puntos.
- La columna de Likert con la opción 7 (Siempre), tendrá una ponderación de 3 puntos.

El ítem 25 se puntúa a la inversa: Siendo *siempre*, *casi siempre* y *muy a menudo* con 0 puntos, *a veces* y *pocas veces* con 1 punto, *raramente* con 2 puntos y finalmente *nunca* con 3 puntos.

La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 26 ítems de la escala, donde el punto de corte que se emplea para designar como un dominio positivo en el paciente es de 11 puntos. Cada dominio o subescala con más de 11 puntos en la sumatoria se puede considerar como un dominio presente en el paciente.

5.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan a consulta externa del departamento de psiquiatría del Hospital Universitario por primera vez.
- Personas que deseen participar en la encuesta
- Pacientes que firmen y acepten el consentimiento informado
- Personas mayores a 18 años
- Personas con diagnóstico psiquiátrico (Con base en criterios de DSM V)

5.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria
- Pacientes que actualmente se encuentren en fase aguda de psicosis o manía.
- Personas menores a 18 años

5.1.3 Criterios de eliminación

- Personas que hayan respondido la encuesta de manera parcial o incorrecta

5.2 Consentimiento informado

Se buscó incluir los elementos normativos y más relevantes para garantizar que los interesados en participar pudieran comprender completamente los aspectos éticos, legales y prácticos de su participación en la investigación. Incluyéndose el propósito del estudio, el procedimiento, la confidencialidad y privacidad, el consentimiento voluntario y la autorización para el uso de datos.

5.3 Consideraciones éticas

En cuanto a las consideraciones éticas se trata de un estudio en el cual se describe de manera detallada cuales son los objetivos del estudio. También se darán las instrucciones sobre cómo se deberá llenar y se explicarán el tipo de preguntas que pudieran ser solicitadas y que pudieran generar cierta incomodidad en el participante, siempre teniendo este la libertad de detener su participación en caso de así desearlo.

Además, se clarificará que toda la información de dicho estudio quedará estrictamente confidencial. No se pedirán el nombre completo, domicilio, teléfono, así como ningún otro dato que pudiera comprometer la confidencialidad de los mismos. Solo los investigadores podrán tener acceso a los datos de los participantes.

5.4 Cálculo de la muestra

Para nuestro cálculo de la muestra, tomando en consideración una población finita de 1,542 pacientes, que cumplen en conformidad con los criterios de selección del presente estudio en seis meses, se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, a un nivel de confianza del 95%, una variabilidad máxima estimada 50% y un error máximo aceptado del 10%, una muestra estadísticamente significativa de 90 pacientes. Usando la siguiente fórmula (23):

Fórmula: $n = (N \times Z^2 \times p \times q) / d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q$

- $N = 1,543$
- $Z = 1.96$
- $p = 0.05$
- $q = 0.05$
- $d = 0.1$

5.5 Metodología del estudio

Los resultados obtenidos se recabarán en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtendrán de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Las variables serán segmentadas según los factores de interés establecidos en los objetivos, y contrastados mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y para proporciones (prueba Z) a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de correlación y asociación se realizarán mediante los test de Pearson y Chi2 respectivamente, a la misma confiabilidad del 95%.

5.6 Métodos de evaluación

5.6.1 Instrumentos de medición y diseño

5.6.1.1 *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), desarrollado originalmente por Garner et al. y posteriormente validado al español por Gandarillas et al., es una herramienta de autoevaluación diseñada para medir las Actitudes y Comportamientos Alimentarios Desordenados (DEAB, por sus siglas en inglés). Este instrumento consta de 26 ítems distribuidos en tres dimensiones: Dieta, bulimia y control oral. Las respuestas se recogen mediante una escala Likert de 4 puntos (0=nunca a 3=siempre), en donde un puntaje superior a 11 sugiere un riesgo potencial de presentar DEAB. La escala ha demostrado una consistencia interna que varía de moderada a suficiente a nivel internacional, con un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,70 (24).

5.7 Variables

Tabla 3. Variables independientes				
Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala
Edad en años	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona	Edad en años del participante; se	Numérica discreta

		u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	aceptarán números del 18 al 100	
Género	Independiente	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Se clasificarán como femenino, masculino, no binario	Categórica nominal
Religión	Independiente	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Se clasificarán en agnóstico, católico, cristiano, ninguna y politeista.	Categórica nominal
Estado civil	Independiente	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del	Se clasificarán en soltero, casado, unión libre, viudo, o divorciado.	Categórica nominal

		matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.		
Último nivel de escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente y que ha acreditado.	Se clasificarán en primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, doctorado, maestría, posgrado, técnica.	Categórica ordinal
Nacionalidad	Independiente	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.	Se clasificará en: Mexicana/o u otra nacionalidad	Categórica binaria
Consumo de sustancias	Independiente	Tipo específico de estupefaciente consumido	Se refiere al estupefaciente específico (cocaína, marihuana, metanfetaminas, LSD) consumido por el individuo	Categórica nominal
Diagnóstico psiquiátrico	Independiente	Un paciente acudiendo a un psiquiatra o a un médico capacitado para que le haga un	Se clasificarán en los que tengan un diagnóstico psiquiátrico	Categórica binaria

		diagnóstico en psiquiatría	previo, y en los que no.	
--	--	-------------------------------	-----------------------------	--

Tabla 4. Variables dependientes				
Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala
EAT- 26	Dependiente	Herramienta de tamizaje para determinar el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria	Herramienta que evalúa en 3 subescalas la dieta, la bulimia y la preocupación por la comida y el control oral	Categórica ordinal

5.8 Análisis estadístico

Para comprender mejor las características de la muestra y el comportamiento de los puntajes obtenidos, se realizará un análisis descriptivo que incluirá medidas como la media, la desviación estándar y los valores mínimo y máximo. Además, se calculará el coeficiente Alfa de Cronbach con el fin de evaluar la fiabilidad interna de la escala utilizada.

En la parte descriptiva, las variables categóricas se presentarán mediante frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables numéricas se utilizarán medidas de tendencia central y dispersión, como media o mediana, y desviación estándar o rango intercuartílico, según corresponda.

En cuanto al análisis inferencial, primero se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de las variables. Las asociaciones entre variables categóricas se evaluarán mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson y para comparar grupos independientes, se emplearán las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, dependiendo de la normalidad de los datos. Asimismo, cuando sea necesario comparar más de dos grupos, se utilizarán las pruebas ANOVA o Kruskal-Wallis. Se considerarán resultados estadísticamente significativos aquellos con un valor de $p < 0.05$.

Todos los análisis se llevarán a cabo utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows, versión 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 2011)

VI. RESULTADOS

6.1 Estadística descriptiva

Comenzando con los datos sociodemográficos, la edad media de la población de estudio fue de 28.31 años y el género predominante fue el femenino (72.6%), además un 46.2% se identificó como católica y 44.3% refirió no seguir ninguna religión. En cuanto al estado civil, la mayoría de la población se encontraba soltera (76.4%) y próximo a la mitad de los participantes presentaban un grado de licenciatura. Por último, aproximadamente la mitad refería consumo activo de alguna sustancia (**Tabla 5**).

Tabla 5. Características demográficas	
	N= 106
Edad (media, DE)	28.31 (10.44)
Género femenino (n, %)	77 (72.6)
Religión (n, %)	
Católica	49 (46.2)
Cristiana	7 (6.6)
Agnóstico	2 (1.9)
Politeísta	1 (0.9)
Ninguno	47 (44.3)
Estado civil (n, %)	
Casado/a	15 (14.2)
Divorciado/a	3 (2.8)
Soltero/a	81 (76.4)
Unión libre	6 (5.7)
Viudo/a	1 (0.9)
Grado de escolaridad (n, %)	
Primaria	2 (1.9)
Secundaria	10 (9.4)
Preparatoria/bachiller	34 (32.1)
Carrera técnica	6 (5.7)
Licenciatura	50 (47.2)
Posgrado	4 (3.7)
Hábitos nocivos activos (n, %)	54 (50.9)
DE: Desviación estándar	

En la población de 106 participantes, se identificaron un total de 134 patologías psiquiátricas en la población de 106 participantes, debido a que aquellos con

comorbilidad aportaron más de un diagnóstico al análisis. Las patologías más frecuentes por orden fueron TDAH (14.9%), TLP (11.1%), Trastorno mixto de ansiedad y depresión (9.7%), Trastorno depresivo no especificado (8.9%) y TAG (6.7%). En total, veinte participantes presentaron más de un trastorno psiquiátrico coexistente (**Tabla 6**).

Tabla 6. Patología psiquiátrica presente en los participantes	
	N= 134 (n, %)
TDAH	20 (14.9)
TLP	15 (11.1)
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	13 (9.7)
Trastorno depresivo no especificado	12 (8.9)
TAG	9 (6.7)
Trastorno de personalidad no especificado	9 (6.7)
Trastorno de ansiedad no especificado	8 (5.9)
TDM	7 (5.2)
TEPT	7 (5.2)
Trastorno psicótico no especificado	6 (4.7)
Trastorno del sueño	6 (4.7)
Distimia	3 (2.2)
Esquizofrenia	3 (2.2)
Trastorno bipolar no especificado	3 (2.2)
Trastorno por consumo de sustancias	3 (2.2)
Ataques de pánico	2 (1.4)
Fobia social	2 (1.4)
Trastorno del espectro autista	1 (0.007)
TOC	1 (0.007)
Trastorno adaptativo	1 (0.007)
Trastorno afectivo bipolar tipo 2	1 (0.007)
Trastorno por consumo de alcohol	1 (0.007)
Trastorno por consumo de cannabis	1 (0.007)
TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TLP: Trastorno límite de la personalidad; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; TDM: Trastorno depresivo mayor; TEPT: Trastorno por estrés postraumático; TOC: Trastorno obsesivo compulsivo	
Trastorno mixto de ansiedad y depresión + trastorno de personalidad no especificado (n= 2); TDAH y TAG (n= 1); TDAH y TLP (n= 2); TDAH y trastorno de personalidad no especificado (n= 1); TDAH + TLP + trastorno de la personalidad no especificado (n=1); TLP y trastorno por consumo de sustancias (n= 1); TLP y TDAH (n= 1); TLP, TDAH y TEPT (n= 1); TLP y TDM (n= 1); TLP, TEPT y trastorno de ansiedad no especificado (n= 1); TOC, TAG, trastorno depresivo no especificado y TDAH (n= 1); TEPT, TDAH y trastorno del sueño (n= 1); Trastorno de personalidad no especificado y TDAH (n= 1); Trastorno de la personalidad no especificado y trastorno depresivo no especificado (n= 1); Trastorno de la personalidad no especificado, mixto de ansiedad y depresión, TDAH y fobia social (n= 1); Trastorno depresivo no especificado y trastorno por consumo de alcohol (n= 1); Trastorno por consumo de cannabis y trastorno de la personalidad no especificado (n= 1); Trastorno psicótico no especificado y trastorno de ansiedad no especificado (n= 1)	

En cuanto a la media del puntaje global obtenido en la EAT-26 fue de 14.39

(DE = 10.24), lo que indica que, en promedio, la población evaluada muestra un nivel moderado de conductas alimentarias de riesgo. Además, un 57.5% de los participantes superó el punto de corte de 11, lo que sugiere que más de la mitad de la muestra podría estar en riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario (**Tabla 7**).

Tabla 7. Resultados cuestionario de conductas alimentarias de riesgo	
	N= 106
Resultado de la prueba (media, DE)	14.39 (10.24)
Dominio “Dieta” (media, DE)	7.67 (6.88)
Dominio “Bulimia y preocupación por la comida” (media, DE)	3.14 (2.7)
Dominio “Control oral” (media, DE)	3.58 (2.9)
Riesgo de trastorno alimenticio (n, %)	61 (57.5)
DE: Desviación estándar	

En los dominios específicos de la encuesta EAT-26, se observó que, en el dominio de dieta, relacionado con la restricción alimentaria y la preocupación por la delgadez, la media fue de 7.67 (DE = 6.88), lo que refleja una preocupación significativa por la alimentación en una parte importante de la población. En el dominio de bulimia y preocupación por la comida, la media fue de 3.14 (DE = 2.7), sugiriendo que la tendencia hacia conductas purgativas no es prevalente en la muestra. Finalmente, en el dominio de control oral, la media fue de 3.58 (DE = 2.97), lo que indica una baja preocupación por el control externo sobre la alimentación (**Tabla 7**).

Entre los ítems evaluados, el único que obtuvo como respuesta mayormente seleccionada “*Siempre*” fue “*Me da mucho miedo pesar demasiado*” con un 24.5% (n=26). Por otro lado, los ítems 3 y 25 “*Me preocupa mucho por la comida*” y “*Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas*”, la respuesta mayormente elegida fue “*A veces*” con un 26.4% (n=28) y un 24.5% (n=26), respectivamente. Los ítems 5 y 17 “*Corto mis alimentos en trozos pequeños*” y “*Como alimentos de dieta*” fueron mayormente respondidos con “*Raramente*” con un 31.1% (n=33) y un 23.6% (n=25), respectivamente. En los demás ítems, la respuesta mayoritaria fue “*Nunca*”. En la **Tabla 8** se pueden apreciar por separado cada una de las preguntas realizadas en el cuestionario.

En la **Tabla 9** se buscó integrar las distintas patologías dentro de subgrupos, tomando como guía el DSM- (American Psychiatric Association, 2013). Respecto al espectro depresivo, no se obtuvo ningún dominio predominante. En cuanto al espectro bipolar, los trastornos de personalidad del neurodesarrollo obtuvieron un predominio en el dominio “Dieta” con 5.6%, 27.8% y 20.6% respectivamente.

Tabla 8. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo							
	Nunca	Raramente	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Casi siempre	Siempre
Me da mucho miedo pesar demasiado	15 (14.2)	9 (8.5)	12 (11.3)	19 (17.9)	10 (9.4)	14 (13.2)	26 (24.5)
Procuro no comer, aunque tenga hambre	29 (27.4)	20 (18.9)	15 (14.2)	25 (23.6)	8 (7.5)	9 (8.5)	0 (0)
Me preocupa mucho por la comida	17 (16)	9 (8.5)	9 (8.5)	28 (26.4)	19 (17.9)	11 (10.4)	13 (12.3)
A veces me he “atrachado” de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer	25 (23.6)	17 (16)	13 (12.3)	23 (21.7)	13 (12.3)	12 (11.3)	3 (2.8)
Corto mis alimentos en trozos pequeños	29 (27.4)	33 (31.1)	12 (11.3)	11 (10.4)	6 (5.7)	10 (9.4)	4 (3.8)
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	50 (47.2)	16 (15.1)	12 (11.3)	21 (19.8)	4 (3.8)	0 (0)	2 (1.9)
Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos	43 (40.6)	25 (23.6)	12 (11.3)	18 (17)	6 (5.7)	2 (1.9)	0 (0)
Noto que los demás preferirían que yo comiese más	37 (34.9)	22 (20.8)	12 (11.3)	12 (11.3)	7 (6.6)	9 (8.5)	6 (5.7)
Vomito después de haber comido	88 (83)	10 (9.4)	2 (1.9)	4 (3.8)	2 (1.9)	0 (0)	0 (0)
Me siento muy culpable después de comer	41 (38.7)	6 (5.7)	8 (7.5)	21 (19.8)	0 (0)	11 (10.4)	11 (10.4)
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	28 (26.4)	9 (8.5)	6 (5.7)	21 (19.8)	10 (9.4)	10 (9.4)	22 (20.8)
Hago mucho ejercicio para quemar calorías	48 (45.3)	24 (22.6)	11 (10.4)	14 (13.2)	3 (2.8)	2 (1.9)	3 (2.8)
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	54 (50.9)	14 (13.2)	14 (13.2)	10 (9.4)	9 (8.5)	2 (1.9)	3 (2.8)
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	25 (23.6)	9 (8.5)	12 (11.3)	18 (17)	15 (14.2)	9 (8.5)	18 (17)
Tardo en comer más que las otras personas	26 (24.5)	15 (14.2)	10 (9.4)	23 (21.7)	9 (8.5)	10 (9.4)	12 (11.3)
Procuro no comer alimentos con azúcar	34 (32.1)	32 (30.2)	9 (8.5)	16 (15.1)	10 (9.4)	3 (2.8)	1 (0.9)
Como alimentos de dieta	23 (21.7)	25 (23.6)	17 (16)	22 (20.8)	11 (10.4)	7 (6.6)	1 (0.9)
Siento que los alimentos controlan mi vida	52 (49.1)	17 (16)	10 (9.4)	12 (11.3)	6 (5.7)	3 (2.8)	5 (4.7)
Me controlo en las comidas	23 (21.7)	16 (15.1)	17 (16)	31 (29.2)	8 (7.5)	6 (5.7)	5 (4.7)
Noto que los demás me presionan para que coma	44 (41.5)	19 (17.9)	13 (12.3)	16 (15.1)	7 (6.6)	5 (4.7)	2 (1.9)
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	31 (29.2)	24 (22.6)	17 (16)	14 (13.2)	9 (8.5)	3 (2.8)	8 (7.5)
Me siento incómodo/a después de comer dulces	37 (34.9)	12 (11.3)	10 (9.4)	17 (16)	13 (12.3)	8 (7.5)	9 (8.5)
Me comprometo a hacer dietas	32 (30.2)	25 (23.6)	13 (12.3)	14 (13.2)	9 (8.5)	8 (7.5)	4 (3.8)
Me gusta sentir el estómago vacío	65 (61.3)	10 (9.4)	6 (5.7)	12 (11.3)	6 (5.7)	2 (1.9)	5 (4.7)
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	4 (3.8)	6 (5.7)	8 (7.5)	26 (24.5)	14 (13.2)	12 (11.3)	36 (34)
Tengo ganas de vomitar después de las comidas	54 (50.9)	19 (17.9)	6 (5.7)	15 (14.2)	5 (4.7)	3 (2.8)	4 (3.8)
Resultados reportados en n, %							

Respecto a los trastornos dentro del espectro de la esquizofrenia y ansiedad hubo predominio del dominio “*Bulimia y preocupación por la comida*” con un 33.3% y 66.7% respectivamente. Por último, los trastornos asociados al estrés, trauma y del sueño, marcaron un predominio en el dominio “*Control oral*” obteniéndose un 11.1% en ambos.

Tabla 9. Dominio predominante por subgrupos				
	Bulimia y preocupación por la comida	Control oral	Dieta	Ninguno
Espectro depresivo	16,7%	11,1%	20,8%	40,0%
Espectro bipolar	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%
Espectro de la Esquizofrenia	33,3%	0,0%	8,3%	10,0%
Espectro ansioso	66,7%	38,9%	11,1%	10,0%
Trastornos estrés y el trauma	0,0%	11,1%	8,3%	10,0%
Trastornos de la personalidad	0,0%	16,7%	27,8%	0,0%
Trastornos del neurodesarrollo	16,7%	16,7%	20,8%	20,0%
Trastornos del sueño	0,0%	11,1%	5,6%	0,0%

6.2 Estadística inferencial

6.2.1 Prueba de hipótesis para medias (T de student)

Se llevó a cabo una prueba de hipótesis para medias mediante la T de Student con el objetivo de evaluar las diferencias de edad entre participantes con y sin diversos trastornos psiquiátricos.

Los resultados revelaron una diferencia estadísticamente significativa en la edad de los individuos con y sin TDAH, con un valor de $p < 0.0001$. Este hallazgo indica que los participantes sin TDAH eran, en promedio, significativamente mayores que aquellos que presentaban el trastorno, sugiriendo una asociación entre el TDAH y una menor edad en la muestra analizada.

En contraste, las comparaciones entre la edad de los participantes con y sin los siguientes trastornos: trastorno depresivo no especificado, trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno afectivo bipolar no especificado y trastorno adaptativo, no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Esto sugiere que la edad no es un factor determinante en la manifestación de estos trastornos en la

población estudiada.

En conclusión, solo la presencia de TDAH se relacionó de manera significativa con una menor edad, mientras que para los demás trastornos evaluados, la edad no presentó un impacto relevante en su aparición.

6.2.2 Correlación de Pearson

Se realizó un análisis de correlación de Pearson para evaluar la relación entre la edad de los participantes y la presencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Los resultados mostraron una correlación negativa ($r < 0$), lo que indica que a medida que la presencia de TDAH aumenta, los valores de edad tienden a disminuir.

Específicamente, se observó que en el 24% de los casos, la presencia de TDAH se asocia con una disminución en la edad de los participantes, lo que sugiere que aproximadamente 24 de cada 100 individuos con TDAH son estadísticamente más jóvenes. Esta asociación es significativa y refuerza la conclusión de que la presencia de TDAH está relacionada con una menor edad en la población analizada.

En lo que respecta a los otros diagnósticos psiquiátricos evaluados, no se encontraron diferencias ni asociaciones estadísticamente significativas con la edad, lo que sugiere que la edad no es un factor relevante en la manifestación de esos trastornos en la muestra.

6.2.3 Prueba Z – Prueba de hipótesis para proporciones a 95%

Se llevó a cabo una prueba Z para hipótesis de proporciones con un nivel de confianza del 95%, con el objetivo de evaluar el comportamiento de los participantes según género y su resultado en el test numérico, en relación con la presencia de trastornos psiquiátricos.

Los análisis no revelaron diferencias significativas en la proporción de enfermedades psiquiátricas en función del género, ni se encontró una asociación significativa entre el género y la positividad del test ($p > 0.05$).

Sin embargo, se observó que los pacientes diagnosticados con TDAH presentaron un promedio de edad estadísticamente menor, con una correlación significativa de 0.242, respaldada por el valor t obtenido. Esto indica que la presencia de TDAH se asocia con una menor edad en esta población.

En resumen, aunque no se encontraron diferencias significativas entre géneros en cuanto a la proporción de trastornos psiquiátricos, el TDAH sí mostró una correlación significativa con una menor edad en los pacientes.

VII. DISCUSIÓN

En este estudio, se buscó realizar un primer acercamiento general para explorar no solo la prevalencia de estas conductas, sino identificar posibles asociaciones entre conductas alimentarias de riesgo y patología psiquiátrica, haciendo énfasis en que la esfera alimenticia es relevante cuando se habla de psicopatología. De acuerdo a nuestros resultados, el 57.5% de la población obtuvo un puntaje que puede implicar un riesgo mayor para desarrollar un TCA. Se destaca que la mayoría de los participantes se identificaban como mujeres, de religión católica, solteras y con licenciatura en grado de escolaridad. Por otro lado, el uso y abuso de sustancias, fue identificado en más de la mitad de la población encuestada, no tomamos a consideración el tipo, el patrón de consumo, frecuencia y cantidad, sin embargo si consideramos que para futuros estudios es necesarios esclarecerlos para determinar el grado de relevancia e impacto en la psicopatología alimentaria (25).

De los 106 participantes incluidos en el estudio, es llamativo que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se asocie con un desorden alimenticio. En efecto, la asociación de TDAH y un desorden alimenticio aún no está claro y posiblemente es una combinación de mecanismos genéticos y ambientales (26). Estudios han tratado de explicar esta asociación relacionándolo con el comportamiento impulsivo, hábitos alimenticios pobres resultando en deficiencias nutricionales, entre otras (27).

Una cuarta parte de los encuestados expresa un miedo significativo a pesar demasiado y se preocupa por la cantidad de comida. Las conductas más específicas asociadas con desórdenes alimenticios, como cortar los alimentos en trozos pequeños y consumir alimentos de dieta, son raramente adoptadas por los encuestados. La mayoría de las conductas alimentarias potencialmente riesgosas no son comunes, ya que la respuesta predominante en varios ítems fue "Nunca". Estos resultados sugieren que, aunque hay una cierta preocupación por el peso y la comida, las conductas alimentarias categorizadas de alto riesgo no son frecuentes en la población evaluada.

En cuanto a los trastornos del espectro depresivo; se identificaron el Trastorno depresivo no especificado (N=12/ 8.9%), TDM (N=7 / 5.2%) y Distimia (N=3 / 2.2%). El dominio predominante del espectro depresivo, 40% no marcó ninguno como particular, sin embargo, el segundo con mayor porcentaje fue el dominio "Dieta" con

un 20.8%, lo cual nos podría hablar, acorde a Jarne (2015) que los patrones de la alimentación, ya sea por exceso o por defecto, son un fenómeno habitual en la totalidad de los trastornos afectivos, independientemente de sus formas clínicas (28). En la mayoría de los casos de trastornos afectivos, se observa una disminución de la ingesta alimentaria, con o sin repercusión en el peso corporal. En ocasiones, puede evidenciarse una ingesta excesiva de alimentos (28).

Dentro del espectro de los trastornos del estado del ánimo, el Trastorno Bipolar no especificado (N=3 /2.2%) y Trastorno afectivo bipolar tipo 2 (N=1 / 0.007%), tuvo un dominio predominante en un 5.6% con la “Dieta”. Se excluyeron a pacientes en estado de manía. Acorde a Jarne (2015), los pacientes pueden tener dos comportamientos opuestos en cuanto a la alimentación; por un lado, pueden no sentir hambre durante largos períodos de tiempo y por otro, pueden pedir mucha comida, aunque en realidad no coman mucho de lo que han solicitado (28). Para fines de este estudio, es necesario aumentar la muestra para poder evidenciar a mayor detalle estas conductas, además de definir el momento afectivo de estos pacientes.

Respecto a trastornos del espectro psicótico, se identificó el Trastorno psicótico no especificado (N=6 /4.7%) y Esquizofrenia (N=3 /2.2%). De los 9 pacientes identificados, el dominio predominante cayó en “Bulimia y preocupación por la comida” con un 33.3%, se reconoce que son comunes las alteraciones en la conducta alimentaria en estos pacientes, acorde a Jarne, A. y Talam, A., estas alteraciones no son de naturaleza primaria, generalmente se asocian con los síntomas clínicos presentados por el paciente y/o con los tratamientos farmacológicos administrados (28). Se considera que la mayoría de los fármacos utilizados en el tratamiento aumentan el apetito y conllevan incrementos significativos en el peso corporal (29). Se ha informado que entre el 5 y el 20% de los pacientes con esquizofrenia padecen trastorno por atracón y síndrome de comedor nocturno, una cifra aproximadamente cinco veces mayor que en la población general (30).

Con respecto a trastornos de ansiedad y relacionados; las N que se obtuvieron fueron: TAG (N=9 / 6.7%), Trastorno de ansiedad no especificado (N=8 / 5.9%), Trastorno por ataque de pánico (N=2 /1.4%), fobia social (N=2 /1.4%) y TOC (N= 1 / 0.007%), de los 22 pacientes, hubo una marcada predominancia en el dominio de “Bulimia y preocupación por la comida” en un 66.7%. Las personas con

sintomatología ansiosa pueden experimentar cambios en sus hábitos alimentarios como comer en exceso o no lo suficiente (28). La ansiedad puede provocar liberación de hormonas del estrés, en donde comer puede brindar cierto alivio a las sensaciones y disminuye temporalmente las sensaciones negativas (31). Parece concordante con relación a la evidencia que se hayan presentado en predominancia, los ítems asociados a los atracones, la preocupación excesiva por la comida y el control del peso.

Referente a los Trastornos relacionados con el trauma y estrés, se obtuvieron: Trastorno por estrés postraumático (N=7 / 5.2%) y trastorno adaptativo (N=1 / 0.007%), en donde el dominio prevalente fue “Control oral”. Se caracteriza por la autodisciplina en el control de la ingesta, la presión percibida por parte de otros para aumentar de peso y las actitudes hacia el control de los alimentos, se obtuvo un 11.1% predominante. en un estudio realizado por Hirth, J., Rahman, M., Berenson, A.B., en mujeres jóvenes con TEPT, suelen presentar conductas alimentarias poco saludables, como el consumo excesivo de gaseosas y comida rápida, y pueden recurrir a prácticas compensatorias para manejar su peso, reflejando de alguna manera la preocupación por subir de peso (32). Nos llama la atención que haya sido el dominio predominante, dado que, dentro de lo evaluado, se habla sobre una preocupación percibida por los demás para aumentar de peso. Esto sugiere que el trauma experimentado por estos pacientes podría estar contribuyendo a desarrollar hábitos alimentarios poco saludables (32). A largo plazo, esto podría llevar a que el entorno del paciente demande una alimentación sin conductas restrictivas o purgativas.

En el trastorno en el ciclo de sueño-vigilia, se evaluaron 6 (4.7%) pacientes con la esfera dominante fue “Control oral” con un 11.1%. Según Gomes, S., Ramallete, C., Ferreira, I., Bicho, M, & Valente, A., la falta de sueño puede alterar los hábitos alimentarios al aumentar el apetito y fomentar la preferencia a alimentos ricos en calorías, llevando a un aumento en la ingesta calórica y una disminución en el consumo de alimentos nutritivos (33).

En cuanto a trastorno de la personalidad, se obtuvo lo siguiente; TLP (N=15 /11.1%) y Trastorno de la personalidad no especificado (N=9 / 6.7%), donde el subgrupo principal fue “Dieta” en un 27.8%. Cuando hablamos de personalidad, hablamos de un espectro difícil de poder cuantificar, medir y describir. Los trastornos en la alimentación tienen una patogénesis compleja que involucra transacciones entre

influencias socioculturales, psicológicas y neurobiológicas (34). De acuerdo a Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S., tienen un riesgo elevado de sufrir conductas alimentarias de riesgo tanto de carácter purgativo como restrictivo (35). Entre ellos; atracones recurrentes, purgas y restricciones dietéticas (2006) Diferentes conductas alimentarias desordenadas pueden estar asociadas con diferentes rasgos de personalidad (36).

Por último, en cuanto a trastornos del neurodesarrollo, se obtuvo para TDAH una N=20 (14.9%) y Trastorno del espectro autista (N=1 / 0.007%), en donde el dominio predominante fue “Dieta” con un 20.8%, considerado que, de los 21 pacientes, uno solo no fue TDAH. Según la literatura, este trastorno se relaciona con el comportamiento impulsivo, hábitos alimenticios pobres resultando en deficiencias nutricionales, entre otras (27). El Metilfenidato, uno de los medicamentos mayormente utilizados en este padecimiento, tiene disminución en el apetito como uno de los principales efectos adversos (37), aspecto el cual podría estar asociado a patrones restrictivos, demostrado por la mayor prevalencia del dominio de “Dieta”.

VIII. CONCLUSIONES

En conclusión, los hallazgos de este estudio revelan una prevalencia notable de conductas alimentarias de riesgo (CAR) en una población mayormente femenina y joven, con un 57.5% de los participantes alcanzando un puntaje elevado en el cuestionario EAT-26. Este inquietante riesgo también sugiere una posible relación entre el TDAH y los trastornos alimentarios, indicando la coexistencia de problemas de impulsividad y hábitos alimenticios inadecuados.

A pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre géneros en cuanto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos o patrones alimentarios, sí se observó una mayor representación de mujeres en los dominios de preocupación por la comida, bulimia y control oral. Aunque existe una preocupación moderada por el peso y la comida, las conductas de alto riesgo no son comunes. Sin embargo, resulta intrigante observar cómo trastornos como la ansiedad, el estrés, los trastornos psicóticos y de la personalidad parecen influir en las conductas alimentarias.

La correlación entre la edad y la presencia de TDAH sugiere que los individuos más jóvenes tienen una mayor probabilidad de presentar este trastorno, mientras que otros trastornos psiquiátricos no mostraron una relación significativa con la edad. Estos resultados subrayan la importancia de continuar investigando la interacción entre la psicopatología y las conductas alimentarias, especialmente en poblaciones jóvenes, para mejorar la detección y tratamiento temprano de trastornos alimentarios en aquellos con diagnósticos psiquiátricos coexistentes.

La variedad de patrones observados sugiere una compleja interacción entre salud mental y hábitos alimentarios, invitando a una exploración más profunda de cómo estos factores pueden estar entrelazados y afectar el bienestar de los individuos.

8.1 Limitaciones y recomendaciones

Las limitaciones observadas en este estudio pueden atribuirse, en gran medida, al tamaño de la muestra, que pudo haber sido insuficiente para detectar diferencias significativas en las variables analizadas, a pesar de haber obtenido una muestra estadísticamente significativa. Un número reducido de participantes limita el poder estadístico del análisis, lo que dificulta la identificación de asociaciones relevantes entre los trastornos psiquiátricos y las conductas alimentarias de riesgo. Además, la

diversidad en la severidad e intensidad (Una muestra muy heterogénea entre sí) de los padecimientos psiquiátricos entre los participantes podría haber influido en la variabilidad de los resultados. La falta de consideración de esta severidad puede haber diluido las diferencias que podrían haber sido observadas en una muestra más homogénea.

La literatura existente (18,19,38) sugiere que factores como la edad, el género y la comorbilidad psiquiátrica son determinantes significativos en la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, en este estudio, no se tomó en cuenta la severidad o gravedad de los padecimientos psiquiátricos de los participantes, lo que podría haber contribuido a la ausencia de resultados estadísticamente significativos. Dada la complejidad de las interacciones entre estas variables, futuras investigaciones deberían considerar la inclusión de medidas más precisas de la severidad de los trastornos para lograr una comprensión más clara de su impacto en las conductas alimentarias.

IX. BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MDLÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. junio de 2014;46(6):283–9.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [citado el 9 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. octubre de 2019;28(4):593–615.
4. Rodin J, Silberstein L, Striegel-Moore R. Women and weight: a normative discontent. *Neb Symp Motiv Neb Symp Motiv*. 1984;32:267–307.
5. Villalobos A, Unikel C, Hernández-Serrato MI, Bojorquez I. Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública México*. el 24 de noviembre de 2020;62(6, Nov-Dic):734–44.
6. Martínez MBA, Lamotte BV, Santoncini CU. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública*. noviembre de 2011;30(5):401–7.
7. Shamah Levy T, Rivera-Dommarco J, Bertozzi S. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: análisis de sus principales resultados. *Salud Pública México*. el 24 de noviembre de 2020;62(6, Nov-Dic):614–7.
8. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*. agosto de 2012;14(4):406–14.
9. Gomez-Restrepo C, Rincón CJ, Castro-Díaz S. Prevalence of risky eating behaviors and associated factors in indigenous population in Colombia. *Rev Mex Trastor Aliment*. julio de 2017;8(2):113–22.
10. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. el 23 de mayo de 1970;1(5707):439–43.
11. Jáuregui Lobera I, Bermudo Parra S, Martínez López MD, Garrido Casals O. Alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes psiquiátricos, derivados desde atención primaria por contingencias comunes. *Aten Primaria*. abril de 2009;41(4):230–1.
12. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet Lond Engl*. el 14 de marzo de 2020;395(10227):899–911.

13. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública México*. diciembre de 2004;46(6):509–15.
14. Unikel-Santoncini C, Bojorquez-Chapela I, Hernández-Serrato MI, Villalobos-Hernández A. Disordered eating behaviors and psychological correlates. Data from the Ensanut 2018-19. *Salud Pública México*. el 19 de agosto de 2022;64(5, sept-oct):471–7.
15. Gandarillas A, Zorrilla A, Sepúlveda A. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2003. Report No.: 85. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes.pdf
16. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull*. 2004;130(1):19–65.
17. Dulcan MK. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry [Internet]. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2021 [citado el 9 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615374809>
18. Barriguete-Meléndez JA, Unikel-Santoncini C, Aguilar-Salinas C, Córdoba-Villalobos JA, Shamah T, Barquera S, et al. Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico: Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex*. 2009;51 Suppl 4:S638-644.
19. Altamirano Martínez M, Vizmanos Lamotte B, Unikel Santoncini C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México.
20. Trastornos mentales [Internet]. World Health Organization: WHO.; [citado el 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
21. Momen NC, Plana-Ripoll O, Yilmaz Z, Thornton LM, McGrath JJ, Bulik CM, et al. Comorbidity between eating disorders and psychiatric disorders. *Int J Eat Disord*. abril de 2022;55(4):505–17.
22. Juli R, Juli MR, Juli G, Juli L. Eating Disorders and Psychiatric Comorbidity. *Psychiatr Danub*. octubre de 2023;35(Suppl 2):217–20.
23. Li X, Ding P. General Forms of Finite Population Central Limit Theorems with Applications to Causal Inference. *J Am Stat Assoc*. el 2 de octubre de 2017;112(520):1759–69.
24. Montoro-Pérez N, Montejano-Lozoya R, Martín-Baena D, Talavera-Ortega M, Gómez-Romero MR. Propiedades psicométricas del Eating Attitudes Test-26 en escolares españoles. *An Pediatría*. abril de 2024;100(4):241–50.

25. Castañeda-Vázquez C, Romero-Granados S. University students' eating habits and substance consumption (alcohol, tobacco, and drugs) according to gender and sport practice. *cultura_ciencia_deporte*. el 30 de junio de 2014;9(26):95–105.
26. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. diciembre de 2016;49(12):1045–57.
27. Ptacek R, Stefano G, Weissenberger S, Akotia D, Raboch J, Papezova H, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatr Dis Treat*. marzo de 2016;571.
28. Jarne A. *Manual de Psicopatología Clínica*. 2ª Ed. 1st ed. Barcelona: Herder, Editorial S.A; 2015. 1 p.
29. Ballon JS, Pajvani UB, Mayer LE, Freyberg Z, Freyberg R, Contreras I, et al. Pathophysiology of drug induced weight and metabolic effects: findings from an RCT in healthy volunteers treated with olanzapine, iloperidone, or placebo. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. mayo de 2018;32(5):533–40.
30. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loas G. Eating Disorders in Schizophrenia: Implications for Research and Management. *Schizophr Res Treat*. 2014;2014:1–7.
31. Rivera AL, Camacho Gómez WDC, Reynoso Caballero MR, Lazo Canales S, Mamani-Urrutia V, Espinoza-Rojas R. Asociación entre la conducta alimentaria y niveles de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-22-0047._Mnuscrito_final.pdf
32. Hirth JM, Rahman M, Berenson AB. The Association of Posttraumatic Stress Disorder with Fast Food and Soda Consumption and Unhealthy Weight Loss Behaviors Among Young Women. *J Womens Health*. agosto de 2011;20(8):1141–9.
33. Gomes S, Ramalhete C, Ferreira I, Bicho M, Valente A. Sleep Patterns, Eating Behavior and the Risk of Noncommunicable Diseases. *Nutrients*. el 25 de mayo de 2023;15(11):2462.
34. Gaudio S, Dakanalis A, Fariello G, Riva G. Neuroscience, Brain Imaging, and Body Image in Eating and Weight Disorders. En: Cuzzolaro M, Fassino S, editores. *Body Image, Eating, and Weight* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [citado el 9 de noviembre de 2025]. p. 97–111. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-90817-5_7
35. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *Int J Eat Disord*. abril de 2006;39(3):184–92.

36. Anderluh M, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Collier D, Treasure J. Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychol Med.* enero de 2009;39(1):105–14.
37. Storebø OJ, Storm MRO, Pereira Ribeiro J, Skoog M, Groth C, Callesen HE, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* el 27 de marzo de 2023 [citado el 9 de noviembre de 2025];2023(3). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009885.pub3>
38. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:187–213.

X. ANEXOS

Anexo 1. Eating Attitudes Test (EAT-26)

	Always	Usually	Often	Sometimes	Rarely	Never
Am terrified about being overweight						
Avoid eating when I am hungry						
Find myself preoccupied with food.						
Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.						
Cut my food into small pieces.						
Aware of the calorie content of foods that I eat.						
Particularly avoid food with a high carbohydrate content (i.e. bread, rice, potatoes, etc.)						
Feel that others would prefer if I ate more.						
Vomit after I have eaten.						

Feel extremely guilty after eating.						
Am preoccupied with a desire to be thinner.						
Think about burning up calories when I exercise.						
Other people think that I am too thin.						
Am preoccupied with the thought of having fat on my body.						
Take longer than others to eat my meals.						
Avoid foods with sugar in them.						
Eat diet foods.						
Feel that food controls my life.						
Display self-control around food.						
Feel that others pressure me to eat.						
Give too much time and thought to food.						

Feel uncomfortable after eating sweets.						
Engage in dieting behavior.						
Like my stomach to be empty.						
Have the impulse to vomit after meals.						
Enjoy trying new rich foods.						

Anexo 2. EAT-26 validada al español

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastante veces	Casi siempre	Siempre
Tengo mucho miedo de pesar demasiado						
Intento no comer, aunque tenga hambre						
Me preocupa mucho la comida						
A veces he comido en exceso, sintiendo que no podía dejar de comer						
Corto la comida en trozos pequeños						

Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que consumo						
Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.)						
Me doy cuenta de que los demás preferirían que comiera más						
Vomito después de comer						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa mi deseo de estar más delgada/o						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Otros piensan que estoy demasiado delgada/o						

Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo más en comer que otras personas						
Intento no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos dietéticos						
Siento que la comida controla mi vida						
Me controlo a la hora de comer						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incómodo/a después de comer dulces						
Me comprometo a seguir un régimen						
Me gusta sentir el estómago vacío						

Me gusta probar alimentos nuevos y sabrosos						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

XI. RESUMEN BIOGRÁFICO DEL TESISISTA

Alejandra Mejía Sustaita, originaria de Puebla, México, nació un 14 de julio 1996; tuvo su formación desde preescolar hasta la preparatoria en un colegio alemán, recibiendo una educación en tres idiomas. Posteriormente, se graduó como médico de la Universidad Popular Autónoma del Estado Puebla (UPAEP), recibiendo dos reconocimientos a la excelencia académica.

En febrero de 2022 inició la especialidad en Psiquiatría en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León, donde culminará su formación en febrero 2026.

Disfruta profundamente del contacto con la naturaleza y la compañía de sus gatos, quienes, junto con su familia, amigos y pareja, representan la base de todo lo que ha logrado.