



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**FRECUENCIA DE BULIMIA NERVIOSA EN PACIENTES CON
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ**

TÉSIS

PARA OBTENER EL

TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA

DRA. AUREA ITZIGUERY LÓPEZ SALAZAR

ASESORES

DRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES CASTELÁN CAMPOS



CIUDAD DE MÉXICO

JULIO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE ASESORES.....	4
RESUMEN.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
CAPÍTULO 1: TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD.....	6
1.1 DEFINICIÓN.....	6
1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	6
1.3 PATOGÉNESIS.....	8
1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	10
1.5 CURSO.....	12
1.6 EVALUACIÓN.....	13
1.7 DIAGNÓSTICO.....	14
CAPÍTULO 2: BULIMIA NERVIOSA.....	17
2.1 DEFINICIÓN.....	17
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	17
2.3 PATOGÉNESIS.....	18
2.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	25
2.5 EVOLUCIÓN.....	27
2.6 EVALUACIÓN.....	29
2.7 DIAGNÓSTICO.....	29
CAPÍTULO 3: COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y LA BULIMIA NERVIOSA.....	32
JUSTIFICACIÓN.....	36
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	38
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	40
OBJETIVOS.....	40

TIPO DE ESTUDIO.....	41
MUESTREO Y MUESTRA.....	41
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	43
• Criterios de inclusión.....	43
• Criterios de exclusión.....	43
• Criterios de eliminación.....	43
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	44
PROCEDIMIENTO	48
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	51
RESULTADOS.....	52
DISCUSIÓN.....	71
CONCLUSIONES.....	75
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	77
REFERENCIAS.....	78
ANEXOS.....	88

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE ASESORES

Asesora metodológica

Dra. Janet Jiménez Genchi

Dra. en Psicología Adscrita al departamento de Investigación, "Hospital Psiquiátrico

Fray Bernardino Álvarez"

Teléfono: 52 55 4058 544

Correo: janetgenchi@gmail.com

Asesora teórica

Dra. María de los Ángeles Castelán Campos

Médica adscrita a la U.C.E.P., Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Teléfono: 52 771 227 4725

Correo: angeles_castelan@hotmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) persiste, en un 76% de los pacientes diagnosticados, en la adultez. (Bukstein, 2022). La Organización Mundial de la Salud reporta que el 6% de los pacientes con TDAH presentará al menos un episodio de Bulimia Nerviosa (BN); ambas entidades se ven asociadas a una autoimagen más baja, mayor distrés psicológico, peor pronóstico y tasas más bajas de respuesta al tratamiento. **OBJETIVO GENERAL:** Conocer la frecuencia Bulimia Nerviosa en pacientes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. **MATERIAL Y METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y prospectivo en una muestra no probabilística de pacientes, a través de: entrevista clínica, escala Conners para adultos y Test de Edimburgo de Bulimia para conocer su frecuencia y analizar los factores sociodemográficos asociados a ambas entidades. **RESULTADOS:** La sintomatología predominante en el TDAH fue la mixta con un 47.5%, seguida de los síntomas de inatención con 38.8%, de impulsividad de un 8.8% y de hiperactividad del 5%. El 36.3% presentó alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria, y el 26.3% presentó un puntaje altamente sugestivo. El coeficiente de correlación de Pearson fue del $r=0.358$ $p= .001$, el cual establece una correlación baja pero significativa entre el TDAH y la BN; a mayor puntaje en la escala CAAR´s, existe mayor probabilidad de presentar puntajes más altos en la escala BITE. **CONCLUSIÓN:** Se estableció una correlación entre los diagnósticos de TDAH y BN, la cual fue reportada como débil pero significativa. Entre las comorbilidades destacan en el trastorno límite, los trastornos afectivos/depresivos y los ansiosos.

PALABRAS CLAVE: Déficit de atención, Bulimia, adultos, diagnóstico, evaluación.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

1.1 Definición

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es considerado un trastorno del neurodesarrollo, crónico, de inicio en la primera infancia; tiene una base genética y elevada heredabilidad. Se encuentran implicados factores neuropsicológicos con alteraciones en la atención sostenida, impulsividad o dificultad para seguir conductas gobernadas por reglas y sobreactividad motora (Barkley,1990; Faraone, 2002). Los síntomas no pueden ser explicados por ningún déficit neurológico (sensorial, motor o del lenguaje), discapacidad intelectual o trastornos emocionales graves (Fernandes, 2017).

1.2 Epidemiología

A nivel mundial se ha estimado que la prevalencia del TDAH en la edad adulta oscila entre 2.5 y 4.4% entre los 18 y los 44 años. Los estudios epidemiológicos han estimado que la prevalencia actual en adultos de entre 18 y 44 años provenientes de países en vías desarrollo es del 1.9%, comparada con el 4.2% presente en países desarrollados. (Bukstein, 2022).

La literatura española basada en estudios epidemiológicos internacionales muestra una prevalencia del TDAH en adultos del 3 al 4%. Por ejemplo, un estudio transversal de Ticas (2018), que buscó calcular la prevalencia del TDAH basado en historias clínicas y

la prescripción de estimulantes en población adulta de entre 18 a 44 años de edad en el primer nivel de atención, mostró que el 48% de la muestra eran mujeres, 42% pertenecía al grupo de entre 25 y 35 años, otro 42% tenía una edad de entre 35 y 44 años. La prevalencia global de TDAH registrado fue del 0.04% (0.02% en mujeres y 0.07% en hombres). La presencia del diagnóstico de TDAH fue del 0.07% en pacientes con trastornos afectivos, del 0.09% en pacientes con trastornos de ansiedad y del 0.17% en pacientes con trastornos por consumo de sustancias. La prevalencia de TDAH en adultos con prescripción de estimulantes fue del 0.07% (0.05% en mujeres y 0.08% en hombres). El 32.05% de los individuos con diagnóstico de TDAH ya contaban con una prescripción específica.

La prevalencia reportada en este estudio muestra una diferencia significativa con aquella reportada por estudios epidemiológicos en población general en el mismo rango de edad, un ejemplo de esto es la prevalencia reportada en Estados Unidos del 4.4%, en Europa y Oriente Medio del 3.4%, y en España del 1.2%, siendo este último 1/30 de la prevalencia reportada para la muestra española. A pesar de las variaciones observadas en los distintos países, no se han demostrado diferencias entre las áreas geográficas, los grupos culturales o los niveles socioeconómicos (Ticas, 2018).

Sin embargo; los datos que reportan una mayor prevalencia en el sexo masculino y en pacientes con otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos por consumo de sustancias, que concuerda con los datos epidemiológicos actuales (Aragonès, 2010).

La prevalencia de TDAH en la edad adulta en función del género es menos marcada en comparación con lo encontrado en la infancia cuyas proporciones oscilan entre 2:1 hasta 9:1 (niño: niña) (Ticas, 2018).

1.3 Patogénesis

Se desconoce la patogénesis del trastorno por déficit de atención e hiperactividad; sin embargo, la información actual apunta a la probabilidad de que múltiples redes cerebrales interrelacionadas estén implicadas (Bukstein, 2022).

Entre los factores biológicos durante el período prenatal, se puede mencionar la exposición intrauterina al alcohol y a tabaco, a fármacos (benzodiazepinas y anticonvulsivantes), altos niveles de la hormona tiroidea, infecciones, insuficiencia placentaria, toxemia, preeclampsia y desnutrición (Sabari, 2016).

En el periodo perinatal destacan la hipoxia en el feto, el mal uso y la administración de sedantes y fórceps durante el parto, el uso de fórceps, la prematuridad, el bajo peso al nacimiento, las alteraciones cerebrales y la hipoglucemia (Sabari, 2016)

En los estudios de imágenes como la tomografía computarizada o la resonancia magnética, se evidencian alteraciones estructurales del sistema nervioso; los hallazgos más comunes son: volúmenes más pequeños en la corteza frontal, prefrontal y parietal, el cerebelo y las estructuras subcorticales, reducción del cuerpo caloso, núcleo caudado y cerebelo, así como la pérdida de alrededor del 5 % del volumen cerebral; diferencias que se mantienen hasta una década (Sabari, 2016). Por su parte, la tomografía por emisión de positrones ha mostrado una reducción en el metabolismo de la glucosa en el cuerpo estriado, el lóbulo frontal, las regiones somato-sensitivas y occipitales.

Las alteraciones en el funcionamiento del caudado, el putamen y el globo pálido (asociados al control motor, las funciones ejecutivas, la inhibición de la conducta y la

modulación de las vías de recompensa) han sido mencionadas en las publicaciones más recientes. Las anomalías en la estructura subcortical observadas en los infantes se normalizan en la edad adulta, contrastando con las alteraciones corticales que persisten a lo largo del tiempo. (Bukstein, 2022).

Otros factores neurofisiológicos que se han observado son las alteraciones de la actividad cerebral, como la reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, corteza parietal, núcleo caudado y cerebelo; el aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la corteza sensorio-motora; la activación de otras redes neuronales y el déficit en la focalización neuronal. Las alteraciones en los lóbulos frontales explican el pobre control de la conducta, la dificultad en la solución de problemas y en la capacidad para mantener la atención (Sabari, 2016)

La hipoactividad de la dopamina y la norepinefrina en los circuitos fronto-subcorticales parece contribuir a su etiología, al ejercer como moduladores del comportamiento y la cognición a través de los circuitos fronto-estriado-cerebelosos. (Bukstein, 2022). Se menciona el papel de la serotonina en el control de impulsos, específicamente en el eje mesolímbico-cortical (Sabari, 2016).

La probabilidad de padecer TDAH en los padres y hermanos de pacientes que ya cuentan con el diagnóstico aumenta de dos a ocho veces, con una heredabilidad estimada del 76%, cifra basada en estudios de gemelos en población anglosajona; mientras que la literatura latinoamericana reporta una tasa de concordancia del 25% al 40% en gemelos dicigóticos y del 80% para gemelos monocigóticos o idénticos (Ramos-Quiroga J. A., 2009; Sabari, 2016).

Se han implicado los polimorfismos en el gen del transportador de la dopamina (DAT1, SLC6A3) y el gen del receptor de la dopamina 4 (D4) (DRD4) con una mayor frecuencia del trastorno. Otro gen asociado es el BAIAP2, el cual está implicado en la proliferación, supervivencia y maduración neuronal. (Bukstein, 2022).

Entre los factores psicosociales y ambientales destacan la psicopatología de los padres, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, la mala alimentación y el consumo perjudicial de alcohol. (Sabari, 2016)

1.4 Manifestaciones clínicas

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos se caracteriza por la falta de atención, la impulsividad, la inquietud, la disfunción ejecutiva y la desregulación emocional. Las características predominantes en los adultos difieren de las características típicas en los niños; pues los síntomas de hiperactividad o impulsividad presentan una menor manifestación o una presentación atípica; mientras que los síntomas de inatención son más prominentes, y son evidenciados en la incapacidad de mantener la concentración en una tarea, especialmente durante períodos prolongados, en olvidos frecuentes y en el aumento de accidentes automovilísticos (secundarios a errores de conducción y el exceso de velocidad); pierden fácilmente objetos importantes como la cartera o el celular, y además, emplean mucho tiempo en su búsqueda. Los adultos con TDAH suelen ser considerados negligentes e irresponsables.

La disfunción ejecutiva incluye alteraciones en la memoria de trabajo, el intercambio de tareas, el autocontrol, la capacidad de iniciar tareas específicas y la autoinhibición; que

pueden ser evidenciados en la incapacidad de organizar, priorizar, continuar y finalizar una tarea específica y la gestión del tiempo. En la vida cotidiana los pacientes mencionan que las tareas se terminan sólo en las fechas límite, a menudo tarde o incluso no se terminan.

La impulsividad se caracteriza por la participación excesiva en actividades o de forma verbal. Las consecuencias son más graves que durante la infancia al generar disfunción en las relaciones interpersonales y en el área laboral, pues se menciona una menor productividad, una mayor frecuencia de lesiones generadas en el lugar de trabajo y una mayor tasa de desempleo; además de contribuir en la generación de los accidentes automovilísticos.

La hiperactividad aparecerá en forma de inquietud, hablar de forma excesiva o incluso interrumpir a otros durante una conversación. Por su parte la desregulación emocional es observada en forma de labilidad emocional, irritabilidad, arrebatos de ira, baja tolerancia a la frustración y falta de motivación. La labilidad emocional y la respuesta emocional negativa se correlacionan estrechamente con la gravedad de los síntomas del TDAH.

Los pacientes muestran mayores tasas de actividad delictiva y de abuso de sustancias; al evaluar las poblaciones con consumo perjudicial de sustancias, las cifras son aún más elevadas alcanzando una prevalencia del 20%; en reclusos penitenciarios se reporta una prevalencia de hasta el 25%. Se cree que las deficiencias relacionadas con el TDAH, las dificultades educativas, los problemas de autoestima y el deterioro en las relaciones significativas subyacen o contribuyen a estos problemas del comportamiento de los adultos. (Bukstein, 2022).

Estudios europeos reportan una mortalidad más alta comparada con la población general: 5.85 frente a 2.21 por 10.000 personas/año, aún después de ajustar las características sociodemográficas y clínicas. Estas cifras se encuentran presentes en adultos con comorbilidades y en individuos diagnosticados en la edad adulta. Los accidentes fueron la causa más común de muerte entre los adultos con este trastorno.

1.5 Curso

Los estudios longitudinales reportan que el trastorno persiste en la edad adulta en una proporción considerable de casos; el trastorno puede persistir en el 50% a 76% de los diagnósticos realizados en la infancia (Aragonès, 2010).

Algunos estudios prospectivos en Latinoamérica muestran que solo un tercio de los participantes no cumplió con los criterios de diagnóstico del trastorno después de un promedio de 7.3 años y el 12.4% cumplieron con criterios de una remisión completa (Bukstein, 2022).

Entre el 40% y el 60% de los pacientes tienen problemas significativos relacionados con el TDAH en la edad adulta. Entre los factores que predicen la persistencia en la edad adulta se pueden mencionar la gravedad inicial de los síntomas (odds ratio 1.89), la presencia de comorbilidades (odds ratio 1.9) y los problemas de salud mental de los padres (odds ratio 1.30) (Bukstein, 2022).

Otros factores a mencionar son el mayor número de síntomas, la coexistencia del trastorno oposicional desafiante, la fobia social, y la combinación de síntomas de inatención e hiperactividad (Sabari, 2016).

Por otra parte, en la población hispana la morbilidad asociada aumenta según la edad en que se diagnostica el TDAH, destacando las tasas reportadas en adultos jóvenes del 22% para el trastorno disocial de la personalidad y del 14% para el abuso de sustancias (Sabari, 2016).

Más de la mitad de los pacientes presentan un trastorno relacionado con el consumo de sustancias a lo largo de la vida. Este riesgo aumento especialmente en presencia de trastornos disruptivos, trastornos de conducta y bajo nivel socioeconómico. Los pacientes con una presentación clínica combinada suelen desarrollar un trastorno de la conducta oposicionista-desafiante, por lo que se involucran más frecuentemente en conductas suicidas (Ramos-Quiroga J. A., 2009).

Las mujeres muestran una mayor frecuencia de padecer trastornos ansiosos y trastornos depresivos, en comparación con los hombres que mostraron mayor riesgo a padecer trastornos por abuso de sustancias.

Los dominios emocional, educativo y social presentan cursos heterogéneos; la persistencia del TDAH no se asocia con un resultado funcional uniforme, sino que conduce a una amplia gama de resultados (Bukstein, 2022).

1.6 Evaluación

El diagnóstico es guiado por los criterios clínicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, Quinta Edición (DSM-5); el cual busca detectar las deficiencias atribuibles a estos síntomas y descartar otros trastornos. Se sugiere que el diagnóstico se centre en la entrevista clínica debe

documentarse la edad de inicio de los síntomas y las deficiencias específicas, rendimiento neuropsicológico y evaluación de otras comorbilidades psicopatológicas.

Obtener información de otro informante puede ser muy útil para hacer un diagnóstico válido. Se propone que la validez de la evaluación mejora al combinar la información de una entrevista diagnóstica estructurada o semiestructurada y de una escala cuantitativa de la gravedad y el deterioro de los síntomas. Las pruebas neuropsicológicas se utilizan como complemento, si las escalas diagnósticas muestran déficits cognitivos no asociado al trastorno.

1.7 Diagnóstico

Criterios diagnósticos del DSM-5, los cuales se utilizan para diagnosticar el TDAH tanto en niños como en adultos.

- A. Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, evidenciado en seis o más de los siguientes síntomas que han persistido durante al menos seis meses. La inatención se evidencia en conductas como no prestar atención a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades; dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas; parecer no escuchar cuando se le habla directamente; no seguir las instrucciones y no terminar los trabajos escolares, las tareas o los deberes en el lugar de trabajo; dificultad para organizar tareas y actividades; evitación o desagrado a realizar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido; perder objetos necesarios para realizar tareas o

actividades; distraerse fácilmente con estímulos extraños; ser olvidadizo en las actividades cotidianas.

B. La hiperactividad e impulsividad son reflejadas al moverse o golpear constantemente las manos o los pies, retorcerse en el asiento, levantarse del asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado; corretear o trepar en situaciones en las que es inapropiado, inquietud, incapacidad para realizar actividades de ocio tranquilamente, actuar como si se estuviera "impulsado por un motor", hablar en exceso, responder antes de que se haya completado una pregunta, incapacidad para esperar su turno, interrumpir o entrometerse en asuntos de otros. B. Los síntomas deben presentes antes de los 12 años.

C. Los síntomas están presentes en dos o más entornos.

D. Hay pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Existe la especificación de presentación mixta si se cumplen los criterios de inatención e hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses; predominio de inatención si se cumple con criterios de inatención, no así de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses; y predominio de hiperactividad/impulsividad si se cumplen los criterios para hiperactividad-impulsividad, sin cumplir criterios para inatención durante los últimos seis meses.

Se clasifica la gravedad actual en **leve** si existen pocos síntomas que superen los requeridos para hacer el diagnóstico, y los síntomas no dan lugar más que a un deterioro del funcionamiento social u ocupacional; **moderada** si se reportan síntomas o deterioro funcional de leve a **grave**; y severa si se presentan más síntomas de los requeridos para hacer el diagnóstico, si existen varios síntomas que son particularmente severos, o si los síntomas resultan en un marcado deterioro en el funcionamiento social u ocupacional.

CAPÍTULO 2. Bulimia Nerviosa

2.1 Definición

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada y exagerada de alimentos (cuyo aporte calórico puede llegar hasta valores de 3.000 kcal a 10.000 kcal) en períodos muy cortos de tiempo, los cuales no pueden prevenirse ni interrumpirse una vez iniciados, al asociarse a una sensación de pérdida de control sobre ellos.

Posterior a estos episodios, se presenta una o varias conductas que tienen como finalidad eliminar los efectos de esta ingesta calórica, como la autoprovocación del vómito, el uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física (Rava, 2004).

2.2 Epidemiología

La prevalencia mundial a lo largo de la vida es reportada en el 1%. En Estados Unidos, la prevalencia estimada de la bulimia nerviosa a lo largo de la vida es del 0.3%; en las mujeres es del 0.5% y en los hombres del 0.08% (Engel, 2022). Esta entidad es más prevalente que la Anorexia nerviosa; y al igual que está última es significativamente más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero a menudo su inicio se produce en etapas más avanzadas de la adolescencia. La edad promedio de inicio es entre los 16 y 20 años, pero puede producirse incluso durante las primeras fases de la vida adulta.

Este trastorno tiene impacto en la Salud Pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos económicos que su manejo requiere. (Durán, 2021) (Valle, 2019).

2.3 Patogénesis

Se desconoce la patogénesis de la bulimia nerviosa; sin embargo, las investigaciones sugieren que es multifactorial al estar implicados una combinación de factores conductuales, interpersonales y biológicos.

Factores genéticos: múltiples genes con pequeños efectos pueden contribuir a la enfermedad, las cuales pueden aumentar con la edad; algunas bibliografías reportan a la bulimia nerviosa como un rasgo heredable, de modo que el 41% de su varianza se debe a factores genéticos y el 59% a factores ambientales únicos (no compartidos) (Engel, 2022).

En el contexto familiar, los intentos de los padres de controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos, interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales. Estudios de la conducta alimentaria en padres y en gemelos idénticos sugieren que 45% a 60%, se debe a factores genéticos (Méndez, 2008). Nisoli y col. (2007) señalaron que el polimorfismo TaqI del gen del receptor 2 de la dopamina podría ser un marcador de una condición genética-psicológica en personas con alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Méndez, 2008).

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) se asocia al crecimiento y al mantenimiento de los sistemas neuronales, a la plasticidad, al aprendizaje y a la memoria. Polimorfismos en el gen que codifica para el BDNF han mostrado una asociación con anorexia nerviosa, bulimia y atracón; específicamente, el alelo 7R del receptor 4 de la dopamina contribuye al aumento de peso en mujeres con bulimia, observándose además que el gen BDNF interactúa con el del receptor 4 de la dopamina, para así influir en la regulación del peso en estos sujetos (Méndez, 2008)

Factores biológicos: hay una alteración del funcionamiento del hipotálamo, con ausencia de la CKK, neurotransmisor asociado al mecanismo de saciedad. El consumo de alimentos está impulsado por sus propiedades gratificantes, hecho que se ha vinculado al aumento de la actividad dopaminérgica; los sistemas de recompensa dopaminérgicos y opioides condicionan la ingesta alimentaria a través de la acción de la dopamina en el núcleo accumbens y en el lóbulo frontal (Maso, 2001).

Hallazgos recientes han sido consistentes con un modelo de deficiencia en la recompensa, en el cual las concentraciones disminuidas de dopamina predicen la sobrealimentación. Las variaciones en los niveles de serotonina modifican la regulación del apetito, las conductas ansiosas y los comportamientos obsesivos (Méndez, 2008).

El ayuno disminuye de manera significativa la actividad de la serotonina, que reduce la sensación de ansiedad, y esto se incrementa a medida que aumenta la desnutrición. Existe alteración en los mecanismos periféricos que regulan la ingesta de alimentos tal como la estimulación gustativa, secreción de péptido gastrointestinal y respuestas nerviosas vagales (Valle, 2019).

Factores familiares: se ha demostrado que existe una correlación causal entre las diferentes actitudes parentales, las diversas estructuras de funcionamiento familiar, el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Méndez, 2008).

En los patrones de interacción familiar es frecuente observar como los síntomas del paciente desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, manteniendo el precario equilibrio familiar (Méndez, 2008).

Esta familia "psicosomática" se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos. La enfermedad asociada a la comida es compartida entre madres e hijas, pero no entre madres e hijos. El comer como respuesta a emociones negativas se asocia también más entre madres e hijas (Méndez, 2008).

Las madres más jóvenes comparten más actitudes negativas hacia el cuerpo con sus hijas, mientras que las madres de más edad, comparten más conductas restrictivas con sus hijas. La conducta alimentaria de los hijos parece ser más independiente y puede estar determinada por factores distintos. Se sugiere que existe una asociación entre la obesidad y la conducta alimentaria de la madre y de la hija (Méndez, 2008).

Las madres de niñas con un trastorno de la conducta alimentaria tienen puntuaciones más altas en escalas que miden conductas purgativas, atracones más frecuentes, mayor depresión, una tendencia a sobrealimentar a sus hijas y una peor relación con sus propias madres, que aquellas madres de hijas sin trastornos de la conducta alimentaria (Méndez, 2008). Muchos de estos pacientes están deprimidos, tienen un

mayor grado de depresión familiar y pertenecen a familias distanciadas emocionalmente (Durán, 2021).

Se ha observado una mayor frecuencia de conductas purgativas en pacientes con antecedentes de eventos adversos en la infancia, entre los que destacan el maltrato físico, el maltrato emocional, la negligencia por parte de los padres y el abuso sexual; además, otras bibliografías han citado el papel de los antecedentes psiquiátricos de los padres, la desorganización familiar y la exposición a la violencia de la pareja como factores favorecedores en la etiología de este trastorno (Méndez, 2008).

Factores psicológicos e interpersonales: los resultados sugieren que la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria se realiza a través de procesos psicológicos interpretativos constructivos, donde las participantes asumen un rol activo y son motivadas por sus proyectos personales o intenciones. Asimismo, el trastorno de conducta alimentaria significa para las participantes estrategias, medios o planes de acción implementadas en el trascurso de sus experiencias de vida que les permiten adaptarse a su contexto personal y social (Tello, 2012).

Factores socioculturales: en la sociedad el cuerpo delgado es símbolo de triunfo; en sentido contrario, la obesidad es un símbolo de dejadez, negligencia y ociosidad, de poco espíritu de lucha o superación y de despreocupación. Entre los adultos jóvenes destaca la tendencia a imitar y a comparar sus propios cuerpos con los de sus semejantes y su imagen física (Ortiz, 2010).

En cuanto a relaciones de pareja, los pacientes suelen tener necesidad de parecer deseable al otro sexo, lo que en muchos casos se considera el origen de la enfermedad. En el ámbito de los TCA, se achaca a los medios ser generadores y motores socialmente

aceptados de insatisfacción personal (Ortiz, 2010). Socialmente, los pacientes con BN tienden a mostrar un alto rendimiento y a responder a las presiones de la sociedad a favor de la delgadez (Durán, 2021).

Factores psicológicos:

1) El modelo cognitivo fue planteado por Cooper, Todd & Wells (2009), éste diferencia entre las auto-creencias negativas generales y las creencias instrumentales o metacogniciones, que incluyen creencias negativas y positivas sobre la alimentación y los procesos cognitivos relacionados con la alimentación.

La creencia de que el atracón es incontrolable conduce a intentos fallidos o contraproducentes de controlar la alimentación, lo que contribuye a su persistencia. La preocupación por la comida, el peso y el cuerpo aumenta los pensamientos negativos, lo que los hace más intrusivos y más difíciles de ignorar (Cooper, et al., 2009).

Por lo tanto, los atracones y las purgas, se activarían en contextos particulares o condiciones de configuración (relacionadas con el peso, la forma y alimentación, estados fisiológicos, situaciones sociales o problemas interpersonales) (Cooper, et al., 2009).

Una condición de configuración activa una o más de las creencias negativas que se expresan como pensamientos automáticos negativos. Su activación genera malestar emocional considerable que es aliviado a través de las conductas problemáticas (Cooper, et al., 2009).

2) El modelo de doble vía describe que la presión social percibida para ser delgado, la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, la dieta y el efecto

negativo, predijeron el inicio de la alimentación compulsiva y las conductas compensatorias; explicando cómo los factores de riesgo sociales interactúan con factores psicológicos para el desarrollo de los síntomas.

La internalización del ideal de delgadez contribuye a presentar insatisfacción corporal; la presión social y cultural para ser delgado transmite mensajes repetidos de que uno no es lo suficientemente delgado, acentuando la insatisfacción corporal, que resulta en dietas al creer que es una técnica efectiva para controlar el peso.

A su vez, la dieta fomenta emociones desagradables por privación calórica en el estado de ánimo o posterior a su fracaso al intentar controlar el peso. La realización de dietas incrementa la probabilidad de que los individuos coman en exceso para contrarrestar los efectos de la privación calórica y promueven realizar atracones ante reglas rígidas. El afecto negativo fomenta los síntomas al creer que comer proporciona comodidad y distracción de las emociones negativas.

3) El modelo transdiagnóstico explica el mantenimiento del desorden, donde el paciente tiene un sistema disfuncional para evaluar su autoestima, juzgando su valor personal en función de sus hábitos alimenticios, forma y/o peso y su capacidad para controlarlos; las cuales son primordiales para mantener el desorden, lo cual representa la psicopatología central de la Bulimia nerviosa pues producen los síntomas acompañantes como los comportamientos restrictivos, purgativos y evitativos, la preocupación constante sobre el peso, los alimentos y la figura corporal (Tello, 2012).

Uno o más de cuatro procesos de mantenimiento adicionales interactúan con los mecanismos de mantenimiento: perfeccionismo, baja autoestima incondicional y

generalizada, dificultad para sobrellevar estados de ánimo intensos y dificultades interpersonales (Tello, 2012).

Tabla 1 <i>Factores de riesgo y protectores para bulimia</i>			
Nivel	Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
Individual	Biológico	<ul style="list-style-type: none"> -Cambios de la pubertad / adolescencia. -Imagen corporal negativa -Predisposición genética (del sistema serotoninérgico e implicados en la regulación del peso corporal) - < 5-HT. - < triptófano/ no recuperación en alimentos. - Abuso de sustancias: alcohol. -Obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Adecuado estado de salud. -Adecuado funcionamiento intelectual.
	Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> -Temperamento difícil. -Rasgos de personalidad mal adaptativos (deficiente autorregulación, > tendencias hacia la novedad) -Emoción negativa alta y persistente. -Baja autoestima. -Alimentos: rechazo, alimentación emocional, > dieta -Comportamiento ritualista durante comidas. -Comportamiento fóbico. -Abuso físico y sexual. -Exposición a psicopatología de los padres -Sobrevaloración de la apariencia, presión para ser delgado e insatisfacción corporal. -Modelado de trastornos alimentarios -Síntomas depresivos. -Masa corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adecuada autoestima -Afrontamiento productivo. -Habilidades sociales.
Socio Contextual	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta familiar. -Familias caóticas, conflictivas y críticas, comportamientos parentales maladaptativos, padres > controladores y > cariñosos, apego inseguro, variables temperamentales, -Respuestas familiares asociadas en familias de bulímicos -Luchas familiares relacionadas con la alimentación. -Familiares de primer grado con bulimia nerviosa, trastornos estado de ánimo y abuso de sustancias. -Estímulos que inhiben comportamientos para evitar el castigo y comportamientos no recompensados. -Medios hermanos (> probabilidad de experiencia de divorcio de los padres). 	<ul style="list-style-type: none"> -Apego seguro -Adecuados vínculos familiares. -Reforzar conductas positivas por medio de premios. -Oportunidades de participar de manera positiva en la familia. -Satisfacción con la vida familiar. -"Apoyo social" (una combinación de sentirse amado / apoyado por la familia y por amigos). -IMC materno más alto. -Conversaciones familiares de alimentación saludable.
	Escolar	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio del tipo de escuela. -Incremento de las exigencias académicas. - Clases de deportes con jueces (gimnasia, nado sincronizado, ballet). 	<ul style="list-style-type: none"> -Oportunidades de participación, identidad y la necesidad reforzamientos positivos de los logros académicos. -Clases de deportes en la escuela (deportes de arbitraje: Basketball, football)

Tabla 1 <i>Factores de riesgo y protectores para bulimia</i>			
Nivel	Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
	Comunidad	-Cultura occidentalizada y sus ideales de femenino. -Caucásicos (percepciones distorsionadas del atractivo físico).	-Experiencias culturales positivas. -Modelos positivos.

Fuente: Adaptada por Castelán (2019).

2.4 Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de la bulimia nerviosa se encuentra cimentado en síntomas (Rava, 2004):

1) la presencia de atracones, definidos como ingerir una cantidad de comida excesiva (>1000 kcal, en promedio 220 kcal) en un periodo de tiempo discreto, comparado con lo que la mayoría de la gente comería en circunstancias similares; se acompaña de una sensación de pérdida de control sobre su alimentación

2) comportamiento(s) compensatorio(s) inadecuado(s) que buscan evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, el uso indebido de medicamentos como laxantes, diuréticos, administración de insulina u hormona tiroidea, el ayuno o el ejercicio excesivo

3) la preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, al menos una vez a la semana durante tres meses. El peso corporal suele estar dentro o por encima del rango normal (Castelán Campos, 2019).

La secuencia prototípica reportada consiste en la restricción calórica, las compras compulsivas y los vómitos autoinducidos. El episodio de atracón desencadena una

mayor restricción calórica, ésta incluye la ingesta de alimentos bajos en calorías y evitar alimentos con alto contenido calórico, lo que provoca un hambre intensa y aumenta la probabilidad de un episodio de atracón adicional; este patrón de comportamiento es conocido como “modelo de restricción”. La disforia (también denominada angustia post atracón) suele producirse después de un atracón, junto con el remordimiento y el autodesprecio. Las complicaciones de la Bulimia nerviosa se deben a la frecuencia y al modo de los comportamientos compensatorios (Durán, 2021); mismas que tienden a esconderse por culpa, vergüenza o para evitar suspenderlas, por lo que pueden pasar desapercibidas durante años.

En el tipo purgativo, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso; diferenciándose del tipo no purgativo, en donde el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso (Engel, 2022)

Se han mencionado las alteraciones en las funciones ejecutivas, que incluyen el control inhibitorio, la resolución de problemas, la planificación y la toma de decisiones. Otras características observadas con frecuencia son la desregulación emocional; las autolesiones impulsivas o compulsivas como el cutting, rascarse o quemarse a lo largo de la vida son observadas en un 33%; así como los síntomas disociativos como la amnesia, la despersonalización y/o la desrealización (Engel, 2022).

2.5 Evolución

Los pacientes con Bulimia nerviosa tienen mayor conciencia de la enfermedad, si bien niegan su trastorno en fases iniciales, es más fácil que reconozcan el trastorno y la gravedad de sus conductas respecto a las comidas, mejorando así su pronóstico. Aunque la gran mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa en los estudios de seguimiento son mujeres, los resultados en los varones pueden ser comparables en cuanto a tasas de remisión (Durán, 2021).

Los pacientes tratados tienen una evolución mucho mejor que los que no reciben tratamiento. Estos pacientes tienen a la cronicidad y es fluctuante con periodos de normalidad y recaídas frecuentes. Los no tratados tienden a la cronicidad o pueden mostrar pequeños grados de mejoría poco destacables con el tiempo. En la mayoría de los pacientes, la bulimia persiste durante al menos 12 meses. Los estudios de seguimiento indican que el 50% presenta una mejoría significativa y un 68% a 70% presenta resolución de los síntomas. La probabilidad de recuperación disminuye acorde al tiempo de evolución; los pacientes que no muestran una mejoría dentro de la primera década, tienen menos probabilidades de recuperarse. Además, los síntomas de menor gravedad se asocian a mayores tasas de recuperación, mientras que el trastorno por consumo de sustancias comórbido puede asociarse a menores tasas de recuperación (Durán, 2021)

Los estudios observacionales prospectivos reportan recaídas en el 20 a 30% de los pacientes, especialmente los primeros seis meses. Los predictores de recaída incluyen síntomas más graves al inicio de la enfermedad como una mayor frecuencia de atracones, vómitos y conductas de evitación. Como se mencionó con anterioridad, la

mayoría de los pacientes pueden esperar que, con el tiempo, con un índice de masa corporal era normal en el 67% a 74%, el resto padecía sobrepeso u obesidad (Durán, 2021).

La bulimia nerviosa se asocia con un aumento de las tasas de mortalidad comparada con la población general de dos a ocho veces mayor; contrastada con otros padecimientos psiquiátricos como los trastornos del ánimo siendo tres veces mayor. Los pacientes con bulimia nerviosa tienen una tasa elevada de intentos de suicidio (dos a seis veces mayor), y tres veces menos frecuentes que en el trastorno bipolar, la depresión y la esquizofrenia (Valle, 2019).

Los factores que se asocian a los intentos de suicidio incluyen la comorbilidad psiquiátrica, antecedentes personales de hospitalización y de autolesiones, mayor duración de la enfermedad, pobre control de los impulsos y antecedentes familiares de trastornos de la alimentación. Las muertes por suicidio son de cuatro a siete veces mayores (Mendez, 2008).

Los pacientes pueden desarrollar posteriormente síntomas que justifiquen el cambio de diagnóstico a otro trastorno alimentario, la bibliografía actual reporta el cambio diagnóstico a un trastorno alimentario no especificado fue del 27%, el cambio a anorexia nerviosa del 2% al 14% y la evolución hacia el trastorno por atracón del 2% (Durán, 2021).

2.6 Evaluación

La entrevista clínica puede ser aumentada con una medida de cribado de autoinforme y un instrumento de entrevista estructurado. Los pacientes que den positivo en un trastorno alimentario se les debe preguntar por los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa (Tello, 2012)

Además, la evaluación debe incluir las cifras actuales del peso, la talla, el índice de masa corporal y el porcentaje de peso corporal; el peso más alto y el más bajo presentado, los patrones de fluctuación de peso, el peso deseado, la frecuencia con que el paciente se pesa, los patrones de ingesta de alimentos, los trastornos alimentarios actuales y pasados, los comportamientos compensatorios, las actitudes sobre el peso y la forma del cuerpo, la comida y la alimentación, los comportamientos alimenticios ritualistas, los antecedentes de ideas y conductas suicidas, la psicopatología comórbida y sus tratamientos, el funcionamiento psicosocial, los antecedentes familiares de trastornos alimentarios y otras psicopatologías (Ortiz, 2010).

2.7 Diagnóstico

Para diagnosticar la bulimia nerviosa pueden utilizarse el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), y la Clasificación Internacional de Enfermedades -11ª Revisión (CIE-11).

El diagnóstico de bulimia nerviosa del DSM-5 requiere cada uno de los siguientes criterios:

- 1) Episodios de atracones, que se definen como la ingesta de una cantidad inusualmente grande de alimentos en un período de tiempo discreto, asociado a la pérdida del control.
- 2) Comportamiento compensatorio inapropiado para evitar el aumento de peso.
- 3) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren al menos una vez por semana durante tres meses.
- 4) La autoevaluación del paciente está indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
- 5) La alteración es secundaria a anorexia nerviosa.

Cabe destacar que esta clasificación define un atracón de comida objetivamente que equivale a al menos dos comidas o a aproximadamente 2000 kcal; suelen producirse durante un tiempo limitado, por ejemplo dos horas y no se limitan a un solo entorno. El tipo de alimentos ingeridos durante un atracón varía entre los episodios de un mismo paciente y entre los pacientes; aunque suelen incluir alimentos de alto contenido calórico. Además, el atracón puede producirse en un estado disociativo o ser planificado (Rava, 2004).

El vómito autoinducido como conducta compensatoria más frecuente, puede convertirse en un fin en sí mismo y ocurrir después de comer sólo pequeñas cantidades de comida.

Los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según la CIE-11 requiere cada uno de los siguientes criterios:

- 1) Episodios de atracones, que se caracterizan por ingerir más comida de lo habitual durante un periodo de tiempo discreto. Los pacientes sienten que no pueden controlar

su alimentación durante los episodios, que son frecuentes y recurrentes (al menos una vez a la semana durante un mes o más).

2) Comportamiento compensatorio inapropiado repetido para evitar el aumento de peso.

3) Preocupación por el peso y la forma del cuerpo, que influyen mucho en la autoestima del paciente.

4) El paciente no cumple los criterios de anorexia nerviosa.

CAPÍTULO 3. Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad y Bulimia nerviosa

El TDAH por sí mismo afecta la calidad de vida y el nivel de funcionamiento; el rendimiento es deficiente a nivel educativo, familiar, de pareja y social (León, 2016).

El impacto del TDAH sobre la calidad de vida de estos adultos disminuye significativamente secundaria a su comorbilidad con los trastornos de ansiedad, depresivos y del sueño. En los varones resalta un menor funcionamiento social y en las mujeres una menor regulación emocional. Este autor concluye que un diagnóstico temprano y un tratamiento farmacológico adecuado y precoz, tendrán un impacto positivo a largo plazo en su calidad de vida (Rodríguez, 2021).

La importancia de realizar un diagnóstico precoz se basa en el agravamiento de los síntomas y sus consecuencias, el cual suele ser durante la adolescencia y la adultez temprana; entre los que se pueden mencionar las conductas disruptivas, el consumo de sustancias, dificultades al iniciar la vida laboral (Rodríguez, 2021).

Agarwal et al. (2012) subraya las dificultades para la automotivación y la autorregulación emocional, las cuales condicionan déficits al persistir en las tareas, postergar las gratificaciones, la autorregulación de las conductas y la capacidad empática. Por lo tanto, los adultos con TDAH pueden presentar niveles más bajos de satisfacción de la vida; especialmente los individuos con TDAH cuyo diagnóstico se realizó en la etapa adulta y su presentación con comorbilidades psiquiátricas. Los sujetos con TDAH que presentaron una sintomatología de menor gravedad, una menor presencia de comorbilidad o aquellos que recibieron tratamiento, reportaron menor disfuncionalidad, y por lo tanto una mejor calidad de vida. En términos de inteligencia emocional, los

individuos con una mejor mayor capacidad para observar, entender y regular sus emociones, presentaron mayor estabilidad emocional, mejores relaciones familiares, íntimas y sociales, y mayor éxito personal (Rodríguez, 2021).

Vera (2016) afirma que los estudios con un enfoque en género en el TDAH son muy escasos; asociado a que existe un infra diagnóstico en la población femenina, al presentar con menor frecuencia conductas disruptivas; es en la adultez que las mujeres reconocen los síntomas del trastorno al evidenciarlos en sus propios hijos. En el ámbito emocional, tanto hombre como mujeres, experimentan trastornos del ánimo y ansiosos; sin embargo, estas segundas experimentar una autoimagen más baja, y mayor distrés psicológico (Rodríguez, 2021).

Ahnemark et al. (2018) afirman que la calidad de vida de los adultos con TDAH es afectada principalmente por el género y los trastornos psiquiátricos comórbidos, reportando a la ansiedad y la depresión como los más comunes; además, el 77% tenían por lo menos una comorbilidad. La mayor frecuencia de trastornos del ánimo y ansiosos en las mujeres condicionó una menor calidad de vida relacionada y una tasa de ideación suicida significativamente más alta, lo cual se reflejaría en la puntuación del instrumento EQ-5D utilizado para la evaluación (Conde 2016).

Ambos trastornos presentan características comunes como son inatención, hiperactividad, impulsividad, desregulación emocional, déficits en las funciones ejecutivas. En el caso de las conductas purgativas, se ha propuesto que la impulsividad es una característica esencial, al igual que una dimensión clínica asociada estrechamente a la depresión, ansiedad, inatención, obsesividad e inestabilidad emocional (Conde, 2016).

Por la frecuente organización limítrofe de la estructura psíquica observada en estas dos patologías; los estudios psicopatológicos muestran puntos comunes entre ambas entidades como, por ejemplo, la lucha contra la depresión, los defectos de fantasmalización, la fuga de la vida psíquica; un apego inseguro, los defectos de simbolización y la perturbación de la imagen del cuerpo (Welniarz, 2016)

Se ha descrito una asociación positiva entre ambas entidades, siendo más relevante en los casos de atracón y/o purga, evidenciando mayor severidad de la sintomatología sugestiva de ambos, condicionando una peor calidad de vida y mayor disfuncionalidad. A su vez, los sujetos con ambos trastornos muestran más conductas de atracón y/o purga. La evidencia es menos consistente en las conductas restrictivas.

El déficit de atención afecta el curso, ensombrece su pronóstico y condiciona menor respuesta a los tratamientos de los Trastornos alimentarios (Feliu, 2022). Los estudios existentes han mostrado una mayor prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en población con TDAH y en sentido contrario, una mayor prevalencia de TDAH en alteraciones en la esfera alimentaria, especialmente en casos de obesidad y el trastorno por atracón (Frances, 2016).

Un estudio transversal en pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria reportó que el 42.6% de los sujetos con una puntuación ≥ 12 en el ASRS v1.1 mostraban mayor puntuación en bulimia en el EDI-3, y aquellos con conductas de atracón y/o purga puntuaron más en Trastornos psicobiológicos del EAT-40 y en Insatisfacción corporal y Riesgo de TCA del EDI-3 (Barrea, 2016):

La sintomatología de déficit de atención correlacionó más con la clínica alimentaria y con el desajuste psicológico general en los casos compulsivo-purgativos. Por lo que los pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria muestran con mayor frecuencia

síntomas sugestivos de TDAH, y no necesariamente más intensos; la relación entre ambos trastornos es mayor en cuadros purgativos, lo que conlleva mayor gravedad en cuadros purgativos (Feliu, 2022).

Por su parte, Unzeta (2016) reporta que los trastornos de conducta alimentaria con presencia de purgas asocian un nivel de impulsividad mayor y mayor probabilidad de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, misma que fue respaldada a través de la entrevista DIVA, que la población.

Welniarz (2016) reportó una mayor frecuencia de conductas purgativas en el TDAH subtipos mixto e inatento.

Un mayor porcentaje de sujetos con TDAH puntúa por encima del punto de corte en las escalas de Actitudes Anormales ante la alimentación (EAT-40) y puntuaciones más elevadas en el test de Bulimia que en el caso de sujetos sin TDAH, pues los sujetos con el trastorno presentan una mayor preocupación por su imagen corporal, peores niveles de adaptación, mayores niveles de ansiedad (Barrea, 2016).

En otro estudio, el 31.3% de los pacientes puntuaron por encima del punto de corte de cribado indicando un posible TDAH. Las tasas de prevalencia más altas (35% a 37%) se encontraron en Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa, subtipo de atracones y purgas, mientras que los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados y Trastorno por Atracón se reportaron ligeramente por debajo de la media (26% a 31%). La presencia de atracones, purgas, pérdida de control sobre la alimentación y el IMC no anoréxico se relacionaron con resultados que indican un posible TDAH (Svedlund, 2019).

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de Bulimia Nerviosa en pacientes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Actualmente no se cuentan con datos fiables que avalen su frecuencia y comorbilidad en adultos mexicanos y en los usuarios de nuestro hospital, por lo que dicha información permitirá realizar un diagnóstico y tratamiento integral, eficaz y temprano.

Basándonos en la bibliografía internacional, la cual, reporta la existencia de un infradiagnóstico, su alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y una tasa de ideación suicida significativamente más alta, que resaltan la importancia de realizar su diagnóstico y su impacto en nuestra población específica.

La relevancia de este estudio busca prever las complicaciones que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad condiciona en la evolución y el pronóstico de la Bulimia nerviosa. Los pacientes con este trastorno experimentan una autoimagen más baja, y mayor distrés psicológico al afrontar distintas situaciones en la vida diaria, escenarios que propician la aparición de trastornos de la alimentación.

Se busca destacar el papel de la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como entidades con una asociación positiva, siendo más relevante en los casos de atracón y/o purga, y evidenciando mayor severidad de la sintomatología sugestiva del Trastorno por déficit de atención y del Trastorno alimentario; situación que condiciona una peor calidad de vida y mayor disfuncionalidad, por lo que afecta el curso, ensombrece el pronóstico y condiciona menor respuesta a los tratamientos de los Trastornos alimentarios; por lo que es de vital importancia evaluar la existencia de

ambas entidades. Se considera que este estudio proporcionará información que permita encaminará al personal médico hacia un abordaje y manejo integral e individualizado con un impacto positivo a mediano y largo plazo en la calidad de vida de nuestros pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se han estimado que la prevalencia de TDAH en la edad adulta oscila entre 2.5 y 4.4% entre los 18 y los 44 años. Los estudios longitudinales reportan que el trastorno persiste en la edad adulta en una proporción considerable de casos; algunos autores reportan que el trastorno puede persistir en el 50% a 76% de los diagnósticos realizados en la infancia (Aragonès, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un 6% de los pacientes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentará al menos un episodio de Bulimia nerviosa y que un 15% de pacientes con Bulimia tiene comorbilidad con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La poca bibliografía disponible y el desconocimiento en la frecuencia de Bulimia nerviosa en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, nos han impulsado a conocer su frecuencia, información que es respaldada por la bibliografía internacional a través de una asociación positiva entre ambas entidades y el efecto de su coexistencia; por lo que el determinar su frecuencia y su impacto en la población de nuestro hospital es uno de los objetivos a cumplir, misma que se desarrolló en el servicio de consulta externa de nuestro hospital en el periodo del 1° de septiembre de 2022 al 28 de febrero de 2023.

Una vez que se detectaron las características clínicas acorde a los criterios del DMS-5 para el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, se buscó respaldar esta entidad con la escala de Conners para adultos en su versión larga; así como la aplicación de la entrevista estructurada MINI. En la población que cumplió con los criterios de inclusión se realizó un tamizaje y un diagnóstico de Bulimia Nerviosa a

través del Test de Edimburgo de Investigación de Bulimia, para determinar la frecuencia y describir las características demográficas observadas, así como la descripción de los subtipos del TDAH y predominio de conductas purgativas como alteraciones en las conductas alimentarias o como trastorno a establecido (Bulimia nerviosa)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de Bulimia Nerviosa en adultos con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la relación de bulimia nerviosa y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Objetivo específico

- Describir las características demográficas (sexo, edad, escolaridad y estado civil) de la muestra.
- Describir los subtipos del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Describir los subtipos de bulimia nerviosa.
- Describir la comorbilidad en los pacientes de la muestra.

TIPO DE ESTUDIO

- Diseño de estudio: descriptivo, correlacional y prospectivo.
- Sede: Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Pacientes atendidos en los servicios de consulta externa.

MUESTREO Y MUESTRA

- Muestreo: Muestra no probabilística, intencional, se evaluó a los pacientes que fueron atendidos de septiembre de 2022 a febrero de 2023 en la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Muestra: Tamaño de muestra de 80 usuarios.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 2
Definición operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable /nivel de medición	Indicador
Edad	<i>(del lat. aetas, -ātis)</i> Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo De Vida De Un Sujeto.	Cuantitativa Discontinua	Edad En Años
Sexo	<i>(del lat. Sexus)</i> Condición orgánica que distingue al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Sexo al que pertenece el participante, que se obtuvo con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico	Cualitativa Nominal Dicotómica	Mujer, Hombre
Escolaridad	<i>(del lat. scholaritas, -atis.)</i> Período de asistencia a un centro escolar	Se refiere al máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del sistema educativo	Cualitativa Ordinal Politémica	Analfabeta, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Maestría, Postgrado
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Situación en la que se encuentra un determinado individuo en relación con una pareja	Cualitativa Nominal Politémica	Soltero Casado Unión libre Separado Viudo
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, evidenciado en seis o más síntomas que han persistido durante al menos seis meses y son inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales	Criterios Diagnósticos Del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5° versión para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad Escala autoaplicable de Conners para adultos versión corta con puntaje mayor a 24	Cualitativa Nominal Dicotómica	Predominio de síntomas de hiperactividad/ impulsividad, de inatención o mixto
Bulimia nerviosa	Trastorno de la alimentación caracterizado por presentar episodios de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso, que ocurren al menos una vez por semana durante tres meses.	Criterios Diagnósticos Del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5° versión para Bulimia Nerviosa. Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo acorde a puntaje: ausencia de alteraciones en la alimentación con puntaje <10, patrones de alimentación anormales con puntaje de 10 a 20, posible Bulimia Nerviosa con puntaje mayor a 20.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Tipo purgativo y no purgativo

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

1. Personas entre 18 y 55 años de edad de ambos géneros.
2. Pacientes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad acorde el DSM 5 y respaldado por la escala autoaplicable de Conners para adultos (versión larga) con seguimiento en la consulta externa de nuestra unidad.
3. Que firmen la carta de consentimiento informado.
4. Educación primaria como nivel de escolaridad mínimo.

Criterios de exclusión

1. Que no acepten la aplicación del cuestionario.
2. Pacientes con déficit visual y auditivo no corregido.
3. Pacientes que cursen con alguna comorbilidad psiquiátrica grave o agudización de la misma que dificulte realizar su diagnóstico (síndrome psicótico, intoxicación o síndrome de abstinencia de cualquier sustancia de abuso)

Criterios de eliminación

- 1.- Pacientes que no completen los instrumentos de medición mencionados con anterioridad.
- 2.- Pacientes que no cooperen para la entrevista
- 3.- Pacientes que deseen abandonar el protocolo de estudio.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

La Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos según los criterios del CIE-10. Fue elaborada por Lecrubier, Salpétriére y Sheehan 1992, 1994 y 1998.

Además, se ha reportado su utilidad en el área de investigación y la práctica clínica, esta fue traducida, adaptada y utilizada en español; determina la presencia de 17 trastornos dividida en 16 módulos y un total de reactivos; cuenta con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos (Analia, 2013).

Escala de Conners autoaplicable para adultos versión larga (CAAR´s)

Las "escalas de Conners" fueron diseñadas en 1969 para evaluar los cambios conductuales en la población infantil que ya contaba con tratamiento farmacológico para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, para posteriormente evaluar la presencia de este trastorno, al recoger información brindada por los padres y los profesores como observadores de los pacientes infantiles.

Estas escalas cuentan con una versión original y otra abreviada. El Índice global contiene 10 ítems de sensibles a la evolución de los síntomas ante distintas intervenciones (farmacológicas, psicoterapéuticas y ambientales). Se encuentra dividida en apartados que describen de síntomas y su correlación con los criterios diagnósticos del DSM-IV. La versión de autoinforme puede ser utilizado a partir de los

doce años; valora los 18 síntomas que constituyen los criterios diagnósticos DSM IV. La escala de autoinforme del TDAH para adultos tiene un tiempo de aplicación oscila entre 10 a 15 minutos, por lo que es utilizada frecuentemente en la atención primaria.

Cada pregunta describe una conducta característica que deberá ser valorada acorde a la intensidad de su presentación en un formato de escala de Likert con cuatro opciones: *nada* = 0, *poco* = 1, *bastante* = 2 y *mucho* = 3. Tiene 66 ítems y abarca un número muy amplio de comportamientos relacionadas con los factores: problemas de atención/memoria, hiperactividad/agitación, impulsividad/labilidad emocional y problemas de con autoconcepto.

También incluye criterios de las sub-escalas del DSM-IV como: síntomas de inatención, de hiperactividad- impulsividad y síntomas globales de TDAH. Contiene un índice TDAH a través 12 ítems que ayudan a identificar a sujetos de cara a una evaluación clínica más detallada.

Finalmente, consta de un índice de inconsistencia: ayuda a identificar las respuestas arbitrarias o sin sentido. Un estudio observacional de casos y controles evaluó su validez; se observó una sensibilidad del 98.86%, una especificidad del 67.68% un valor predictivo positivo del 90.77% y un valor predictivo negativo 94.87% La precisión diagnóstica fue de 91.46%. El índice de concordancia Kappa entre el método diagnóstico de elección, siendo la entrevista clínica, y la CAADID fue de 0,74 (Ramos-Quiroga J. A., 2015). El análisis de la versión castellana de la Entrevista diagnóstica estructurada del TDAH en adultos de Conners demostró que es un instrumento válido para el diagnóstico del TDAH en adultos (Nogueria, 2014).

Test de Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE)

El test de Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE) diseñado por Henderson & Freeman (1987), se trata de un cuestionario de 33 ítems que busca detectar y medir la severidad de la sintomatología de la Bulimia Nerviosa.

Esta prueba se divide en los primeros 30 ítems que revelan la posibilidad de síntomas y los tres siguientes reseñan la severidad con una duración de diez minutos. Las preguntas buscan conocer la alimentación, comportamientos compensatorios inadecuados, pensamientos y sentimientos en torno a sus hábitos alimentarios. Puede administrarse como exploración inicial, durante o al finalizar el tratamiento.

Si este instrumento es utilizado para realizar una detección del trastorno debe responderse en relación a los últimos tres meses. Si lo busca es evaluarse el tratamiento debe expresarse en términos del último mes.

El Test puede ser autoadministrable y la toma puede efectuarse en forma individual o colectiva. Combina tres tipos de respuestas, ya que, si bien en la mayoría debe responder Sí o No, en tres de las preguntas las respuestas son de una escala tipo Likert de cinco, seis o siete opciones.

Para realizar la puntuación en los ítems 1, 13, 21, 23, y 31 se asignará un punto cuando el sujeto diga "No". Se otorga un punto cuando responda "Sí" en los ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 y 33. El puntaje máximo total de sintomatología es de 30. En esta escala si el puntaje total es menor a 10 se presenta una ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida; si los resultados son entre 10 y 20 se contempla la existencia de conductas alimentarias no

esperadas, aunque no necesariamente representa Bulimia Nerviosa; si los resultados superan un puntaje de 20 se observa un patrón alimentario muy alterado, con un posible diagnóstico de Bulimia Nerviosa. La escala de severidad se compone por los ítems 6, 7 y 27. En cada una de estas opciones hay un puntaje entre paréntesis que oscila entre 1 y 5 para la pregunta 6, entre 0 y 7 para la pregunta 7 y por último para la pregunta 27 las opciones se puntúan entre 1 y 6. Si los resultados obtenidos son superiores a 5 en esta escala debe considerarse clínicamente significativa y si la puntuación es igual o mayor a 10 indica un alto grado de severidad.

Este instrumento presenta una fiabilidad entre ítems en la escala de sintomatología de 0.96 y en la subescala de severidad de 0.62. En ambas escalas muestran una alta consistencia interna. La fiabilidad test fue calculada mediante la administración a un grupo control y un grupo de pacientes con síntomas de Bulimia nerviosa, con resultados de 0.86 y 0.68 respectivamente (Henderson & Freeman, 1987). En cuanto a su validez correlacionado positivamente con el EDI y EAT (Henderson & Freeman, 1987).

Franco et al. (2009) realizaron un estudio para justipreciar la consistencia interna y la validez del Bulimic Investigatory Test Edinburgh en mujeres mexicanas, incluyendo una muestra de 322 mujeres y de 73 mujeres, los cuales mostraron una consistencia interna del BITE fue de 0.87 en las estudiantes y 0.83 en las mujeres con patologías alimentarias. El punto de corte para la apreciación total del BITE fue de 21, para la subescala síntomas fue de 15 y para la subescala severidad fue de 6. De la misma forma encontró una correlación significativa entre el BITE y el EAT (Analia, 2013)

PROCEDIMIENTO

- 1.- Se presentó el proyecto de investigación ante los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.
- 2.- Se informó a la Jefatura de Consulta Externa sobre los horarios y áreas de hospitalización donde se realizó el proyecto.
- 3.- Una vez aprobado el protocolo se localizaron a los usuarios de la consulta externa que cumplieron con los criterios de inclusión del 1° de septiembre de 2022 al 28 de febrero de 2023.
- 4.- Se valoró si los usuarios cumplían con los criterios de selección del presente proyecto, destacando la presencia de manifestaciones clínicas y adaptadas a los criterios del DMS-5 para el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- 5.- Una vez se cumplieron con los criterios se les explicó el objetivo del presente estudio y se les solicitó su consentimiento informado.
- 6.- Se aplicó la escala de Conners para adultos en su versión larga con el fin de respaldar su diagnóstico en la población que cumplan con el puntaje para su diagnóstico, así como la entrevista MINI.
- 7.- Posteriormente se realizó el tamizaje y el diagnóstico de Bulimia Nerviosa a través del Test de Edimburgo de Investigación de Bulimia, para determinar la frecuencia de Bulimia en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- 8.- Los resultados de la escala fueron vaciados a una base de datos en Excel.

9.- Se planeó una muestra no probabilística por conveniencia por lo que se hicieron las aplicaciones de las escalas ya mencionadas en 80 pacientes durante el periodo de Septiembre de 2022 a Febrero de 2023.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base en el Artículo 17 Fracción II.- Del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud este estudio es con riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio prospectivo en donde se recolectan datos a través de la aplicación de instrumentos psicométricos; el presente será evaluado por el comité de ética en investigación de nuestro hospital. Posteriormente y con autorización de los usuarios, respaldado por el consentimiento informado, se aplicarán las escalas clinimétricas ya mencionadas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo, correlacional y prospectivo.

Se reportó la frecuencia y porcentaje del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en usuarios de nuestro hospital y se describieron los subtipos del mismo acorde al predominio de síntomas (inatento, hiperactivo/impulsivo o mixto).

Se analizó la frecuencia y porcentaje de conductas purgativas/Bulimia nerviosa en pacientes con TDAH.

Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de la muestra; en aquellas características que estuvieron presentes en ambos trastornos. Se planeo evaluar la existencia de una correlación entre el TDAH y la BN a través del coeficiente de correlación de Pearson.

En caso de confirmar ambas patologías, se consignó en el expediente para posteriormente realizar las modificaciones correspondientes en el tratamiento farmacológico; además, los usuarios fueron referidos al servicio neurorrehabilitación para grupos de TDAH y/o al servicio de Psicología para terapia individual o familiar.

RESULTADOS

Descripción de las características demográficas de la muestra.

En esta muestra, se registraron 80 pacientes, de los cuales, un 23.8% (n= 19) pertenecía al sexo masculino, mientras que un 76.3% (n= 61) pertenecían al sexo femenino (ver tabla 3). La edad media reportada fue de 30.7 (DE 9.73), En cuanto a escolaridad, el nivel de escolaridad predominante fue licenciatura con un 37.5% (n=30), seguido por la escolaridad preparatoria con 33.8% (n=27), posgrado 17.5% (n=14), secundaria con 8% (n= 10) y primaria con un 1.3% (n=1). El estado civil más frecuentemente reportado fue soltero 68.8% (n=55). En segundo lugar, se situó la unión libre con 18.8% (n=15).

Tabla 3
Variables sociodemográficas

Variable	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)	Media	Desviación estándar
Edad			30.70	9.730
Sexo				
Masculino	19	23.8		
Femenino	61	76.3		
Escolaridad				
Primaria	1	1.3		
Secundaria	8	10.0		
Preparatoria	27	33.8		
Licenciatura	30	37.5		
Posgrado	14	17.5		
Estado civil				
Soltero	55	68.8		
Casado	4	5.0		
Unión libre	15	18.8		
Separado	5	6.3		
Viudo	1	1.3		

Descripción del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Como parte de los criterios de inclusión, todos los participantes debían contar con el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (previamente establecido o diagnóstico realizado durante el protocolo), evidenciado con un

puntaje de Conners por encima de >100 asociado a un Z score con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. Dicha escala nos permitió diferenciar entre los síntomas predominantes (hiperactividad, impulsividad, inatención o mixta) como parte de los dominios evaluados. La sintomatología predominante fue la mixta con un 47.5% (n=38), seguida de los síntomas de inatención con 38.8% (n=31). El predominio de síntomas de impulsividad fue de un 8.8% (n=7) y de hiperactividad del 5% (n=4) (ver tabla 4).

Tabla 4
Predominio de síntomas CAAR's*

Predominio de síntomas	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Inatento	31	38.8
Hiperactivo	4	5.0
Impulsivo	7	8.8
Mixto	38	47.5

*CAAR's = Escala Conners para adultos autoaplicable versión larga

Descripción de la Bulimia nerviosa

En cuanto a alteraciones en la conducta alimentaria respaldadas por el puntaje obtenido en la Escala de Edimburgo para Bulimia, el 35.5% de la muestra (n=30) pertenecía al grupo sin alteraciones de la conducta alimentaria; el 36.3% (n=29) presentó alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria, y el 26.3% (n=21) presentó un puntaje altamente sugestivo del diagnóstico de Bulimia Nerviosa (ver tabla 5).

Tabla 5
Punto de corte BITE

Alteración en el patrón alimentario	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ausente	30	37.5
Presente	29	36.4
Altamente sugestivo	21	26.3

La significancia de las alteraciones en la conducta alimentaria, es el segundo ítem analizado como parte de la evaluación registrada en la escala de Edimburgo. El 60% de la muestra (n=48), presenta un puntaje no significativo; mientras que el 23.8% (n=19) reportó una alteración significativa, y el 16.3% (n=13) mostró datos de un trastorno severo (ver tabla 6).

Tabla 6
Severidad BITE

Severidad	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
No significativa	48	60.0
Significativa	19	23.8
Trastorno severo	13	16.3

Descripción de la relación de bulimia nervosa y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La correlación mediante Pearson, entre el puntaje total obtenido en CAAR´s y el puntaje total en BITE, se reporta del $r=0.358$ $p= .001$; la cual puede ser interpretada como una correlación baja pero significativa. Es decir, a mayor puntaje en la escala CAAR´s, la cual mide la presencia y severidad de los síntomas de TDAH, existe mayor probabilidad de presentar puntajes más altos en la escala BITE, dentro de los cuales pueden diferenciarse como alteraciones de la conducta alimentaria y un trastorno per se (Bulimia Nerviosa).

Acorde al total de la población estudiada (N=80) y al predominio de síntomas, se puede observar que el grupo con predominio inatento, es el que presentó con mayor frecuencia un patrón de la conducta alimentaria alterado en un 41.9% (n=13), seguido del grupo con síntomas mixtos en el que se presenta con una frecuencia de 36.8% (n=14); el

tercer lugar lo ocupó el grupo con predominio de síntomas hiperactivos, en el que se observó una misma frecuencia entre un patrón alterado y un probable trastorno de la conducta con un 25% (n=1), respectivamente.

Por último, en el grupo con predominio de síntomas impulsivos se observó una frecuencia de un patrón alterado en 14.2% (n=1). En este último grupo destacó que es el único en el que un trastorno altamente sugestivo 57% (n=4) fue más frecuente que el patrón alterado, ocupando el primer lugar. La presentación del trastorno como segundo lugar es ocupado por la población con predominio de síntomas mixtos con un 26.3% (n=10). Como se mencionó anteriormente, el tercer lugar fue ocupado por el grupo con síntomas hiperactivos; siendo el cuarto lugar ocupado por el predominio de inatención con un 19.3% (n=6) (ver tabla 7).

Tabla 7
Predominio de síntomas de TDAH y Punto de corte BITE

	Punto de corte BITE			Total
	Ausente	Alterado	Altamente sugestivo	
Predominio de síntomas de TDAH				
Inatento	12	13	6	31
Hiperactivo	2	1	1	4
Impulsivo	2	1	4	7
Mixto	14	14	10	38

Relación del TDAH y los Trastornos afectivos/depresivos.

Entre las comorbilidades psiquiátricas registradas, destacan el papel de los trastornos depresivos siendo la depresión recurrente el diagnóstico más frecuentemente registrado en el 46.3% de los pacientes (n=37), seguido del

diagnóstico de distimia con 12.5% (n=10) y el diagnóstico de episodio depresivo con 3.8% (n=3). Entre los trastornos afectivos destacaron el trastorno bipolar tipo I y la ciclotimia, ambas entidades con 1.3% (n=1). Cabe mencionar que el 35% de los pacientes (n=28) no contaron con diagnóstico de algún trastorno depresivo o afectivo (ver tabla 8).

Tabla 8
Frecuencia de Trastornos afectivos/depresivos

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	28	35.0
Depresión recurrente	37	46.3
Distimia	10	12.5
Episodio depresivo	3	3.8
Trastorno bipolar	1	1.3
Ciclotimia	1	1.3

Según la sintomatología predominante del TDAH, se observó que el grupo con predominio de síntomas mixtos presentó con mayor frecuencia el diagnóstico de Trastorno afectivo/depresivo; siendo el diagnóstico más frecuente dentro de este grupo el Trastornos depresivo recurrente con un 57.8% (n=22); seguido de Distimia con un 13.1% (n=5) y Episodio depresivo único con 5.2% (n=2). El segundo grupo más afectado fue aquel en el que predominaban los síntomas de inatención, siendo el diagnóstico de Trastorno depresivo recurrente el primer lugar con 35.4% (n=11), seguido de Distimia 12.9% (n=4), Episodio depresivo con 3.2% (n=1) y Ciclotimia con 3.2% (n=1) (ver tabla 9) (gráfico 1).

Tabla 9
Predominio de síntomas TDAH y Trastornos afectivos/depresivos

Predominio de síntomas TDAH	Trastornos afectivos/depresivos						Total
	Ninguno	Depresión recurrente	Distimia	Episodio depresivo	Bipolar	Ciclotimia	
Inatento	14	11	4	1	0	1	31
Hiperactivo	1	1	1	0	1	0	4
Impulsivo	4	3	0	0	0	0	7
Mixto	9	22	5	2	0	0	38
Total	28	37	10	3	1	1	80

*TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

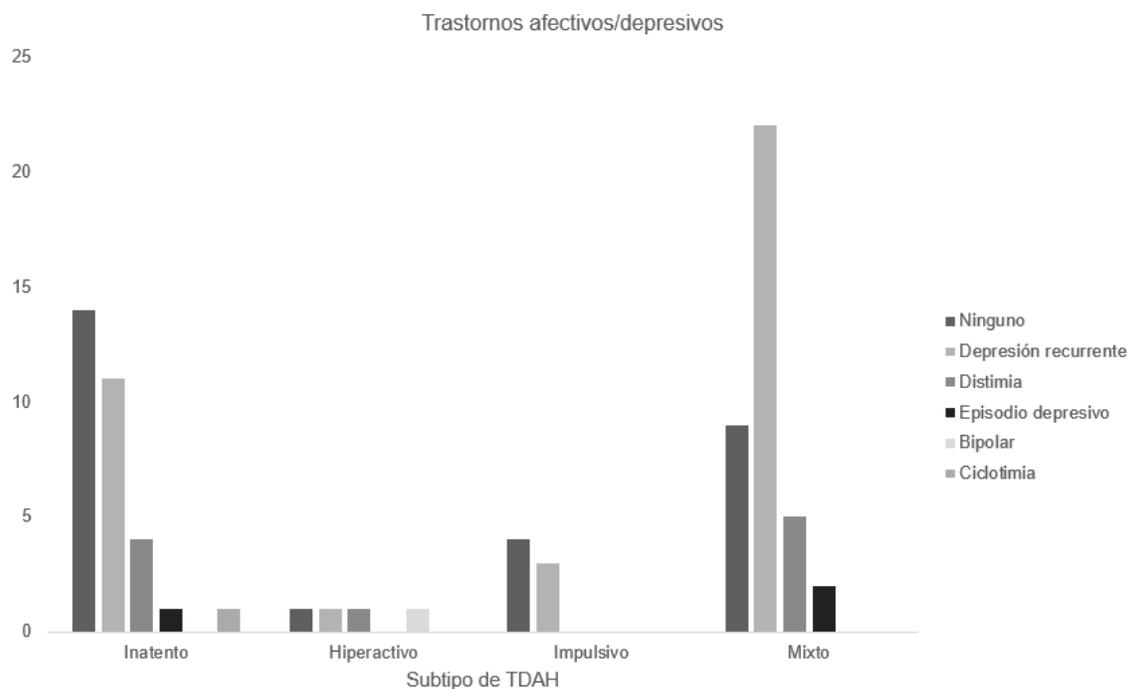


Gráfico 1: Predominio de síntomas TDAH y Trastornos afectivos/depresivos

Relación del TDAH y los Trastornos por consumo de sustancias.

El apartado de trastorno por consumo de sustancias, el 91.3% (n=73) de los pacientes no contaron con criterios para establecer un diagnóstico; seguido del

6.3% (n=5) con diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis, 1.3% (n=1) reportó un trastorno por consumo de tabaco, y finalmente el 1.3% (n=1) para trastorno por consumo de benzodiazepinas (ver tabla 10).

Tabla 10
Frecuencia de Trastorno por consumo de sustancias

Trastorno por consumo	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	73	91.3
Cannabis	5	6.3
Tabaco	1	1.3
Benzodiazepina	1	1.3

El grupo con predominio de síntomas mixtos fue el único en mostrar comorbilidad con el consumo de sustancias, en donde se reportó en primer lugar de frecuencia el Trastorno por consumo de cannabis en 13.1% (n=5), seguido por el Trastorno por consumo de benzodiazepinas y tabaco ambos registrados con el 2.6% (n=1) respectivamente (ver tabla 11) (gráfico 2)

Tabla 11
Predominio de síntomas de TDAH y Trastorno por consumo de sustancias

	Trastorno por consumo de sustancias				Total
	Ninguno	Cannabis	Tabaco	Benzodiazepinas	
Predominio de síntomas TDAH	31	0	0	0	31
Inatento	4	0	0	0	4
Hiperactivo	7	0	0	0	7
Impulsivo	31	5	1	1	38
Mixto					
Total		5	1	1	80

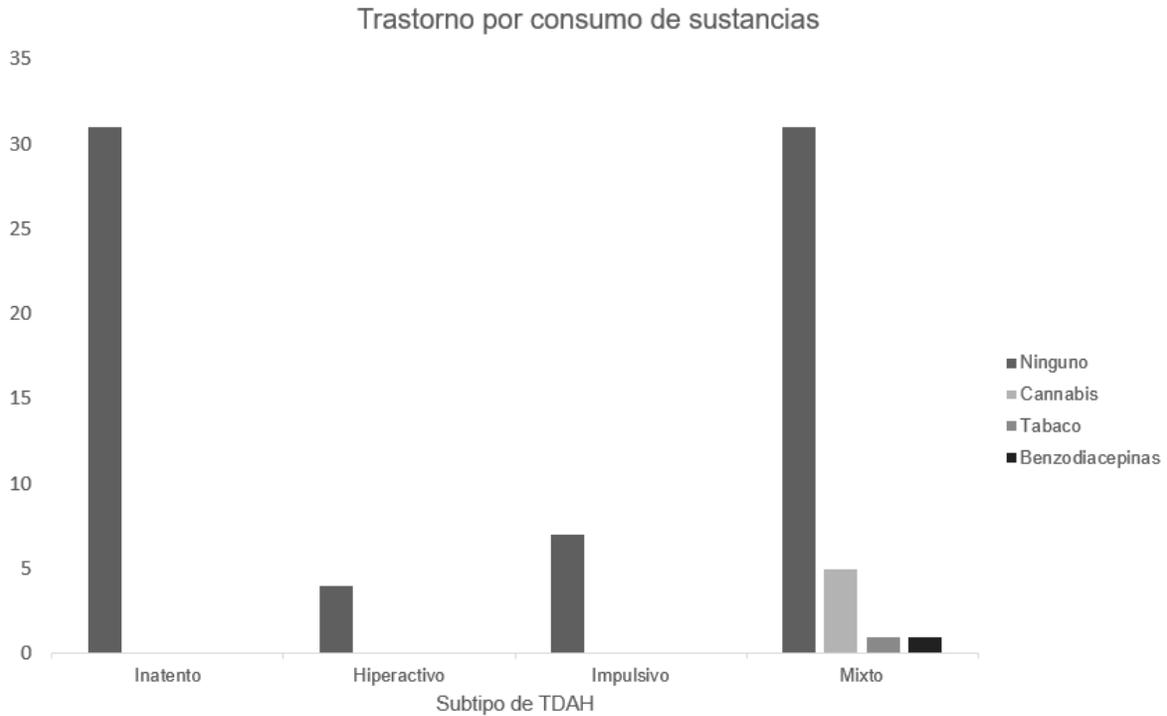


Gráfico 2: Predominio de síntomas TDAH y Trastorno por consumo de sustancias

Relación del TDAH y los Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad destacaron entre las comorbilidades más frecuentes registradas a lo largo del protocolo, siendo el Trastorno límite el más frecuente en este grupo con 57.5% (n=46). El segundo lugar en frecuencia fue ocupado por la ausencia de un trastorno de personalidad en 30% (n=24); seguido del Trastorno mixto de la personalidad con 5% (n=4) y Trastorno disocial de la personalidad con 2.5% (n=2). Para los trastornos de personalidad obsesivo, dependiente, histriónico y narcisista se registró una frecuencia de 1.3% (n=1) (ver tabla 12)

Tabla 12
Frecuencia de Trastornos de personalidad

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	24	30.0
Limite	46	57.5
Disocial	2	2.5
Obsesivo	1	1.3
Dependiente	1	1.3
Histriónico	1	1.3
Narcisista	1	1.3
Mixto	4	5.0

El Trastorno límite de la personalidad fue el más prevalente tanto para el grupo con predominio de síntomas mixtos 65.7% (n=25), como para el grupo con predominio de inatención 51.6% (n=16). En el primer grupo se observó el predominio de otros trastornos de personalidad, entre los cuales se encontraron, acorde a su frecuencia, al Trastorno mixto de la personalidad 10.5% (n=4), el Trastorno disocial 5.2% (n=2), y finalmente el Trastorno histriónico 2.6 % (n=1) (ver tabla 13) (gráfico 3).

Tabla 13
Predominio de síntomas TDAH y Trastornos de personalidad

		Trastornos de personalidad							Total	
		Ninguno	Limite	Disocial	Obsesivo	Dependiente	Histriónico	Narcisista		Mixto
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	14	16	0	1	0	0	0	0	31
	Hiperactivo	2	1	0	0	1	0	0	0	4
	Impulsivo	2	4	0	0	0	0	1	0	7
	Mixto	6	25	2	0	0	1	0	4	38
Total		24	46	2	1	1	1	1	4	80

Relación del TDAH y los Trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad fueron descartados en 70% de los pacientes (n=56). Los diagnósticos de ansiedad generalizada y ansiedad paroxística episódica representaron el 15% cada uno (n=12) (ver tabla 14).

Tabla 14
Frecuencia de Trastornos de ansiedad

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	56	70.0
Trastorno de ansiedad generalizada	12	15.0
Trastorno de ansiedad paroxística episódica	12	15.0

El grupo más afectado con Trastornos de ansiedad fue aquel con predominio de síntomas mixtos, representando el primer lugar el Trastorno de ansiedad generalizada en un 18.4% (n=7), seguido del Trastorno de ansiedad paroxística episódica 7.8% (n=6). Cabe destacar que el grupo con síntomas de inatención fue el único con una mayor frecuencia de Trastorno de ansiedad paroxística 19.3% (n=6), datos que contrastan con el resto de los grupos en el que el Trastorno de ansiedad generalizada fue el diagnóstico más frecuente el grupo con predominio impulsivo 42.8% (n=3). En el grupo con predominio de hiperactividad se descartaron ambos diagnósticos (ver tabla 15) (gráfico 4).

Tabla 15
Predominio de síntomas de TDAH y Trastornos de ansiedad

		Trastornos de ansiedad			Total
		Ninguno	Ansiedad generalizada	Ansiedad paroxística	
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	23	2	6	31
	Hiperactivo	4	0	0	4
	Impulsivo	4	3	0	7
	Mixto	25	7	6	38
	Total	56	12	12	80

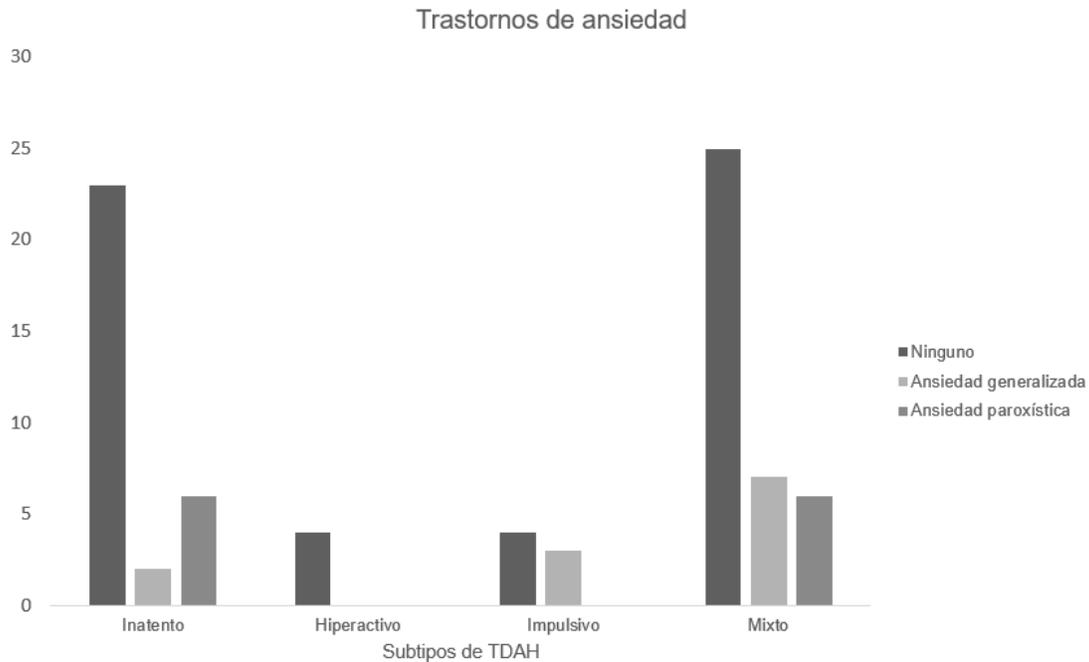


Gráfico 4: Predominio de síntomas TDAH y Trastornos de ansiedad

Relación del TDAH y los Trastornos obsesivos.

En el espectro de los Trastornos obsesivos se observó una ausencia de criterios para su diagnóstico en un 96.3% de la muestra (n=77). Se confirmó el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo en 3.8% (n=3) (ver tabla 16).

Tabla 16
Frecuencia de Trastornos obsesivos

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	77	96.3
Trastorno obsesivo compulsivo	3	3.8

El grupo con predominio de inatención fue el más afectado por el Trastorno obsesivo compulsivo en un 6.4% (n=2), seguido del grupo con síntomas mixtos con un 2.6%

(n=1); este diagnóstico no se observó en los grupos restantes (ver tabla 17) (gráfico 5).

Tabla 17
Predominio de síntomas TDAH y Trastornos obsesivos

		Trastornos obsesivos		Total
		Ninguno	TOC	
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	29	2	31
	Hiperactivo	4	0	4
	Impulsivo	7	0	7
	Mixto	37	1	38
Total		77	3	80

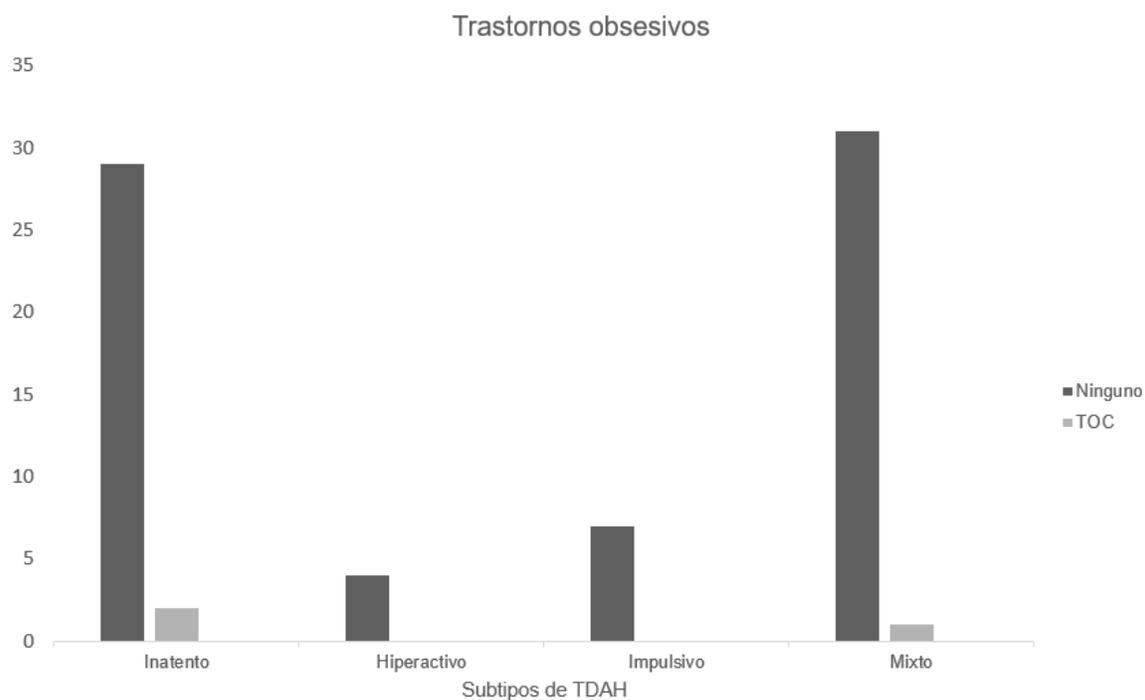


Gráfico 5: Predominio de síntomas TDAH y Trastornos obsesivos

Relación del TDAH y los Trastornos relacionados al trauma y estrés.

Los trastornos relacionados al trauma y el estrés fueron descartados en el 92.5% (n=74). El 5% restante (n=4) contó con diagnóstico de Trastorno de estrés

postraumático (TEPT); y un 2.5% (n=2) cumplió criterios para un Trastorno adaptativo (tabla 18).

Tabla 18
Frecuencia de Trastornos relacionados al trauma y estrés

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	74	92.5
Trastorno de estrés postraumático	4	5.0
Trastorno adaptativo	2	2.5

El grupo con predominio de inatención fue el más afectado por TEPT en términos de frecuencia, observándose en 9.6% (n=3), seguido del 2.6% (n=1) en el grupo con síntomas mixtos. Este último, fue el único grupo en el que se observó la presencia de Trastorno desadaptativo con una frecuencia del 5.2% (n=2) (ver tabla 19) (gráfico 6).

Tabla 19
Predominio síntomas TDAH y Trastornos por trauma y estrés

		Trastornos por trauma y estrés			Total
		Ninguno	TEPT	Adaptativo	
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	28	3	0	31
	Hiperactivo	4	0	0	4
	Impulsivo	7	0	0	7
	Mixto	35	1	2	38
Total		74	4	2	80

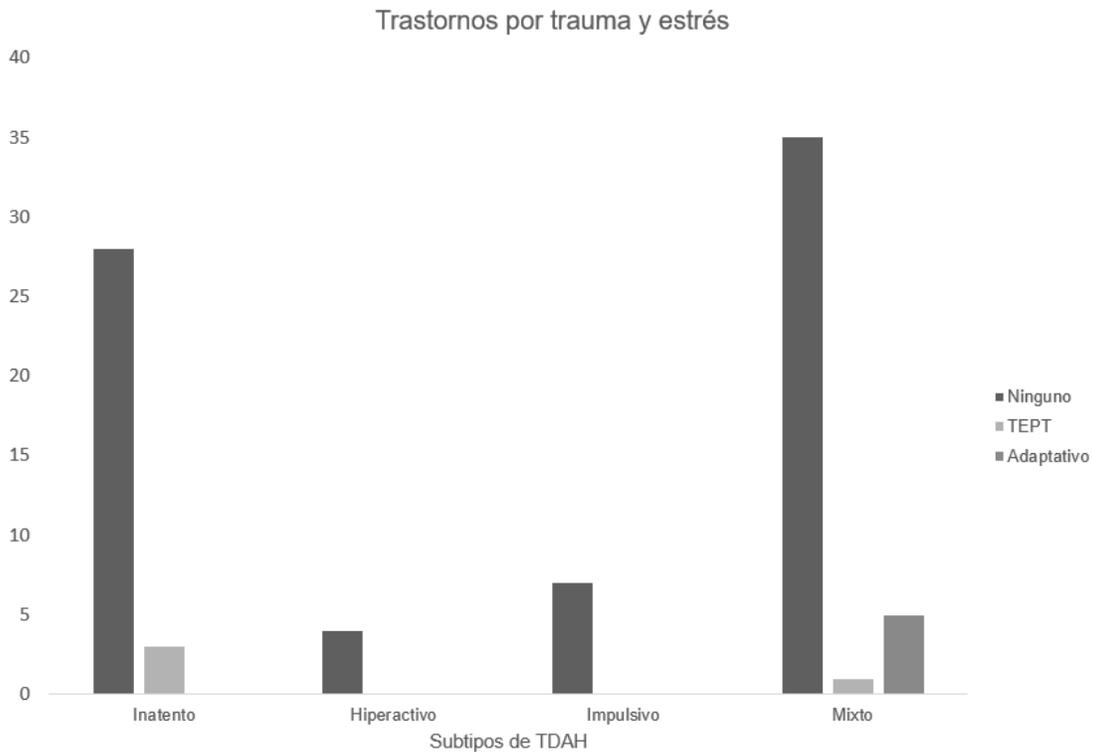


Gráfico 6: Predominio de síntomas TDAH y Trastornos por trauma y estrés

Relación del TDAH y los Trastornos psicóticos.

En el 97.5% de los pacientes (n=78) se descartó el diagnóstico de cualquier trastorno psicótico. La esquizofrenia se hizo presente en el 1.3% (n=1); además, del Trastorno esquizofreniforme en el 1.3% restante (n=1) (ver tabla 20).

Tabla 20
Frecuencia de Trastornos psicóticos

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	78	97.5
Esquizofreniforme	1	1.3
Esquizofrenia	1	1.3

Los únicos grupos afectados, en orden de frecuencia, por los Trastornos psicóticos fueron el grupo hiperactivo en un 25% (n=1) con el diagnóstico de Trastorno esquizofreniforme secundario a TCE; seguido del grupo con predominio de inatención en un 3.2% (n=1) con diagnóstico de Esquizofrenia (ver tabla 21) (gráfico 7).

Tabla 21
Predominio de síntomas TDAH y Trastornos psicóticos

Predominio de síntomas de TDAH		Trastornos psicóticos			Total
		Ninguno	Esquizofreniforme	Esquizofrenia	
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	30	0	1	31
	Hiperactivo	3	1	0	4
	Impulsivo	7	0	0	7
	Mixto	38	0	0	38
Total		78	1	1	80

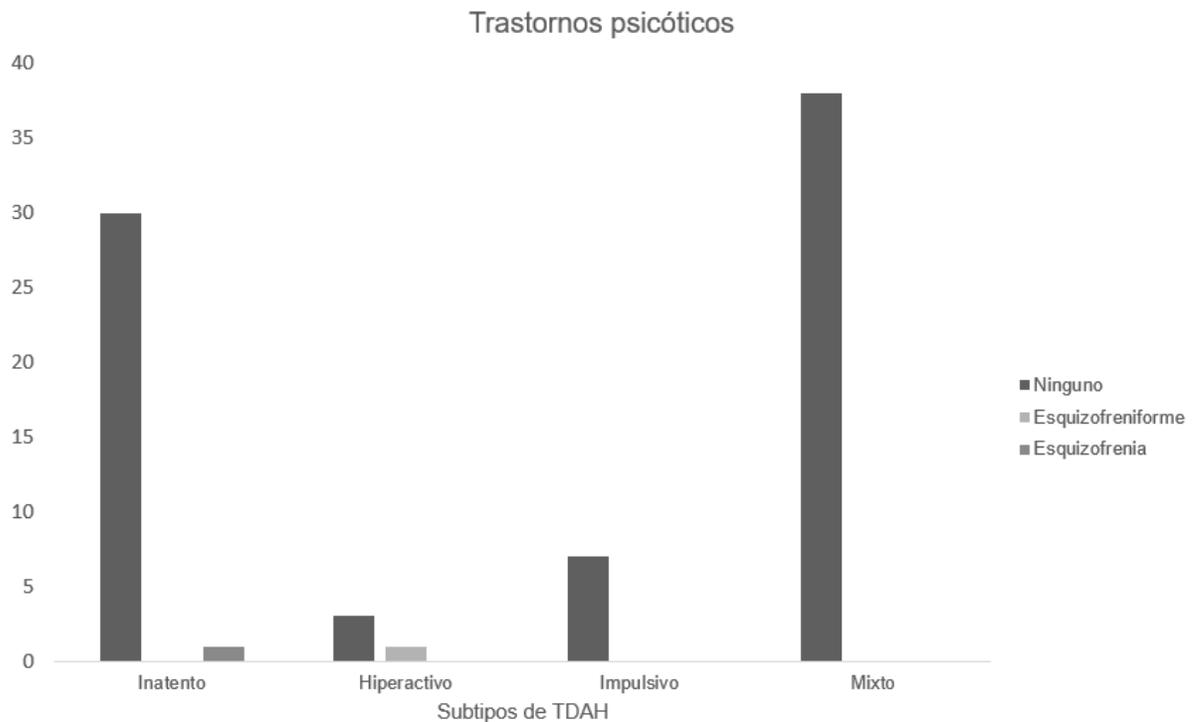


Gráfico 7: Predominio de síntomas TDAH y Trastornos psicóticos

Relación del TDAH y los Trastornos del neurodesarrollo.

Entre los Trastornos del neurodesarrollo destaco el Coeficiente intelectual limítrofe y la discapacidad intelectual no especificada con el 1.3% respectivamente (n=1). El Trastorno del espectro autista se observó en 1.3% (n=1). En el restante 96.3% (n=77) se descartó algún trastorno de este apartado (ver tabla 22).

Tabla 22
Frecuencia de Trastornos del neurodesarrollo

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	77	96.3
Coeficiente intelectual limítrofe	1	1.3
Discapacidad intelectual	1	1.3
Trastorno del espectro autista	1	1.3

El grupo que con mayor frecuencia presentó Trastornos del neurodesarrollo fue aquel con predominio de síntomas de inatención con 5.2% (n=2); además, fue el único grupo en el que se registró un paciente con diagnóstico de Trastorno del espectro autista. El grupo con predominio mixto presento un 2.6% (n=1) dentro de los trastornos del apartado correspondiente a Discapacidad intelectual (ver tabla 23) (gráfico 8).

Tabla 23
Predominio de síntomas TDAH y Trastornos del neurodesarrollo

		Trastornos del neurodesarrollo				Total
		Ninguno	CI límitrofe	Discapacidad intelectual	TEA	
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	29	1	0	1	31
	Hiperactivo	4	0	0	0	4
		7	0	0	0	7
	Impulsivo					
	Mixto	37	0	1	0	38
Total		77	1	1	1	80

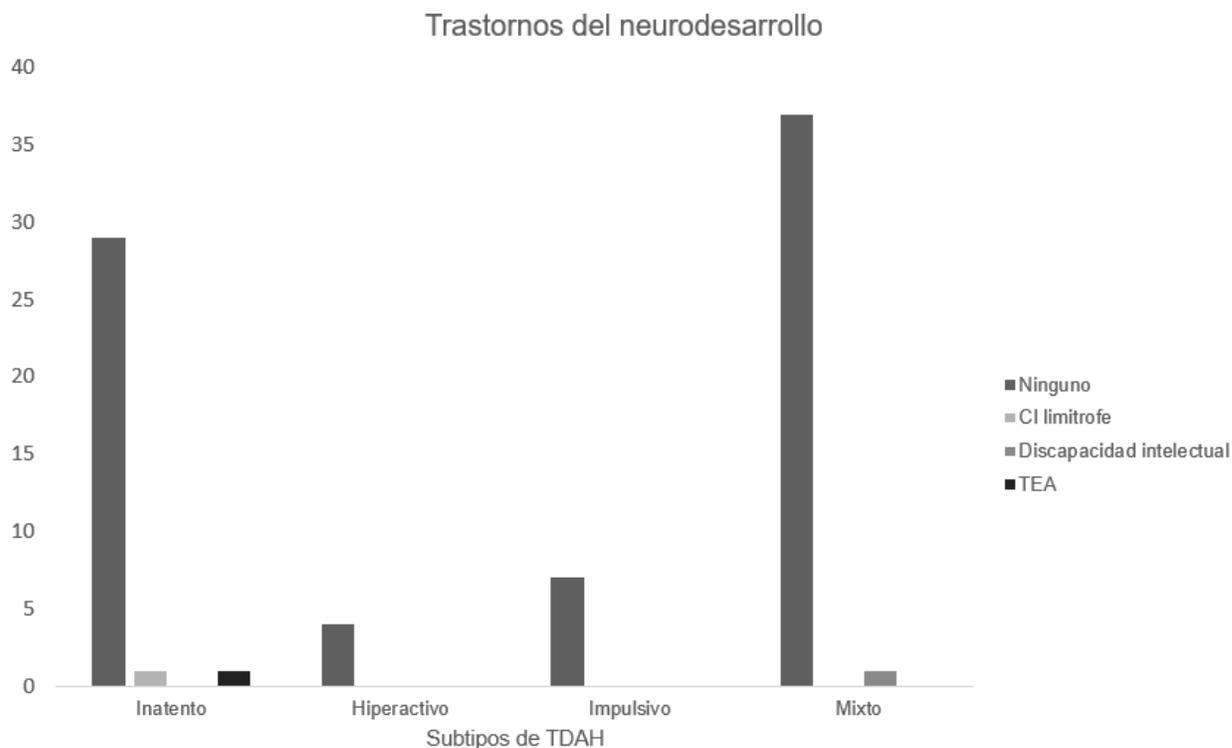


Gráfico 8: Predominio de síntomas TDAH y Trastornos del neurodesarrollo

Relación del TDAH y los Comorbilidades médicas.

Fueron registradas las comorbilidades médicas, siendo estas agrupadas en trastornos metabólicos y neurológicos de acuerdo a su frecuencia, representando cada una el 1.3% (n=1). Otros diagnósticos médicos fueron descartados en el 97.5% de la población estudiada (n=78) (ver tabla 24).

Tabla 24
Frecuencia de Enfermedad médicas

Diagnóstico	Frecuencia (n=80)	Porcentaje (%)
Ninguno	78	97.5
Metabólicas	1	1.3
Neurológicas	1	1.3

El grupo con inatención fue el único en registrar un Trastorno metabólico en un 3.2% (n=1). El grupo con predominio de impulsividad fue, a su vez, el único en presentar un Trastorno neurológico con una frecuencia de 14.2% (n=1) (ver tabla 25) (gráfico 9).

Tabla 25
Predominio de síntomas TDAH y Enfermedades médicas

		Enfermedades médicas			Total
		Ninguna	Metabólicas	Neurológicas	
Predominio de síntomas de TDAH	Inatento	30	1	0	31
	Hiperactivo	4	0	0	4
	Impulsivo	6	0	1	7
	Mixto	38	0	0	38
Total		78	1	1	80

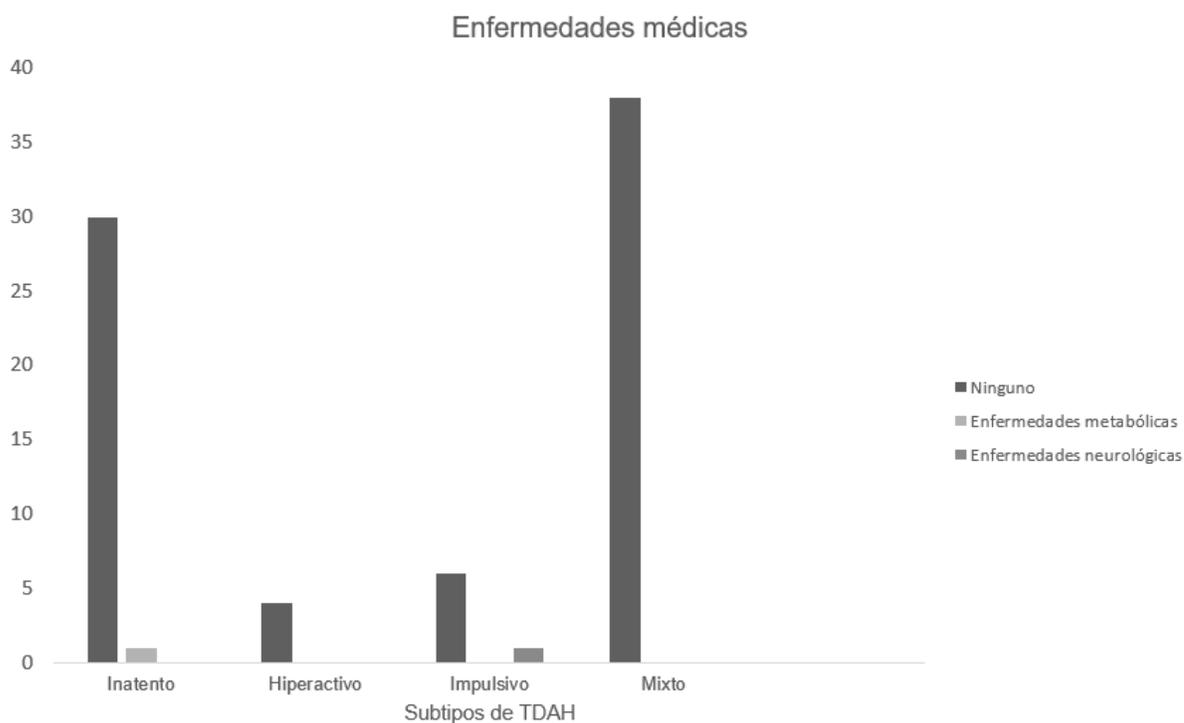


Gráfico 9: Predominio de síntomas TDAH y Enfermedades médicas

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue describir la relación de bulimia nervosa y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, las características sociodemográficas, los subtipos del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y de la Bulimia Nerviosa, así como la comorbilidad en los pacientes de la muestra.

Descripción de las características demográficas de la muestra.

En relación a la variable sexo coinciden con la proporción en función del género, menos marcada y que corresponde con los reportes en adultos ya existentes (Ticas, 2018). Por el contrario, esta cifra contrasta con lo observado en investigaciones previas en donde se afirma que existe un infra diagnóstico en la población femenina. El estado civil más frecuentemente reportado fue el soltero, dato que concuerda con la bibliografía que describe que los pacientes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen mayores dificultades para establecer relaciones de pareja estables a largo plazo.

Descripción del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Entre los objetivos de este estudio se buscó describir los subtipos del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El cual, se diferencia según el predominio de síntomas (hiperactividad, impulsividad, inatención o mixta), siendo la presentación mixta el cuadro predominante, seguido de los síntomas de inatención, de síntomas de impulsividad y predominio de hiperactividad, en orden descendente. Las características predominantes en la muestra con predominio mixto, difieren de las características

típicas reportadas con síntomas de inatención como los síntomas más prominentes según Bukstein (2021).

Descripción de la relación de bulimia nervosa y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Los resultados de la presente investigación confirman la correlación entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la Bulimia nervosa mediante Pearson $r=0.358$ $p=.001$; la cual describió la existencia una correlación baja pero significativa. Es decir, a mayor puntaje en la escala CAAR's, existe mayor probabilidad de presentar puntajes más altos en la escala BITE. Previamente, se ha descrito una asociación positiva entre ambas entidades y una mayor severidad de la sintomatología sugestiva del Trastorno por déficit de atención y del Trastorno alimentario, con una mayor prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en población con TDAH y en sentido contrario, una mayor prevalencia de TDAH en alteraciones en la esfera alimentaria (Frances, 2016).

La frecuencia reportada en mujeres de Bulimia Nerviosa coincidió con lo reportado por Engel (2022). Su diagnóstico en adultos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue del 26.3% respaldado por un puntaje altamente sugestivo en la escala de Bulimia de Edimburgo. Cabe resaltar que una tercera parte de la muestra presentó alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria, sin que estos cumplieran con la severidad y/o el número de criterios para ser definido como un Trastorno. Por lo que se confirmó que el diagnóstico de TDAH afecta el curso, pronóstico y la respuesta a los tratamientos de los Trastornos alimentarios (Feliu, 2022).

Un dato destacable ocurre en el grupo con predominio inatento, el cual presentó con mayor frecuencia alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria, siendo, además, el grupo con una menor frecuencia de Bulimia Nerviosa. Por el contrario, el grupo con predominio de síntomas impulsivos, mostró una mayor frecuencia de Bulimia Nerviosa; pues como se ha descrito anteriormente, la impulsividad es considerada una característica esencial para las conductas purgativas, lo cual es corroborado por la información presentada por Conde (2016) y Unzeta (2016). El grupo con predominio de síntomas hiperactivos, es el único grupo en el que se observa una misma frecuencia entre un patrón alterado y un probable trastorno de la conducta. Estos datos respaldan la información reportada por Barrea (2016) respecto a una mayor frecuencia de conductas purgativas en el TDAH subtipo inatento, no así con la información respecto al subtipo mixto, a pesar de ser el más prevalente en la muestra.

Descripción de la comorbilidad en los pacientes de la muestra.

Tal como lo describe Ahnemark (2018), la mayoría de los pacientes con TDAH presentó al menos una comorbilidad psiquiátrica. La comorbilidad más frecuentemente descrita fue el Trastorno límite de la personalidad, mismo que es más prevalente tanto para el grupo con predominio de síntomas mixtos como para el grupo con predominio de inatención. Cifra que contrasta con lo reportado por dicho autor, quien afirma que las comorbilidades observadas con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad, depresivos y del sueño. Los pacientes con diagnóstico de ambas entidades, reflejan una menor regulación emocional reportada en paciente mujeres con TDAH y una frecuente organización limítrofe de la estructura psíquica, lo que corresponde con lo reportado por

Welniarz (2016); estos pacientes, además experimentan más alteraciones en la autoimagen, una mayor frecuencia de trastornos del ánimo y ansiosos, como lo menciona Rodríguez (2021) y Feliu (2022).

El trastorno depresivo/afectivo fue la segunda comorbilidad más observada, tal como lo reporta Ahnemark (2018). La información de este autor y de Unzeta (2016) respecto a los trastornos de ansiedad, contrasta con lo observado en la muestra, en donde los trastornos fueron descartados en la mayoría de los pacientes.

Tal como en el ejemplo anterior, el mayor parte de los pacientes no contaba con criterios para establecer un diagnóstico por consumo de sustancias. Esta frecuencia no es compatible con lo observado por Aragonés (2019) y por Bukstein (2022), éste último reportando una prevalencia de hasta del 20%.

CONCLUSIONES

La presente investigación se puede considerar como una valiosa aproximación al estudio del Trastornos por déficit de atención e hiperactividad y su relación con la presencia de Bulimia nerviosa, ya que a partir de los resultados se obtuvo información que puede ser utilizada como un auxiliar en el diagnóstico psiquiátrico, ya que observó un puntaje altamente sugestivo de Bulimia Nerviosa, con alteraciones importantes en el patrón de la conducta alimentaria.

Cabe destacar que una tercera parte de la muestra presentó alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria, sin cumplir con los criterios operacionales para Bulimia Nerviosa; se observó, además, una severidad clínicamente significativa. Por lo tanto, estos datos no descartan las repercusiones en la funcionalidad de los pacientes, mismas que fueron evidenciadas durante la entrevista al reportarse niveles más bajos de satisfacción de la vida y mayor malestar basado en la autoimagen. Asimismo, múltiples fuentes aseguran que la presencia del TDAH ensombrece el curso, el pronóstico y la respuesta a los tratamientos para la BN.

Las escalas utilizadas en este protocolo fungieron como guía en los diagnósticos; la escala de Conners nos permitió diferenciar el predominio de síntomas, además de contar con una subescala de autoconcepto, cuya alteración podría ser tomada para alertar al equipo de salud mental de la existencia de la conducta alimentaria. Por su parte, la escala de Bulimia de Edimburgo, nos permitió diferenciar entre alteraciones de la conducta alimentaria vs. un trastorno definido, así como la severidad del mismo.

La agrupación por subtipos de TDAH y Bulimia no pudo ser descrita al no reportarse la presencia de ésta última como clínicamente significativa. Sin embargo, es posible mencionar que en la población estudiada se observó que el subtipo inatento presenta con mayor frecuencia un patrón de la conducta alimentaria alterado; el subtipo impulsivo mostró una mayor frecuencia de Bulimia Nerviosa. Este grupo reportó con menor frecuencia otras comorbilidades psiquiátricas, lo cual podría ser explicado al ser el subtipo menos frecuente en la muestra.

Entre las características clínicas destacan la comorbilidad del TDAH, en primer lugar, con el Trastorno límite de personalidad, seguido de los trastornos afectivos/depresivos y de los trastornos de ansiedad. El grupo con predominio de síntomas mixtos reportó con mayor frecuencia: Trastorno límite de la personalidad, Trastorno depresivo recurrente, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por consumo de cannabis. En el grupo con síntomas de inatención predominó el Trastorno de ansiedad paroxística episódica, el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno de estrés postraumático. En este mismo grupo, se reportó un caso de Esquizofrenia, dos casos con Trastornos del neurodesarrollo. Finalmente, el grupo con predominio de síntomas de hiperactividad mostró un caso con diagnóstico de Trastorno esquizofreniforme.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Para futuras investigaciones sería pertinente especificar el predominio de conductas alimentarias compensatorias acorde al subgrupo de TDAH.

Realizar réplicas con una mayor población ayudaría a entender el papel del TDAH en la aparición los trastornos de la conducta alimentaria y su evolución; así como su papel en otras comorbilidades psiquiátricas que podrían complicar el pronóstico de los pacientes.

En términos de facilidad se puede mencionar la cooperación de los pacientes para realizar las encuestas ya mencionadas, mismas que fueron descritas como fáciles de entender y responder.

Un limitante fue el tiempo disponible de los participantes para responder la escala MINI; por lo que los diagnósticos complementarios fueron recabados de los expedientes clínicos. Otro obstáculo es reportar los resultados individuales de la presente investigación a los médicos tratantes, para que con la información aportada se realicen ajustes al tratamiento en caso de ser necesario.

Finalmente destaca la necesidad de crear espacios psicoterapéuticos que incidan en ambas patologías, como parte del tratamiento integral.

REFERENCIAS

- Analia, L. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Aragonès, E. (Agosto de 2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 417-422. Recuperado el 02 de abril de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400006&lng=es&tlng=es.
- Barceló-Martínez. (2016). Validación del inventario exploratorio de síntomas de TDAH (IES-TDAH) ajustado al DSM-V. *Rev Mex Neuroci*, 17(1), 12-22. Recuperado el 02 de abril de 2022, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65956>
- Barceló-Martínez, E. (febrero de 2016). Validación del inventario exploratorio de. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(1), 12-22. Recuperado el 03 de abril de 2022, de <http://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2016/06/RevMexNeuroci-No-1-Ene-Feb-2016-12-22-CO.pdf>
- Bukstein, O. (07 de Abril de 2022). UpToDate. Obtenido de <https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and->

diagnosis?search=ADHD&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&dis

Campos, A. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 14(2), 350-356. Recuperado el 03 de abril de 2022, de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/en-que-consisten-las-escalas-de-conners-para-evaluar-el-tdah.html>

Campos, A. (2003). Estructura factorial de la escala de Conners para profesores en muestras comunitarias y clínica. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 56(1), 173-184. Recuperado el 03 de abril de 2022, de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/en-que-consisten-las-escalas-de-conners-para-evaluar-el-tdah.html>

Conde, B. U. (2016). Trastorno de la conducta alimentaria, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, e impulsividad. Recuperado el 11 de mayo de 2022, de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=127928>

Daigre. (2009). Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 37(6), 299-305. Recuperado el 02 de abril de 2022, de <https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=11399287&AN=47605711&h=XaaBDV7Ip%2ftVzViRvmrPiCDVd4%2b19P4uMYrpSuC1WnAcV1HaFXSsjY18C81wLIP5EFrv3mlbM72NNm%2fAl5LN6w%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLoc>

- Durán, L. V. (agosto de 2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y. Revista Médica Sinergia, 6(8), e964. Recuperado el 12 de mayo de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218a.pdf>
- Engel, S. (abril de 2022). Bulimia nervosa in adults: Clinical features, course of illness, assessment, and diagnosis. (J. Yager, Ed.) UpToDate. Recuperado el 12 de mayo de 2022, de https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/bulimia-nervosa-in-adults-clinical-features-course-of-illness-assessment-and-diagnosis?search=Eating%20disorders&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8
- Feliu, M. R. (abril de 2022). Presencia e influencia de sintomatología sugestiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos con un trastorno de la conducta alimentaria. Anales del sistema sanitario de Navarra, 45(1), 1-11. doi:<https://doi.org/10.23938/ASSN.0984>
- Fernandes, S. M. (2017). THDA Y TRANSTORNOS ASOCIADOS . doi:<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>
- Frances, A. B. (2016). Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria. Recuperado el 11 de mayo de 2022, de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=203003>
- J.R. Valdizán, A. I.-G. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Revista de Neurología, 48(2), 95-99. Recuperado el 28 de marzo de

2022, de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51737776/addh_adultos-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1651121530&Signature=LXpNJQRjm2dcDGJp09O2ZDW~apITcJUBPfNE9K2q2naOUzi0J70rObH4kNsTNTGURKM60OcN5HK7eZ6PrYv8EzspRpy-Vzm4rEDny90n5X945S4MI8AqK1wqrGKZ8-71JDloHnmkzWycu1O

León, S. O. (Octubre de 2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(5), 6-14. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500006

López-Pinar, C. (2009). TDAH en adultos y delincuencia: Una revisión de la. Obtenido de Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Lopez-Pinar/publication/320858653_TDAH_en_adultos_y_delincuencia_Una_revision_de_la_literatura_cientifica/links/59fef41daca272347a28eaab/TDAH-en-adultos-y-delincuencia-Una-revision-de-la-literatura-cientifica.pdf

Maso, A. A. (abril de 2001). BULIMIA: Revisión Bibliográfica. *Acta Odontológica Venezolana*, 29(2), 70-73. Recuperado el 11 de mayo de 2022, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000200013

Méndez, J. P. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592. Recuperado el 11 de mayo de

2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&tlng=es.

Morais Nogueira. (23 de abril de 2014). Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: Clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS). Recuperado el 02 de abril de 2022, de Tesis Doctorales en Xarxa: <https://www.tdx.cat/handle/10803/145395#page=1>

Ortiz, J. F. (marzo de 2010). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. Elsevier, 29(2), 72-77. Recuperado el 14 de mayo de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-X0212047X10489696>

Pérez, E. J. (2009). Déficit de atención e hiperactividad en adultos con adicción a sustancias, ¿TDAH o síndrome secundario al abuso de sustancias? Revista Española de Drogodependencias, 34(1), 32-45. Recuperado el 03 de abril de 2022, de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25535.pdf>

Pineda, D. (2010). Utilidad de la escala Wender-Utah y de las escalas de síntomas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad familiar en adultos. Validez convergente y concurrente. Revista de Neurología, 50(1), 207-216. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.5004.2009250>

Quintero, J. (2011). comorbilidad, Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y la. Rev. Arg. de Psiquiat, 22(1), 101-108. Recuperado el

06 de mayo de 2022, de [https://www.researchgate.net/profile/Javier-Quintero-](https://www.researchgate.net/profile/Javier-Quintero-3/publication/51698726_Evolutionary_issues_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder_ADHD_from_risk_factors_to_comorbidity_and_social_and_academic_impact/links/02e7e5389ea0c9f814000000/Evolutionary-is)

[3/publication/51698726_Evolutionary_issues_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder_ADHD_from_risk_factors_to_comorbidity_and_social_and_academic_impact/links/02e7e5389ea0c9f814000000/Evolutionary-is](https://www.researchgate.net/profile/Javier-Quintero-3/publication/51698726_Evolutionary_issues_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder_ADHD_from_risk_factors_to_comorbidity_and_social_and_academic_impact/links/02e7e5389ea0c9f814000000/Evolutionary-is)

Quiroga, J. R. (1 de mayo de 2009). Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v. 1.1): una nueva estrategia de puntuación / Validation of the Spanish version of the attention deficit hyperactivity disorder adult scree. *Rev. neurol.*, 48(9), 449-452. Recuperado el 12 de abril de 2022, de <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/ibc-128096>

Ramos-Quiroga. (2006). Trastorno con deficit de atención e hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica.

Ramos-Quiroga, J. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 54(1), 105-115. Recuperado el 06 de mayo de 2022, de <https://amece.es/images/tdah15.pdf>

Ramos-Quiroga, J. A. (2009). *Comprender el TDAH en adultos* (1 ed.). Barcelona, España: Amat. Recuperado el 06 de mayo de 2022, de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=gUgswPD4kWAC&oi=fnd&pg=PA7&dq=tdah+en+adultos&ots=VVWNKJo6EU&sig=BsBIPtcrZmOuitglXuJF8OObFY&redir_esc=y#v=onepage&q=tdah%20en%20adultos&f=false

Ramos-Quiroga, J. A. (03 de julio de 2009). TDAH en adultos: Factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico. Recuperado el 06 de mayo de 2022, de Tesis Doctorals en Xarxa: <https://www.tdx.cat/handle/10803/5585#page=1>

Ramos-Quiroga, J. A. (2015). Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229-235. doi:10.1016/j.rpsm.2012.05.004

Rava, M. F. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363. Recuperado el 12 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500007

Reyes-Zamorano. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Invest Clin*, 65(1), 30-38. Recuperado el 02 de abril de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131e.pdf>

Rodríguez, H. J. (enero-junio de 2021). Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH. *Actualidades en Psicología*, 35(130), 97-113. doi:10.15517/ap.v35i130.38298

Rodríguez-Jiménez, R. (2001). Utilidad de la escala Wender-Utah y de las escalas de síntomas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad familiar en adultos. Validez convergente y concurrente. Revista de Neurología, 33(1), 138-144. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.3302.2001010>

Sabari, A. P. (abril de 2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. Medisan, 4(4), 553-563. Recuperado el 02 de abril de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016&lng=es&tlng=es.

Suárez, A. D. (2019). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES CON TDAH. Recuperado el 11 de mayo de 2022, de Congresoaeetca2019: <https://congresoaeetca2019.com/wp-content/uploads/2019/12/TCA-TDAH-AEETCA-2019-Zaragoza.pdf>

Svedlund, H. E. (2019). Síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con trastornos alimentarios. Revista de Toxicomanías, 82(1), 19-28. Recuperado el 11 de mayo de 2022, de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/03_ret_82_sintomas_tdah_y_trastornos_alimentarios.pdf

Tello, J. J. (2012). Procesos psicológicos en la atribución de significados al trastorno de conducta alimentaria en mujeres con anorexia y bulimia nerviosa.

Recuperado el 13 de mayo de 2022, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10895/Aiquipa_tj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ticas, J. A. (2018). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos. *Rev Med Hondur*, 78(4), 169-224. Recuperado el 12 de abril de 2022, de <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-4-2010-10.pdf>

Valle, N. C.-d. (marzo de 2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86. Recuperado el 12 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000200080&script=sci_arttext

Welniarz, B. (2016). réflexion sur les liens entre trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et troubles des conduites alimentaires (TCA): Autour de la représentation de la corpulence du corps. *Perspectives Psy*, 55(1), 162-170. doi:<https://doi.org/10.1051/ppsy/2016553162>

Zamorano, E. R. (2009). Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental*, 32(1), 343-350. Recuperado el 02 de abril de 2022, de <http://132.247.16.23/bitstream/handle/123456789/6030/sm32s169.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Castelán Campos, M. A. (2019). Comparación del funcionamiento familiar y afrontamiento en adolescentes con psicopatología que presentan o no trastornos de la conducta alimentaria. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Unikel, C., & Villatoro, J. (2000). Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos.
- Bojorquez, I. (2013). Medio ambiente social y conductas alimentarias de riesgo: una exploración en mujeres adolescentes en México. *Cad Saúde Pública*, 29(1) 29-39.
- Zucker, N. (1999). Protective factors for eating disorders in female college athletes. *Eat Disord.* 7(3):207–18.
- Langdon, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: A systematic review of research. *Eat Disord.*, 5(1):1–15.

ANEXOS

Anexo1. Escala para adultos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Nombre y Apellidos: _____		Sexo: __ H __ M		
Fecha: __/__/_____		Fecha de hoy: __/__/_____		
<p>Instrucciones: A continuación hay una serie de ítems relacionados con conductas y problemas que a veces pueden tener los adultos. Por favor, lea cada uno de ellos y decida con qué frecuencia le ha ocurrido dicho comportamiento recientemente. Haga un círculo sobre la respuesta más adecuada, usando la escala siguiente: 0= No es verdad (nunca, rara vez); 1= Algo cierto (en ocasiones); 2= Bastante cierto (a menudo); 3= Muy cierto (muy frecuente). Por favor, responda a todos los enunciados.</p>				
	No es verdad (Nunca, rara vez)	Algo cierto (En ocasiones)	Bastante cierto (A menudo)	Muy cierto (Muy frecuente)
1. Me gusta hacer actividades movidas	0	1	2	3
2. Extravió objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, notas, lápices, libros o material)	0	1	2	3
3. No planifico las cosas con antelación	0	1	2	3
4. Suelto lo primero que se me pasa por la cabeza	0	1	2	3
5. Soy temerario, me arriesgo	0	1	2	3
6. Me desanimo	0	1	2	3
7. No acabo las cosas que empiezo	0	1	2	3
8. Me frustró con facilidad	0	1	2	3
9. Hablo demastado	0	1	2	3
10. Estoy siempre en marcha, como si tuviera un motor	0	1	2	3
11. Soy desorganizado	0	1	2	3
12. Digo las cosas sin pensar	0	1	2	3
13. Me cuesta estar en un mismo sitio durante mucho tiempo	0	1	2	3
14. Tengo dificultades para realizar actividades de ocio con tranquilidad	0	1	2	3
15. No tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
16. Me cuesta seguir el hilo de varias cosas a la vez	0	1	2	3
17. Siempre estoy moviéndome incluso cuando debería estar quieto	0	1	2	3
18. Tengo dificultades para recordar las cosas	0	1	2	3
19. Tengo mucho genio / pierdo los estribos con facilidad	0	1	2	3
20. Me aburro con facilidad	0	1	2	3
21. Me levanto del asiento cuando no debería hacerlo	0	1	2	3
22. Tengo dificultades para hacer cola o esperar mi turno	0	1	2	3
23. Todavía tengo rabietas	0	1	2	3
24. Tengo problemas para mantener la atención cuando trabajo	0	1	2	3
25. Busco hacer actividades excitantes y de riesgo	0	1	2	3

26. Evito nuevos retos porque no confío en mis capacidades	0	1	2	3
27. Me siento inquieto por dentro incluso cuando estoy sentado sin moverme	0	1	2	3
28. Las cosas que veo u oigo me distraen de lo que estoy haciendo	0	1	2	3
29. Soy olvidadizo en las actividades cotidianas	0	1	2	3
30. Muchas cosas me alteran con facilidad	0	1	2	3
31. No me gustan las actividades tranquilas y de reflexión o de pensar sobre mí mismo (introspección)	0	1	2	3
32. Pierdo cosas que necesito	0	1	2	3
33. Tengo problemas para escuchar lo que otras personas están diciendo	0	1	2	3
34. Rindo por debajo de mis posibilidades	0	1	2	3
35. Interrumpo a los demás cuando hablan	0	1	2	3
36. Cambio de planes o de trabajos dejándolos a medias	0	1	2	3
37. Actúo correctamente de cara a los demás pero por dentro me siento inseguro de mí mismo	0	1	2	3
38. Estoy siempre en marcha	0	1	2	3
39. Hago comentarios u observaciones que me gustaría no haber hecho	0	1	2	3
40. No puedo acabar las cosas a no ser que tenga una fecha límite improrrogable	0	1	2	3
41. Muevo en exceso manos o pies, o me remuevo en mi asiento	0	1	2	3
42. Cometo errores por descuido o no presto atención a los detalles	0	1	2	3
43. Ofendo a los demás sin querer	0	1	2	3
44. Tengo problemas para empezar una tarea	0	1	2	3
45. Interrumpo o me inmiscuyo en las actividades de los otros	0	1	2	3
46. Me supone un gran esfuerzo estar sentado quieto	0	1	2	3
47. Tengo cambios de humor impredecibles	0	1	2	3
48. No me gustan los deberes o actividades laborales en los que tenga que pensar mucho	0	1	2	3
49. Me distraigo durante las actividades cotidianas	0	1	2	3
50. Soy inquieto, siempre estoy en movimiento, hiperactivo	0	1	2	3
51. Dependo de los demás para mantener mi vida ordenada y para atender a los detalles	0	1	2	3
52. Molesto a los demás sin querer	0	1	2	3
53. En ocasiones focalizo tanto la atención en detalles que no me doy cuenta de nada más; en otras ocasiones, mi atención es tan dispersa que todo me distrae	0	1	2	3

54. No paro quieto, juguetes con manos o pies	0	1	2	3
55. No puedo mantener la atención en algo que no sea realmente interesante	0	1	2	3
56. Desearía tener más confianza en mis capacidades	0	1	2	3
57. No puedo estar sentado quieto durante mucho tiempo	0	1	2	3
58. Respondo antes de que se acabe de hacer la pregunta	0	1	2	3
59. Prefiero estar activo y en movimiento más que quedarme en un único sitio	0	1	2	3
60. Tengo problemas para acabar las actividades escolares o las tareas laborales	0	1	2	3
61. Soy irritable	0	1	2	3
62. Interrumpo a los demás cuando están trabajando o jugando	0	1	2	3
63. Mis fracasos anteriores hacen que me cueste confiar en mí mismo	0	1	2	3
64. Me distraigo con las cosas que ocurren a mi alrededor	0	1	2	3
65. Tengo problemas para organizar mis tareas y actividades	0	1	2	3
66. Calculo mal cuánto tardaré en hacer una cosa o ir a un sitio	0	1	2	3

Traducción y adaptación de Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona (2003) y Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.
Adapted and reproduced by special permission from the Publisher, Multi-Health Systems, Inc., from the Conner's Adult ADHD Rating Scales (CAARS).
Copyright © by C. Keith Conners, Multi-Health Systems Inc., 1998.

Anexo 2. Test de bulimia Edimburgo (BITE)

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SÍ	NO
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SÍ	NO
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SÍ	NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SÍ	NO
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SÍ	NO
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5) 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1)	
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?		
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>
	<i>1 vez/semana</i>	<i>2-3 veces/semana</i>
	<i>Diariamente</i>	<i>2-3 veces/día</i>
	<i>5 veces/día</i>	
Pastillas para adelgazar	0	2
Diuréticos	0	2
Laxantes	0	2
Provocar el vómito	0	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	SÍ	NO
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	SÍ	NO
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	SÍ	NO
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	SÍ	NO
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	SÍ	NO
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	SÍ	NO
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	SÍ	NO
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	SÍ	NO
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	SÍ	NO
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	SÍ	NO
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	SÍ	NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?	SÍ	NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SÍ	NO
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SÍ	NO
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	SÍ	NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come?	SÍ	NO
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?	SÍ	NO
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?	SÍ	NO
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?	SÍ	NO
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?	Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6)	
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracción»?	SÍ	NO
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	SÍ	NO
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SÍ	NO
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SÍ	NO
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?	SÍ	NO
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	SÍ	NO

Anexo 3. Carta de consentimiento

Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a 20 de octubre de 2022.

Protocolo: **FRECUENCIA DE BULIMIA NERVIOSA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Registrado ante el Comité de Investigación con número: 956.

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: 956.

Nombre del investigador principal: Aurea Itziguery López Salazar.

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de la frecuencia de Bulimia Nerviosa en pacientes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: **FRECUENCIA DE BULIMIA NERVIOSA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.**

Firma de Consentimiento/Asentimiento
Procedimiento



Firma de quien Explicó el

Testigo

Testigo

Anexo 4. Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo **Aurea Itziguery López Salazar** como médico residente de 4to año declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

20 de octubre de 2022, Ciudad de México



Aurea ~~Itziguery~~ López Salazar

Anexo 5. Carta de autorización al jefe del Servicio de Consulta Externa

Ciudad de México a 20 de Octubre del 2022.

Dr. Josué Martínez Rico

Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **FRECUENCIA DE BULIMIA NERVIOSA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Durante un período de 6 meses partir de Septiembre de 2022 a Febrero de 2023. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, estudios de laboratorio y realización de **Escala de Connors para adultos versión autoaplicable y la escala de Bulimia de Edimburgo.**

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

A t e n t a m e n t e



Aurea Itziquery López Salazar