JO

Relación entre los hábitos de alimentación, dismorfia e intento suicida en jóvenes universitarios

Relationship between eating habits, dysmorphia, and suicide attempts in university students

Oliverio Leonel Linares Olivas*[1] https://orcid.org/0000-0003-2970-7213
Daniela Morales Payns[2] : https://orcid.org/0009-0007-6176-9955
Guadalupe Del Carmen Villegas Pérez[3] https://orcid.org/0009-0002-3722-8319

[1]Universidad Juárez del Estado de Durango. Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana
[2]Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología
[3]Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones Sur CECOSAMA SUR
Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud.
**leonel@ujed.mx*

Sección: Artículos
Recibido: 12 de abril de 2025 / Aceptado: 15 de abril de 2025 / Publicado: 23 mayo 2025

Resumen

Se analiza la relación entre algunos hábitos de alimentación disfuncionales o dañinos, la dismorfia y el intento suicida en un grupo de 678 estudiantes universitarios. Es un estudio transversal, descriptivo y correlacional. Se usaron las escalas EAT que evalúa hábitos de dieta, control oral y bulimia, y también la escala de Disforia Suicida y Disforia Psicosocial. Los hallazgos principales ponen de manifiesto el alto grado de hábitos alimenticios de riesgo entre los universitarios sin distinción del sexo. Además, se relacionó el intento suicida con bulimia y dismorfia.

Palabras clave: suicidio, hábitos alimentarios, población universitaria.

Abstract

This study explores the connection between certain maladaptive or overtly harmful eating behaviors, body dysmorphia, and suicide attempts among a sample of 678 university students. The research followed a cross-sectional, descriptive, and correlational design. The study employed the EAT scales to assess dietary patterns, oral control, and bulimia, alongside the Suicidal Dysphoria and Psychosocial Dysphoria scales. The key findings reveal a significant prevalence of high-risk eating behaviors among university students, regardless of gender. Additionally, a correlation was identified between suicide attempts, bulimia, and body dysmorphia.

Keywords: suicide, eating disorder, university students.

Jur Obaa!. Revista de Psicología, Terapia de la Comunicación y Desarrollo Humano, núm. 2, enero-diciembre de 2025, es una publicación electrónica anual editada por la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) con domicilio en Constitución, núm. 404, colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango, México. Teléfono 618-827-1295. Página web: *http://revistajo.ujed.mx, editorialujed@ujed.mx.* Editora responsable: Maura Antonia Lazcano Franco. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo número: 04-2024-011810281500-102, ISSN: 3061-8010, otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la actualización de este número: Oficina de la Editorial Universitaria UJED, Constitución, núm. 404, colonia Centro, C.P. 34000, Durango, Durango, México. Responsable de la última actualización: Manuel Rojas Villarreal. Fecha de última modificación, 11 de junio de 2025.

Introducción

La experiencia individual del propio cuerpo y la conciencia sobre su apariencia se construyen a partir de emociones, prácticas y el contexto, que influyen en la percepción corporal (Cash, 1990; Rincón et al., 2020). Cuando los mensajes del entorno respecto al cuerpo son negativos existe la posibilidad de desarrollar una actitud o relación patológica con este.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA, en adelante) afectan la relación de las personas con la alimentación y se caracterizan por una preocupación extrema por la imagen corporal y el peso, comprometiendo tanto el bienestar físico como el psicológico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En el ámbito clínico, se reconocen dentro de esta categoría el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. Sin embargo, las alteraciones que pueden surgir de una relación negativa con la imagen corporal no se limitan únicamente a los TCA.

La preocupación excesiva por la imagen corporal está vinculada con los ideales de belleza, los cuales se aprenden e interiorizan a través de la sociedad. Estos ideales ejercen una presión significativa y pueden distorsionar la percepción que las personas tienen de sí mismas, generando una discrepancia tan marcada con la realidad que puede volverse patológica (Robles & Buenaventura, 2021). Como consecuencia, además de los TCA, algunas personas pueden desarrollar el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC, en adelante).

El TDC es un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva por los defectos o imperfecciones físicas, que no son observables o que parecen sin importancia para otras personas (Rincón et al., 2020). Aunque la patogénesis del TDC difiere de la de los TCA, ya que el primero se clasifica dentro de los trastornos obsesivo-compulsivos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, en adelante), su prevalencia está vinculada a las demandas sociales respecto al valor del cuerpo, al igual que ocurre con los TCA.

Los estudios han demostrado una fuerte conexión entre la dismorfia corporal (DM) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que ambos comparten factores como la obsesión por la delgadez y la desconfianza interpersonal.

Es importante recordar que, para que un patrón de conductas, signos y síntomas se clasifique como trastorno, como ocurre con los TCA y el TDC, debe cumplir con ciertos criterios. Sin embargo, existen conductas que, aunque no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimenticio, también denotan una relación negativa respecto al propio cuerpo, y tienen efectos perjudiciales para la calidad de vida de las personas, y que, en algunos casos, preceden el desarrollo de un

trastorno (Villalobos et al., 2023) y se conocen como Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR, en adelante). Entre ellas se incluyen prácticas como la restricción alimentaria, los ayunos, los atracones, el ejercicio excesivo, el control oral y los hábitos dietéticos. Estas conductas no solo impactan la salud física y emocional, sino que también se han asociado con intentos suicidas, convirtiéndose en un factor de riesgo que requiere atención.

Según la Secretaría de Salud (2023), en México, 25 % de los adolescentes padece en diferentes grados un trastorno de la alimentación, problema significativo no solo por su presencia misma, sino por su relación con problemáticas tales como el suicidio.

La investigación entre psicopatología alimentaria y riesgo suicida ha confirmado que la presencia de estos trastornos aumenta significativamente la probabilidad de conducta suicida. De hecho, se ha observado que la sintomatología de los TCA puede predecir la conducta suicida de manera longitudinal, ya que las personas con problemas alimentarios tienen diez veces más probabilidades de presentar conductas suicidas que aquellas sin TCA (Golberg et al., 2015; Sanfiz, 2021), independientemente de los trastornos comórbidos. Además, los TCA se han asociado con un riesgo elevado de mortalidad, siendo las complicaciones médicas la principal causa de muerte en esta población, seguida por el suicidio (Arcelus, 2011; Sanfiz, 2021).

En cuanto al TDC, se ha identificado que las personas diagnosticadas con este trastorno tienen cuatro veces más probabilidades de experimentar ideación suicida y un mayor riesgo de intentos suicidas (Rincón et al., 2020). Las tasas de ideación suicida oscilan entre 17 % y 77 %, mientras que los intentos suicidas se encuentran en un rango de entre 3 % y 63 % (Angelakis et al., 2016).

Es fundamental considerar la relación del TCA y TDC y el riesgo suicida, y tener en cuenta los factores no diagnosticados que también se centran en las experiencias negativas relacionadas con el cuerpo. No solo es importante hablar de trastornos establecidos, sino también de conductas de riesgo. Las CAR se han establecido como un factor de riesgo, lo cual subraya la importancia de considerar la diversidad de factores involucrados a nivel individual y contextual.

El suicidio es "el acto letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando un resultado letal y a través del cual pretende obtener el resultado deseado" (Organización Mundial de la Salud, 2024), por tanto, hay intentos realizados para lograr dicho cometido sin llegar al suicidio consumado. El factor más importante para consumar el acto son las tendencias suicidas: la planificación, ideación e intento (Paredes et al, 2022). Reportes de la Organización Mundial de la Salud (2024) indican al suicidio como la cuarta causa de muerte

entre jóvenes de 15 a 19 años de edad, y en los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado 60 % a nivel mundial, y son una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años.

Entre las teorías que buscan explicar el suicidio, la teoría interpersonal de Joiner (2005; Solís et al., 2022) plantea tres elementos clave: 1) El sentido de pertenencia frustrado, es decir, el sentirse alejado y desconectado de los demás. 2) La carga percibida, que hace referencia a la percepción de inutilidad y a la sensación de ser una carga para los demás. 3) La capacidad adquirida, que implica la alteración en la percepción del dolor, facilitando que las conductas lesivas resulten menos dolorosas mediante la habituación.

Desde esta perspectiva, los CAR, TCA y TDC pueden influir en el riesgo suicida. De acuerdo con Joiner (2005; Solís et al, 2022) llevar a cabo ciertas conductas de riesgo (por ejemplo, el ayuno prolongado) podrían distorsionar la percepción del dolor y, por ende, del riesgo, haciendo que la idea de cometer suicidio parezca menos desafiante, ya que estas conductas facilitarían la habituación al dolor.

El sentido de pertenencia es otro factor relevante, especialmente en relación con el estigma de peso, que implica la devaluación y denigración de las personas en función de su peso e imagen corporal (Villanueva y Rivera, 2025). En México, donde la gordofobia está profundamente normalizada y la delgadez se resalta como un ideal, las personas cuyos cuerpos no se ajustan a estos estándares son constantemente juzgadas y responsables de su apariencia, lo que fomenta el rechazo, la discriminación y la exclusión social.

En un contexto social y cultural donde las críticas hacia el sobrepeso y la obesidad, y el impulso por controlar el peso corporal están ampliamente presentes, ciertas conductas pueden ser vistas como "normativas" (Villalobos et al., 2020). Así, prácticas como el ejercicio excesivo, la restricción alimentaria, las dietas restrictivas y el control extremo de la ingesta alimenticia, el constante mensaje de que algo puede estar mal en el cuerpo, pueden ser consideradas aceptables o incluso socialmente esperadas en este entorno. Es relevante señalar que, en ocasiones, incluso los mismos sistemas de salud pueden inadvertidamente promover estas conductas.

Esto resulta aún más relevante al observar que diversos estudios sugieren que las conductas poco saludables dirigidas a la alimentación o la imagen corporal pueden predecir la conducta suicida (Sanfiz, 2021). La insatisfacción con el propio cuerpo y la percepción de sobrepeso, así como las experiencias negativas asociadas al cuerpo, predicen la ideación e intentos suicidas, sobre todo en adolescentes.

Muchas investigaciones respecto al tema de conducta alimenticia y percepción corporal se concentran en la identificación y diagnóstico de los trastornos establecidos, pero a menudo dejan de lado las conductas de riesgo (CAR) que pueden ser indicativas de un trastorno incipiente o de una vulnerabilidad mayor. Por eso, ampliar el foco es reconocer que las conductas de riesgo son tan relevantes como los trastornos mismos, ya que nos permiten tener un panorama más completo y prevenir la evolución de estas conductas en trastornos más graves.

Conductas de riesgo asociadas con el suicidio

Bulimia

La bulimia, clasificada como un trastorno de conducta alimentaria (TCA), es el más frecuente de estos trastornos. Su sintomatología se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, definidos por la ingestión, en un período determinado, de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas consumiría en un intervalo de tiempo similar. Estos episodios se acompañan de conductas compensatorias, como las conductas purgativas, con el fin de evitar el aumento de peso.

Según la Secretaría de Salud (2017) en México, cada año se registran cerca de 20 000 casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada.

Según las investigaciones, la etiología de la bulimia es multifactorial: combina predisposición genética, influencias ambientales y rasgos psicológicos. Con frecuencia coexiste con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad (Bermúdez et al., 2021).

Según el DSM-V (2013), la bulimia nerviosa presenta tres características principales:

1) episodios recurrentes de atracones, 2) comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y 3) una autoevaluación influida de manera indebida por el peso y la constitución corporal. Estos comportamientos deben manifestarse, en promedio, al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.

Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se refieren a manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria, pero que se presentan con menor frecuencia e intensidad (Altamiro et al., 2011). Para comprender mejor las CAR, podemos ubicarlas en un espectro, con la conducta alimentaria normal en un extremo y los TCA en el otro. Las CAR incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio, vómito autoindu-

cido, ayunos, entre otras conductas dirigidas a controlar o reducir el peso corporal (Unikel et al., 2004). Dichas conductas son más frecuentes en la adolescencia o en la adultez temprana, etapas en las que ocurren múltiples cambios físicos y psicológicos, y en las que la satisfacción corporal puede cobrar una gran importancia (Villalobos et al., 2020). Además, las CAR se asocian con la aparición posterior de trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en contextos donde la figura corporal y la insatisfacción con ella son cuestiones predominantes. En un entorno social y cultural que promueve mensajes negativos sobre el sobrepeso y la obesidad, y favorece el control del peso corporal, ciertas conductas pueden llegar a ser percibidas como normativas. Esto es resultado de una norma cultural que no solo promueve la delgadez, sino también las prácticas para alcanzarla, normalizando las CAR dentro de este contexto (Villalobos et al., 2020). Respecto a la prevalencia de las Conductas de Riesgo Alimentario (CAR), según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2022) se muestran que 6.6 % de los adolescentes en México presentan algún grado de CAR.

Entre las causas identificadas para la aparición de CAR, se han identificado factores de riesgo de carácter biológico, genéticos, del desarrollo, psicológicas y sociales e insatisfacción corporal; tal grado de multicausalidad obliga a considerar una perspectiva biopsicosocial para su estudio. Entre algunas CAR podemos mencionar los hábitos de dieta y el control oral.

Hábitos de dieta

La dieta se entiende como el conjunto habitual de alimentos y bebidas que una persona consume, y desempeña un papel crucial tanto en la salud física como en la mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que una dieta equilibrada es esencial para prevenir la malnutrición en todas sus formas y proteger contra enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En el contexto mexicano, se ha observado que los patrones alimentarios de la población joven están siendo cada vez más influenciados por la globalización. Este fenómeno ha dado lugar a una occidentalización de la dieta, caracterizada por un aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados ricos en azúcares, grasas saturadas y sal, mientras que se reduce la ingesta de alimentos frescos y naturales. Este cambio en los hábitos alimentarios ha generado un incremento tanto en la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con la dieta como en la aparición de trastornos alimenticios, especialmente entre los jóvenes universitarios (Salinas et al., 2018).

Estudios realizados en población mexicana han identificado que las dietas mal planificadas, junto con la adopción de dietas restrictivas, están estrechamente relacionadas con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Entre los jóvenes, el intento de seguir dietas de moda o restrictivas sin la supervisión adecuada ha resultado en un aumento de comportamientos de riesgo como el ayuno prolongado y el uso de laxantes (González, 2022).

El seguimiento de dietas extremas o restrictivas, especialmente sin la orientación de un profesional de la salud, aumenta el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios graves, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estos patrones dietéticos restrictivos están asociados a un mayor riesgo de comportamientos compulsivos, patrones alimentarios irregulares y estrés psicológico (Mahan & Raymond, 2017). La adopción de estos enfoques alimentarios no solo afecta la salud física, sino que también genera un impacto significativo en el bienestar emocional y psicológico.

Control oral

El control oral se refiere a un conjunto de prácticas que las personas emplean para gestionar su ingesta de alimentos, con el objetivo de controlar su peso y figura corporal. Estas prácticas incluyen técnicas como masticar y escupir la comida sin tragarla, o adherirse a conductas de alimentación extremadamente restrictivas. El control oral es una estrategia que, en algunos casos, se utiliza para evitar métodos más extremos, como el vómito autoinducido, y está frecuentemente vinculado a preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal (Schmidt & Treasure, 2006; Mitchell, 2007).

Este tipo de comportamiento se enmarca dentro del espectro de los trastornos alimentarios, los cuales son condiciones complejas que tienen múltiples factores contribuyentes, incluidos los genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales (Fairburn, 1998; Stice, 2002). La preocupación constante por la imagen corporal y el peso puede llevar a la adopción de comportamientos de control oral, los cuales suelen emplearse para manejar la ansiedad vinculada a la alimentación. Estos comportamientos, aunque menos extremos que otros trastornos alimentarios, pueden observarse con frecuencia en personas que presentan una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal, y su manifestación puede variar en intensidad (Dingemans, 2017).

Dismorfia

Como se mencionó anteriormente, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) corresponde a una preocupación excesiva por lo defectos o imperfecciones físicas que no son observables o parecen sin importancia para otras personas. Cualquier parte del cuerpo puede ser el foco de las preocupaciones, sin embargo, el foco

atencional puede variar con el tiempo (Perkins, 2019). Dicho trastorno se sitúa dentro de los trastornos obsesivos compulsivos y otros trastornos relacionados (anteriormente se le incluía en los trastornos de ansiedad) (Rincón et al., 2020).

Este trastorno no debe ser confundido con la insatisfacción corporal. Esta última no causa angustia ni interfiere con la vida cotidiana, (Robles y Buenaventura, 2021) mientras que la inquietud que genera dicha preocupación deviene en malestar clínicamente significativo en diversas áreas de la vida, que puede interferir con la calidad de vida, y provoca dificultades a nivel personal, social, laboral y familiar.

El TDC suele comenzar en la adolescencia, generalmente a los 16 años de edad. Existe un ligero predominio en el sexo femenino; 60 % de quienes lo presentan son niñas o mujeres. Esta afección es más común entre los jóvenes susceptibles a la influencia de los medios de comunicación, las redes sociales y los estándares de belleza de la sociedad. La prevalencia estimada del TDC en la población general es del 1.7 % al 2.4 % (Garza, et al., 2024)

Respecto a los aspectos neurobiológicos del trastorno, quienes lo padecen pueden presentar dificultades en la atención y la memoria, con un déficit en el procesamiento perceptual y visoespacial, por lo que tienden a centrarse principalmente en los detalles de su apariencia, omitiendo aspectos globales de su configuración (Monzani, Krebs, Anson, Veale & Mataix, 2013; Rincón et al., 2020), existiendo fallas en la interpretación de la apariencia de los estímulos faciales y corporales.

El TDC se presenta de una manera compleja, pues la percepción del cuerpo involucra elementos atencionales, mnésicos, gnósicos, práxicos, emocionales y la teorización que un tercero puede hacer acerca del cuerpo del otro. (Rincón et al., 2020). De esta manera, se consideran de igual manera relevantes los factores socioculturales en la configuración y desarrollo del trastorno, pues los defectos que son objeto de preocupación suelen ser distintos según el país y la cultura.

Tomando en consideración lo descrito arriba, en esta investigación se planteó el objetivo de evaluar a una muestra de estudiantes universitarios para describir el nivel de riesgo de TCA, la distribución del riesgo en las diversas escuelas y facultades, así como la percepción de dismorfia. Adicionalmente, se usó un modelo pare relacionar el nivel de riesgo de TCA con intento suicida, compararlo entre hombres y mujeres, y tratar de encontrar algunas variables de TCA que pudieran predecir el riesgo de intento suicida.

Método

Participantes

Se aplicó una encuesta a 678 estudiantes de 15 escuelas y facultades de la Universidad Juárez del Estado de Durango (Tabla 1). Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Del total de participantes, 457 fueron mujeres, 201 hombres y 20 prefirieron no responder sobre su género. La edad promedio de los participantes fue de 21 años, mientras que la calificación media más reciente fue de 8.8. En cuanto a su situación personal, 53 % indicó no estar en una relación, y 52 % mencionó vivir con ambos padres.

Tabla 1

Distribución por escuelas y facultades

Escuela o Facultad	*Frec.*	*%*
Escuela de Lenguas	23	3.4
Escuela de Pintura, Escultura y Artesanías	12	1.8
Escuela Superior de Música	25	3.7
Facultad de Ciencias de la Cultura Física y Deporte	19	2.8
Facultad de Ciencias Exactas	31	4.6
Facultad de Ciencias Forestales y Ambientales	14	2.1
Facultad de Ciencias Químicas	53	7.8
Facultad de Derecho y Ciencias Políticas	92	13.6
Facultad de Economía, Contaduría y Administración	45	6.6
Facultad de Enfermería y Obstetricia	19	2.8
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia	11	1.6
Facultad de Medicina y Nutrición	83	12.2
Facultad de Odontología	21	3.1
Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana	214	31.6
Facultad de Trabajo Social	16	2.4
Total	*678*	*100.0*

Nota: Distribución de participantes en las escuelas y facultades de la UJED

Diseño

Se trató de un estudio descriptivo, correlacional, transversal (Kerlinger y Lee, 2001; Tabachnik y Fidell, 2014).

Instrumentos

Para evaluar los hábitos de alimentación se utilizó la Escala Eating Atittudes Test (Garrido, 2005; Montoro, Montejano, Martín, Talavera y Gómez, 2024), la cual consiste en un instrumento de autoinforme de síntomas y preocupaciones relacionados a la conducta alimenticia, que produce un "índice de derivación" basado en tres criterios: 1) Puntuación total basada en las respuestas a las preguntas del EAT; 2) las respuestas a las preguntas relacionadas al comportamiento respecto a los síntomas alimentarios y la pérdida de peso; 3) el índice de masa corporal. La

escala ha demostrado una adecuada consistencia interna (α=.80). El análisis factorial detectó tres factores: dieta, control oral y bulimia.

La conducta suicida se evaluó mediante la escala de Disforia Suicida y Psicosocial de Linares, Maldonado y Morán (2021). Tales autores describen este constructo que está compuesto por tres elementos:

> El primero de ellos hace referencia a una insatisfacción general con la vida misma. El segundo se refiere al aspecto afectivo en el cual se expresan, de manera constante y crónica, sentimientos de irritabilidad y enojo que no se justifican. Un tercer elemento se refiere a la distimia, la cual se define como un estado depresivo o melancólico crónico que puede aparecer después de un evento traumático, de un estado depresivo mayor, de un duelo mal elaborado o bien, de situaciones de violencia crónica, sobre todo en los inicios de la vida. (p. 215)

Todo ello en un marco de pensamientos de alta ideación, planeación o impulso suicida. La escala incluye preguntas sobre planeación suicida, intento suicida y autolesión. La escala original de disforia suicida y psicosocial cuenta con validez de constructo con una varianza explicada del 51 % y alfa de Cronbach de .86. La validez divergente se obtuvo mediante la escala de Satisfacción Vital de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985, en Linares, Maldonado y Morán; 2021, p. 216). Para esta muestra se observó una varianza explicada de 63 % en dos componentes y un alfa de Cronbach de .92 de consistencia interna.

Procedimiento

Este estudio forma parte del proyecto "Programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención de Conductas de Riesgo en Suicidio y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Universitarios", perteneciente al Cuerpo académico 133 – UJED de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana. Toda vez que se obtuvo el visto bueno de las autoridades escolares, se procedió a realizar la versión electrónica del instrumento. Se utilizó la versión *forms* de la herramienta de Google para el desarrollo y aplicación de encuestas de forma electrónica debido a su simplicidad y fácil acceso a usuarios remotos a través de cualquier dispositivo. Se entrenó a alumnos de la carrera de psicología para responderlo y hacer la invitación a estudiantes de otras escuelas y facultades para participar en el estudio. Los datos se recogieron en archivos de Excel y se exportaron al programa SPSS IBM versión 21. Los análisis estadísticos consistieron en análisis descriptivos para la representación de las distribuciones de frecuencias. Para los estudios de correlación entre las variables se usó el análisis Producto momento de Pearson y regresión logística binaria.

Consideraciones éticas

Antes de responder a la encuesta se aseguró la voluntariedad, confidencialidad y anonimato de los datos de los participantes. Además, se incluyó un aviso de confidencialidad que se describe a continuación:

> En cumplimiento con lo establecido en el artículo 68 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y artículo 6 y demás relativos a la protección de datos descritos en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, informamos los compromisos siguientes:
>
> 1. La información de su identidad será privada y solo los investigadores principales tendrán acceso a ella. Los datos no serán difundidos, distribuidos o comercializados y serán protegidos de acuerdo con la normatividad vigente.
>
> 2. Dadas las condiciones del estudio, los datos serán utilizados exclusivamente en instancias académicas, de investigación y de divulgación científica. Y podrán ser utilizados en informes estadísticos que se elaboren para el seguimiento.
>
> Excepciones:
>
> 1. Los datos personales únicamente podrán ser proporcionados a terceros de acuerdo con lo estrictamente señalado en el Art. 22 fracciones I y VII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.
>
> Responsable de proyecto. Dr. Leonel Linares
>
> A continuación, se presenta una lista de afirmaciones las cuales no tienen respuesta correcta o incorrecta sólo es importante lo que sientas, la información es anónima y confidencial. Muchas gracias por tu amable participación, nos ayudará a mejorar el programa de salud mental de nuestra UJED.

Resultados

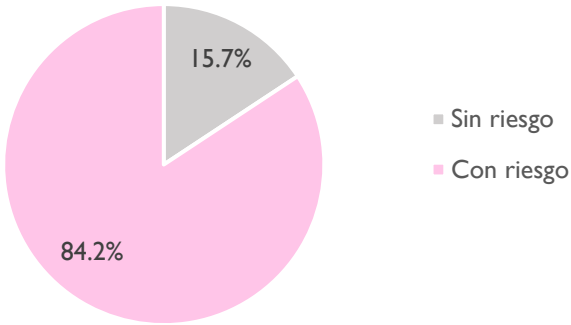
Niveles de riesgo en universitarios

Debido a la naturaleza de la estrategia de muestreo no se pueden hacer comparaciones entra las facultades y escuelas, de modo que se presentan los resultados en conjunto. De acuerdo con la forma de calificación de la escala que marca un punto de corte de 20 puntos se obtuvo, a nivel general que 84.2 % de los encuestados cubre criterios que se consideran de riesgo (Figura 1).

Al analizar los resultados entre hombres y mujeres, se halló que 85.1 % (389 casos, Figura 2) de mujeres y 84.1 % (169 casos, Figura 3) de hombres presentan riesgo de trastorno de alimentación.

Figura 1

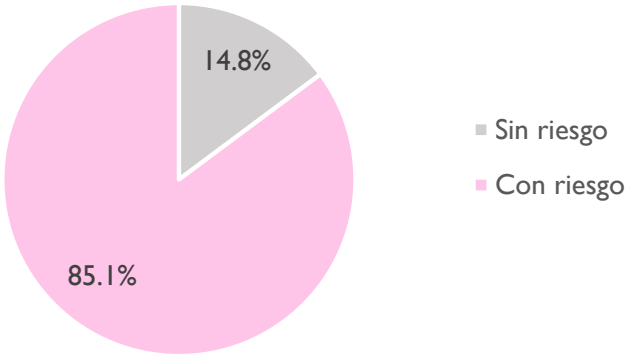
Nivel de riesgo de TCA en 678 alumnos de la UJED



Nota: se muestran las distribuciones del total de participantes sin riesgo y con riesgo.

Figura 2

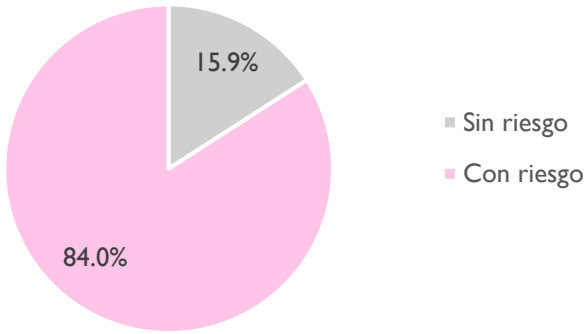
Nivel de riesgo de TCA en mujeres



Nota: se muestran las distribuciones de participantes mujeres sin riesgo y con riesgo.

Figura 3

Nivel de riesgo de TCA en hombres



Nota: se muestras las distribuciones de participantes hombres sin riesgo y con riesgo.

Al analizar las distribuciones de alumnos con riesgo de TCA por facultad o escuela se observó que al ser tan bajo el número de respuestas en algunas facultades, no era viable establecer comparaciones entre ellas, ya que los grupos no están balanceados. Sin embargo, el interés clínico de este estudio revela que los niveles de riesgo son altos, a pesar del bajo número de respuestas de algunas facultades.

Tabla 2

Distribución de alumnos con riesgo de TCA por escuela o facultad

Escuela o Facultad	*% alumnos con riesgo*	*Núm. alumnos encuestados*
Escuela de Lenguas	91.3	23
Escuela de Pintura, Escultura y Artesanías	100.0	12
Escuela Superior de Música	80.0	25
Facultad de Ciencias de la Cultura Física y Deporte	89.5	19
Facultad de Ciencias Exactas	90.3	31
Facultad de Ciencias Forestales y Ambientales	78.6	14
Facultad de Ciencias Químicas	83.0	53
Facultad de Derecho y Ciencias Políticas	81.5	92
Facultad de Economía, Contaduría y Administración	82.2	45
Facultad de Enfermería y Obstetricia	63.2	19
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia	81.0	11
Facultad de Medicina y Nutrición	88.0	83
Facultad de Odontología	90.5	21
Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación Humana	85.5	214
Facultad de Trabajo Social	62.5	16

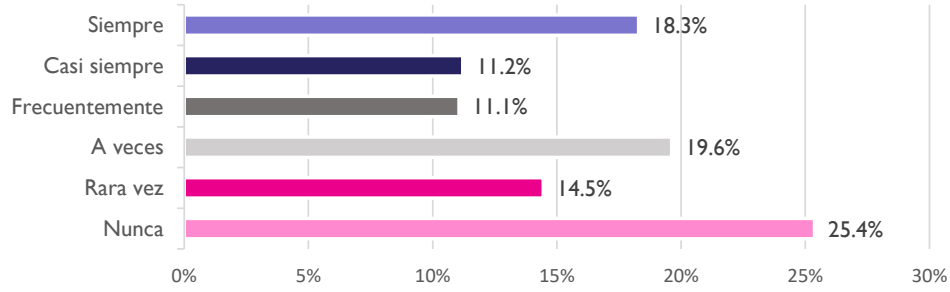
Nota: se muestran las distribuciones de alumnos con conductas de riesgo por facultad o escuela.

Respecto a la *dismorfia corporal* se usaron 4 preguntas para su evaluación:

1. ¿Sentiste temor a volverte gorda o a engordar?
2. ¿Te sientes avergonzada de tu cuerpo?
3. ¿Pensaste que la causa de tu figura era la falta de autocontrol?
4. ¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otra persona?

Figura 4

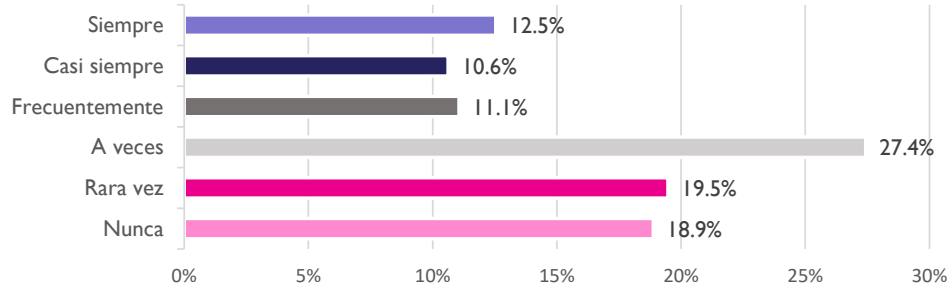
¿Sentiste temor a volverte gorda o a engordar? (porcentaje de respuestas)



Nota: se muestran las distribuciones de las respuestas de los participantes con miedo a volverse gordos o gordas.

Figura 5

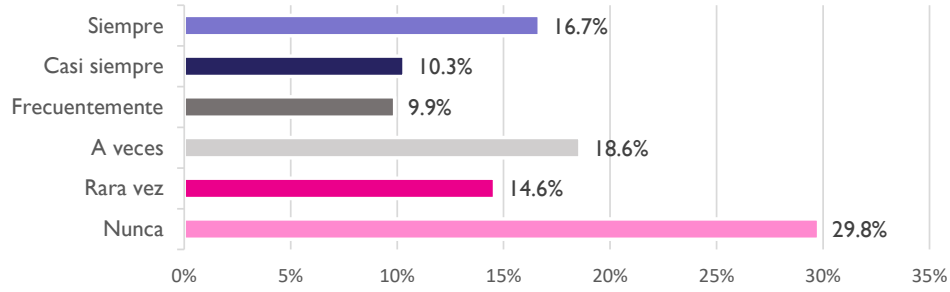
¿Te sientes avergonzada de tu cuerpo? (porcentaje de respuestas)



Nota: se observan las distribuciones de las respuestas de los participantes con miedo a volverse gordos o gordas

Figura 6

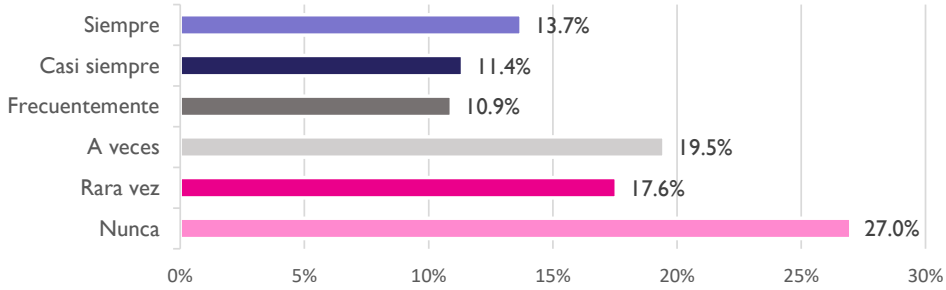
¿Pensaste que la causa de tu figura era la falta de autocontrol? (porcentaje de respuestas)



Nota: se aprecian las distribuciones de las respuestas de los participantes con respecto a la falta de autocontrol.

Figura 7

¿Tomaste especial conciencia de tu figura en compañía de otra persona? (porcentaje de respuestas)



Nota: se muestran las distribuciones de las respuestas de los participantes según la percepción de su cuerpo en compañía de otra persona.

Conducta suicida y hábitos alimentarios de riesgo en TCA

Respecto de la conducta suicida se observó que 17.7 % (120 personas) de los encuestados reportaron, al menos, un intento suicida. De estos, 85 fueron mujeres y 28 hombres, otras 7 personas con intento no se identificaron con algún sexo. Por el lado del autolesionismo, 13.3 % afirmó haber ejecutado conductas autolíticas; de ellas, 9 personas sin identificación de sexo, 65 mujeres y 16 hombres, en ellos las diferencias fueron significativas. En análisis de las diferencias entre hombres y mujeres se realizaron con estadística no paramétrica ya que las distribuciones de los grupos no cumplieron el criterio de normalidad. La comparación por sexos se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3

Comparaciones por sexo

	Dieta	*Bulimia*	*Control oral*	*Disforia suicida*	*Disforia psicosocial*	*Dismorfia*
U de Mann-Whitney	43948	44738	43245.5	40536	31753	35590
Z	-.882	-.531	-1.196	-2.489	-6.328	-4.610
Sig. asintót. (bilateral)	.378	.595	.232	.013	.000	.000

Nota: Las comparaciones por sexo para disforia suicida, dieta, bulimia y control oral mediante el uso de estadística no paramétrica.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto al intento de suicidio entre hombres y mujeres ($\chi^2=2.140$, $p=0.144$). Las diferencias se hallaron en la disforia suicida y psicosocial, así como en la dismorfia. Por otro lado, al correlacionar la disforia suicida con los hábitos de alimentación (Tabla 4) se observó una relación estadísticamente significativa entre la disforia suicida y los tres elementos de los hábitos alimenticios de riesgo.

Tabla 4

Tabla de correlaciones entre disforia suicida y hábitos de alimentación de riesgo

		Dieta	*Bulimia*	*Control oral*	*Dismorfia*
Disforia Suicida N=678	*Correlación de Pearson*	.326**	.402**	.299**	.238**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000

Nota: tabla de correlaciones producto momento de Pearson

Estos análisis indican que los hábitos de alimentación disfuncionales están relacionados con sentimientos de malestar que se configuran con algún tipo de contenido suicida. La magnitud más importante fue primero con la bulimia (*r=0.402, p=.000*), seguido de Dieta (*r=0.326, p=.000*), Control oral (*r=0.299, p=.000*) y Dismorfia (*r=0.402, p=.000*).

Para saber si alguna de estas variables es un predictor de riesgo de intento suicida, se usó un modelo de regresión logística binaria, la cual es adecuada para los casos en que la variable dependiente (intento) es dicotómica (sí/no). En la Tabla 5 se describen los resultados.

Tabla 5

Modelo de regresión logística binaria para predecir intento suicida

Variables en el modelo	*B*	*E.T.*	*Wald*	*gl*	*Sig.*	*Exp(B)*
Dieta	-0.005	0.014	0.135	1	0.714	0.995
Bulimia	0.097	0.027	13.08	1	0.000	1.102
Control oral	-0.01	0.018	0.316	1	0.574	0.99
Dismorfia	0.039	0.017	5.196	1	0.023	1.04

Nota: modelo logístico para variables predictoras de riesgo de intento suicida

Como se puede apreciar en la Tabla 5, la bulimia y la dismorfia resultaron ser las únicas variables asociadas al intento de suicidio, mientras que dieta y control oral no resultaron de relevancia estadística.

Discusión

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio evidencian una preocupante prevalencia de factores de riesgo en la muestra encuestada. Ello pone de manifiesto la necesidad de acciones integrales en materia de salud mental y conductas alimentarias para los universitarios. En primer lugar, se identificó que más del 80 %

de los participantes cumple con criterios considerados de riesgo, lo que sugiere que las problemáticas evaluadas no son casos aislados, sino fenómenos generalizados que requieren de atención especializada y son una prioridad dentro de la universidad. Bajo este panorama, el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria se manifiesta de manera similar en ambos sexos, con una prevalencia del 85.1 % en mujeres y del 84.1 % en hombres, lo que indica que dichas problemáticas afectan a la población sin distinción de género de manera significativa.

Asimismo, se observó una alta incidencia de conductas suicidas y autolesivas entre los encuestados. En términos de intentos suicidas, 17.7 % de los participantes reportó haber realizado al menos un intento, distribuyéndose en 85 mujeres, 28 hombres y 7 personas que no se identificaron con un género específico. En lo que respecta a las conductas autolíticas, 13.3 % de la muestra refirió haber llevado a cabo acciones de autolesión, con diferencias significativas en su distribución: 65 mujeres, 16 hombres y 9 personas sin identificación de sexo. Sin embargo, a pesar de la elevada presencia de intentos suicidas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en este aspecto. No obstante, sí se identificaron diferencias significativas en la disforia suicida y psicosocial, así como la dismorfia.

Un hallazgo de particular relevancia fue la correlación estadísticamente significativa entre la disforia suicida y los hábitos alimentarios disfuncionales. En este sentido, se observó que la bulimia mostró la relación más fuerte con el malestar de tipo suicida, seguida de la dieta, el control oral y la dismorfia. Esto sugiere que las alteraciones en la alimentación no sólo afectan la salud física y psicológica de los individuos, sino que también pueden vincularse con pensamientos y emociones que propician la disforia suicida. No obstante, al analizar el intento de suicidio de manera específica, se encontró que únicamente la bulimia y la dismorfia fueron variables significativas asociadas como predictores de dicha conducta, mientras que la dieta y el control oral no presentaron una relación estadísticamente relevante.

Es necesario indicar que este estudio no está exento de limitaciones. Para empezar, hay amenazas a la validez externa producto de las estrategias y carencias en el muestreo, lo cual impide generalizar los datos y realizar comparaciones entre escuelas y facultades. Adicionalmente, hay variables que deben incluirse en estudios posteriores para mejorar los modelos de trabajo, como el rendimiento académico, variables sociodemográficas y relacionales, así como las habilidades sociales. Pese a ello, estos hallazgos permiten inferir que ciertos trastornos de la conducta alimentaria, particularmente aquellos relacionados con la percepción

distorsionada del cuerpo y la ingesta descontrolada de alimentos, pueden constituir factores de vulnerabilidad que aumentan el riesgo de intentos suicidas.

Conclusiones

Este estudio revela una prevalencia alarmante de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios y conductas suicidas en la población universitaria. Estos resultados demuestran que no sólo se trata de problemáticas aisladas, sino de fenómenos generalizados que exigen intervenciones urgentes y bien estructuradas. Un hallazgo clave fue la relación significativa entre la bulimia, la dismorfia corporal y el riesgo de intento suicida. Lo que refuerza la necesidad de abordar estos problemas desde un enfoque integral que combine atención psicológica, nutricional y psiquiátrica. Además, aunque no se encontraron diferencias de género en los intentos suicidas, sí se observaron disparidades en conductas autolesivas y percepción corporal, lo que sugiere que las estrategias de prevención deben ser inclusivas, pero adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo. Estos resultados representan un llamado a la acción para las autoridades universitarias. Implementar programas de detección temprana de trastornos alimentarios y riesgo suicida, así como fortalecer los servicios de salud mental universitarios con equipos multidisciplinarios resulta determinante. En definitiva, esta investigación no sólo evidencia problemas críticos, sino también proporciona un marco para soluciones concretas. Además, los hallazgos sirven como base para futuros estudios que exploren con mayor profundidad el impacto de variables psicosociales, como el estrés académico o el apoyo familiar y evalúen la efectividad de las intervenciones propuestas. Agradecemos a todos los participantes y a la universidad por hacer posible este trabajo que esperamos contribuya a construir un entorno educativo más seguro y saludable.

Referencias

Altamiro, M. B., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 30*(5), 401-407. https://iris.paho.org/handle/10665.2/9450

Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. *49,* 55-66. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and othereating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724–731. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.).

Bermúdez, L. V., Chacón, M. A & Rojas, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia, 6*(8). https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.753

Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change* (pp. 51–79). Guilford Press.

Dingemans, A., Danner, U., & Derksen, J. (2017). Eating disorders and obesity: A review. *Current Diabetes Reports*. *17*(11), 77.

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder:A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry, 55*(5), 425–432. https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425

Garza, R., Cardoso, V & Gonzáles, C. (2024). El trastorno dismórfico corporal y las redes sociales. *Rev. Mex. Med. Familiar, 11*(1). 33-37. https://doi.org/10.24875/RMF.23000067

Goldberg, S., Werbeloff, N., Shelef, L., Fruchter, E., & Weiser, M. (2015). Risk of suicide among female adolescents with eating disorders: A longitudinal population-based study. *Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimiaand Obesity, 20*(3), 295–300. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0176-1

González, R. (2022). Trastornos alimenticios y conductas de riesgo en estudiantes universitarios [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide.* Harvard University Press

Kerlinger, F. y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill.

Linares, O., Maldonado, C., Morán, P. (2021). Disforia psicosocial y suicida. Estudio piloto de la escala de malestar psicológico. En Barraza, Castillo y Ortega (Coords.) *Aproximaciones al estudio de las variables patológicas de la salud mental* (pp. 203-226). UPD. http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Aproximaciones.pdf

López, C., Cachón, J., López, D.M & Zagalas, M.L. (2013). Dismorfia muscular y su relación con síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 4*(1). 31-36. https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71990-6

Mahan, L. K., & Raymond, J. L. (2017). *Krause's Food & the Nutrition Care Process* (14.ª ed.). Elsevier.

Mitchell, J. E. (2007). Eating disorders: Clinical features and diagnostic criteria. In J. E. Mitchell & S. M. Wonderlich (Eds.), *Eating Disorders: Theory and Research* (pp. 1-20). Routledge.

Montoro, N., Montejano, R., Martín, D.,Talavera, M & Gómez, M. R. (2024). Propiedades psicométricos del Eating Attitudes Test-26 en escolares españoles. *Anales de Pediatria 100*(4), 241-250. https://www.doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.01.006

Monzani, B., Krebs, G., Anson, M., Veale, D., & Mataix, D. (2013). Holistic versus detailed visual processing in bodydysmorphic disorder: Testing the inversion, composite and global precedence effects. *Psychiatry Research, 210*(3), 994–999. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.009

Organización Mundial de la Salud. (2024). Suicidio. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Paredes, P. L., Bravo, L. A., Posso, G. P., & Quelal, A. D. (2022). Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes. *CAMbios, 21*(1), 1-7. https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/848

Perkins, A. (2019). Body dysmorphic disorder: The drive for perfection. *Nursing*. *49*(3), 28-33. https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000553273.24557.58

Rincón, D., Restrepo, S., Correa, L., Ospina, J., & Montoya, D. (2020). Trastorno dismórfico corporal: Una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 19*(1), 1-21. https://doi.org/10.18270/chps..v19i1.3133

Robles, M. E., & Buenaventura, M. (2021). El espejo miente. Comprender y tratar el trastorno dismórfico corporal. *Medicina estética, 69*(4), 17-21. https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.069.02

Salinas, A., Rivera, J., & Shamah, T. (2018). Patrones de alimentación y su impacto en la salud de la población mexicana: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Instituto Nacional de Salud Pública.

Sanfiz, P. (2021). La conducta suicida y su relación con los problemas de alimentación e imagen corporal: Una revisión sistemática. [Tesis de licenciatura, Universidad de las Islas Baleares].

Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance modeland its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 343–366.https://doi.org/10.1348/014466505X53902

Secretaría de Salud. (2023, enero 7). *Trastornos de la conducta alimentaria afectan a 25 % de adolescentes*. https://www.gob.mx/salud/prensa/004-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-afectan-a-25-de-adolescentes

Secretaría de Salud. (2017, enero 2). *Anorexia*. *Un trastorno de conducta alimentaria* https://www.gob.mx/salud/articulos/29920

Solis, M., Mancilla, J. M., & Vázquez, R. (2022). Suicidio: autolesión e insatisfacción corporal en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 22*(1), 1-15. https://doi.org/10.18270/chps..v22i1.4037

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin,128*(5), 825–848. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825

Tabachnick, B. & Fidell, L. (2014). *Using multivariate statistics* (5a ed.). Allyn and Bacon.

Unikel, C., Bójorquez, I., & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mex*., *46*(6), 509–515. https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6572/8096

Villalobos, A., Bójorquez, L., Hernández, M. I., & Unikel, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México, 65*(1), 96-101. https://doi.org/10.21149/14800

Villalobos, A., Unikel, C., Hernández, M. I., & Bójorquez, L. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Pública de México, 62*(6), 734-744. https://doi.org/10.21149/11545

Villanueva, M. & Rivera, S. (2025). Una visión de la gordura en México: Validación de un conjunto de escalas para evaluar estigma de peso y actitudes antiobesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 15*(1), 103-116. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2025.1.840