

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Autores:

Andrea Albores.

Adriana Sánchez.

Marla Santiz.

Tema de investigación:

Principal problema alimenticio de los estudiantes de segundo semestre de medicina en UDS en un periodo de marzo-abril 2025

Asesor del proyecto:

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Fecha:

Febrero 2025

Lugar:

Comitán de Domínguez, Chiapas.

Andrea Albores.
Adriana Sánchez.

Marla Santiz.

ii

Febrero 2025.

Universidad del sureste, campus Comitán.
Medicina Humana.
Protocolo de investigación.

Copyright © 2025 por Andrea Albores, Adriana Sánchez y Marla Santiz. Todos los derechos reservados.

Queremos dedicar esta tesina en primer lugar a Dios, a nuestros padres por su amor, apoyo y por forjarnos como la persona que somos actualmente, a nuestros hermanos y a todos los que nos rodean por ser mejores seres humanos día con día.

Agradecimientos

v

En primer lugar quiero agradecer a la universidad por prestarnos sus instalaciones y brindarnos el apoyo para poder realizar esta tesina y por ultimo pero no menos importante, quiero agradecer a mi asesor la licenciada Gladis Hernández por enseñarnos y sobre todo brindarnos de sus grandes conocimientos para poder concluir satisfactoriamente esta tesis.

ABSTRACT:

Drug addiction is currently a social problem that produces organic alterations in the human body who ingests them, especially the most vulnerable such as adolescents, affecting the family and the environment in which it develops such as the place where they study. This investigation pretends analyze, assess and if necessary, state how drugs affect adolescents or, otherwise, clarify that drugs do not affect the academic level of students.

This investigation is done in the university of surest with students of career of human medicine (career which we know requires a high demand, for this reason students constantly keep awake) for this reason, I induce that the students have used at least one occasion to some drug such as (energy drinks, coffee, stimulant drugs, etcétera), therefore we will check if the consumption of drugs is beneficial or harmful to the academic performance of students.

Planteamiento del problema.....	1
Pregunta de investigación.	3
Importancia, justificación y viabilidad.	4
Variables.	5
1. Objetivo general.....	11
2. Objetivos específicos	12
Fundamentación de la investigación.	14
1. Antecedentes.	14
2. Marco Teórico.....	16
2.1. Médicos internos de pregrado.	16
2.1.1. Generalidades.....	16
2.1.2. Definición de internado.....	18
2.1.3. Drogas:.....	20
2.1.4. Drogas ilícitas	15
2.1.5. Drogas licitas.	28
2.1.6 Tipos de drogas.	32
2.1.6.1. Drogas estimulantes:.....	32
2.1.6.2. Drogas depresivas:	33
2.1.6.3 Drogas hipnóticas y sedantes:.....	17
2.1.6.4. Drogas alucinógenos:.....	33
2.1.6.5. Drogas opioides:	18
2.1.6.6. Por su origen (naturales y sintéticas).	33
2.1.6.7. Por su acción farmacológica:	34
2.1.6.8. Por su consideración sociológica:.....	19
2.1.6.9. Por su peligrosidad para la salud.	20
2.1.7. Drogadicción:.....	34
2.1.8. Definición:	36
2.2. Costo social:.....	39
2.3. Fisiología:	39
2.4. Fisiopatología:.....	40
2.5. Tratamiento:.....	41
2.6. Pronóstico:	41
2.7. Causas:	42
2.7.1. Curiosidad:.....	42
2.7.2. Problemas familiares:.....	42
2.7.3. Influencia en el entorno en el que se desarrollan los adolescentes:	42
2.7.4. Problemas familiares/carencia familiar:	42
2.7.5. Para sentirse bien:	42
2.7.6. Para sentirse mejor:.....	43
2.7.7. Para rendir mejor:	43
2.8. Signos y síntomas:	43
2.8.1. Área mental:.....	43
2.8.2. Familia:	43
2.8.3. Escuela:.....	43

2.8.4. Síntomas físicos.	43ix
2.9. Tipo de drogas más consumidas por adolescentes:.....	44
2.9.1. Alcohol:.....	44
2.9.1. Tabaco:.....	44
2.9.2. Marihuana:	44
2.9.3. Cocaína:	45
2.9.4. Heroína:.....	45
2.9.5. Alucinógenos:	45
3. Adicción:.....	45
3.1. Definición:	45
3.2. Adolescencia:	46
3.2.1. Generalidades:.....	46
3.2.2. Definición:	46
3.2.3. Pre- adolescencia:	46
3.2.4. Adolescencia temprana:	46
3.2.5. Adolescencia media:	46
3.2.6. Adolescencia tardía:.....	47
3.2.7. Pre- adolescencia:	47
3.2.8. Adolescencia temprana:	47
3.2.9. Adolescencia media:	47
3.3. Adolescencia tardía:.....	48
3.4. Cambios de la adolescencia:	48
3.4.1. Cambios físicos:.....	48
3.4.2. Cambios en la personalidad:	48
3.4.3. Cambios emocionales:	48
3.4.4. Desarrollo social:	49
3.5. Factores de riesgo de las drogas en adolescentes.....	49
3.5.1. Factores de riesgo individuales:.....	49
3.5.2. Factores de riesgo racionales:	50
3.5.3. Factores de riesgo sociales:.....	51
Marco normativo.....	52
Población.....	53
Muestra.	54
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	55
Cronograma.....	56
Bibliografías:.....	57
Apéndice	57
CROQUIS:.....	57
CUESTIONARIO:.....	59
Tabuladores de datos obtenidos:.....	60
PRESUPUESTO:.....	61
Vita:.....	62

Título de investigación.

Principal problema alimenticio de los estudiantes de segundo semestre de medicina en UDS en un periodo de marzo-abril 2025

Planteamiento del problema.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan un desafío significativo en la salud pública actual, afectando tanto el bienestar físico como emocional de quienes los padecen. Estas afecciones, que incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, se caracterizan por patrones alimenticios anormales y una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 se registraron aproximadamente 14 millones de personas con trastornos alimentarios a nivel mundial, de las cuales cerca de 3 millones eran niños y adolescentes. Estos trastornos suelen manifestarse entre los 12 y 25 años, con una mayor incidencia en mujeres. En el contexto académico, estudios indican que los estudiantes de medicina presentan una prevalencia de TCA superior a la de la población general, atribuida en parte al estrés académico y a la presión por mantener un rendimiento óptimo. Los TCA no solo afectan la salud física, sino que también conllevan un desgaste emocional considerable. El trastorno por atracón, por ejemplo, se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, seguidos de sentimientos de culpa, vergüenza y miedo ganar peso. Estos comportamientos pueden derivar en enfermedades graves, como desnutrición, obesidad y trastornos metabólicos, además de afectar negativamente el rendimiento académico y las relaciones interpersonales. Factores como dietas extremas, ayunos prolongados y atracones son a menudo utilizados como mecanismos para manejar la ansiedad y el estrés, especialmente en entornos académicos demandantes. Sin embargo, estas prácticas pueden desencadenar o exacerbar trastornos alimentarios, creando un ciclo perjudicial para la salud mental y física del individuo. La falta de conciencia sobre la gravedad de estos comportamientos y la estigmatización asociada dificultan la búsqueda de ayuda profesional, prolongando el sufrimiento y las complicaciones derivadas. Es necesario abordar los TCA desde una perspectiva multidisciplinaria, que incluya intervenciones psicológicas, nutricionales y médicas.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el principal problema alimenticio de los estudiantes de segundo semestre de medicina en UDS en un periodo de marzo-abril 2025?

Importancia, justificación y viabilidad.

La importancia de esta investigación radica en la identificación de una de las problemáticas más significativas como lo son los trastornos alimenticios relacionadas con la carrera de medicina en primer grado.

- La **importancia** durante este periodo de adaptación, los estudiantes experimentan un incremento notable en sus demandas académicas, lo que les exige un esfuerzo considerable. Sin embargo, este incremento en la carga académica está acompañado de un impacto significativo en su salud mental. Nuestro objetivo es conocer las diversas maneras en que los estudiantes afrontan estos problemas de alimentación, ya que cada uno tiene una perspectiva única y distintas estrategias de afrontamiento.
- La **justificación** del primer año de medicina se asocia con una serie de efectos negativos para la salud mental y psíquica de los jóvenes. Este periodo está vinculado a consecuencias desfavorables tanto a corto como a largo plazo, que afectan su bienestar general. En el ámbito educativo, estos efectos incluyen la falta de motivación para continuar con la carrera, el fracaso académico e incluso el abandono de este. Es vital abordar estas cuestiones para mejorar la calidad de vida y el desempeño académico de los futuros médicos.
- La **viabilidad** de esta investigación es alta, ya que los recursos necesarios son mínimos. Principalmente, requerimos que los alumnos nos concedan un poco de su tiempo para responder nuestras encuestas. Este acceso nos permitirá reunir la información necesaria para llevar a cabo la investigación. Por lo tanto, la realización de esta investigación es completamente factible.

Variables.

1. Identificación.

Variables:	Tipo de variable:	Definición conceptual:	Definición operacional:
Sexo.	dependiente	conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres y a las mujeres.	Se incluirá a todo estudiante que proporcione de información se utilizará el cuestionario preestablecido: a.-Hombre b.-Mujer c.- otro
Obesidad	Independiente	es una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo	No se incluirán a todos aquellos estudiantes que indiquen tener obesidad por otros motivos como sedentarismo y que lo presentarán antes de entrar a la carrera de medicina
Edad.	Independiente	Es el tiempo que ha vivido una persona.	Se incluirá a todas las personas que brinden cuantos años de edad tienen y se excluirán a todos aquellos que no brinden información certera y concreta.
Estrés	dependiente	El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción.	Se incluirá a todos los estudiantes que describan estar estresados por motivos de su carrera (enojados, tristes, contentos, preocupados, angustiados, etcétera) y se excluirá a todos los estudiantes que describan que jamás han sentido estrés por motivo de su carrera.

Alimentación	Dependiente	es el proceso de obtener, preparar e ingerir alimentos para que el cuerpo obtenga los nutrientes que necesita	Se incluirá a todos los estudiantes que describan tener algún problema con su alimentación (por el tiempo, economía, estrés, foráneos) pero se excluirán a quienes no describan tener una mala alimentación
Otras carreras	Independiente	conjunto de estudios superiores que permiten a los estudiantes obtener un título académico y desempeñarse en el mercado laboral.	Se excluirá a toda aquella carrera distinta a la carrera de medicina humana.
Segundos semestres de medicina	Dependiente	El segundo semestre es la mitad del año que va desde el de febrero hasta agosto.	Se definirá como alumno de 2do semestre de la carrera de medicina todo aquel que en la encuesta nos señale de manera numérica o escrita su tiempo en la universidad
Otros semestres	Independiente	Un semestre es un periodo de seis meses.	Se excluirán a todo semestre distinto a segundo de la carrera de medicina
Trastornos alimenticios	dependiente	son afecciones graves de salud mental. Implican problemas serios sobre cómo se piensa sobre la comida y la conducta alimenticia. Se puede comer mucho menos o mucho más de lo necesario	Se incluirá a todos los alumnos que presenten algún trastorno alimenticio iniciado durante el tiempo que llevan en la carrera

Actividad física	independiente	es cualquier movimiento del cuerpo que use los músculos y gaste más energía que estar en reposo	Se excluirán todos aquellos hábitos actividad física al igual que las medidas antropométricas
Medidas antropométricas	Independiente	son las medidas del cuerpo humano, como la talla, el peso, los perímetros y los pliegues cutáneos. Se utilizan para evaluar el estado nutricional de personas y poblaciones, y para valorar la composición corporal.	No incluiremos actividades de medición antropométricas en los estudiantes

2. Definición conceptual y definición operacional.

Sexo: conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres y a las mujeres. Se incluirá a todo estudiante que proporcione de información se utilizará el cuestionario preestablecido

Obesidad: es una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. No se incluirán a todos aquellos estudiantes que indiquen tener obesidad por otros motivos como sedentarismo y que lo presentarán antes de entrar a la carrera de medicina.

Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona. Se incluirá a todas las personas que brinden cuantos años de edad tienen y se excluirán a todos aquellos que no brinden información certera y concreta.

Estrés: El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. Se incluirá a todos los estudiantes que describan estar estresados por motivos de su carrera (enojados, tristes, contentos, preocupados, angustiados, etcétera) y se excluirá a todos los estudiantes que describan que jamás han sentido estrés por motivo de su carrera.

Alimentación: es el proceso de obtener, preparar e ingerir alimentos para que el cuerpo obtenga los nutrientes que necesita. Se incluirá a todos los estudiantes que describan tener algún problema con su alimentación (por el tiempo, economía, estrés, foráneos) pero se excluirán a quienes no describan tener una mala alimentación

Otras carreras: conjunto de estudios superiores que permiten a los estudiantes obtener un título académico y desempeñarse en el mercado laboral. Se excluirá a toda aquella carrera distinta a la carrera de medicina humana.

Segundos semestres de medicina: El segundo semestre es la mitad del año que va desde el de febrero hasta agosto. Se definirá como alumno de 2do semestre de la carrera de medicina todo aquel que en la encuesta nos señale de manera numérica o escrita su tiempo en la universidad.

Otros semestres: Un semestre es un periodo de seis meses. Se excluirán a todo semestre distinto a segundo de la carrera de medicina.

Trastornos alimenticios: son afecciones graves de salud mental. Implican problemas serios sobre cómo se piensa sobre la comida y la conducta alimenticia. Se puede comer mucho menos o mucho más de lo necesario. Se incluirá a todos los alumnos que presenten algún trastorno alimenticio iniciado durante el tiempo que llevan en la carrera.

Actividad física: es cualquier movimiento del cuerpo que use los músculos y gaste más energía que estar en reposo. Se excluirán todos aquellos hábitos actividad física al igual que las medidas antropométricas

Medidas antropométricas: son las medidas del cuerpo humano, como la talla, el peso, los perímetros y los pliegues cutáneos. Se utilizan para evaluar el estado nutricional de personas y poblaciones, y para valorar la composición corporal. No incluiremos actividades de medición antropométricas en los estudiantes

Hipótesis principal:

En este trabajo pretendemos descifrar los factores y determinantes de todas las posibles causas, y consecuencias por el cual los estudiantes de segundo semestre de medicina se ven influenciados u orillados a tener comportamientos alimenticios deficientes.

Hipótesis secundarias:

1. Corroborar que en los alumnos de segundo semestre tienen estos comportamientos debido a que utilizan el tiempo para estudiar o ciertos alumnos son foráneos y afecta frecuentemente el rendimiento de los alumnos.
2. Describir si ambos sexos se ven afectados de la misma manera.
3. Examinar si hay un aumento de desórdenes alimenticios al entrar a la carrera, por el estrés escolar.
4. Determinar si los alumnos padecen de alguna enfermedad que pueda afectar su rendimiento escolar.
5. Comprobar que más de un estudiante de segundo semestre ha decidido posponer las horas de comida, porque se ha visto afectada su salud mental y física por la carrera.
6. Demostrar que los estudiantes de segundo semestre que consumen las tres comidas principales del día y tienden a seguir las recomendaciones del "Plato del Buen Comer", contribuye a una mejor nutrición y rendimiento académico.
7. comprobar que la falta de acceso a opciones de comida saludable dentro y fuera de la universidad contribuye a hábitos alimenticios deficientes entre los estudiantes de segundo semestre.
8. Demostrar que las limitaciones económicas afectan la calidad y frecuencia de la alimentación de los estudiantes, impidiendo en algunos casos el cumplimiento de una dieta equilibrada.
9. Determinar que la convivencia con compañeros y el entorno social dentro de la universidad pueden fomentar hábitos alimenticios poco saludables, como el consumo excesivo de comida rápida o la omisión de comidas.
10. Confirmar que los conocimientos previos sobre alimentación y nutrición influyen en la toma de decisiones alimenticias de los estudiantes, afectando la calidad de su dieta diaria.

Objetivos

1. Objetivo general

Analizar los factores y determinantes de las posibles causas y consecuencias que influyen en los estudiantes de segundo semestre de medicina para adoptar comportamientos alimenticios deficientes

2. Objetivos específicos

1. Conocer de qué manera afecta negativamente a su salud los trastornos alimenticios durante la carrera de medicina.
2. Señalar las consecuencias e implicaciones que lleva el no tener una buena alimentación.
3. Identificar las posibles causas y consecuencias de los trastornos en el periodo de marzo - abril de 2025.
4. Evaluar todos los factores de riesgo, con el propósito de conocer los principales motivos por los cuales los estudiantes de medicina tienen estos trastornos.
5. Conocer las principales características y diferencias que pueden llegar a existir entre ambos sexos en la alimentación durante la carrera.
6. Identificar los factores biológicos, psicológicos, sociales y académicos que afectan los hábitos alimenticios de los estudiantes de segundo semestre de medicina.
7. Investigar cómo las demandas académicas influyen en los patrones alimenticios de este grupo de estudiantes.
8. Examinar las consecuencias físicas y emocionales de los comportamientos alimenticios deficientes en estudiantes de medicina.
9. Analizar la prevalencia de trastornos alimenticios en estudiantes de medicina de segundo semestre.
10. Evaluar el impacto del entorno social y cultural en las decisiones alimenticias de los estudiantes de medicina.

Tipo de investigación.

1. Orientación.

Científica.

Cuantitativo.

Explorativo.

Cuantitativo no experimental.

Longitudinal.

2. Enfoque.

3. Alcance.

4. Diseño.

5. Temporalidad.

Fundamentación de la investigación.

1. Antecedentes.

En año 2024, se llevo a cabo una investigación por parte de los autores María Fernanda Bárcenas Torres, Ofelia Gómez Landeros, José Arturo Granados Cosme, Luis Roberto Aguilar Sandoval; por medio del estudio denominado (Sintomatología del trastorno por atracón y su asociación con depresión, ansiedad y estrés: estudio transversal en estudiantes de Medicina) donde se llevo a la conclusión El objetivo de esta investigación fue identificar si la educación médica influye en la presencia de síntomas de BED. Se determinó la prevalencia de síntomas de atracón y su relación con la depresión, la ansiedad y el estrés entre los estudiantes de medicina de pregrado. En el presente estudio, los resultados revelan que la prevalencia de síntomas de BED es mayor (12%) en comparación con la prevalencia mundial para los años de 2018 a 2020 (1,3%; Giel et al., 2022). Prevalencia de depresión, ansiedad, estrés, comorbilidades y BED por año y género Se excluyó la ansiedad leve y sólo se consideró la prevalencia de ansiedad moderada, grave y extremadamente grave, ya que no existe la categoría «sin ansiedad». Combinación de dos o más de las siguientes: depresión, ansiedad y estrés. pero es muy similar a la observada en un metaanálisis que estudió a estudiantes de medicina utilizando la escala EAT-26 (10,4%; Jahrami et al., 2019). Esta mayor tasa podría deberse a las diferentes herramientas utilizadas para definir la presencia de síntomas de atracón en lugar de hacer un diagnóstico de BED. El resultado de una mayor prevalencia en esta investigación podría estar asociado a los requisitos académicos, la alta carga de trabajo y la exposición a enfermedades y muerte durante sus estudios En cuanto a la prevalencia, es mayor en mujeres (62,8% vs 37,1%)

En año 2023, se llevo a cabo una investigación por parte de los autores Peña Maldonado, Alma Alicia Salas Flores, Ricardo González Pérez, Brian Guerra Cárdenas, José Eugenio; por medio del estudio denominado (Estrés psicosocial y cambios gastrointestinales en estudiantes de medicina en México) donde se llevo a la conclusión que los estudiantes de medicina toleran en gran medida los niveles de estrés en las actividades diarias, se ha observado en el estudio realizado que los participantes demostraron, según la escala de estrés percibido, puntuaciones elevadas de estrés que conducen a la manifestación de cambios en el organismo, entre ellos alteraciones gastrointestinales que conllevan al deterioro progresivo de la salud. Se comprobó que existe 19.8020 21.7038 20.9776 23.2486 23.9672 25.5962 23.2656 Mínimo 13.00 13.00 13.00 13.00 Máximo 32.00 31.00 31.00 32.00 salud de los estudiantes de medicina, no solo se trata de abordar los síntomas físicos, sino de reconocer el impacto que el estrés tiene en la salud mental, es decir estrategias que aborden ambos aspectos se vuelven imperativas para preservar el bienestar holístico de estos estudiantes. La conclusión del estudio también señala una relación significativa entre estrés y la aparición de alteraciones gastrointestinales, como lo son: Alteraciones de apetito, estreñimiento, diarrea, náuseas, dolor abdominal a excepción de la distensión abdominal con la cual no se evidenció una relación significativa. la importancia de implementar intervenciones y estrategias de manejo del estrés entre los estudiantes de medicina, desde programas de apoyo psicológico hasta la promoción de estilos de vida

saludables, se vislumbra la necesidad de abordar no solo las consecuencias sino también las raíces del estrés, como medida preventiva para mitigar las alteraciones gastrointestinales. Los datos recopilados a lo largo de este estudio confirman de manera inequívoca la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los niveles de estrés y la prevalencia de alteraciones gastrointestinales en estudiantes de medicina, revelando patrones claros que vinculan el estrés percibido con la presencia y gravedad de síntomas digestivos, proporcionando una base empírica sólida para comprender esta conexión.

2. Marco Teórico.

2.1.trastornos alimenticios.

2.1.1. Generalidades.

¿ Que son los trastornos de conducta alimentaria?

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar del gran despliegue de recursos utilizados en las últimas décadas para su comprensión, el origen preciso de estas alteraciones aún no ha podido ser dilucidado. Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son: anorexia y bulimia nerviosas. Otra categoría la constituyen los "trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)" que codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico. Entre estos trastornos no especificados, se encuentra el trastorno por atracón (TA), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones.

Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta. Estas enfermedades, que están caracterizadas por su cronicidad así como por la aparición frecuente de recaídas, provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos, ya que, además de poseer un efecto devastador en los pacientes y en sus familias, se asocian a un alto riesgo de conductas suicidas. Además, frecuentemente se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que determina un marcado deterioro en el funcionamiento social. Estas enfermedades pueden poner en riesgo la vida de los que las padecen.

El incremento en el número de casos de alteraciones de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo de hoy, con el consecuente impacto a la salud pública, tanto por los aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere. Un análisis reciente determinó que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es mayor en los países occidentales que en los orientales, pero que en ambos tipos de culturas se ha incrementado de manera constante en los últimos años. Ahora bien, a pesar de que la incidencia de estas enfermedades aparentemente ha ido en aumento en las últimas décadas, habría que considerar que no se ha podido determinar si esto constituye

un fenómeno real, o se trata sólo de que algunos cambios socioculturales observados en los últimos años, facilitan el diagnóstico de estas enfermedades. Desde el inicio de los años setenta se dio un proceso de divulgación sobre los trastornos de la alimentación, a través de los distintos medios de comunicación. Esto motivó que en la actualidad un porcentaje elevado de adolescentes y sus familiares tengan conocimiento sobre la existencia de estas alteraciones. Además, se ha enfatizado que las conductas anormales de estos individuos constituyen una enfermedad, por lo que se ha recomendado brindarles todo tipo de apoyos, así como evitar actitudes de reprobación e intolerancia ante los síntomas. Todo lo anterior, ha favorecido el desarrollo de un ambiente que permite establecer el diagnóstico con mayor facilidad. Es probable que algunos de los casos hoy diagnosticados, en el pasado hubiesen transcurrido de manera inadvertida al no ser detectados por familiares o compañeros.⁶ Además, no es posible descartar que en generaciones previas los trastornos alimentarios fueran "mejor escondidos" por los pacientes, ante la mayor vergüenza provocada por un ambiente menos tolerante y permisivo.

2.2.4 Síntomas y tipos

Anorexia Nerviosa: hay dos subtipos de anorexia nerviosa: Tipo restrictivo: en el que las personas pierden peso principalmente mediante dieta, ayuno o ejercicio excesivo. Tipo de atracones/purgas: en el que las personas también se involucran en comportamientos intermitentes de atracones (comer en demasía) y/o purgas (vomitar a propósito después de comer en exceso). Con el tiempo, algunos de los siguientes síntomas pueden desarrollarse relacionados con el hambre o los comportamientos de purga:

- Los períodos menstruales cesan
- Mareos o desmayos por deshidratación
- Cabello y/o uñas quebradizas
- Intolerancia al frío
- Debilidad muscular desgaste
- Acidez estomacal y reflujo (en los que vomitan)
- Estreñimiento severo, hinchazón y plenitud abdominal después de las comidas.
- Fracturas por estrés por ejercicio compulsivo, así como pérdida ósea que resulta en osteopenia u osteoporosis (adelgazamiento de los huesos)
- Depresión, irritabilidad, ansiedad, falta de concentración y fatiga

Bulimia Nerviosa: Las personas con bulimia nerviosa normalmente alternan la dieta o el consumo de "alimentos seguros"; bajos en calorías con atracones de alimentos "prohibidos"; con alto contenido calórico. Pueden presentar atracones los cuales se definen como comer una gran cantidad de alimentos en un corto período de tiempo acompañado con una sensación de pérdida de control sobre qué o cuánto se está comiendo. Las personas con bulimia nerviosa pueden tener un peso ligeramente bajo, peso normal, sobrepeso o incluso obesidad. Los posibles signos de que alguien puede tener bulimia nerviosa incluyen:

- Acudir al baño justo después de las comidas.
- Grandes cantidades de comida que desaparecen
- Envoltorios y recipientes de comida vacíos "sin explicación"

- Dolor de garganta crónico
- Caries dental (por desgaste del esmalte dental por el ácido estomacal)
- Acidez estomacal y reflujo gastroesofágico
- Abuso de laxantes o pastillas para adelgazar
- Diarrea recurrente inexplicable
- Abuso de diuréticos
- Sentirse mareado o desmayarse (por deshidratación)

2.2.5 Causas

Es importante destacar que no existe una sola causa para los trastornos alimentarios. Al igual que otras condiciones psiquiátricas, estos trastornos a menudo se agrupan en familias y pueden desarrollarse de manera diversa en diferentes personas. Sin embargo, las investigaciones en la materia han encontrado amplias similitudes en la comprensión de los principales factores de riesgo, los cuales incluyen aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales (como el estigma, los prejuicios, el bullying en la infancia, estereotipos de belleza). La evidencia sugiere que los genes y la herencia genética desempeñan un papel importante en que algunas personas tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno alimentario, sin embargo, estos trastornos también pueden afectar a quienes no tienen antecedentes familiares este tipo de afecciones. La historia de vida de la persona y el entorno también juegan un papel esencial, al desencadenar la aparición de un trastorno alimentario (p. ej. la presión para hacer dieta o la pérdida de peso relacionada con una afección médica o un factor estresante de la vida pueden ser la puerta de entrada a la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa para algunas personas). (Adicciones, 2023)

2.1.2. Definición de trastornos alimenticios.

2.1.2.1. definiciones según el autor

Los trastornos de la alimentación son trastornos del comportamiento que se caracterizan por una alteración grave y persistente de las conductas alimentarias, asociadas a pensamientos y emociones angustiantes¹, que no pueden explicarse por otra afección de salud, no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo y no son congruentes con las normas culturales. Estos incluyen a la Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno por atracón, Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta de alimentos, Síndrome de pica, Trastorno por rumiación o regurgitación. Se desarrollan con mayor frecuencia en la adolescencia y adultos jóvenes; si bien, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son más comunes en las mujeres, estos trastornos pueden ocurrir a cualquier edad y afectar a cualquier género. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden llegar a condicionar graves afecciones a la función física, psicológica y social; es por ello que tienen la tasa de mortalidad más alta de todas las enfermedades psiquiátricas. Las personas que luchan contra los trastornos alimentarios tienen una angustia emocional intensa y su calidad de vida se ve gravemente afectada. Es importante señalar que a menudo

estos trastornos coexisten con otros trastornos psiquiátricos, como son los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos por consumo de alcohol y sustancias (Adicciones, 2023)

2.1.2.2. Definición según el autor

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar del gran despliegue de recursos utilizados en las últimas décadas para su comprensión, el origen preciso de estas alteraciones aún no ha podido ser dilucidado. Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son: anorexia y bulimia nerviosas. Otra categoría la constituyen los "trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)" que codifican los trastornos que no cumplen los criterios para uno específico. Entre estos trastornos no especificados, se encuentra el trastorno por atracón (TA), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones. Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta. Estas enfermedades, que están caracterizadas por su cronicidad así como por la aparición frecuente de recaídas, provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos, ya que, además de poseer un efecto devastador en los pacientes y en sus familias, se asocian a un alto riesgo de conductas suicidas. Además, frecuentemente se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que determina un marcado deterioro en el funcionamiento social. Estas enfermedades pueden poner en riesgo la vida de los que las padecen. (Juan Pablo Méndez, 2020)

2.1.2.3. Definición según el autor

Los trastornos de la alimentación, también conocidos como trastornos de la conducta alimentaria, son enfermedades graves que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Aunque hay ocasiones en que muchas personas se pueden preocupar por su salud, peso o apariencia, algunas se fijan excesivamente o se obsesionan con la pérdida de peso, el peso en sí o la forma corporal y el control de los alimentos que consumen. Estos pueden ser signos de un trastorno de la alimentación. Las personas con trastornos de la alimentación no eligieron tenerlos. Estos trastornos pueden afectar adversamente la salud física y mental de quien los tiene y, en algunos casos, hasta pueden poner en peligro su vida. Sin embargo, con tratamiento, las personas pueden recuperarse por completo de estos trastornos. (health, 2024)

2.1.2.4. Definición según el autor

Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosas, suelen aparecer durante la adolescencia y la juventud. Afectan a un 0,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y a un 0,4% de los de 15 a 19 años, (1) y son más frecuentes en las adolescentes

que en los varones. Estos trastornos se manifiestan con conductas alimentarias anormales y preocupación por la alimentación y, en la mayoría de los casos, por el peso y la figura corporales. Los jóvenes que presentan trastornos alimentarios ven dañada su salud y, a menudo, tienen también depresión, ansiedad y problemas con el consumo indebido de sustancias. La anorexia nerviosa puede llevar a la muerte prematura, a menudo debido a complicaciones médicas o al suicidio, y se asocia a una mortalidad superior a la de cualquier otro trastorno mental. (salud, 2024)

2.1.3. Fisiopatología:

2.1.3.1. Fisiopatología según Juan Pablo Méndez

El origen preciso de los trastornos de la conducta alimentaria no se ha podido dilucidar hasta el momento. Se han propuesto diferentes teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios, siendo probable que todas las teorías resulten complementarias. Se ha postulado que los factores culturales y ambientales desempeñan un papel importante en la génesis de las alteraciones de la conducta alimentaria, debido a que éstas son por lo general más comunes en los países industrializados que en los países en desarrollo. Sin embargo, es importante reconocer la determinante contribución genética y la influencia que la misma tiene sobre el peso, especialmente en una época en la que se ha iniciado la identificación y comprensión de las moléculas que participan en el control tanto del apetito como de la saciedad, así como aquellas que intervienen en la homeostasis energética. Las alteraciones conductuales posiblemente están, al menos facilitadas, por alteraciones específicas en los neurotransmisores o neuromoduladores en el sistema nervioso central, los cuales ejercen sus acciones en una forma genéticamente predeterminada. Aún sabemos muy poco de los mecanismos moleculares de los trastornos de la alimentación, pero cada día es más claro que el sistema nervioso central, particularmente el hipotálamo, desempeña un papel relevante.

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 una parte importante de ésta (45-60%), se debe a factores genéticos. El llevar a cabo la separación de los factores genéticos de otros no es factible, ya que los genes son parte de un sistema dinámico que está constantemente respondiendo a señales ambientales. (Juan Pablo Méndez, 2020)

2.1.3.2. Fisiopatología según el autor Alfonso Soto

Los cambios fisiopatológicos que se producen en la AN son parecidos a los observados en otros estados de inanición. Cuando un individuo se somete a

una situación de ayuno prolongado tienen lugar en el organismo una serie de mecanismos de adaptación encaminados a mantener la vida. Todas aquellas funciones «no vitales» (crecimiento, reproducción) pasarán a un segundo plano. Tales adaptaciones, sin embargo, no ocurren sin un coste: se produce un deterioro funcional en otros sistemas que limitan la capacidad del individuo para realizar normalmente sus actividades físicas y mentales. Desde el punto de vista metabólico, a parte de un intento de conservar la energía, uno de los mecanismos más importantes es la cetoadaptación. A diferencia de lo que ocurre en otras situaciones de déficit de ingesta, en las que en un primer momento existe un aumento de la gluconeogénesis a partir de aminoácidos musculares, glicerol y lactato, en la AN no se produce esta cetoadaptación y las reservas de glucosa, proteínas y micronutrientes se conservan a expensas de utilizar sólo los depósitos grasos. Al mismo tiempo el perfil hormonal es característico: existe un descenso de la concentración de insulina, IGF-1, catecolaminas y triyodotironina y un incremento del glucagón y de la hormona del crecimiento. Estas alteraciones nos hacen comprender los signos y síntomas que experimentan estos pacientes como son la intolerancia al frío, disminución de la frecuencia cardiaca, respiratoria, estreñimiento etc. Cambios de semiinanición similares a lo observados en la AN, se observan en los pacientes con Bulimia Nerviosa(BN).

2.1.3.3.Causas

2.1.3.3.1. Genética

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen un componente genético importante que influye en la predisposición de una persona a desarrollarlos. Aunque no existe un único gen responsable de estos trastornos, diversas investigaciones han demostrado que entre el 50 y el 80% del riesgo de padecer anorexia o bulimia puede estar determinado por factores hereditarios. Estudios en gemelos han evidenciado que, si uno de ellos desarrolla un TCA, el otro tiene una mayor probabilidad de presentar el mismo trastorno en comparación con la población general. Asimismo, se ha observado que las personas con antecedentes familiares de TCA tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollarlos, lo que sugiere una fuerte carga genética. Se han identificado varios genes que podrían estar relacionados con la regulación del apetito, el metabolismo y la respuesta emocional a la alimentación. Uno de ellos es el *BDNF* (Brain-Derived Neurotrophic Factor), que desempeña un papel crucial en la regulación del peso corporal y la sensación de saciedad. En personas con anorexia nerviosa, se han encontrado alteraciones en este gen que podrían contribuir a la restricción alimentaria y la resistencia al aumento de peso. Otro gen asociado es el *HTR2A*, que codifica un receptor de serotonina involucrado en la regulación del estado de ánimo y la ingesta de alimentos. Variaciones en este gen han sido vinculadas con una mayor ansiedad y una percepción distorsionada del cuerpo, factores que pueden aumentar la vulnerabilidad a

los TCA. Además, el gen *MC4R* (Receptor de melanocortina 4) ha sido relacionado con el control del apetito, y su alteración podría estar implicada en desórdenes en la ingesta de alimentos, como los episodios de atracón en la bulimia nerviosa. Recientemente, estudios han identificado el gen *Ephx2* como un posible factor en la anorexia nerviosa, ya que su actividad parece estar relacionada con la respuesta del organismo al estrés y la ansiedad, elementos clave en el desarrollo de este trastorno. Más allá de la genética, los factores epigenéticos también desempeñan un papel importante en la aparición de los TCA. La epigenética se refiere a cambios en la expresión de los genes causados por factores ambientales, sin que se modifique la secuencia del ADN. Situaciones como el estrés crónico, las dietas extremas y los traumas emocionales pueden alterar la actividad de genes relacionados con el metabolismo y la regulación del hambre, aumentando así la susceptibilidad a estos trastornos en personas con predisposición genética.

2.1.3.3.2. Neurobiología

Los trastornos de la conducta alimentaria están fuertemente influenciados por alteraciones en el cerebro, especialmente en los sistemas que regulan el hambre, la saciedad, el placer y el control de impulsos. Diversas investigaciones han demostrado que los cambios en los neurotransmisores, las estructuras cerebrales y las hormonas pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de los TCA. Los neurotransmisores son sustancias químicas que transmiten señales en el cerebro. En los TCA, los principales neurotransmisores afectados son:

Serotonina (5-HT): Es clave en la regulación del estado de ánimo, la ansiedad y el control del apetito. Se ha encontrado que personas con anorexia y bulimia tienen niveles alterados de serotonina, lo que puede explicar su alta ansiedad y obsesión por la comida y el peso. Algunos estudios han identificado una hiperactividad del sistema serotoninérgico en la anorexia, lo que provoca restricción alimentaria como un intento de reducir la ansiedad.

Dopamina (DA): Relacionada con el sistema de recompensa, la motivación y el placer. En la anorexia, los niveles de dopamina están alterados, lo que hace que las personas no experimenten placer al comer. En la bulimia y el trastorno por atracón, hay una hiperactividad del sistema dopaminérgico, lo que genera una búsqueda compulsiva de comida como una forma de placer.

GABA (Ácido γ -aminobutírico): Es el principal neurotransmisor inhibitorio del cerebro. Su disminución puede generar problemas en el control de impulsos y ansiedad, lo que podría estar relacionado con los episodios de atracón en la bulimia y el trastorno por atracón.

Noradrenalina: Relacionada con la respuesta al estrés y la regulación del metabolismo. En los TCA, sus niveles pueden estar alterados, afectando la sensación de hambre y el estado de alerta.

2.1.3.3.3. Perfeccionismo

El **perfeccionismo** es un rasgo de personalidad que implica la necesidad de alcanzar estándares extremadamente altos y una constante insatisfacción con los logros o comportamientos que no cumplen con esos ideales. Este rasgo es especialmente relevante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que muchas personas que padecen estos trastornos presentan una obsesión con la perfección de su cuerpo, su alimentación y su control sobre el peso. El perfeccionismo en este contexto está relacionado con el desarrollo y mantenimiento de trastornos como la **anorexia nerviosa** y la **bulimia nerviosa**. En las personas con TCA, el perfeccionismo se manifiesta de varias formas, siendo una de las más evidentes el **control excesivo sobre la alimentación**. La necesidad de cumplir con estándares muy estrictos respecto a lo que deben comer, cuánto deben comer y cuándo deben comer puede llevar a la restricción extrema de alimentos en la anorexia o a la compulsión por comer en la bulimia y el trastorno por atracón. En muchos casos, este control alimentario se convierte en un mecanismo para manejar la ansiedad y los sentimientos de pérdida de control en otras áreas de la vida. El **ideal de un cuerpo perfecto** es otra manifestación común del perfeccionismo en los TCA. Las personas con anorexia, por ejemplo, tienen una imagen corporal distorsionada y una obsesión con la delgadez. El deseo de cumplir con un estándar de belleza que es generalmente inalcanzable se convierte en el motor principal de su trastorno. Cualquier desviación de esta imagen idealizada puede percibirse como un fracaso, lo que refuerza aún más las conductas restrictivas o de purga. El perfeccionismo puede manifestarse de diferentes formas en las personas con TCA. El perfeccionismo orientado a los resultados está muy presente en los trastornos alimentarios. Este tipo de perfeccionismo implica la necesidad de obtener resultados concretos, como alcanzar un peso corporal extremadamente bajo o cumplir con metas alimentarias muy estrictas. La anorexia está muy asociada a este tipo de perfeccionismo, ya que la persona busca cumplir con los estándares ideales de peso y figura. Otro tipo de perfeccionismo es el perfeccionismo orientado al proceso, que se refiere a la necesidad de realizar las actividades de manera perfecta, sin margen de error. En los TCA, esto se traduce en conductas obsesivas relacionadas con la alimentación, como la planificación excesiva de las comidas o la implementación de rituales alimentarios que buscan alcanzar una "perfección" en la conducta alimentaria. El perfeccionismo social también juega un papel importante en los TCA, ya que las personas con este tipo de perfeccionismo sienten una presión constante por cumplir con las expectativas sociales sobre la apariencia física. El miedo al juicio de los demás y la necesidad de cumplir con los ideales de belleza impuestos por la sociedad aumentan la presión para controlar la comida y el peso.

2.1.3.3.4. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, son comunes en las personas con trastornos alimentarios. Estos trastornos pueden ser tanto **causa** como **consecuencia** de las alteraciones en la conducta alimentaria, creando un círculo vicioso. Por ejemplo, la depresión puede conducir a un mayor aislamiento social, disminución de la energía y pérdida de interés en actividades, incluida la comida, lo que puede dar lugar a la restricción alimentaria y la anorexia. Del mismo modo, las conductas alimentarias desordenadas pueden aumentar la **ansiedad**, la **baja autoestima** y los **sentimientos de culpa**, contribuyendo a la depresión. La depresión se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, fatiga y pérdida de interés en las actividades cotidianas. En el contexto de los TCA, la depresión puede llevar a cambios en los hábitos alimentarios de la siguiente manera: **Anorexia nerviosa**: La persona con depresión puede perder el apetito y reducir significativamente su ingesta alimentaria, lo que lleva a la pérdida de peso extrema. También pueden sentir que tienen un control limitado sobre otros aspectos de su vida, por lo que el control sobre la comida y el peso se convierte en una forma de lidiar con su sufrimiento emocional. **Bulimia nerviosa**: En la bulimia, los episodios de atracones y purgas pueden ser una forma de intentar manejar las emociones dolorosas relacionadas con la depresión. El comer en exceso puede ser un intento de lidiar con el vacío emocional, mientras que las purgas intentan eliminar la culpa y la ansiedad que provocan los atracones.

2.1.3.3.5. Estilo de vida sedentario

El estilo de vida sedentario puede influir en los trastornos alimentarios de diferentes maneras. En primer lugar, el sedentarismo puede contribuir a una **desregulación emocional**, lo que aumenta la probabilidad de que las personas recurran a la comida como una forma de lidiar con el estrés, la ansiedad o el aburrimiento. Además, la falta de ejercicio físico puede hacer que las personas se sientan más **insatisfechas con su cuerpo**, lo que aumenta el riesgo de desarrollar trastornos como la **anorexia nerviosa** o la **bulimia nerviosa**. El estilo de vida sedentario también está estrechamente relacionado con la percepción negativa del cuerpo. Las personas que no realizan actividad física regularmente pueden sentirse menos satisfechas con su apariencia, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar conductas alimentarias disfuncionales. En algunos casos, la falta de actividad física se convierte en una excusa para justificar la preocupación excesiva por la imagen corporal y el control del peso. Esto puede llevar a la persona a caer en patrones de pensamiento y comportamiento poco saludables, como la restricción de alimentos o la purga.

2.1.3.3.6. Dinámicas familiares

Las interacciones familiares y la estructura emocional del hogar pueden crear un ambiente que fomente o inhiba el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Varios factores dentro de la familia pueden contribuir

a que una persona desarrolle estos trastornos, como el **control excesivo**, las **expectativas no realistas** sobre el cuerpo y la imagen, la **falta de apoyo emocional**, o incluso las **relaciones disfuncionales** entre los miembros de la familia. Las familias en las que uno o ambos padres imponen expectativas rígidas y altas sobre el peso y la apariencia de sus hijos pueden crear un ambiente propenso al desarrollo de TCA. Los padres que enfatizan constantemente la importancia del cuerpo perfecto o que hacen comentarios negativos sobre el peso o la figura de sus hijos pueden inducirles a desarrollar una preocupación excesiva por su imagen corporal. En algunos casos, los padres pueden fomentar conductas de control excesivo sobre la comida. Por ejemplo, pueden restringir severamente la dieta de sus hijos en un intento por que pierdan peso o mantener un peso corporal bajo. Este tipo de control puede aumentar el riesgo de desarrollar **anorexia o bulimia nerviosas**, ya que la persona afectada internaliza la necesidad de tener el control sobre lo que come, el peso y la figura. En algunos casos, las dinámicas familiares disfuncionales están asociadas con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Las familias que presentan conflictos familiares constantes, abusos emocionales o físicos, o falta de apoyo afectivo pueden crear un ambiente emocionalmente inestable para los niños y adolescentes. La comida puede convertirse en una forma de manejar las emociones o de obtener control en un entorno donde otros aspectos de la vida son impredecibles. Por ejemplo, los niños que crecen en familias con alta conflictividad pueden utilizar la restricción alimentaria o el control excesivo de la comida como una forma de lidiar con la ansiedad y el estrés. La anorexia nerviosa en particular puede desarrollarse en este tipo de hogares como una manera de buscar control en un entorno caótico o impredecible. En algunas familias, especialmente en aquellas con antecedentes de trastornos alimentarios, las conductas alimentarias desordenadas pueden ser vistas como normales. Si uno o más miembros de la familia tienen actitudes extremas hacia la comida, el peso o el ejercicio físico, estas actitudes pueden influir en los jóvenes, que pueden desarrollar trastornos alimentarios como una forma de emular o adaptarse a esas expectativas. El hecho de que los miembros de la familia puedan ver la restricción alimentaria o el control del peso como una forma de disciplina o de "mantenimiento" de la salud, puede contribuir al desarrollo de patrones poco saludables en los hijos, quienes pueden adoptar estos comportamientos como propios.

2.1.3.4. Deficiencia

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, producen una serie de alteraciones fisiológicas debido a la deficiencia nutricional provocada por la restricción prolongada de alimentos, la purga o los atracones. Estas deficiencias afectan tanto la estructura corporal como la función de

múltiples sistemas en el cuerpo, lo que puede llevar a consecuencias graves si no se tratan adecuadamente.

2.1.3.4.1. Déficit calórico general

La ingesta insuficiente de calorías provoca que el cuerpo active mecanismos de conservación energética, como la disminución del metabolismo basal, la bradicardia y la reducción de la temperatura corporal. Esto, junto con la pérdida de masa muscular y grasa corporal, lleva a un estado de desnutrición proteico-calórica.

2.1.3.4.2. Déficit de macronutrientes

- **Proteínas:** La deficiencia de proteínas impide la reparación de tejidos, disminuye la inmunidad y favorece la pérdida de masa muscular.
- **Grasas:** La falta de lípidos afecta la producción de hormonas sexuales, compromete la absorción de vitaminas liposolubles y puede generar osteopenia, sequedad en la piel y problemas visuales.
- **Carbohidratos:** La restricción de carbohidratos obliga al cuerpo a utilizar proteínas y grasas como fuente de energía, lo que provoca fatiga y pérdida muscular.

2.1.3.4.3. Déficit de micronutrientes

- **Hierro:** La carencia de hierro puede provocar anemia ferropénica, con síntomas como cansancio, palidez y taquicardia.
- **Calcio y vitamina D:** Su deficiencia puede llevar a **osteoporosis precoz** y aumentar el riesgo de fracturas.
- **Zinc:** La falta de zinc afecta la cicatrización, el sentido del gusto y el apetito.
- **Magnesio, potasio y sodio:** La pérdida de estos electrolitos, especialmente por vómitos o abuso de laxantes, puede generar arritmias, calambres y debilidad muscular.
- **Vitaminas del complejo B:** Su deficiencia puede ocasionar alteraciones neurológicas, como confusión, pérdida de memoria y debilidad.

2.1.4. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

2.1.4.1. La AN es un trastorno de origen multifactorial. Se considera una enfermedad bio-psicosocio-cultural, donde se precisa de la interrelación de factores biológicos, sociales y psicológicos, produciéndose un círculo vicioso que perpetúa la enfermedad. En su génesis participan múltiples factores que se pueden clasificar en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento:

2.1.4.2 Factores predisponentes

Factores socioculturales: en la sociedad occidental actual existe un interés creciente por la salud y la dieta. Paralelamente aumenta la preocupación por el aspecto físico y existe una importante presión social que hace que un gran número de individuos intente adaptarse a unos determinados cánones estéticos. Aquel individuo que encarna las características del modelo tiene razones para valorarse positivamente y aquellos que se apartan de él son infravalorados por los demás y tienden a padecer una baja autoestima. Factores familiares: su influencia no ha podido ser confirmada empíricamente. Es probable que la patología familiar sea una consecuencia de la presencia de la AN en uno de sus miembros. Se ha descrito en la familia una mayor sobreexigencia y sobreprotección sobre los hijos, así como una evitación de los conflictos que dificulta su autonomía y favorece una sensación de inseguridad y falta de control. Factores individuales: Genéticos: su influencia es controvertida. No se ha encontrado concordancia entre padres e hijos. La prevalencia de AN entre hermanas de las pacientes, sin embargo, es mayor que en la población general. Neuroendocrinos: hoy en día la opinión más extendida es que estos trastornos son secundarios a la propia enfermedad. Psicológicos: en general se describe que los pacientes presentan una personalidad premórbida, en la destacan la inestabilidad emocional, fenómenos de ansiedad y la tendencia a la depresión. Es difícil determinar si estas alteraciones son previas o si son consecuencia de la propia enfermedad. Otros factores físicos: la obesidad o la tendencia al sobrepeso o a ciertas alteraciones corporales pueden preceder al desarrollo de la AN.

2.1.4.3 Factores Precipitantes

En algunas ocasiones se pueden identificar episodios vitales adversos que precipitan el inicio de una AN en sujetos susceptibles: pérdida de un ser querido, problemas familiares, relaciones sexuales conflictivas. Las variaciones de peso, tanto el aumento como la disminución, también pueden actuar en este sentido. Se piensa que cuando la enfermedad se desarrolla en ausencia de factores precipitantes, esto indica una psicopatología de base más grave.

2.1.4.4 Factores de mantenimiento

La propia malnutrición, las alteraciones en los neurotransmisores que controlan la ingesta, el retraso en el vaciamiento gástrico, las alteraciones de la dinámica familiar, el aislamiento social, la actividad física y las cogniciones anoréxicas pueden ser capaces de perpetuar el cuadro clínico y generar una gran resistencia al tratamiento. Para la patogénesis de la bulimia nerviosa se han propuesto varios modelos etiológicos. Estos incluyen los de adicción, familia, sociocultural, cognitivo-conductual y psicodinámico. El modelo de adicción sugiere la adicción al alimento y a la conducta. El modelo familiar se enfoca a la identificación y el tratamiento de la disfunción familiar. El modelo sociocultural atribuye el desarrollo de la bulimia a presiones culturales para estar delgado. El modelo cognitivo-conductual atribuye el desarrollo de la BN a pensamientos irracionales y creencias en torno al peso corporal, las dietas y la autoestima. El modelo psicodinámico constituye uno de los modelos etiológicos más sólidos. En él, la BN representa el intento del paciente por controlar y evitar el impacto de sentimientos penosos, impulsos y ansiedades. En la población

con BN son comunes los trastornos concomitantes como los del talante, ansiedad, los de personalidad y el abuso de drogas

(Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018)

2.1.5. Cuadro clinico.

2.1.5.1 Segun el autor Alfonso Soto

La AN suele iniciarse de forma insidiosa, aunque en ocasiones se instaura de un modo más brusco. El caso típico sería el de una adolescente de entre 14 y 18 años, introvertida, obsesiva y perfeccionista. Es muy buena estudiante, pero se siente insatisfecha con sus logros, ya que es común la baja autoestima. El ambiente familiar se caracteriza por sobreprotección, rigidez y falta de resolución de los conflictos. El desarrollo del trastorno puede verse como un intento por lograr control y autonomía. Puede existir o no sobrepeso, pero siempre hay una insatisfacción con su silueta o con parte de su cuerpo. Tras una pérdida inicial de peso, la paciente persiste en su intento y disminuye cada vez más su ingesta. En su inicio no existe auténtica anorexia y el rechazo alimentario se acompaña de sensación de hambre que controla de forma rígida. Paralelamente, incrementa la actividad física. Aparece un interés inusitado por las cuestiones dietéticas y parece empeñada en controlar también la ingesta de los demás. La familia reacciona ante estas conductas anómalas y empieza a preocuparse por la evidente pérdida de peso. La paciente, por el contrario, no reconoce su progresiva delgadez y persiste en su empeño de adelgazar. Presenta un intenso miedo a engordar, con resistencia a cualquier intento familiar para que varíe sus pautas alimentarias, cada vez más extravagantes. Empiezan a aparecer los engaños y disimulos. Las relaciones familiares se deterioran. A medida que se prolonga la pérdida de peso, aparecen ciertas complicaciones médicas, como la amenorrea, sin que la paciente muestre preocupación por este hecho. Sorprende que puedan seguir realizando ejercicio físico diario a pesar de presentar un aspecto físico caquético. Desde el punto de vista psicopatológico ocurren cambios cognitivos, alteraciones de la imagen corporal, hiperactividad, alteraciones en el comportamiento social y familiar, alteraciones en la sexualidad y cambios emocionales y afectivos. La AN coexiste con frecuencia con otras enfermedades psiquiátricas. Se han descrito depresión o distimia en el 50-75% de los casos, así como presencia de trastornos obsesivos-compulsivos. Se considera que estos trastornos serían secundarios a la enfermedad y no un fenómeno causal. La BN ocurre fundamentalmente en mujeres y la edad de comienzo suele ser mayor que en la AN. La mayoría de los casos con bulimia no presentan ningún signo clínico, de hecho existe un retraso importante al diagnóstico. A pesar de ese retraso la paciente con bulimia suele pedir ayuda médica cuando es consciente de su problema, a diferencia de la paciente con anorexia nerviosa, que consulta casi siempre tras la presión de los familiares. Se caracteriza por la aparición de episodios de «atracones», que consisten en la ingesta con falta de control de grandes cantidades de alimentos en un tiempo limitado. Habitualmente, los atracones se siguen de conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso. Al igual que en la AN, el paciente presenta una enorme preocupación por su aspecto físico. Estos episodios deben de tener lugar al menos dos veces por semana durante un periodo de tiempo de tres

meses. Un 25-35% de las pacientes ha presentado previamente AN, pudiendo pasar de uno a otro diagnóstico a lo largo de su evolución. Entre los pacientes con BN se han registrado trastornos de ansiedad, alteraciones de la personalidad y trastornos bipolares y dependencia y abuso de drogas. (Andrés Gabriel Cardenas Moreno, 2018)

2.1.5.2 Complicaciones Médicas

Las complicaciones médicas de la AN y BN son consecuencia, por un lado, de la propia malnutrición y, por otro, de los trastornos de la conducta alimentaria propios de estos pacientes (vómitos, uso de laxantes, diuréticos).

2.1.5.2.1. Complicaciones odontológicas Las alteraciones dentales de la AN consisten en erosión del esmalte dental, en casos de vómitos de repetición durante largos periodos de tiempo, y aumento de la incidencia de caries.

2.1.5.2.2. Complicaciones pulmonares En la AN las pruebas funcionales respiratorias son normales con excepción de la disminución de la presión respiratoria máxima y el aumento del volumen residual. está tampoco alterada la capacidad de difusión, ni existen evidencias de enfisema pulmonar.

2.1.5.2.3. Complicaciones neurológicas La clínica muscular supone el 45% de las manifestaciones neurológicas. Dentro de ella encontramos debilidad muscular generalizada en el 43% de los pacientes y neuropatía periférica en el 13%. Otras alteraciones menos frecuentes incluyen: cefaleas, convulsiones, síncope en ausencia de hipotensión ortostática, diplopía y alteraciones del movimiento. Los problemas neurológicos secundarios a deficiencias crónicas son poco comunes, observándose ocasionalmente síntomas atribuibles a déficit de vitamina B12 y de tiamina. Los estudios encefalográficos muestran cambios del ritmo de vigilia-sueño. En las pruebas de imagen se observa atrofia cortical generalizada con agrandamiento de los ventrículos. Se ha visto que las complicaciones neurológicas revierten completamente tras corregir el déficit nutricional y el desequilibrio hidroelectrolítico.

2.1.5.2.4. Alteraciones de la termorregulación

En la AN hay intolerancia al frío. La temperatura basal está disminuida, se cree que por alteraciones de los centros hipotalámicos reguladores de la temperatura. Estos pacientes tampoco se defienden bien frente a los cambios de la temperatura extrema, presentando excesiva vasoconstricción y cianosis en las extremidades al exponerse al frío, reflejando una sensibilidad anormal de los vasos a las bajas temperaturas.

2.1.5.2.5. Complicaciones hematológicas La anemia normocítica normocrómica, la leucopenia y trombocitopenia moderada son frecuentes en la AN. La anemia puede deberse a la menor demanda metabólica y a la baja ingesta de hierro y folatos. Tras la realimentación puede empeorar debido a la hemodilución. La leucopenia y/o linfopenia se presentan en los casos de malnutrición severa, existiendo un aumento de susceptibilidad a las infecciones.

2.1.5.2.6. Alteraciones hormonales

La mayoría de las anomalías endocrinológicas son secundarias a la desnutrición y reversibles al normalizar el estado nutricional. · Eje gonadotropo. La amenorrea es un

síntoma cardinal, siendo un de los criterios diagnósticos de la enfermedad. Hoy se acepta que el patrón de este cuadro es un hipogonadismo terciario, debido a una alteración en la liberación hipotalámica de la hormona liberadora de gonadotropinas (LHRH), que pierde su pulsatilidad. Los valores basales de FSH y LH son bajos y el patrón de secreción de LH retorna al patrón peripuberal (liberación sólo nocturna) o, con más frecuencia, prepuberal (valores permanentemente bajos). El hipoestrogenismo y la anovulación son la lógica consecuencia del déficit de gonadotrofinas. Hay pacientes (20-65%) que experimentan oligo o amenorrea antes de que se establezca un claro patrón de restricción dietética, presumiblemente por estrés psicológico previo o ejercicio excesivo. Igualmente algunas pacientes, a pesar de mejorar francamente o incluso recuperar un peso suficiente, no restablecen el patrón menstrual, hecho que se achaca a la perpetuación de otros factores adversos: psicopatológico, yatrogenia por medicación psicotropa, ingesta inapropiada de grasas o ejercicio intenso. Los varones presentan un patrón de hipogonadismo hipogonadotropo similar al de las mujeres. Los niveles de PRL suelen ser normales en la anorexia nerviosa, y normales o bajos en la bulimia. El antecedente de AN no afectará la fertilidad futura si la mujer es capaz de recuperar y mantener su peso. No obstante, una vez gestantes, estas mujeres ganan menos peso, tienen más complicaciones del embarazo (más hiperemesis gravídica), los hijos tienen menor peso al nacer y test de Apgar más bajos, y se adaptan peor al postparto y a la lactancia.

· · · Eje adrenal. Los hallazgos analíticos sugieren hipercortisolismo, si bien no existe ningún dato clínico que lo confirme. Los niveles plasmáticos de cortisol se encuentran en rangos altos de normalidad o elevados; los estudios de cortisolemias medias de 24 h así como la cortisoluria están habitualmente francamente elevados. Se han propuesto diversas explicaciones que justifiquen estos hallazgos. Existe consenso en que el defecto primario se encuentra a nivel hipotalámico, aunque es desconocido el mecanismo por el que ocurre. Parece que la anomalía inicial es una hipersecreción de CRH que estimula la producción de ACTH y de cortisol, provocando una hiperplasia de las adrenales. La hipercortisolemia ejercería un feedback negativo sobre la secreción de ACTH, normalizando sus niveles, pero el feedback sobre el hipotálamo estaría alterado, manteniéndose elevado el CRH.

Eje somatotropo. En muchas pacientes con anorexia nerviosa (30-50%) se encuentran niveles basales de GH elevados, así como niveles bajos de IGF-I. El descenso de IGF-1 se atribuye a disminución en su síntesis, pero también a la presencia de inhibidores de las somatomedinas en plasma, hechos ambos que aparecen en la malnutrición o pérdida ponderal de cualquier causa. Es frecuente encontrar también en estas pacientes un descenso de IGFBP-3 y un aumento de IGFBP-1. Si la anorexia ocurre durante el periodo peripuberal el crecimiento puede verse afectado, alcanzándose una menor velocidad de crecimiento y talla final disminuida respecto a la esperada.

Eje tireotropo. El cuadro analítico más frecuente consiste en niveles normales de TSH, T4 en rango bajo de normalidad o descendida, T3 baja y niveles elevados de T3 inversa. El nivel relativamente bajo de T3 puede ser responsable de algunos de los síntomas de la enfermedad: intolerancia al frío, estreñimiento, bradicardia, piel seca, hipercarotenemia y descenso de tasa metabólica basal. La función tiroidea se recupera con

la ganancia ponderal e incluso algunas pacientes pueden tener un pico de T3 acompañado de síntomas leves de hipertiroidismo en la fase de recuperación. · Alteraciones metabólicas. Pueden aparecer intolerancia oral a la glucosa, posi 248 ALFONSO SOTO blemente por el estado de insulinresistencia existente y por la disminución en la secreción de insulina provocado por la hipopotasemia. En casos de malnutrición muy severa se ha observado hipoglucemia en ayunas como reflejo de la disminución de los depósitos de glucógeno y de la falta de substratos para neoglucogénesis. El ayuno y la baja ingesta de carbohidratos provocan elevación de los cuerpos cetónicos y de los ácidos grasos libres plasmáticos, por aumento de la lipólisis. Tradicionalmente se han descrito dos alteraciones lipídicas características en la AN: la hipercolesterolemia y la hipercarotinemia. Recientemente se ha comprobado la existencia de una discreta elevación del colesterol, con un colesterol LDL dentro del rango normal y el colesterol HDL alto. Los triglicéridos se encuentran habitualmente descendidos. Las alteraciones hidroelectrolíticas son frecuentes en las pacientes que vomitan o usan laxantes y/o diuréticos. La hipopotasemia es una de las anomalías más frecuentes en las pacientes con AN. Muy raramente la hipopotasemia se debe exclusivamente a la ingesta insuficiente de potasio. En ocasiones aparece hipofosfatemia por la malnutrición, la cual se agrava en la fase de realimentación. Puede existir hipomagnesemia, como consecuencia de la ingesta insuficiente y por aumento de las pérdidas renales por el uso de diuréticos. El déficit de vitaminas es infrecuente debido a que se suele conservar su aporte. Asociadas a gran pérdida de peso corporal aparecen carencias de vitamina B12 y riboflavina.

2.1.5.2.7. Manifestaciones cutáneas

Son muy frecuentes y principalmente se deben a las alteraciones alimentarias provocadas por el ayuno, pero también existen manifestaciones secundarias a los vómitos y a traumas autoinducidos. Las principales alteraciones dermatológicas son: xerosis, hipertrichosis, acné, dermatitis seborreica, intertrigo interdigital, dermatitis de las manos y signo de Russel. Este signo se caracteriza por la presencia de callosidad en el dorso de las manos como consecuencia del trauma local producido por los incisivos superiores en los vómitos autoinducidos. Está presente en aproximadamente en el 8 % de las pacientes y es importante reconocerlo como un signo de trastorno alimentario. Son característicos también el pelo seco, opaco y frágil, la alopecia y la fragilidad ungueal. Las principales alteraciones mucosas consisten en lengua depapilada, queilitis angular, aftas orales y erosiones dentales.

2.1.5.2.8. Complicaciones digestivas

Hay un vaciamiento gástrico tardío, que origina plenitud postprandial, y disminución de la motilidad intestinal. La dilatación gástrica, la perforación o hemorragia esofágica y la esofagitis son raras, pero pueden ocurrir en caso de atracones, autoprovocación del vómito y uso de purgantes. El estreñimiento es un síntoma muy frecuente en la AN y hasta ahora no se ha podido saber si se trata de una alteración de la fisiología intestinal o si, por el contrario, es el resultado de una distorsión en la percepción del síntoma. No se puede excluir completamente el daño catártico (purgante) del colon por el uso de laxantes, pero la recuperación del tránsito tras la

realimentación sugiere que el colón no estaba dañado por ellos. La alteración hepática es rara en la AN. Hay descritos también casos de pancreatitis y de síndrome de la arteria mesentérica superior en casos de pérdida de peso importante y rápida. En los casos que cursan con vómitos de repetición existe hipertrofia parotídea bilateral benigna e indolora. Recientemente se ha demostrado la mejoría de los síntomas gastrointestinales (ape tito, estreñimiento, vómitos y diarrea) tras la alimentación.

2.1.6. Diagnostico diferencial.

La AN se debe diferenciar de otras enfermedades que cursan con pérdida de peso y amenorrea, tanto enfermedades psiquiátricas como con enfermedades orgánicas. En la BN debe hacerse el diagnóstico diferencial con enfermedades digestivas (úlceras pépticas, alteraciones de la motilidad, pancreatitis agudas o enfermedad inflamatoria intestinal), enfermedades neurológicas (infarto o hipertensión cerebrales) y desde el punto de vista psiquiátrico, con la AN.

2.1.6.1. Trastornos de la alimentación no especificados

El DSM-IV incluye una categoría de trastornos de la alimentación no especifica dos (EDNOS), aplicable a pacientes que muestran actitudes, conductas o signos subum brales de anorexia nerviosa o bulimia. No existen datos de que estas situaciones sean la manifestación temprana de la bulimia o la anorexia nerviosa, y tampoco se sabe en qué medida estas alteraciones pueden desencadenar un trastorno del comportamiento alimentario establecido. Pese al reconocimiento de que muchas pacientes con alteraciones de la alimentación pueden progresar hacia un síndrome clásico de trastornos de la alimentación, es prudente intervenir cuando hay consumo de alimentos o modelos de control de peso disfuncionales. Los datos que colocan a estos pacientes en esta categoría son los siguientes. a) Alteraciones leves de la imagen corporal. b) Peso del 90 % o menos del promedio para la talla. c) Ausencia de síntomas o signos de pérdida excesiva de peso, pero uso de métodos en potencia peligrosos para controlar el peso, o un fuerte impulso para perder peso. El tratamiento empieza con la valoración de la pérdida o el control de peso y el médico debe recalcar la importancia de conservar la salud. Nunca debe indicarse que estamos ante una anorexia o una bulimia; la alteración que ese diagnóstico puede generar en la dinámica familiar puede ser perjudicial para la paciente. Es importante establecer un objetivo en cuanto a peso en etapas tempranas del tratamiento. Si una paciente es incapaz de identificar el peso que quiere mantener, o busca un peso irracionalmente bajo, está indicada la vigilancia estrecha. La magnitud del problema puede estimarse a partir de la renuncia a llegar a un acuerdo respecto al objetivo peso saludable, cuando las pacientes no son capaces de establecer un límite hay que encender la alarma. Se debe hacer una reevaluación por parte del médico en el transcurso de uno o dos meses para asegurarse de que el peso no está cambiando de forma precipitada y que está manteniendo la salud. Los datos que se obtienen en esta vigilancia permite en muchos casos aclarar el diagnóstico. La no variación

ostensible de peso en el plazo de dos meses puede indicarnos que no nos encontramos ante un caso de anorexia nerviosa y si la paciente muestra una ingesta razonable y tiene peso y salud normales, debe hacerse vigilancia ambulatoria realizada de forma discreta.

(Oscar Erazo Santander, 2020.)

2.1.6.2. Enfermedades orgánicas:

. (Oscar Erazo Santander, 2020.)

(Oscar Erazo Santander, 2020.) Estas drogas se caracterizan por sus diversos efectos sedantes, amnésicos, de descoordinación motriz y cognitiva. En estas drogas tenemos a las benzodiacepinas las cuales facilitan una apertura de GABA aumentando la conductividad del cloro, estimulando al sistema límbico y produciendo cambios en los receptores GABA-A teniendo como resultado la excitabilidad neuronal en las regiones del cerebro. 2.1.6.4. Drogas alucinógenas: “Los alucinógenos son un grupo diverso de drogas que alteran la percepción (conciencia de los objetos y condiciones circundantes), los pensamientos y los sentimientos. Estas drogas causan alucinaciones, o sensaciones y visiones que parecen reales pero que no lo son. Los alucinógenos se encuentran en algunas plantas y hongos (o en sus extractos) o pueden ser artificiales”. (Johnson, 2016). (Johnson, 2016)

(Oscar Erazo Santander, 2020.) Las drogas opioides son aquellos derivados de un opio y una metadona (la cual es un sustituto de la heroína), la metadona tiene acción antagonista de los receptores opiodes muy delta los cuales producen sentimientos excesiva, analgesia y sedación la tolerancia es rápida y su acción es superior a 36 horas de gravedad en las cuales se puede haber contracciones, aumento cardíaco, alteración del sueño, estos síntomas pueden ser intensos durante 72 horas y pueden llegar a controlarse o disminuir después de 5 a 10 días. 2.1.6.6. Por su origen (naturales y sintéticas). En esta clasificación agrupa a las drogas en función de cómo se sintetizan, el argentino Eduardo Barreiro (2007) especialista nacional avanzado en la lucha contra el narcotráfico realiza esta clasificación, así tenemos: Drogas naturales: Son aquellas que se recogen directamente de la naturaleza para ser consumidas por el individuo como la marihuana y sus derivados; la mezcalina y el opio. Lo “natural hace referencia a que el principio activo de la droga está presente en la materia vegetal. Drogas semi-sintéticas: Son obtenidas por síntesis parcial a partir de sustancias naturales, como en el caso de la heroína o la base de cocaína. Drogas sintéticas: Son aquellas sustancias producidas o elaboradas solo en laboratorio, como el “éxtasis”. De acuerdo a las drogas por su origen encontramos tres distintas clasificaciones: Drogas naturales: Estas drogas son aquellas que son extraídas de la naturaleza entre ellas tenemos a la marihuana. Las drogas naturales se refieren a que el principio activo de esta se encuentra en materia vegetal. Las drogas semi-sintéticas: Estas drogas se obtienen de una parte de sustancias naturales. Drogas sintéticas: Estas drogas son aquellas sustancias que elaboran o procesan por lo regular son elaboradas en laboratorios, en ejemplos tenemos al

éxtasis. 2.1.6.7. Por su acción farmacológica: “La clasificación de las drogas de acuerdo con su acción farmacológica ayuda a reflexionar los datos presentados y a responder a la importancia de analizar los datos epidemiológicos de manera crítica, analítica y reflexiva. Las drogas se pueden clasificar como Psicoestimulantes, Depresoras y Psicodislépticos, y llama la atención que el cannabis y algunas drogas de síntesis son clasificadas como Psicodislépticos, donde drogas sintéticas tendrían un perfil mixto, siendo psicoestimulantes y psicodisléptico, y el cannabis también de perfil mixto sería psicodisléptico y depresor”. (Alvarado., 2020). (Alvarado., 2020).
(Bello Martha Beatriz Baquerizo, 2020).
(Bello Martha Beatriz Baquerizo, 2020).

2.1.7. Diagnóstico:

. (Bello Martha Beatriz Baquerizo, 2020).

2.1.7.1. Diagnóstico de Laboratorio

Se solicitan estudios para evaluar el impacto sistémico del TCA:

- **Química sanguínea:** Hipoglucemia, hipoproteinemia.
- **Electrolitos:** Hipokalemia, hipocloremia (por vómitos).
- **Gasometría:** Alcalosis metabólica (bulimia) o acidosis metabólica (abuso de laxantes).
- **Hemograma:** Anemia, leucopenia.
- **Pruebas de función hepática y renal:** Alteraciones por desnutrición.
- **Hormonas:** Disminución de T3/T4 (hipotiroidismo secundario), aumento de cortisol.
- **Densitometría ósea:** Osteopenia u osteoporosis en anorexia.
- **Electrocardiograma:** Bradicardia, arritmias (por alteraciones electrolíticas).

2.1.7.2. Diagnóstico Clínico

El diagnóstico clínico se basa en la evaluación de la historia médica, la exploración física y los criterios diagnósticos del **DSM-5**.

2.1.7.2.1 *Anorexia Nerviosa*

- Restricción persistente de la ingesta, llevando a un peso significativamente bajo en relación con la edad, sexo y salud física.
- **Miedo intenso a ganar peso** o a engordar, incluso cuando el paciente está por debajo del peso normal.
- **Alteración en la percepción del peso o la forma corporal** (distorsión de la imagen corporal).

- Subtipos:
 - **Restictivo:** Pérdida de peso mediante dieta estricta, ayuno o ejercicio excesivo.
 - **Purgativo:** Episodios de atracón seguidos de vómito autoinducido, laxantes o diuréticos.

2.1.7.2.2. Bulimia Nerviosa

- Episodios recurrentes de **atracones** (ingesta de grandes cantidades de comida en poco tiempo, con sensación de pérdida de control).
- Uso de **conductas compensatorias inapropiadas** para evitar el aumento de peso (vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo).
- Ocurre al menos **una vez por semana durante tres meses**.
- **Autovaloración influida excesivamente por el peso y la figura corporal.**

2.1.7.2.3. Trastorno por Atracón

- Episodios de **ingesta excesiva sin conductas compensatorias**.
- Sensación de pérdida de control durante el atracón.
- Asociado a al menos tres de los siguientes:
 - Comer más rápido de lo normal.
 - Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
 - Comer grandes cantidades sin tener hambre.
 - Comer solo por vergüenza.
 - Sentirse disgustado, deprimido o culpable después del atracón.
- Ocurre **al menos una vez por semana durante tres meses**.

2.1.7.2.4. Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria

- **Pica:** Ingesta persistente de sustancias no nutritivas (tierra, hielo, jabón).
- **Trastorno de Rumiación:** Regurgitación repetitiva de alimentos sin causa médica.
- **Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos:** Falta de interés por la comida sin preocupación por el peso.

2.1.7.3. Diagnostico Psicológico

El diagnóstico psicológico evalúa los pensamientos y emociones asociados con la alimentación y la autoimagen. Se utilizan **entrevistas clínicas estructuradas y pruebas estandarizadas**.

Entrevista Psiquiátrica

- Evalúa la presencia de **trastornos comórbidos** como ansiedad, depresión o trastornos obsesivo-compulsivos.
- Explora **pensamientos disfuncionales** sobre la comida y el cuerpo.
- Evalúa la historia familiar, antecedentes de abuso o traumas psicológicos.

Pruebas Psicodiagnósticas

- **Eating Disorder Inventory (EDI-3):** Evalúa creencias y actitudes sobre la alimentación, la autoimagen y la perfección.
- **SCOFF Questionnaire:** Cribado rápido (≥ 2 respuestas positivas sugieren TCA).
 - **S** ¿Te has provocado el vómito porque te sentías demasiado lleno/a?
 - **C** ¿Te preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingieres?
 - **O** ¿Has perdido más de 6 kg en tres meses?
 - **F** ¿Crees que estás gordo/a aunque los demás digan que estás demasiado delgado/a?
 - **F** ¿Dirías que la comida domina tu vida?

2.1.7.4. Diagnóstico Físico

Se basa en signos objetivos observables:

- Pérdida de peso extrema (IMC < 17 en anorexia).
- Bradicardia, hipotensión, hipotermia.
- Lanugo (vello fino en la piel).
- Piel seca y quebradiza, uñas frágiles.
- Inflamación de las glándulas parótidas (bulimia).
- Callos en los nudillos (signo de Russell, por vómito autoinducido).

2.1.8. Tratamiento:

El mejor tratamiento para un trastorno de la alimentación requiere un trabajo en equipo. Generalmente, el equipo se compone de tu proveedor principal de atención médica, un profesional de salud mental y, a veces, un dietista diplomado. Busca profesionales con experiencia en el tratamiento de trastornos de la alimentación.

El tratamiento depende de tu tipo específico de trastorno de la alimentación. Pero, en general, incluye lo siguiente:

- (A). Aprendizaje sobre la nutrición adecuada.
- (B) Aprendizaje sobre cómo desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- (C) Orientación sobre cómo alcanzar un peso saludable si tienes bajo peso.
- (D) Terapia conductual, a veces denominada psicoterapia.
- (E) Medicamentos, de ser necesario

2.1.8.1. Terapia conductual

2.1.8.1.1. Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual se usa comúnmente en el tratamiento de trastornos de la alimentación, especialmente la bulimia, el trastorno alimentario compulsivo y otros comportamientos problemáticos respecto a la alimentación. Con mayor frecuencia, se usa un tipo de terapia cognitivo conductual llamada terapia cognitivo conductual mejorada. Aprenderás a controlar y mejorar tus hábitos alimenticios y tu estado de ánimo, desarrollar la capacidad para resolver problemas y explorar formas saludables de afrontar las situaciones estresantes.

2.1.8.1.2. Tratamiento basado en la familia

El tratamiento basado en la familia es un tratamiento ambulatorio para niños y adolescentes con anorexia. También es probable que sea eficaz para la bulimia y otros comportamientos alimenticios problemáticos. La familia participa para garantizar que el niño u otro familiar siga patrones de alimentación saludable y mantenga un peso saludable.

2.1.8.2. Rol limitado de los medicamentos

Aunque muchas personas asocian los tratamientos médicos con medicamentos, en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) los fármacos no representan la solución principal. En el caso de la anorexia nerviosa, no se ha demostrado que los medicamentos por sí solos sean eficaces para lograr el aumento de peso o la recuperación total del paciente, ya que no actúan directamente sobre la restricción alimentaria ni sobre la distorsión de la imagen corporal. En cambio, en trastornos como la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, algunos medicamentos como los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), por ejemplo, la fluoxetina pueden ser útiles. Estos fármacos ayudan a reducir la frecuencia de los atracones y las purgas, y también pueden aliviar síntomas de ansiedad o depresión que suelen acompañar al trastorno. Aun así, es importante recalcar que los medicamentos no curan el trastorno, sino que son una herramienta de apoyo dentro de un plan terapéutico más amplio, que debe incluir psicoterapia, nutrición y seguimiento médico.

2.1.8.3. Intervención nutricional

Otro pilar clave del tratamiento es la intervención con un nutricionista especializado en trastornos alimentarios. El objetivo no es solamente establecer una alimentación adecuada, sino también educar al paciente, eliminar mitos alimentarios y reconstruir una relación sana con la comida. En la anorexia nerviosa, se busca alcanzar un peso saludable de forma gradual y segura, respetando el ritmo del paciente y evitando conductas que puedan generar más ansiedad o rechazo hacia la alimentación. En la bulimia y el trastorno por atracón, se trabaja para regular la conducta alimentaria, evitar las restricciones extremas que suelen desencadenar los atracones, y establecer hábitos alimentarios estables y sostenibles en el tiempo. También se enseña a identificar las señales de hambre real y saciedad, promoviendo una alimentación intuitiva y sin culpa. Esta intervención nutricional no se enfoca en imponer una dieta estricta, sino en reeducar al paciente, promover el respeto por el propio cuerpo y ayudar a recuperar el bienestar físico y emocional a través de la comida.

. (Julio., 2019)

. (Julio., 2019)“Una causa profunda es la que la persona busca la droga para salvar su estado de culpa. La juventud se ve absorbida por una culpa colectiva de destrucción, de guerra de odio y de injusticia, y busca su escape en las drogas. En la historia del adicto, se puede encontrar la verdad de una inestabilidad familiar desgarrada por la ausencia de padres, por el abandono sin infancia, la ambientación, entre otras. La droga necesita una personalidad deficiente e inmadura, un ambiente adverso y una realidad de frustración, sin liberación ni esperanza”. (Julio., 2019) (Julio., 2019)

2.1.9. Pronostico:

El pronóstico de los TCA varía según el tipo de trastorno, la duración de los síntomas antes del inicio del tratamiento, la edad del paciente, la existencia de comorbilidades psiquiátricas y el nivel de apoyo familiar y social. Uno de los factores más importantes es la detección temprana, ya que un diagnóstico precoz permite iniciar un tratamiento integral que puede mejorar notablemente la evolución clínica. En el caso de la anorexia nerviosa, el pronóstico puede ser más reservado, ya que se asocia con una alta tasa de complicaciones médicas y psicológicas, así como con una de las tasas de mortalidad más elevadas entre los trastornos psiquiátricos, tanto por causas orgánicas como por suicidio. Sin embargo, entre un 50% y un 70% de las personas que reciben tratamiento adecuado logran una recuperación significativa. La bulimia nerviosa, por su parte, suele tener un mejor pronóstico si se detecta a tiempo y se ofrece un tratamiento oportuno. La mayoría de los pacientes pueden mejorar con intervenciones psicoterapéuticas, especialmente con terapia cognitivo-conductual.

En todos los casos, un abordaje interdisciplinario que incluya atención médica, psicológica y nutricional es fundamental. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales del paciente y considerar tanto los aspectos físicos como los emocionales y sociales del trastorno.

. (Martinez., 2020)

2.1.10. Prevalencia:

La prevalencia de los TCA ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Actualmente, se estima que la anorexia nerviosa afecta aproximadamente al 1% de la población adolescente, mientras que la bulimia nerviosa presenta una prevalencia mayor, afectando a más del 2% de los adolescentes. Además, existen formas parciales o atípicas de estos trastornos (también llamadas subclínicas), que pueden alcanzar hasta un 5% de la población adolescente. El trastorno por atracón, reconocido más recientemente, también muestra una prevalencia significativa, especialmente en adultos, y se asocia con sobrepeso y obesidad. En general, los TCA son más frecuentes en mujeres, aunque también se presentan en hombres, especialmente en contextos de presión por la imagen corporal, como el deporte o el modelaje.

2.2. Costo social:

“El consumo de drogas en jóvenes adolescentes está enmarcada como una problemática de la sociedad de nuestros días, es un hecho real que genera múltiples consecuencias que involucran a los adolescentes, presentándose como objetivo general del presente artículo describir la política social y comunitaria para afrontar el consumo de drogas en los jóvenes adolescentes. Este es el principal problema de salud pública en la mayoría de los países, motivado a que la ingesta de drogas produce más muertes que cualquier otra causa. En consecuencia, con el consumo de drogas se describen problemas de orden sanitario, económico, cultural y de inseguridad, este flagelo es un problema colectivo, por cuanto muchos países han adoptado políticas sociales de prevención y rehabilitación. La investigación fue abordada a través de un diseño documental, apoyada en referentes teóricos que validan el tema de estudio. Luego del abordaje reflexivo se concluye que los jóvenes consumen drogas motivado a diversos factores económicos y sociales, donde la familia y los valores transmitidos desde el hogar juegan un papel fundamental en las decisiones de los jóvenes”. (Martinez., 2020)

2.3. Fisiología:

“Mecanismos de regulación del placer: Corteza Prefrontal Entre las funciones de la CPF están el control de la conducta y el control cognitivo (la habilidad para llevar a cabo conductas dirigidas por metas, ante la presencia de estímulos sobresalientes y competitivos con la tarea). Diferentes subregiones de la CPF se han asociado con la adicción, la CPF medial (CPFm) y la corteza orbitofrontal (COF). La CPFm está involucrada en la modulación del sistema del placer. Recibe proyecciones dopaminérgicas del ATV y glutamatérgicas de estructuras de los núcleos de la base, a través del tálamo dorsomedial³³. Las eferencias de la CPFm son glutamatérgicas para el ATV, para el estriado dorsal y para

el NAc³³. De tal modo que la activación de la CPFm resulta en la activación del ATV y, consecuentemente, del NAc. Por otro lado, la COF recibe entradas de cortezas sensoriales asociativas, del hipotálamo y de la amígdala; y tiene una comunicación recíproca con la CPFm³⁴. Estas regiones responden de manera diferente a la administración aguda de anfetamina de manera sistémica. Esto es, la CPFm (más ejecutiva) disminuye su frecuencia de disparo, mientras que la orbitofrontal (COF; más límbica) la aumenta³⁴. Cuando se repite la administración de la droga, la respuesta excitadora de la COF y la inhibidora de la CPm aumentan³⁴, sugiriendo que ha ocurrido plasticidad en estas regiones. Estos cambios también se asocian con una baja eficiencia en memoria de trabajo³⁴, indicando una alteración en conductas dirigidas por metas^{2, 34}. Es frecuente observar en sujetos adictos, evaluados en tareas de toma de decisiones en que se busca obtener mayor cantidad de reforzadores a largo plazo (p. ej., Gambling task tarea de apuestas), que eligen obtener reforzadores a corto plazo, a pesar de saber que esa estrategia no los lleva a obtener ganancias a largo plazo³⁵. Esto sugeriría que las modificaciones que ocurren durante la adicción en la CPF^{18, 36}, alterando su función, hacen que el sujeto sea vulnerable a la recaída al no considerar las consecuencias a largo plazo (impulsividad)". (García., 2015)

2.4. Fisiopatología:

“Los mecanismos de la dependencia física son variados y dependen de las drogas utilizadas y de los órganos y sistemas involucrados. Generalmente el sistema nervioso central se encuentra especialmente afectado. En tal sentido diversos neurotransmisores juegan un rol importante en la generación de la dependencia física y el síndrome de abstinencia. Puede decirse que el mecanismo principal de la dependencia física, neuroadaptación o contradaptación de mecanismos neuronales que originan un estado definido como de: hiperexcitabilidad latente. Este es un fenómeno que se pone de manifiesto ante la supresión de la droga que origina efectos "rebotes" o de una respuesta exagerada. En general el mecanismo íntimo de la dependencia física y del síndrome de abstinencia es difícil de explicar. Para cada tipo celular o tejido afectado y para cada droga en especial, los cambios son complejos e involucran neurotransmisores diferentes” (García., 2015)

- 1) La droga puede provocar la inhibición de una enzima necesaria para la síntesis de un neurotransmisor, enzima cuya producción es autorregulada por la concentración del propio neurotransmisor.
- 2) Al estar inhibida la enzima, se reduce la síntesis del neurotransmisor.
- 3) Esto origina por autorregulación, una inducción enzimática e incremento de la síntesis de la enzima para reparar la situación.
- 4) Las enzimas de nueva producción son a su vez inhibidas parcialmente por la droga.
- 5) En el balance, la síntesis del neurotransmisor, aunque comprometida se sigue efectuando.
- 6) Ante la supresión brusca de la droga se crea una situación especial a nivel celular ya que existe una gran cantidad de la enzima que queda en disponibilidad para incrementar rápidamente la síntesis del neurotransmisor.
- 7) Se desarrollan entonces efectos "rebote" ocasionados por el exceso del neurotransmisor.

2.5. Tratamiento:

“En este apartado deberemos tener en cuenta que el problema puede provenir de diferentes sustancias, y que cada una de ellas tendrá un abordaje específico. Sin embargo también en este caso observamos unas pautas comunes que nos servirán de patrón para todas ellas. Así, podremos establecer que el tratamiento constará de una parte farmacológica y una psicoterapéutica, y se completará con un abordaje socioeducativo que restaure una adecuada relación del paciente con la familia y el entorno, y que favorezca la recuperación de un proceso educativo normalizado. Tradicionalmente, en el tratamiento de las drogodependencias se habla de tres momentos o fases secuenciales, aunque en ocasiones también se pueden superponer. En una primera fase, que denominamos «desintoxicación», se aborda la sintomatología de abstinencia, tanto física como psíquica, basándose en la implementación de una terapia farmacológica que ayude a superar las molestias iniciales derivadas del cese del consumo. Le sigue la fase de deshabituación, es decir, una intervención destinada a romper con el hábito del consumo y cambiar o eliminar conductas relacionadas con él, ayudando al paciente a superar las dificultades que aparecerán durante todo el tratamiento. Concluye el tratamiento con la fase de rehabilitación, destinada a recuperar las relaciones familiares y amistosas, reiniciar las actividades deportivas o de ocio y tiempo libre, sin olvidar en estos pacientes un rendimiento escolar acorde con sus capacidades”. (Marcos Flores, 2020).

2.6. Pronóstico:

“El desarrollo de la recaída es característica a las adicciones y no debe verse como una pérdida de la fase terapéutica. Se considera guiar el sistema para el cuidado de estos factores o para la consecución de habilidades personales y recursos dentro del tratamiento para confrontar posibles recaídas; cuanto mayor sea la percepción relacionado a esto, existe mayor probabilidad de saber cómo proceder con antelación para evitarlos. Martínez, Vilar, Lozano, y Verdejo (2018), mencionan que las creencias básicas que el adolescente adicto persigue, está el querer mantener un equilibrio psicológico y emocional creando la expectativa que el uso de drogas mejora su capacidad social e intelectual, Además cabe recalcar que dentro de este tipo de pensamiento existe la idea de que la droga brinda un poder energético o brinda más fuerza causando la sensación de poder. Cabe recalcar que en la actualidad que ha creado un auge dentro de ciertos tipos de medicina alterna que crea expectativa indicando que el uso específico de cierta droga calma el dolor o alivia la ansiedad, la tensión y la depresión creando aun mayor dependencia de la misma. El uso de drogas provoca una serie de conflictos internos (emocionales) y externos (conductuales), en donde se puede evidenciar ausentismo académico o escaso interés en los estudios, se acentúan mayormente los conflictos familiares, además de traer consigo problemas en la salud, para los jóvenes reincidentes les cuesta más reingresar al tratamiento; existiendo dos grandes complicaciones, como la cronicidad y la dependencia haciendo que el pronóstico sea más agravado”. (Chavez., 2020.)

2.7. Causas:

2.7.1. Curiosidad:

“A este respecto, los adolescentes constituyen una población particularmente vulnerable, debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros. Es más probable, por ejemplo, que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío”. (Marcos Flores, 2020).

2.7.2. Problemas familiares:

“A este respecto, los adolescentes constituyen una población particularmente vulnerable, debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros. Es más probable, por ejemplo, que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío”. (Marcos Flores, 2020).

2.7.3. Influencia en el entorno en el que se desarrollan los adolescentes:

“La falta de apoyo familiar, al que se añade la falta de cariño de los padres, seguido de la influencia de amigos, promesas de una vida con menos dificultad, la facilidad para conseguir dinero, la curiosidad y el alejamiento de la escuela. La influencia del ambiente en el refuerzo positivo para mantener el consumo de drogas. Se evoca la necesidad de ser ayudados y de encontrar caminos para realizar actividades propias de su edad, como por ejemplo frecuentar la escuela. También refleja un futuro incierto, pero con esperanza de que pueda ser diferente un día”. (Hugo Hidalgo Hidalgo, 2018).

2.7.4. Problemas familiares/carencia familiar:

“A este respecto, los adolescentes constituyen una población particularmente vulnerable, debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros. Es más probable, por ejemplo, que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío”. (Marcos Flores, 2020).

2.7.5. Para sentirse bien:

“La mayoría de las drogas de abuso producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia va seguida de otros efectos, que difieren según el tipo de droga usada. Por ejemplo, con los estimulantes, como la cocaína, tras el efecto de euforia sobrevienen sensaciones de poder, autoconfianza y mayor energía. Por el contrario, a la euforia producida por los opiáceos, como la heroína, le siguen sensaciones de relajamiento y satisfacción”. (Marcos Flores, 2020).

2.7.6. Para sentirse mejor:

“Algunas personas que sufren ansiedad o fobia social, trastornos relacionados con la angustia o la depresión, comienzan a abusar de las drogas para intentar disminuir estos sentimientos. El estrés puede ejercer un papel importante para determinar si alguien comienza o continúa abusando de las drogas, así como en las recaídas en los pacientes que están recuperándose de su adicción”. (Marcos Flores, 2020).

2.7.7. Para rendir mejor:

“La necesidad que sienten algunas personas de mejorar su rendimiento atlético o cognitivo con sustancias químicas puede desempeñar un papel similar en la experimentación inicial y abuso continuado de las drogas”. (Marcos Flores, 2020).

2.8. Signos y síntomas:

2.8.1. Área mental:

- ⇒ Cambios básicos en el modo de ser.
- ⇒ Incidentes cambios del ánimo inexplicables.
- ⇒ Indiferencia con relación a lo que lo rodea.

2.8.2. Familia:

- ⇒ Actitud muy reservada.
- ⇒ Alejamiento de la familia.
- ⇒ Mayores conflictos en el hogar.

2.8.3. Escuela:

- ⇒ Ausencia y llegadas tardes.
- ⇒ Disminución de las calificaciones.
- ⇒ Problemáticas de conducta.
- ⇒ Actitud negativa con relación a las actividades de la escuela.
- ⇒ Abandono de viejos amigos y viejas actividades.
- ⇒ Llamadas telefónicas o mensajes que encubren drogas.

2.8.4. Síntomas físicos.

- ⇒ Enrojecimiento de los ojos.
- ⇒ Pupilas grandes.
- ⇒ Palidez, ojeras pronunciadas.
- ⇒ Sed intensa.
- ⇒ Piel caliente o enrojecida.
- ⇒ Taquicardia.

- ⇒ Confusión o desorientación.
- ⇒ Visiones.
- ⇒ Trastornos del apetito.
- ⇒ Pérdida de peso.
- ⇒ Trastornos del sueño.
- ⇒ Fatigabilidad o intranquilidad.
- ⇒ Dolores de cabeza, temblores.
- ⇒ Deterioro de la higiene personal.

2.9. Tipo de drogas más consumidas por adolescentes:

2.9.1. Alcohol:

“Es uno de los principales factores que conlleva a diversos tipos de enfermedades y lesiones, el consumo por momentos prolongados y en gran cantidad significa un grave riesgo para la salud, su consumo en la adolescencia puede ser nocivo ya que puede afectar tanto las estructuras como su funcionamiento, compromete las redes neuronales que subyacen a las habilidades cognitivas más complejas involucradas en el aprendizaje, 12 cognitivo, la memoria y algunas ejecuciones finas, por lo que el consumo de alcohol lleva a un impacto neurobiológico en la adolescencia”. (Casa., 2019.)

2.9.1. Tabaco:

“Es una droga estimulante del SNC, uno de sus elementos es la nicotina, que tiene la capacidad adictiva muy grande, durante el encendido del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes, dentro de los cuales se destacan los alquitranes, que son responsables de distintos tipos de cáncer; el monóxido de carbono, que favorece las enfermedades cardiovasculares; o irritantes, responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar”. (Casa., 2019.)

2.9.2. Marihuana:

“Marihuana o más conocido como Cannabis posee alrededor de cuatrocientas sustancias químicas, entre esas cannabinoides. Cuando el cuerpo humano consume marihuana, produce síntomas característicos tales como enrojecimiento en los ojos, ya que los vasos sanguíneos se dilatan debido al aumento del ritmo cardíaco logrando que tenga dicha coloración. Otros de los efectos es la inflamación del cerebro causado por el compuesto 24 químico THC (Tetrahidrocannabinol), ya que este produce una leve inflamación en la zona cerebral encargada de coordinar los movimientos. Su sintomatología es temporal, sin embargo, su consumo masivo prolonga la afección por más tiempo. También ocasiona otras complicaciones tales como euforia, problemas de coordinación, inestabilidad, u otros”. (Milena Patricia Alvarado, 2020).

2.9.3. Cocaína:

“Es una de las drogas ilícitas con graves complicaciones para el ser humano. Eleva las hormonas del sistema nervioso central tales como: noradrenalina y dopamina. Palpitaciones fuertes, presión torácica, midriasis y depresión son los efectos que produce la sustancia psicoactiva en las personas que lo consume”. (Milena Patricia Alvarado, 2020).

2.9.4. Heroína:

“La heroína es un alcaloide altamente aditivo que actúa principalmente en el Sistema Nervioso Central. Llega aproximadamente entre 15 a 25 segundos al cerebro, produciendo sintomatologías como la elevación de temperatura corporal, euforia, pérdida de sensibilidad motora, insuficiencia renal, enfermedad cerebral, necrosis muscular, entre otros”. (Milena Patricia Alvarado, 2020).

2.9.5. Alucinógenos:

“Los alucinógenos son un grupo diverso de drogas que alteran la percepción (conciencia de los objetos y condiciones circundantes), los pensamientos y los sentimientos. Estas drogas causan alucinaciones, o sensaciones y visiones que parecen reales pero que no lo son. Los alucinógenos se encuentran en algunas plantas y hongos (o en sus extractos) o pueden ser artificiales. Por siglos, las personas han consumido alucinógenos más que todo como parte de rituales religiosos”. (Milena Patricia Alvarado, 2020).

3. Adicción:

“La adicción a las sustancias psicoactivas, es una pandemia mundial que ataca con mayor frecuencia a los adolescentes. Su intervención hasta el momento es infructuosa y actualmente el continente Sur Americano se enfrenta a un aumento desproporcionado de la epidemia y en medio de la incertidumbre que se tiene sobre la temática; notable por la ausencia de políticas claras que puedan reducir o acabar con la problemática. La adicción es un comportamiento progresivo con consumo de una o varias drogas, que al ser ingeridas en el organismo generan respuestas de alta sensación de placer y recompensa, modificando al mismo tiempo redes cerebrales a un nivel molecular y terminando con la destrucción y perversión del sistema nervioso central y de áreas encargadas en la realización de procesos neuropsicológicos básicos y superiores”. (Oscar Erazo Santander, 2020.).

3.1. Definición:

“Es la necesidad de la droga de forma compulsiva, en esta etapa las relaciones de amigos y familiar se rompe, tienen dificultades académicas, laborales, en este periodo hay compromiso orgánico, conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas

intravenosas o combinación de varias drogas, este último es el que se consideró para este estudio”. (Casa., 2019.)

3.2. Adolescencia:

3.2.1. Generalidades:

“Es “una fase donde todo individuo consolida su autonomía e independencia Psicosocial”; se deduce entonces que la interacción social con sus pares juega un papel fundamental en la formación de su personalidad y conducta, aspectos de los que depende su formación integral”. (Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

3.2.2. Definición:

“La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez que es abordada por todos los seres humanos, independientemente del sexo, origen étnico o ubicación geográfica. Al respecto la Organización Mundial de la Salud la define como todo individuo que se encuentre en una edad comprendida entre los 10 a 19 años de edad (OMS, 2015); se deduce entonces que es un periodo donde se producen cambios puberales, biológicos, psicológicos y sociales que pueden generar situaciones de estrés, conflictos y contradicciones con su entorno”. (Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

- Etapas de la adolescencia:
- Hombre:

3.2.3. Pre- adolescencia:

“Etapa que se encuentran los individuos cuya edad oscile entre los 8 a 11 años de edad, evidenciándose un crecimiento físico y el comienzo de la pubertad, es decir, estar maduro sexualmente. En este periodo se hace notorio el aumento de su capacidad crítica reflexiva sobre lo que ve y hace en determinado contexto, sin consolidar aun sus comportamientos o conductas, por cuanto aún hay cierta dependencia a los padres”. (Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

3.2.4. Adolescencia temprana:

“Se presenta entre los 10 a 13 años de edad, empieza con los cambios físicos, generando preocupación acerca de su proceso de maduración. Tiene que hacer frente a los cambios propios de la pubertad, debiendo adecuarse a las “presiones” sexuales por la elevación de sus hormonas sexuales”. (Naola., 2019).

3.2.5. Adolescencia media:

“La adolescencia media fluctúa desde los 14 hasta los 16 años de edad, en esta etapa se evidencia un acelerado desarrollo cognitivo, pues se da cabida a pensamientos

operacionales formales. Van dejando de lado lo concreto para dar lugar a lo abstracto llegando a objetar apreciaciones de las personas adultas. El individuo entonces se acopla al mundo egocéntrico del adolescente temprano, al mundo socio-céntrico del adolescente medio y tardío y comienza a modular su conducta impulsiva”. (Naola., 2019).

3.2.6. Adolescencia tardía:

“La adolescencia tardía fluctúa desde los 17 hasta los 19 años de edad, es la etapa donde se afianza su personalidad con relaciones íntimas y una función en la sociedad. En este periodo se ve la vida desde un enfoque socio-céntrico, característica de la adultez. El adolescente tardío puede ser altruista, y los conflictos con la familia y la sociedad se centran en temas de índole moral más que en situaciones egocéntricas”. ”. (Naola., 2019).

“Se muestran tolerantes al ambiente cultural de su entorno, así como también el accionar de lo que representa para ellos un modelo en la casa, en el colegio y a través de los medios de comunicación”. (Naola., 2019).

- Mujer.

3.2.7. Pre- adolescencia:

“Etapa que se encuentran los individuos cuya edad oscile entre los 8 a 11 años de edad, evidenciándose un crecimiento físico y el comienzo de la pubertad, es decir, estar maduro sexualmente. En este periodo se hace notorio el aumento de su capacidad crítica reflexiva sobre lo que ve y hace en determinado contexto, sin consolidar aun sus comportamientos o conductas, por cuanto aún hay cierta dependencia a los padres”. (Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

3.2.8. Adolescencia temprana:

“Se presenta entre los 10 a 13 años de edad, empieza con los cambios físicos, generando preocupación acerca de su proceso de maduración. Tiene que hacer frente a los cambios propios de la pubertad, debiendo adecuarse a las “presiones” sexuales por la elevación de sus hormonas sexuales”. (Naola., 2019).

3.2.9. Adolescencia media:

“La adolescencia media fluctúa desde los 14 hasta los 16 años de edad, en esta etapa se evidencia un acelerado desarrollo cognitivo, pues se da cabida a pensamientos operacionales formales. Van dejando de lado lo concreto para dar lugar a lo abstracto llegando a objetar apreciaciones de las personas adultas. El individuo entonces se acopla al mundo egocéntrico del adolescente temprano, al mundo socio-céntrico del adolescente medio y tardío y comienza a modular su conducta impulsiva”. (Naola., 2019).

3.3. Adolescencia tardía:

“La adolescencia tardía fluctúa desde los 17 hasta los 19 años de edad, es la etapa donde se afianza su personalidad con relaciones íntimas y una función en la sociedad. En este periodo se ve la vida desde un enfoque socio-céntrico, característica de la adultez. El adolescente tardío puede ser altruista, y los conflictos con la familia y la sociedad se centran en temas de índole moral más que en situaciones egocéntricas”. ”. (Naola., 2019).

“Se muestran tolerantes al ambiente cultural de su entorno, así como también el accionar de lo que representa para ellos un modelo en la casa, en el colegio y a través de los medios de comunicación”. (Naola., 2019).

3.4. Cambios de la adolescencia:

3.4.1. Cambios físicos:

Los adolescentes desarrollan mayor control sobre los impulsos ante determinados estímulos.

- Mujer: En las mujeres ensanchamiento de caderas, aparición de acné, crecimiento de las mamas, desarrollo y maduración de los órganos sexuales, desarrollo de las glándulas mamarias entre otros.
- Hombre: Presentan cambios físicos como: ensanchamiento de la voz, aparición del vello corporal, músculos más desarrollados, aumento de los testículos, maduración de los órganos genitales, crecimiento del vello en las axilas y pubis, etc.

3.4.2. Cambios en la personalidad:

“El adolescente tiene la capacidad para comprender realidades abstractas que configuran su esquema cognitivo y le permiten desenvolverse de mejor manera en determinado contexto. Su pensamiento crítico y la capacidad reflexiva es notoria en su accionar, permitiéndole interpretar de mejor manera problemas complejos que tienen relación su diario accionar”. (Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

- Mujer.
- Hombre.

3.4.3. Cambios emocionales:

“El adolescente refleja cambios de humor repentinos difiriendo del estado de ánimo y estímulos que pudiese recibir, lo cual hace que busquen aislarse de los demás miembros de su familia, desarrollando de paso un apego social con su pares o amigos. Se vuelve más desafiante, polémico, contradictorio y siempre quiere que las cosas sean como el que cree que deberían ser, lo cual puede llevarlo a tomar decisiones nada beneficiosas para su bienestar”. (Andres Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

- Mujer.
- Hombre.

3.4.4. Desarrollo social:

“El adolescente muestra más confianza en sus amigos en temas como la sexualidad o relaciones afectivas, se emancipa de su familia y establece lazos más estrechos con sus amigos”. (Andrés Gabriel Cardenas Moreno, 2018).

- Mujer.
- Hombre.

3.5. Factores de riesgo de las drogas en adolescentes

3.5.1. Factores de riesgo individuales:

Estos incluyen todas las características propias de cada persona, mismas que lo conforman como un ser único entre las cuales se encuentran; las actitudes, creencias, conductas, ideas, forma de ser y expectativas, las cuales tienen la capacidad de fomentar o alejar el consumo de sustancias ilegales, se destacan las siguientes:

- ⇒ La edad: “El paso de los años en los individuos tiene efectos negativos en la probabilidad de consumo, intensidad y frecuencia del mismo, la etapa donde se registra el mayor aumento de utilización de drogas es entre los 13 y 15 años, después de los 24 años el consumo descende considerablemente”. (Ramírez., 2020)
- ⇒ El sexo: “Históricamente los reportes estadísticos mundiales han mostrado que los hombres mantienen un consumo superior al de las mujeres, sin embargo, esta tendencia se ha modificado en los últimos años hacia la homogenización”. (Ramírez., 2020)
- ⇒ Los valores y creencias. “Se refieren a las cualidades socialmente positivas que permiten que los individuos logren o concreten sus metas, comúnmente impuestas o determinadas de manera cultural, se ha demostrado que pueden predecir conductas de consumo ya que los jóvenes desde su perspectiva analizan el consumo o ausencia del mismo, algunos ejemplos son: (1) la religiosidad, (2) el grado de satisfacción personal respecto a la vida y las (3) actitudes positivas hacia la salud”. (Ramírez., 2020)
- ⇒ La agresividad: “Predisposición para actuar de manera violenta o agresiva ante las diferentes situaciones sociales fuera de control, algunos estudios indican que este factor de riesgo es reconocible desde las primeras etapas del infante”. (Ramírez., 2020)
- ⇒ La búsqueda de sensaciones: “Actitud constante a buscar estímulos que resulten placenteros o novedosos, tiene la finalidad de conocer los propios límites y características”. (Ramírez., 2020)

- ⇒ Actitudes hacia las drogas: “Incluye las creencias, pensamientos, ideas, reflexiones, intenciones, expectativas sobre las drogas sus efectos y consecuencias, ante su consumo”. (Ramirez., 2020)
- ⇒ Recursos sociales: “Son las capacidades que tiene el individuo para relacionarse de acuerdo con la realidad de manera adecuada, expresar sus emociones y dar respuestas a situaciones negativas, la falta de habilidades sociales se compensa con el uso de alguna sustancia eliminando sentimientos de ansiedad”. (Ramirez., 2020)
- ⇒ Autocontrol: “La capacidad del individuo para dirigir sus propias conductas, emociones o pensamientos, evitando estímulos o situaciones que puedan causar conflictos, por lo que a menor capacidad de autocontrol aumenta la cantidad de consumo”. (Ramirez., 2020)
- ⇒ Otros problemas de conducta: “Estos son factores que aumentan el riesgo para el consumo en los adolescentes la hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, dificultad para relacionarse, la alienación, la conducta antisocial”. (Ramirez., 2020)

3.5.2. Factores de riesgo racionales:

Estos hacen referencia a los aspectos, situaciones, o relaciones personales establecidas con personas o grupos cercanos, los cuales influyen de manera directa, como la familia, los amigos y el contexto escolar.

- ⇒ La familia: “Es el principal contexto donde las personas toman experiencias, se desarrollan, adquieren valores, creencias además de controlar o filtrar los estímulos sociales externos como la escuela o amistades por un gran periodo de tiempo, por lo que su influencia para el consumo de drogas es significativa”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ Apoyo a los hijos: “En las actividades, pensamientos o actitudes de manera supervisada, disminuyen la posibilidad del consumo. Además, un ambiente familiar cohesionado, con buena comunicación, que permita que todos los miembros expresen sus sentimientos e interactúen con otros sistemas representan los principales factores protectores ante el consumo”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ Figura paterna: “Es muy significativa para el adolescente otorgando una influencia protectora contra el uso de drogas ilícitas o la aparición de algunos trastornos psicológicos, como la depresión y la ansiedad”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ Las relaciones afectivas entre padres e hijos: “Cuando el adolescente tiene una imagen, sentimientos, emociones o ideas hostiles sobre su familia en especial hacia las figuras de autoridad se incrementa la probabilidad de consumo, observándose la sustancia como un escape a la realidad familiar”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ Historia de abuso de sustancias: “No existen estudios contundentes que determinen si existe predisposición genética a desarrollar abuso de sustancias,

sin embargo, es posible que se reproduzca la conducta como una consecuencia del modelado o aprendizaje vicario del infante”. (Ramirez., 2020).

- ⇒ Pautas educativas familiares: “Las normas dentro de la familia como, déficit o exceso disciplinario, la excesiva implicación de uno de los padres acampada del desentendimiento de otro, baja comunicación, límites poco claros y bajas expectativas académicas son predictores importantes para el consumo”. (Ramirez., 2020).

3.5.3. Factores de riesgo sociales:

Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo.

- ⇒ Accesibilidad a las drogas: “La fácil disponibilidad de un consumidor potencial para conseguir alguna droga legal o ilegal, es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ La depravación social: “El individuo que comparte su vida diaria con una comunidad que presenta niveles muy bajos de adquisición económica, situaciones sociales relacionadas con la delincuencia y pocas expectativas de mejora presenta un mayor riesgo para el consumo de drogas”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ La desorganización comunitaria: “Comunidades donde no son aprovechados para el bien común el recurso propio aunado a relaciones débiles o distantes entre los miembros sin la presencia de un líder, genera en los infantes lazos débiles con figuras de autoridad o el seguimiento de normas”. (Ramirez., 2020).
- ⇒ La movilidad de la población: “Cuando una persona decide o tiene la necesidad de modificar su residencia en busca de mejores condiciones de vida, escuela o situaciones de riesgo se encuentra en vulnerabilidad por la falta de redes de apoyo”. (Ramirez., 2020).

Marco normativo.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones:

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

1. Adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.
2. Adicto o farmacodependiente, es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.
3. Adolescente, son las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.
4. Alcoholismo, es el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.
5. Consejo de salud, es una intervención breve que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud
6. Consumo de sustancias psicoactivas, es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.
7. Consumo perjudicial, es el uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, el patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de alguna o varias sustancias.
8. Delirium, es el estado mental agudo, reversible, caracterizado por confusión y conciencia alterada, y posiblemente fluctuante, debido a una alteración de metabolismo cerebral.
9. Droga, se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.

Población.

La población con la cual realizare mi investigación es un conjunto de personas que estudian en la universidad del sureste campus Comitán, la cual es una universidad privada que cuenta con una amplia área de carreras profesionales de ámbito con la salud como: medicina, enfermería, veterinaria, psicología, nutrición, etc.

La carrera de medicina humana consta de un periodo de 4 años en la universidad, 1 año donde se realizaran prácticas y otro año de servicio social, dando como resultado 6 años en total para poder ser considerado médico. Los estudiantes se encuentran en rangos de edad de 18 a 25 años, por lo tanto deduzco que casi todos han probado algún tipo de droga y esto puede ser por la tensión que sufren por su carrera, como sabemos la carrera de medicina es difícil (al igual que otras carreras), pero esta carrera tiene una amplia demanda ya que se requieren conocer diversos temas, por lo que los estudiantes de medicina viven en un constante estrés.

Muestra.

Se excluirá a todos los aspectos inclusivos y exclusivos de la población

Se incluirá a todos los estudiantes que cursen la carrera de medicina humana, en campus UDS Comitán la cual es una escuela privada que cuenta con una amplia área de carreras profesionales no solo carreras con el ámbito de la salud, sino que actualmente la universidad cuenta con 24 licenciaturas, 6 maestrías y 2 doctorados.

Se incluirán a todos los que se encuentren en cualquier semestre (Desde Primero a octavo semestre).

Se excluirá a todos los estudiantes de otras carreras, estén o no relacionados con el ámbito de la salud, únicamente trabajaremos con los estudiantes de medicina humana.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos es un proceso de recopilación cuyo objetivo es obtener información para establecer conclusiones sobre un tema determinado.

Para mi investigación y dadas las circunstancias (pandemia por COVID-19) empleare 3 técnicas para la recolección de datos:

- La primera técnica consta de observación directa la cual me ayudara a poder analizar e interpretar el problema de mayor relevancia.
- La segunda técnica será mediante una encuesta que se creará en una página de la plataforma de Facebook, contará con todos los niveles de privacidad para no presentar inconvenientes. Esta técnica será empleada de apoyo para la recopilación de información sobre el consumo de drogas y los efectos que este ocasiona en los estudiantes.
- La tercera técnica será con ayuda de la aplicación de WhatsApp, esta es una herramienta relevante y puede ser empleada para una apta recolección de datos se utilizara como última opción para aquellos que no puedan acceder a plataformas ya mencionadas o por mayor accesibilidad.
- Y por último, la tercera técnica será una entrevista estructurada la cual será realizada por la plataforma de zoom con la finalidad de tener más información certera.

Cronograma.

Actividades	febrero				marzo				abril				junio				julio			
	Semanas																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Título y pregunta investigación		x																		
Planteamiento del Problema			x																	
Introducción (importancia, justificación y viabilidad)		x																		
Elaboración de Hipótesis			x																	
Elaboración de Objetivos y variables				x																
Elaboración de Marco Teórico y antecedentes					X	x														
Entrega de cuestionarios							x													
Entrevistas								x												

Bibliografías:**Apéndice****CROQUIS:**

Lugar y ubicación en donde se realizara la investigación: UNIVERSIDAD DEL SURESTE, CAMPUS COMITAN.



CUESTIONARIO:

- ¿Has recibido formación previa sobre trastornos alimenticios?
SI **b) NO**
- ¿Consideras que los trastornos alimenticios son un problema de salud pública?
SI **b) NO**
- ¿Crees que los estudiantes de medicina reciben suficiente información sobre trastornos alimenticios en el plan de estudios?
SI **b) NO**
- ¿Los medios de comunicación como lo son las redes sociales influyen en el desarrollo de trastornos alimenticios?
SI **b) NO**
- ¿La presión social es un factor importante en el desarrollo de estos trastornos?
SI **b) NO**
- ¿El estrés y la ansiedad pueden desencadenar un trastorno alimenticio?
SI **b) NO**
- ¿Los estudiantes con trastornos alimenticios suelen tener problemas de autoestima?
SI **b) NO**
- ¿Crees que los factores familiares pueden influir en el desarrollo de estos trastornos?
SI **b) NO**
- ¿La imagen corporal distorsionada es un síntoma clínico característico de la anorexia nerviosa?
SI **b) NO**
- ¿Los médicos en formación deberían recibir más capacitación sobre estos trastornos?
SI **b) NO**
- ¿Crees que hay suficiente información sobre trastornos alimenticios en la sociedad?
SI **b) NO**
- ¿Crees que las redes sociales pueden agravar los trastornos alimenticios?
SI **b) NO**
- ¿Es necesario mejorar las campañas de concienciación sobre los trastornos alimenticios?
SI **b) NO**
- ¿Las políticas públicas deberían enfocarse más en la prevención de trastornos alimenticios?
SI **b) NO**
- ¿Crees que los trastornos alimenticios podrían tener un componente hereditario?

- SI** **b) NO**
¿El trastorno por atracón está relacionado con un riesgo elevado de obesidad?
- SI** **b) NO**
¿Consideras que los aspectos culturales influyen en la prevalencia de los trastornos alimenticios?
- SI** **b) NO**
¿Crees que los trastornos alimenticios son más frecuentes en adolescentes y jóvenes adultos?
- SI** **b) NO**
¿Los niveles elevados de cortisol podrían estar asociados con el estrés crónico en pacientes con trastornos alimenticios?
- SI** **b) NO**
¿Consideras que el apoyo familiar es esencial para la recuperación de pacientes con estos trastornos?
- SI** **b) NO**

Tabuladores de datos obtenidos:

PRESUPUESTO:

Numero	Concepto	Precio unitario	Número de unidades	Total
1	Luz	\$250 mensual	4 meses	\$1000
2	Internet	\$350 mensual.	4 meses	\$1400
3	Tablet	\$7000	1	\$7000
			TOTAL:	\$9400

Numero	Cargo:	No. De personas:	Sueldo:	Total de horas:	Costo total:
1	Medico.	1	300	3	\$900
1	Psicólogo/a	1	200	3	\$600
TOTAL:		2	500	6	\$3000

Vita:

El autor Citlali Berenice Fernández Solís nació en la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas el 17 de abril de 2020. Concluyo sus estudios de educación básica en la escuela secundaria del estado Comitán, en donde obtuvo buenas calificaciones y múltiples diplomas por participaciones académicas. Después concluyo satisfactoriamente sus estudios de nivel medio superior en el centro de bachillerato tecnológico industrial y de servicios no. 108 (CBTis 108) en donde se graduó como técnica de laboratorista clínico, al mismo tiempo que cursaba sus estudios de nivel medio superior, estudio durante dos años inglés, obteniendo un inglés avanzado en la academia de idiomas “Culturalia”, Comitán. De igual manera impartió clases de zumba en academias privadas, participando en múltiples eventos e impartió clases de zumba en gimnasios. Y actualmente se encuentra cursando el 4^{to} semestre de la carrera de medicina humana del campus UDS Comitán, Chiapas.