

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:

10 De junio del 2025

Lugar:

Comitán de Domínguez, Chiapas.

Andrea Albores.

Adriana Sánchez.

Marla Santiz.

Febrero 2025.

ii

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.

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que han luchado, luchan y seguirán luchando contra los trastornos alimenticios. A quienes han enfrentado el espejo con valentía, a quienes han encontrado en la comida un desafío y, sobre todo, a quienes han descubierto en sí mismos la fuerza para sanar. Que este esfuerzo académico contribuya a la comprensión, el apoyo y la empatía hacia quienes viven esta realidad, recordándonos que cada historia merece ser escuchada y cada batalla, respetada. A mis seres queridos, por su constante apoyo, paciencia y amor incondicional. Sin ustedes, este camino hubiera sido mucho más difícil.

En primer lugar, quiero agradecer a la universidad por prestarnos sus instalaciones y brindarnos el apoyo para poder realizar esta tesina y, por último, pero no menos importante, quiero agradecer a mi asesor el Dr. Erick Verdugo por enseñarnos y sobre todo brindarnos de sus grandes conocimientos para poder concluir satisfactoriamente esta tesis. Agradezco profundamente a todas las personas que han sido parte de este proceso. A mi familia, por su apoyo incondicional, su amor y por creer en mí incluso en los momentos de duda. A mis amigos, por su compañía, palabras de aliento y por recordarme siempre que el esfuerzo tiene recompensa.

También agradezco a todas aquellas personas que han compartido sus experiencias sobre los trastornos alimenticios y han permitido que esta investigación sobre significado. Sus voces, su valentía y su resiliencia han sido la inspiración detrás de este trabajo.

A cada persona que, de alguna manera, ha contribuido a que esta tesis sea una realidad, gracias infinitas. Este logro no es solo mío, sino de todos los que me han acompañado en el camino.

Los trastornos alimenticios son un problema de salud mental que afecta a diversos grupos poblacionales, incluidos los estudiantes de medicina en sus primeros semestres. La carga académica, la presión por el rendimiento y la exposición constante a información sobre salud y nutrición pueden influir en la relación de los alumnos con la comida y su imagen corporal.

Durante el segundo semestre de la carrera de medicina, los estudiantes comienzan a desarrollar hábitos que marcarán su formación y bienestar a lo largo de su trayectoria académica. Factores como el estrés por exámenes, la falta de tiempo para preparar comidas equilibradas y la presión social por estándares de salud y estética pueden generar conductas de riesgo, como dietas restrictivas, episodios de atracón o preocupación excesiva por el peso.

La presencia de trastornos alimenticios en estudiantes de medicina no solo afecta su bienestar físico, sino también su rendimiento académico y salud emocional. La fatiga, la dificultad de concentración y los cambios en el estado de ánimo pueden interferir con el proceso de aprendizaje y la capacidad de desempeño en prácticas y evaluaciones.

Es esencial que las instituciones educativas implementen estrategias de prevención y apoyo, como la promoción de hábitos alimenticios saludables, la gestión del estrés y el acceso a asesoramiento psicológico. Brindar espacios de educación sobre la importancia del autocuidado y el equilibrio en la vida universitaria puede ayudar a reducir el impacto de estos trastornos y mejorar el bienestar de los futuros profesionales de la salud.

Eating disorders are a mental health problem that affects various population groups, including medical students in their first semesters. The academic load, pressure to perform, and constant exposure to health and nutrition information can influence students' relationship with food and body image.

During the second semester of medical school, students begin to develop habits that will shape their education and well-being throughout their academic career. Factors such as exam stress, lack of time to prepare balanced meals and social pressure for health and aesthetic standards can generate risky behaviors, such as restrictive diets, binge eating episodes or excessive preoccupation with weight.

The presence of eating disorders in medical students not only affects their physical well-being, but also their academic performance and emotional health. Fatigue, difficulty concentrating, and mood swings can interfere with the learning process and the ability to perform in internships and evaluations.

It is essential that educational institutions implement prevention and support strategies, such as promoting healthy eating habits, stress management and access to psychological counseling. Providing education on the importance of self-care and balance in university life can help reduce the impact of these disorders and improve the well-being of future health professionals.

Los trastornos alimenticios representan una problemática de salud pública cada vez más visible y compleja, que afecta a millones de personas en todo el mundo, sin distinción de edad, género o condición social. Estos trastornos no solo comprometen la salud física de quienes los padecen, sino que también generan un profundo impacto emocional, psicológico y social. La creciente presión social por alcanzar ciertos estándares estéticos, así como la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales, han contribuido significativamente a la aparición y mantenimiento de estas conductas alimentarias disfuncionales.

Este trabajo surge de la necesidad de comprender con mayor profundidad los diferentes tipos de trastornos alimenticios, sus causas, consecuencias y las estrategias de abordaje terapéutico disponibles. Se busca no solo describir las características clínicas de estos trastornos, sino también reflexionar sobre el papel de la prevención, la educación y el acompañamiento profesional en el proceso de recuperación.

Esperamos que esta investigación sea una herramienta útil para estudiantes, profesionales de la salud y público en general, promoviendo una visión más empática, informada y comprometida con el bienestar integral de las personas afectadas.

Planteamiento del problema.....	2
Pregunta de investigación.	3
Importancia, justificación y viabilidad.	4
Variables.	5
1. Objetivo general.....	11
2. Objetivos específicos	11
Fundamentación de la investigación.....	13
1. Antecedentes.	13
2. Marco Teórico.....	15
2.1. trastornos alimenticios.	15
2.1.1. Generalidades.....	15
2.1.2. Definición de trastornos alimenticios.	17
2.1.3. Fisiopatología:.....	19
2.1.4. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA	26
2.1.6.....	32
2.2. Costo social:.....	33
Marco normativo.....	34
Población.....	36
Muestra.	37
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	38
Cronograma.....	39
2Bibliografías:.....	42
Apéndice	43
CROQUIS:.....	43
CUESTIONARIO:	44
Tabuladores de datos obtenidos:	46
PRESUPUESTO:.....	56
Vita:.....	57

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.

2. Enfoque.

Cuantitativo.

3. Alcance.

Explorativo.

4. Diseño.

Cuantitativo no experimental.

5. Temporalidad.

Longitudinal.

Fundamentación de la investigación.

1. Antecedentes.

En año 2024, se llevó 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 llegó 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 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 los 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

3. 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:
4. 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.
5. **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.
 6. **GABA (Ácido γ -aminobutírico):** Es el principal neurotransmisor inhibidor 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.
 7. **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.

7.1.3.1. 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.

2.1.3.4.2. 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

2.2.4.1. La AN es un trastorno de origen multifactorial. Se considera una enfermedad bio-psico socio-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 aparten de él son infravalorados por los demás y tienden a padecer una baja autoestima. Factores familiares: su influencia no ha podido ser confirmado 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 sobre exigencia 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.

2.1.5. Cuadro clínico.

2.1.5.1 Según 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 caquéctico. 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 gonadotrope. La amenorrea es un síntoma cardinal, siendo uno 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 gonadotropinas. 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, iatrogenia por medicación psicotrópica, ingesta inapropiada de grasas o ejercicio intenso. Los varones presentan un patrón de hipogonadismo hipogonadotrope 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 cortisoleremias 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, posiblemente 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 colon 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 (apetito, estreñimiento, vómitos y diarrea) tras la alimentación.

2.1.6. Diagnóstico 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 (EDNOS), aplicable a pacientes que muestran actitudes, conductas o signos subumbrales 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.

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.

2.1.6

2.2. Costo social:

“Los trastornos alimenticios (TCA), como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, representan un grave problema de salud mental que afecta con frecuencia a jóvenes universitarios. En particular, los estudiantes de segundo semestre de la carrera de Medicina se encuentran en una etapa de alta vulnerabilidad, tanto por los cambios personales asociados al ingreso a la educación superior como por las altas exigencias académicas y sociales propias de su formación.

Costo académico

Uno de los primeros ámbitos afectados es el rendimiento escolar. Los TCA interfieren directamente con la capacidad de concentración, la memoria y la toma de decisiones, lo que se traduce en bajas calificaciones, ausentismo y en algunos casos, abandono temporal o definitivo de los estudios. Además, la carga académica propia de la carrera de Medicina puede intensificar el estrés y favorecer el desarrollo o agravamiento de estas patologías.

Costo psicológico y emocional

Los trastornos alimenticios no solo impactan el cuerpo, sino también el bienestar emocional del estudiante. La mayoría de los casos se asocian con trastornos del estado de ánimo como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima. En jóvenes estudiantes, estas emociones se ven agravadas por la presión de cumplir con estándares académicos y físicos. El aislamiento social es común, así como las conductas autodestructivas, incluyendo la autolesión e incluso el suicidio en los casos más severos.

Costo en salud física

Desde el punto de vista médico, los TCA provocan una serie de complicaciones orgánicas severas: alteraciones cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, deficiencias nutricionales, trastornos hormonales, pérdida de masa ósea, y en casos extremos, la muerte. De hecho, la anorexia nerviosa tiene una de las tasas de mortalidad más altas entre los trastornos psiquiátricos. Estas complicaciones requieren atención médica especializada y prolongada, muchas veces con hospitalizaciones frecuentes.

Costo económico

El tratamiento integral de los trastornos alimenticios es costoso. Incluye atención psiquiátrica, psicológica, nutricional y médica, así como hospitalización en casos graves. Se estima que el tratamiento puede superar los \$100,000 pesos mexicanos anuales por paciente. A esto se suma el impacto económico indirecto: pérdida de productividad académica y laboral, tanto del estudiante como de sus familiares, quienes muchas veces deben destinar tiempo y recursos adicionales al cuidado del afectado.

Costo institucional y social

A nivel institucional, los TCA representan un desafío importante. Las universidades, y en particular las facultades de Medicina, deben destinar recursos a programas de prevención, detección y atención psicológica para sus estudiantes. La normalización de conductas alimenticias de riesgo, la cultura de la exigencia y la competitividad también contribuyen al problema. A nivel social, existe una estigmatización hacia quienes padecen estos

trastornos, lo que dificulta su identificación y tratamiento oportuno, perpetuando el ciclo de enfermedad y exclusión.

”. (Martínez., 2020)

Marco normativo.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2025, Para la prevención, tratamiento y control de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

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, reintegración social, investigación, capacitación, enseñanza y control de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

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

1. **Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA):**
Alteración grave de los patrones de alimentación o conducta relacionada con el peso corporal, que compromete la salud física y mental del individuo.
2. **Anorexia nerviosa:**
Trastorno caracterizado por la restricción voluntaria e intensa de la ingesta de alimentos, acompañada de un miedo intenso a subir de peso y una alteración en la percepción del cuerpo.
3. **Bulimia nerviosa:**
Trastorno que se manifiesta por episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido, uso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo.
4. **Trastorno por atracón:**
Episodios frecuentes de ingesta exagerada de alimentos en poco tiempo, acompañados de sensación de pérdida de control, malestar emocional y ausencia de conductas compensatorias.
5. **Conductas alimentarias de riesgo:**
Acciones como saltarse comidas, hacer dietas extremas, vomitar después de comer, uso de diuréticos, laxantes o ejercicio excesivo con el fin de controlar el peso.
6. **Imagen corporal distorsionada:**
Percepción errónea y negativa del cuerpo o de partes del cuerpo, frecuentemente asociada a sentimientos de insatisfacción, rechazo y ansiedad.

7. **Tratamiento multidisciplinario:**
Abordaje terapéutico que integra atención médica, nutricional, psicológica y psiquiátrica, con el fin de lograr la recuperación integral del paciente con TCA.
8. **Rehabilitación psicosocial:**
Proceso de apoyo al paciente para restablecer su funcionalidad en los ámbitos personal, académico, familiar y social, después del tratamiento clínico del TCA.
9. **Prevención primaria:**
Conjunto de acciones encaminadas a evitar la aparición de los TCA, incluyendo educación en salud, promoción de hábitos alimentarios saludables y fortalecimiento de la autoestima.
10. **Población vulnerable:**
Grupos de riesgo con mayor predisposición a desarrollar TCA, como adolescentes, estudiantes universitarios, personas con antecedentes familiares de TCA o con trastornos de ansiedad o depresión.

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 segundo semestre de la carrera de medicina humana

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 de segundo semestre.

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 nuestra investigación empleare 2 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 la cual llevaremos a cabo dentro de la institución. Esta técnica será empleada de apoyo para la recopilación de información sobre los trastornos alimenticios y los efectos que este ocasiona en los estudiantes.

Cronograma.

[illegible]

2Bibliografías:

Trastornos de la alimentación - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. (n.d.). Wwww.mayoclinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/eating-disorders/diagnosis-treatment/drc-20353609>

Prevalencia y pronóstico | Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2015). Castillalamancha.es. <https://sanidad.castillalamancha.es/profesionales/trastornos-alimentarios/aproximacion-al-problema/prevalencia-y-pronostico>

Bárcenas Torres, M. F., Gómez Landeros, O., Granados Cosme, J. A., Alonso Altamirano, A., & Aguilar Sandoval, L. R. (2023). *Prevalencia de sintomatología de trastorno por atracón en estudiantes de Medicina en una universidad mexicana.* DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan, 10(19), 25–30. <https://doi.org/10.29057/esa.v10i19.9922>

Bárcenas Torres, M. F. (2023). *Prevalencia de sintomatología de trastorno por atracón en estudiantes de Medicina en una universidad mexicana* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco]. Repositorio Institucional UAM-Xochimilco.

<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/40662>repositorio.xoc.uam.mx

Díaz, K., Quintana López, V. A., Mejía-León, M. E., & Bojórquez-Díaz, C. I. (2022). *Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios del área de la salud.* Ju'únea Revista de Investigación, 7(8), 1–10.

https://www.researchgate.net/publication/361549770_Riesgo_de_trastornos_de_la_conducta_alimentaria_en_universitarios_del_area_de_la_saludResearchGate

García-Burgos, A., Urtuzuastegui, A., & Patrón Vázquez, L. A. (2024). *Trastornos de conducta alimenticia y estrés en estudiantes universitarios.* Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(6), 3706–3722.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8949ResearchGate

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

Secretaría de Salud. (2024, diciembre 23). *Secretaría de Salud invita a emplear el Plato del Bien Comer para estas fiestas decembrinas.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/secretaria-de-salud-invita-a-emplear-el-plato-del-bien-comer-para-estas-fiestas-decembrinas>

Secretaría de Salud. (2024, diciembre 20). *La Secretaría de Salud invita a disfrutar de las fiestas navideñas con hábitos alimenticios saludables.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/la-secretaria-de-salud-invita-a-disfrutar-de-las-fiestas-navidenas-con-habitos-alimenticios-saludables>

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

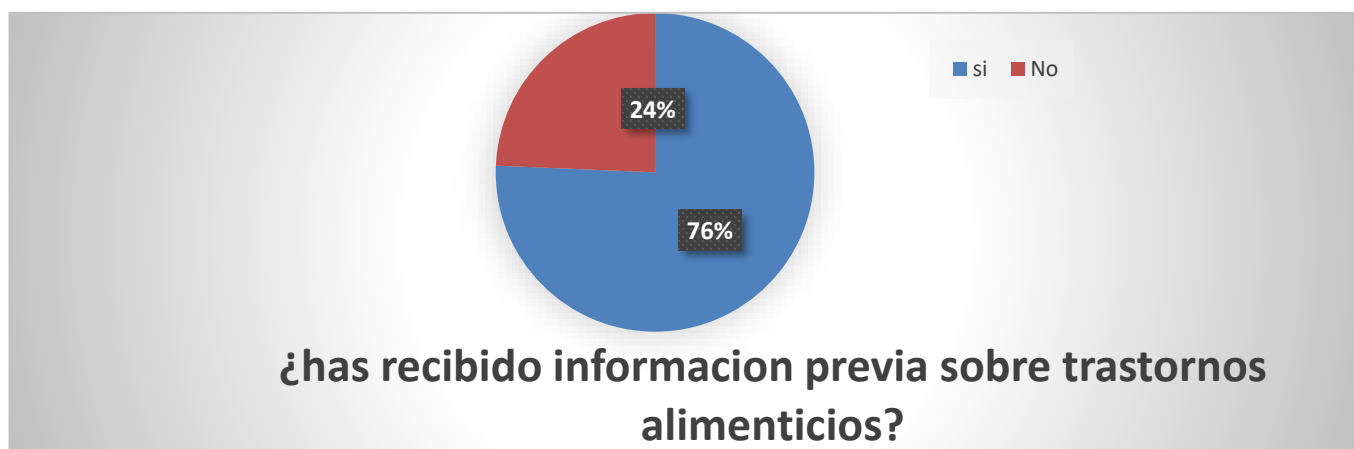
Tabuladores de datos obtenidos:

Ilustración 1. El 76% del 100% de alumnos de segundo semestre a recibido información previa sobre los trastornos alimenticios, mientras que el 24% de la población confirmo no haber recibido ninguna información previa de este tipo y el 20% de la población no contesto

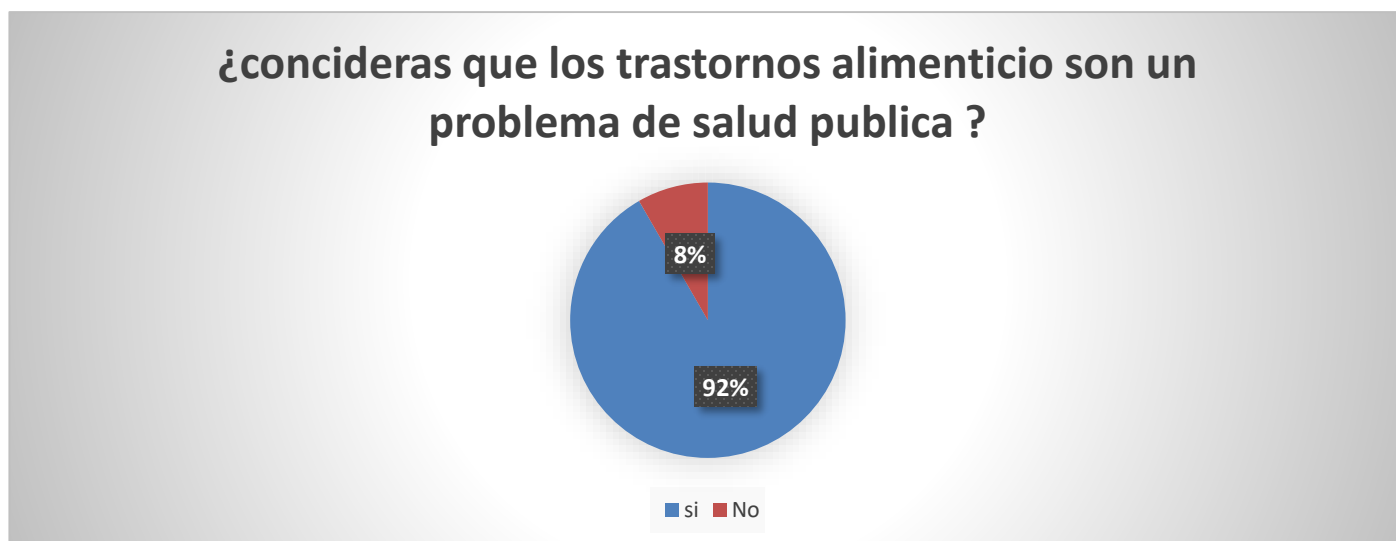


Ilustración 2. 66 personas del total de 74 confirman que estos trastornos son un problema de salud publica, mientras tanto 5 personas niegan que esto sea relevante y 3 personas decidieron no contestar

.¿crees que los estudiantes de medicina reciben suficiente sobre trastornos alimeticios en el plan de estudios?

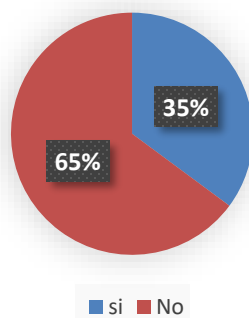


Ilustración 3. 26 del total de 74 encuestados estan de acuerdo que los estudiantes reciben suficiente informacion mientras que 48 de ellos niegan recibir suficiente informacion

¿ los medios de comunicacion como los son las redes socoales influyen en el desarrollo de los trastornos alimneticios?

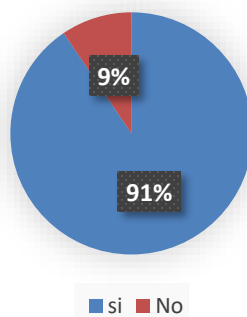


Ilustración 4. El 91% de la población que pertenece a 67 personas confirmaron que las redes sociales influyen en el desarrollo de estos trastornos mientras que 7 personas de la población negaron que esto pueda influir en estos trastornos

¿la presión social es un factor importante en el desarrollo de estos trastornos?

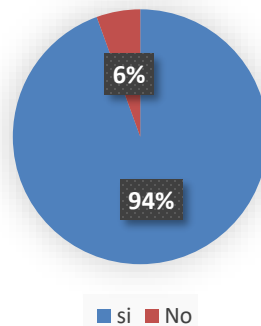


Ilustración 5. El 94% de la población de 74 personas el cual son 68 personas confirman que a presión social es un factor importante en el desarrollo de estos trastornos mientras tanto 4 personas negaron que este factor sea importante para el desarrollo de los trastornos

¿el estrés y la ansiedad pueden desencadenar un trastorno alimenticio?

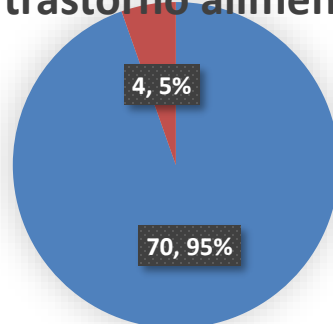


Ilustración 6. El 95% de la población de 74 personas el cual son 70 personas confirman que el estrés y la ansiedad son importantes en el desarrollo de estos trastornos mientras tanto 4 personas negaron que este factor sea importante para el desarrollo de los trastornos

¿los estudiantes con trastornos alimenticios suelen tener problemas de autoestima?



Ilustración 7. El 96% de la población de 74 personas el cual 72 personas confirman que los estudiantes con estos trastornos tienen problemas de autoestima mientras tanto 3 personas negaron que este dato sea verdadero

¿ crees que los factores familiares pueden influir en el desarrollo de estos trastornos?

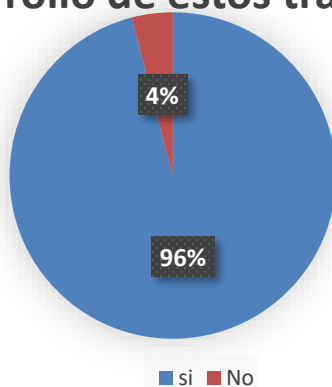


Ilustración 8. El 96% de la población de 74 personas el cual 71 personas confirman que son importantes en el desarrollo de estos trastornos mientras tanto 3 personas negaron que este factor sea importante para el desarrollo de los trastornos

¿ la imagen corporal distorcionada es un sintoma clinico caracteristico de la anorexia nerviosa?

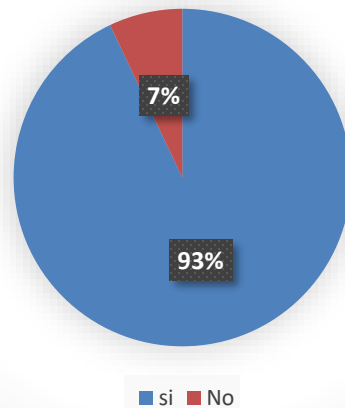


Ilustración 9. Del 100% de la población encuestada 66 personas contestaron afirmativamente y 5 negaron que este dato sea real, a lo cual 3 personas decidieron no contestar

¿ los medicos en formación deberían recibir mas capacitación sobre estos trastornos?



Ilustración 10. Del 100% de la población encuestada 71 personas contestaron afirmativamente que es necesario que los medicos deben de recibir mas informacion sobre este tema, a lo cual 2 personas respondieron que no es necesario y una se nego a responder

¿Crees que hay suficiente información sobre trastornos alimenticios en la sociedad?



Ilustración 11. Del 100 % de la población encuestada, 27 personas afirmaron que hay suficiente información en la sociedad sobre este tema, mientras tanto 46 personas negaron que hay suficiente información y una de ellas se negó a contestar.

¿Crees que las redes sociales pueden agravar los trastornos alimenticios?



Ilustración 11. Del 100 % de la población encuestada, 67 personas afirmaron que este es un factor predisponente, mientras tanto 7 personas negaron que esto sea verdadero.

¿Es necesario mejorar las campañas de concienciación sobre los trastornos alimenticios?



Ilustración 12. 72 personas estan de acuerdo con mejorar las campañas de concienciación, sin embargo, 2 nearon que sea necesario tal accion .

¿Las políticas públicas deberían enfocarse más en la prevención de trastornos alimenticios?



Ilustración 14. 63 de las personas encuestadas afirman que las políticas públicas deberían tomar este tema con mas importancia mientras que 10 personas negaron que sea necesario tal acción y una persona se nego a contestar

¿Crees que los trastornos alimenticios podrían tener un componente hereditario?



Ilustración 15.. 39 personas del total de 74 encuestados están de acuerdo que los trastornos alimenticios podrían tener algún componente hereditario, de este 100% 33 personas dijeron que no es posible que la genética esté relacionado con esto y 2 personas se negaron a contestar

¿El trastorno por atracón está relacionado con un riesgo elevado de obesidad?



Ilustración 16. 51 personas del total de 74 contestaron que este dato es verdadero mientras que 22 personas negaron que esté relacionado y una persona se negó a contestar

¿Consideras que los aspectos culturales influyen en la prevalencia de los trastornos alimenticios?



Ilustración 17. Del 100 % de la población encuestada 57 personas dijeron que la cultura si influye en estos trastornos mientras que 15 negaron que esto sea de relevancia y 2 personas se negaron a contestar.

¿Crees que los trastornos alimenticios son más frecuentes en adolescentes y jóvenes adultos?



Ilustración 18. Del 100% de la población 68 personas confirmaron que este tipo de trastornos son mas frecuentes en adolescentes, 4 de este 100% negaron que esto sea cierto y una persona se negó a contestar

¿Los niveles elevados de cortisol podrían estar asociados con el estrés crónico en pacientes con trastornos alimenticios?



Ilustración 19. Del 100 % de la población 66 personas están de acuerdo de que el cortisol juega un papel importante en estos trastornos, en lo cual 8 personas negaron que esto sea de importancia.

¿Consideras que el apoyo familiar es esencial para la recuperación de pacientes con estos trastornos?



Ilustración 20.. Del 100% de la poblacion 69 personas consideran que si es de importancia el apoyo familiar que se tienen y 5 de las personas encuestados decidieron negar que esto sea relevante

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 Marla Mariela Santiz Hernández nació en la comunidad de Pacayal, municipio de Margaritas, Chiapas el 18 de marzo del 2004. Concluyó sus estudios en la escuela Secundaria Rufino Tamayo, donde obtuvo buenas calificaciones. Después concluyó satisfactoriamente sus estudios de nivel medio superior en el Cobach plantel 109. Y actualmente se encuentra cursando el 4 semestre de la carrera de medicina del campus UDS Comitán, Chiapas

El autor Adriana Janeth Sánchez Hernández nació en la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas el 12 de febrero del 2004. Concluyó sus estudios de educación básica en la escuela telesecundaria Mi patria es primero, en donde obtuvo buenas calificaciones y múltiples diplomas por participación académicas. Después concluyó satisfactoriamente sus estudios de nivel medio superior en el Colegio Nacional de Educación Técnica Profesional (CONALEP) plantel Comitán en donde se graduó como técnico en enfermería. Y actualmente se encuentra cursando el 4 semestre de la carrera de medicina humana del campus UDS Comitán, Chiapas

El autor Andrea Alejandra Albores nació en la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas el 3 de diciembre del 2005. Concluyó sus estudios de educación básica en la escuela secundaria técnica número 5, estudio en la preparatoria del estado Comitán concluyendo sus estudios como químico biólogo, en donde obtuvo buenas calificaciones y múltiples diplomas por participación académicas, de igual forma se destacó por ser una buena deportista participando en varios eventos deportivos en especial en básquetbol

Actualmente está cursando el 4 semestre de la carrera de medicina humana del campus UDS Comitán, al mismo tiempo que estudia una carrera técnica en inglés en el colegio ITAES y pertenece al club de mundo básquet Comitán.