

Universidad de Iberoamérica

Facultad de Psicología

**Adicción a Sustancias y Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Efecto en la  
Calidad de Vida de las Personas**

Trabajo Final de Graduación bajo la Modalidad de Tesis para optar por el grado de  
Licenciatura en Psicología

María Jesús Aranda Granados - 20220195

Fiorella Vivi Quesada - 20220158

San José, Costa Rica

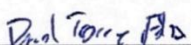
Abril, 2025

Adicción a Sustancias y Trastornos de la Conducta Alimentaria y su Efecto en la  
Calidad de Vida de las Personas

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis para optar por el grado de  
Licenciatura en Psicología

Presentado por: María Jesús Aranda y Fiorella Vivi

Aprobado por los siguientes miembros del Tribunal Examinador:



Lic. David Torres Fernández

Director del proyecto



MSc. Camila Ordoñez Laclé

Representante de la Decana Facultad de Psicología



MSc. Carol Garita

Profesora Invitada

### **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mi familia: a mi mamá, por ser mi refugio y fuerza constante; a mi papá, por su ejemplo, consejos y apoyo incondicional; y a mi hermano, por su compañía y alegría en cada etapa. En especial, a mi querida tía Pupu que está en el cielo y fue psicóloga. Su partida dejó un vacío, pero también encendió en mí la pasión por esta profesión. Sin ella, y sin el profundo deseo de continuar su legado, quizá no habría encontrado la fuerza para seguir. Aunque la vida no le permitió dejar su propia huella, me dejó a mí el impulso para seguir su camino y honrar su memoria en cada paso que doy en esta increíble carrera.

### **Agradecimientos**

Agradezco, en primer lugar, a Dios por darme la fortaleza, la salud y la claridad para concluir esta etapa. Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Facultad de Psicología de la Universidad de Iberoamérica, por brindarme las herramientas y los conocimientos necesarios para crecer, tanto profesional como personalmente. A las profesoras y profesores que me guiaron con dedicación, paciencia y sabiduría durante estos años; cada uno ha dejado una huella valiosa en mi formación. A mi compañera de tesis, con quien compartí no solo los desafíos y esfuerzos de estos tres años, sino también una amistad invaluable; trabajar juntas en esta tesis fue un objetivo y una meta que significaron mucho para ambas, y su apoyo, compromiso y complicidad han sido fundamentales para que este logro fuera posible. A mis compañeras de clase, por el compañerismo, las experiencias compartidas y por construir juntas un ambiente de aprendizaje lleno de respeto, empatía y apoyo mutuo. A mi familia, especialmente a mi papá, mamá y hermano, por ser mi sostén incondicional, por creer en mí incluso en los momentos de mayor incertidumbre, y por estar siempre presentes con su amor, comprensión y respaldo constante. A mis amigas de vida, esas que han estado ahí en todo momento, aunque no compartieran el mismo camino académico, gracias por acompañarme con su presencia incondicional, por escucharme en los días difíciles, por animarme cuando flaqueaba y por recordarme siempre quién soy y por qué vale la pena seguir adelante; su amistad ha sido un refugio, una alegría y una fuente de fuerza a lo largo de este proceso. Y gracias también a todas las personas que, con gestos pequeños o grandes, contribuyeron a que este sueño se hiciera realidad. Este logro no es solo mío, sino de cada persona que, de una u otra manera, me acompañó, apoyó y creyó en mí.

Fiorella Vivi Quesada

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis con todo mi cariño a mi familia, especialmente a mi mamá y mis abuelos, por ser mi fuerza, mi guía y mi refugio. A mis amigos y a todas las personas que creyeron en mí, gracias por acompañarme en cada paso de este camino. A Apolo, mi perrhijo en el cielo, quien me acompañó durante mi infancia, adolescencia y juventud, y con quien compartí largas horas de estudio, siendo el primer oyente de mis exposiciones y mi compañero en tantas noches de desvelo. Gracias por acompañarme, siempre.

## **Agradecimientos**

Concluir este proceso académico representa no solo el cierre de una etapa, sino también la suma de múltiples esfuerzos, apoyos y acompañamientos que hicieron posible alcanzar esta meta. Quiero agradecer primeramente a la persona más importante de mi vida, mi mamá, por ser mi modelo de vida, la mujer más fuerte que conozco y a quien más admiro. Su amor incondicional, su ejemplo de perseverancia y su constante apoyo han sido fundamentales en cada paso que he dado. A mi abuelo, por compartir conmigo su interés por la psicología, por todas las revistas y libros que me regaló, y por motivarme siempre a seguir aprendiendo. A mi abuela, por su cariño constante, su paciencia y su sabiduría, que han sido un pilar en mi vida. Y a toda mi familia, por estar presente, por su apoyo emocional y por creer en mí incondicionalmente. A mi compañera de tesis, por su entrega, su paciencia y su disposición incondicional. Haber compartido este camino con ella lo hizo no solo más llevadero, sino también más humano, más cálido y lleno de momentos que siempre voy a valorar. A mis amigos, por ser mi refugio emocional durante todo este proceso, por escucharme sin juzgar, por levantarme en los días difíciles, por hacerme reír cuando más lo necesitaba y por recordarme quién soy cuando sentía que me perdía. Gracias por su paciencia, por celebrar conmigo cada logro y por demostrarme, una y otra vez, que no estaba sola. Y, finalmente, a todas las personas que, de una u otra forma, formaron parte de este proceso. Cada gesto, palabra, consejo o simple compañía sumó más de lo que imaginan. Todo eso se me queda guardado para siempre; son momentos, palabras y personas que no se me van a olvidar nunca, porque hicieron de este proceso algo mucho más especial.

María Jesús Aranda

## Resumen Ejecutivo:

### Justificación

La adicción a sustancias y los *trastornos de la conducta alimentaria* (TCA) representan dos de las problemáticas más relevantes de la salud mental contemporánea. Estas condiciones afectan profundamente la calidad de vida de las personas, tanto a nivel físico como emocional y social. Comparten múltiples factores de riesgo y mecanismos de desarrollo, como la impulsividad, baja autoestima, dificultad para gestionar emociones, presión social y alteraciones en los sistemas cerebrales de recompensa. El aumento en la prevalencia de ambos trastornos y su impacto en el funcionamiento integral del individuo justifica la necesidad de estudiarlos de forma articulada y profunda.

### Antecedentes

En el contexto nacional, se ha identificado un crecimiento alarmante en los casos de TCA, especialmente en adolescentes y jóvenes, con una mayor incidencia en mujeres. Las instituciones de salud reportan cifras crecientes de hospitalizaciones y consultas por este tipo de trastornos, lo que refleja una problemática en expansión. En paralelo, el consumo de sustancias psicoactivas ha crecido de forma sostenida, particularmente entre personas en condición de vulnerabilidad social y en población joven. A nivel internacional, estos fenómenos también han sido reconocidos como desafíos emergentes de salud pública, con tasas elevadas de morbilidad, comorbilidades asociadas y mortalidad prematura, lo que resalta la necesidad de abordajes integrales y contextualizados.

## **Marco Teórico**

Los TCA, como la anorexia y la bulimia, son enfermedades psiquiátricas caracterizadas por una alteración grave de los hábitos alimentarios y una preocupación obsesiva por el peso y la imagen corporal. Por su parte, la adicción a sustancias implica un consumo compulsivo que altera la estructura y funcionamiento del cerebro, afectando también el comportamiento y la vida emocional. Ambas condiciones presentan consecuencias severas en distintas áreas del desarrollo humano, generando afectaciones a nivel físico, deterioro emocional, aislamiento social y limitaciones cognitivas. La comprensión de estos trastornos desde una perspectiva multidimensional permite identificar sus múltiples formas de manifestación y su efecto acumulativo sobre el bienestar personal.

## **Objetivos**

### ***General:***

- Evaluar el impacto que tienen los TCA y la adicción a sustancias en la calidad de vida en adultos jóvenes.

### ***Específicos:***

Conocer el impacto de ambas condiciones en las relaciones familiares, sociales y laborales.

- Valorar las consecuencias físicas y cognitivas de estos trastornos.
- Entender cómo afectan el bienestar emocional y la autoestima de los evaluados.
- Comparar denominadores comunes entre los TCA y adicción a sustancias.

## Metodología

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo y un diseño descriptivo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas con diagnóstico de TCA o adicción a sustancias, con el propósito de explorar cómo estas condiciones afectan su calidad de vida. La información recolectada fue clasificada y analizada en función de seis áreas principales: salud física, esfera afectiva, relaciones interpersonales, desempeño intelectual, bienestar emocional y autoestima.

## Resultados

Los hallazgos evidenciaron que ambas condiciones deterioran significativamente la calidad de vida de las personas en todas las dimensiones estudiadas. A continuación, se detallarán dichas dimensiones:

- En el **área física** se encontró un deterioro significativo de la salud física en ambas condiciones. En los TCA predominaron la desnutrición, la fatiga y problemas cardiovasculares, mientras que en las adicciones se observaron enfermedades infecciosas, daño multisistémico y pérdida de hábitos de autocuidado.
- Respecto al **área afectiva**, los participantes evidenciaron alta presencia de ansiedad, culpa, tristeza y frustración. En los TCA, el perfeccionismo y la autocrítica fueron centrales, mientras que en adicciones dominó la evasión emocional y la dependencia hacia las sustancias como mecanismo de afrontamiento.
- En el **área interpersonal**, ambos grupos reportaron rupturas familiares, deterioro de relaciones sociales y conflictos laborales o académicos. En los TCA, el aislamiento surgía por vergüenza corporal, y en adicciones, por pérdida de confianza y rechazo social.

- Se identificaron, respecto al **área intelectual**, dificultades en concentración, memoria, procesamiento de información y planificación. En TCA, los pensamientos obsesivos sobre el cuerpo limitaban el desempeño cognitivo, mientras que en adicciones las sustancias afectaban directamente las capacidades mentales.
- El **bienestar emocional** se vio gravemente afectado en ambas poblaciones. Predominó la sensación de vacío, la inestabilidad emocional y la incapacidad para experimentar placer o calma, lo que dificulta la recuperación y perpetúa el malestar.
- La **autoestima** baja fue un rasgo común. En TCA, dependía rígidamente de la imagen corporal, mientras que en adicciones se observó una fuerte autopercepción de incapacidad y fracaso, lo que refuerza la conducta disfuncional en ambos casos.

## **Discusión**

Los resultados de este estudio permitieron concluir que tanto las adicciones como los TCA deterioran de manera profunda la calidad de vida, lo que afecta las áreas física, afectiva, interpersonal, intelectual, de bienestar emocional y de autoestima. Se observó que ambas condiciones comparten patrones de ansiedad, culpa, tristeza, aislamiento, dificultades cognitivas y relaciones sociales deterioradas. Además, se identificó una afectación constante en el bienestar emocional, caracterizada por sentimientos de vacío y desesperanza, así como una autoestima frágil basada en percepciones negativas de sí mismos.

**Palabras clave:** Adicción a sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, calidad de vida, salud mental, impulsividad, baja autoestima, presión social, dependencia emocional, deterioro físico, aislamiento social, comorbilidades, estigmatización, intervención integral, diagnóstico temprano, educación emocional.

## Índice

Resumen Ejecutivo: .....	5
Justificación.....	5
Antecedentes .....	5
Marco Teórico .....	6
Objetivos .....	6
General: .....	6
Específicos:.....	6
Metodología .....	7
Resultados .....	7
Discusión.....	8
Capítulo I: Introducción.....	12
Introducción .....	12
Justificación.....	13
Capítulo II: Marco Referencial .....	17
Antecedentes nacionales .....	17
Antecedentes internacionales .....	19
Marco Teórico.....	23
Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	23
Adicción a Sustancias.....	28
Afectación en la calidad de vida.....	33
Capítulo III: Problema .....	47
Problema.....	47
Objetivos .....	47
Objetivo general .....	47
Objetivos específicos.....	47

	10
Capítulo IV: Metodología .....	48
Diseño Metodológico: .....	48
Participantes/muestra: .....	48
Criterios de inclusión y exclusión: .....	48
Instrumentos .....	49
Entrevista semiestructurada.....	49
Procedimiento.....	49
Técnicas de análisis.....	50
Análisis de contenido cualitativo.....	50
Consideraciones éticas para tomar en cuenta con las personas participantes de esta investigación.....	50
Capítulo V: Resultados .....	51
Adicción a Sustancias.....	51
Área Interpersonal .....	51
Área Física.....	52
Área Intelectual.....	53
Área Afectiva.....	54
Bienestar Emocional.....	55
Autoestima.....	56
Trastornos Alimenticios .....	57
Área Interpersonal .....	57
Área Física.....	58
Área Intelectual.....	59
Área Afectiva.....	60
Bienestar Emocional.....	61
Autoestima.....	61

Adicciones y Trastornos Alimenticios .....	62
Área Interpersonal: .....	62
Área Física:.....	63
Área Intelectual: .....	63
Área Afectiva:.....	64
Bienestar emocional: .....	64
Autoestima:.....	64
Capítulo VI: Discusión .....	65
Discusión de resultados.....	65
Impacto en las relaciones interpersonales .....	65
Impacto en la salud física .....	66
Impacto en el desarrollo intelectual.....	67
Impacto en el bienestar emocional .....	68
Impacto en la autoestima .....	68
Limitaciones .....	69
Conclusiones .....	69
Recomendaciones.....	71
Referencias.....	71
Anexos .....	87
Anexo #1. Consentimientos informados .....	87
Anexo #2. Preguntas de entrevista .....	94

## Capítulo I: Introducción

### Introducción

En la actualidad, la adicción a sustancias y los TCA representan un reto significativo para la salud pública y el bienestar individual. Ambas condiciones comparten características neurobiológicas, psicológicas y sociales que pueden afectar gravemente la calidad de vida de quienes las padecen. La adicción a sustancias implica el consumo compulsivo de drogas, lo que genera una dependencia física y psicológica que interfiere con el funcionamiento normal del individuo. Por otro lado, los TCA, como la anorexia y la bulimia, se caracterizan por patrones alterados de alimentación y una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal (González et al., 2014).

La coexistencia de estos trastornos es común y preocupante, ya que muchas personas que sufren de TCA también presentan problemas con el abuso de sustancias (Persano et al., 2016). Esta relación se debe a una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Por ejemplo, la disfunción en los sistemas de recompensa del cerebro, específicamente en la dopamina y la serotonina, puede llevar a una búsqueda compulsiva de placer y alivio, ya sea a través del consumo de sustancias o de conductas alimentarias extremas. Además, la baja autoestima, la presión social, la ansiedad y la dificultad para manejar las emociones juegan un papel clave en el desarrollo de ambas condiciones (Bisetto et al., 2011).

Desde un punto de vista médico, tanto la adicción a sustancias como los TCA tienen efectos devastadores en la salud física. El abuso de sustancias puede provocar enfermedades hepáticas, cardiovasculares, trastornos neurológicos y daños en múltiples órganos. En el caso de los trastornos alimentarios, los riesgos incluyen desnutrición severa, osteoporosis, problemas digestivos, desequilibrios electrolíticos y, en casos extremos, la muerte. En

conjunto, ambas condiciones pueden llevar a un deterioro acelerado del organismo y reducir significativamente la esperanza de vida (González et al., 2014).

Sin embargo, el impacto de estos trastornos no se limita a la salud física. La dimensión psicológica y social son igualmente relevantes, ya que afectan la autoestima, la estabilidad emocional y las relaciones interpersonales. Las personas con estas condiciones suelen experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento, lo que puede llevarlas a evitar el contacto con sus seres queridos y a desarrollar síntomas depresivos o ansiosos. Asimismo, el estigma asociado a los trastornos de salud mental impide que muchas personas busquen ayuda, lo que agrava su condición y perpetúa el ciclo de autodestrucción (Calvo Sagardoy, 2000).

### **Justificación**

Existe una sólida evidencia en la clínica que muestra la coexistencia entre los TCA (TCA) y el abuso de sustancias. Persano et al. (2016) expresa que más del 30 % de los pacientes con TCA pueden demostrar un problema de abuso de sustancias concurrentes, especialmente aquellos que padecen *bulimia nerviosa* (BN), estableciendo una relación dependiente entre características de tanto impulsividad como de organización de la personalidad. Por su parte, las adicciones a sustancias y los TCA comparten ciertas similitudes etiológicas y clínicas, presentan un mayor riesgo de padecer complicaciones en su salud.

Salazar Mora (2011) menciona que se ha observado un aumento significativo de los TCA, principalmente de la anorexia y bulimia, los cuales han alarmado lo suficiente para constituirse como un problema de salud delicado. A su vez, Becoña (2020) señala que el consumo de algunas drogas ha crecido de manera importante, dado que existe un interés por nuevas drogas, en donde, incluso, se ha marcado el surgimiento de nuevos centros de drogodependencia.

Como se puede observar, tanto los TCA como la adicción a sustancias han tenido un auge exponencial los últimos años, por ello, Persano et al. (2016) comentan que estos son dos de los problemas más frecuentes en la sociedad costarricense. Es por esta razón que resulta de suma importancia el estudiarlos, debido a que, por un lado, existen estudios recientes que explican que el comienzo de la aparición de ambos problemas es cada vez menor, y por otro lado, el identificar las causas que asocian ambos puede generar un aumento de conocimientos de los distintos factores de riesgo que fomentan la aparición de estos.

En el caso de los TCA, numerosos estudios han expuesto el impacto de estos en la calidad de vida de las personas, al describir que las áreas más afectadas como consecuencia son: estudios, trabajo y actividades, así como las relaciones familiares, sociales y de pareja; además del estado de ánimo y personalidad. Se coincide en señalar que las relaciones familiares y sociales son uno de los aspectos que causa mayor malestar en los pacientes, al mencionar que estos pierden paulatinamente la relación con sus amistades, llegando incluso al aislamiento social. A su vez, se demuestra que se experimentan cambios significativos en el estado de ánimo, lo que incide en mayores niveles de poca autoestima, labilidad emocional, niveles de tristeza y agresividad (Etxeberria et al., 2022).

A su vez, en el estudio realizado por González et al. (2001) se concluye que los pacientes con anorexia purgativa son aquellos que muestran peor calidad de vida en las áreas tanto mentales como físicas. Por otra parte, aquellos con una sintomatología más grave demostraron una mayor afectación en el funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Los pacientes con una sintomatología leve se presentan con una puntuación cercana a las de la población general de su misma edad y sexo, en su rol físico, vitalidad y funcionamiento físico. Se demuestra entonces que los TCA, comparado con otras patologías mentales crónicas, presentan una percepción de calidad de vida parecida e incluso peor que estas.

Por otro lado, en el caso de las adicciones, se ha demostrado que las personas con adicciones manifiestan con regularidad diversos problemas con respecto a su estilo y calidad de vida. Según Ruiz (2023), los problemas conductuales, así como los emocionales, son las principales consecuencias derivadas de años de consumo y vida desadaptativa. Aspectos como el control social, la familia, los amigos y la estabilidad económica son algunas consecuencias negativas que dichas personas tienden a experimentar pérdida o sufrir al vivir de esta manera.

Por su parte, la calidad de vida en las personas consumidoras de sustancias disminuye su salud mental, debido a que hay una gran tendencia a que estas personas desarrollen sucesivos desórdenes o trastornos, como los mencionados por Iglesias (2014), que son: trastornos del estado de ánimo, como lo es la depresión, ansiedad, y trastorno bipolar; trastornos de la personalidad, como el límite y antisocial; trastornos de control de impulsos; trastornos de ansiedad, como el estrés postraumático o fobias; trastornos psicóticos, como la esquizofrenia y paranoia inducida por las mismas sustancias; trastornos alimenticios, como lo es la anorexia o bulimia, y, finalmente, trastornos del sueño, como lo es el insomnio o apnea del sueño (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Respecto a la calidad o estilo de vida de dichas personas, se ha comprobado que suele disminuir por la gran estigmatización, rechazo social y la falta de sensibilización que existe hacia las personas consumidoras. Debido a todo esto, es negativamente moralizado, como la intoxicación, accidentes, problemas sociales y pérdida de control. Si bien es cierto, el consumo y uso de sustancias psicoactivas suele provocar que la persona consumidora presente una serie de conductas inadecuadas ante el “constructo social”. Dicho esto, al verse como personas alejadas al contexto de normalidad se suelen clasificar o etiquetar como viciosos, delincuentes o criminales, y, por ende, se les suele dar malos tratos sin tomar en cuenta su condición, dado que ha perdido por completo el control sobre sus actos y la necesidad imperiosa de consumo, por su propia adicción a la sustancia (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, estas actitudes, que disminuyen la calidad y estilo de vida en dichas personas, se dan debido a que, de acuerdo por lo señalado por Pascual Mollá y Pascual Pastor (2017), “los consumos son alentados, publicitados y aplaudidos pero las consecuencias rechazadas” (p. 224). Entre algunas de las incontrolables consecuencias que provoca el pensamiento, señalado por Pascual Mollá y Pascual Pastor (2017), son el autoestigma y estigma en el sector sociosanitario, por lo que a este tipo de personas es muy común etiquetarlos antes incluso de escucharlos. Asimismo, cabe resaltar el hecho de que el estigma y sus consecuencias se incrementan cuando se trata de una mujer (Pascual Mollá y Pascual Pastor , 2017).

Los TCA y la adicción a sustancias presentan numerosas similitudes, como los efectos en la calidad de vida de quienes lo padecen. Por lo tanto, este trabajo se enfoca principalmente en las áreas interpersonal, física, intelectual y afectiva de estas problemáticas, al considerar su impacto significativo en el bienestar de los individuos.

## Capítulo II: Marco Referencial

### Antecedentes nacionales

A nivel nacional, los TCA se constituyen como un problema de salud pública, en donde se muestra una creciente prevalencia, una considerable morbilidad y mortalidad, y un curso clínico prolongado. Sin embargo, con un diagnóstico y tratamiento temprano, su pronóstico mejora de manera significativa; a pesar de esto, muchos pacientes no tienen conciencia de su enfermedad y ofrecen resistencia al tratamiento (Chunga-Silva, 2015 y Gaete P. et al., 2012, citados en Vargas Baldares, 2018).

Morales et al. (2002, citados en López Porras, 2014) resaltan que se encuentran aspectos relevantes en los TCA, como la existencia de la dinámica familiar disfuncional, en donde destaca la presencia de conflictos a nivel del subsistema parental, así como adolescentes con un rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, al igual que síntomas ansiosos y preocupación por la imagen corporal desde la infancia. Además, se encontró una asociación importante de la enfermedad con trastornos afectivos, trastornos ansiosos y conductas de riesgo en los adolescentes, así como alteraciones médicas, como, por ejemplo, anemia, alteraciones de sodio y enfermedad eutiroidea.

Por un lado, Chunga-Silva (2015) y Gaete et al. (2012, citados en Vargas Baldares, 2018) señalan que los TCA son más frecuentes en mujeres adolescentes con una edad promedio entre 15-17; no obstante, en los últimos años se ha mostrado un aumento de casos reportados en los hombres. Por otro lado, Villalobos Alvarado (2021) subraya que, según los datos compartidos por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en el año 2019, se registraron 958 casos entre jóvenes entre los 15-19 años; en el 2020, se registraron 1.158 casos; y, de enero a noviembre del siguiente año, se contabilizaron 1.751 casos en el mismo rango de edad, excluyendo a todas las atenciones brindadas por centros de salud privados.

Por su parte, desde el 1 de septiembre del 2022, hasta el 16 de enero del 2023, la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños atendió 33 pacientes con TCA, mientras que en el servicio de pediatría se valoraron 73 pacientes, siendo la anorexia y la anorexia nerviosa (AN) atípica los diagnósticos más frecuentes (Castro Mora, 2023). Adicionalmente, hasta julio del 2021, la Caja Costarricense del Seguro Social contabilizó 40 egresos por TCA, durante el 2020 reportó 38 y para el 2019 se contabilizaron 50; en donde 50 % de los casos se registran en mujeres (Rodríguez, 2021).

Ahora bien, con respecto al consumo de sustancias, y en general el tema de las adicciones, Costa Rica ha sido un tema de preocupación en los últimos años. Aunque el país es conocido por su belleza natural y turismo, también enfrenta desafíos relacionados con el tráfico y el uso de sustancias. Phillips y Bonilla (2019) señalan que las principales causas de esta situación provienen de aspectos relacionados con problemas socio-personales, familiares, etapas del desarrollo, económicos, falta de educación, falta de prevención, salud mental y disponibilidad de las sustancias.

En cuanto a las causas mencionadas anteriormente, Phillips y Bonilla (2019) comentan que las personas sin un hogar, o mejor conocidas como en estado de indigencia, son quienes más consumen sustancias diariamente en el país, esto porque son más propensas a haber experimentado una o varias de las causas que influyen en el consumo y, posteriormente, adicción a las sustancias ilícitas, sometándose a un mundo repleto de trabajos informales como lo son la prostitución, el robo, la venta de psicoactivos, las ayudas sociales, entre otras; con la finalidad de poder mantener una “digna” calidad de vida e incluso, seguir sustentando su adicción con tal de no caer en abstinencia.

El uso y adicción de drogas, como marihuana y cocaína, son las más consumidas en el país, las cuales, con el paso de los años, han ido en aumento, especialmente entre la población

joven. Esto se ha evidenciado, de acuerdo con Mondragón Bahena (2021), porque Costa Rica es uno de los países en donde los hombres tienden a consumir más que las mujeres, ya que por cada mujer que consume en la población, hay 18 hombres consumidores.

### **Antecedentes internacionales**

El incremento exponencial de la prevalencia de los TCA en la segunda mitad del siglo XX y el inicio del siguiente siglo, se ha asociado a factores predisponentes de tipo sociocultural, especialmente a ciertos estereotipos de belleza. Esto se puede ejemplificar en la misma definición de delgadez y en lo que se ha ido impulsado en la industria de la belleza, como por ejemplo: cosméticos, cirugías, productos dietéticos, etc. (Levine y Smolak, 2000, citado en Baile Ayensa y González Calderón, 2010).

Cala Romero (2014) considera que, desde que se consolida la sociedad, la alimentación deja de ser solamente una necesidad, en donde en la época de los romanos, el comer se consideraba como una actitud socialmente bien vista. Tal es el punto, que era necesario recurrir al acto del vómito para así poder seguir disfrutando el placer del comer. Sin embargo, también existe la restricción y ayuno como una manera de alcanzar la pureza humana, lo cual, en la Edad Media, se veía como forma de logro de un espíritu elevado.

Van't Hof (1994, citado en Arrufat Nebot, 2006) hace mención que, desde la segunda mitad del siglo XX, la presencia de los TCA ha incrementado de gran manera, en donde aún no se tiene claro si es por el crecimiento de su prevalencia o porque hay un mayor conocimiento y reconocimiento. A su vez, la primera descripción en la literatura médica sobre la anorexia ronda en el siglo XVII, no obstante, se resalta que estos trastornos ya aparecen en etapas anteriores.

Por su parte, Wade et al. (2006, citados en Pírez Mora et al., 2016), realizó un estudio en el que se analizan los datos poblacionales de una muestra de 1 002 mujeres gemelas adultas

entre los 28 a los 39 años. En esta, se encontró que la aparición del trastorno se da alrededor de los 14.54 años. Otro estudio muestra que, con respecto a las diferentes prevalencias de padecer cualquier tipo de TCA dependiendo del sexo, es entre 3 a 8 veces más frecuente entre las mujeres que en los hombres. También, se resalta que, para el sobrediagnóstico del trastorno por atracones, se estimó en un 0.72 %, mientras que, en los casos de trastorno por purgas, los valores calculados fueron de un 5,3 %, y, finalmente, para cualquier trastorno por atracón, resultó ser de 21.5% (Pírez Mora et al., 2016).

Vargas Baldares (2013) explica que los datos epidemiológicos sobre TCA fundamentan una mayor vulnerabilidad en las mujeres jóvenes a padecerlos, especialmente en la adolescencia o adultez temprana. La incidencia máxima se da entre los 15 a los 25 años, y con respecto a factores demográficos relacionados con el TCA se incluye: sexo, edad, ser hijo único, muerte de algún progenitor o familia monoparental. Los pacientes con esta enfermedad poseen mayor incidencia de trastornos afectivos, con una prevalencia de mayor depresión. Además, que la población en mayor riesgo se conforma por atletas, modelos, deportistas, antecedentes de depresión, historia de abuso sexual o aquellos con antecedentes de TCA o antecedentes de obesidad en la niñez.

Con respecto a la adicción a sustancias, Jiménez Silvestre y Castillo Franco (2011) subrayan que México es uno de los países que destacan por su alto nivel de consumo de ciertas sustancias, específicamente en ciudades fronterizas, así como lo son Tijuana y Baja California. Según estos autores, la metanfetamina es una de las drogas más utilizadas en estas regiones, ya que la misma, al ser un estimulante, provoca en el ser humano una experiencia de placer y satisfacción, a través de la liberación de dopamina, lo que mejora no solo el estado anímico, sino también estimula la motilidad. Sin embargo, se ha demostrado que el abuso crónico de dicha droga causa dependencia, lo que puede llegar a provocar un comportamiento psicótico,

caracterizado por paranoia intensa, alucinaciones visuales y auditivas, así como comportamiento violento, confusión y fatiga, al igual que ataques cardíacos o derrame cerebral.

La Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Adicción de México realizó encuestas a la población de ambas regiones entre los 12 a los 65 años y comprobó que el 12.5 % consumieron dichas drogas alguna vez. Asimismo, en la zona noreste del país, conformada por Baja California Sur, Chihuahua, Sinaloa y Sonora, la cifra aumentó a 36.1 %. Además, solo en la zona de Baja California, dicha cifra de consumo aumentó severamente a un 59.1 %. Finalmente, se demostró que Tijuana, al ser un área geográfica delimitada, los datos recolectados apuntaron a una cifra de 88.4 %, lo que refleja un alto consumo y adicción por dicha sustancia (Jiménez y Castillo Franco, 2011).

Otro de los países que se encuentran con mayor prevalencia al consumo y adicción a drogas, tales como el tabaco, marihuana y opiáceos, es Estados Unidos. Suárez Castellano (2020) ha señalado que, en los últimos años, este país ha incrementado el consumo abusivo de los analgésicos prescritos, como son los opiáceos. Además, Suárez Castellano (2020) subraya que los opioides han supuesto un antes y un después para el país, esto debido a la falta de conocimiento, transparencia, comunicación y tolerancia con respecto a las consecuencias que los mismos pueden llegar a provocar en las personas que los consumen, así como lo es una posible sobredosis, lo cual ha incrementado el número de muertes en el país desde que comenzó esta crisis. Lo mencionado anteriormente, se puede evidenciar a través de la investigación que realizó el National Institute on Drug Abuse NIH (2017, citado en Suárez Castellano, 2020) que afirma que “en el 2015, más de 33.000 estadounidenses murieron por sobredosis de opioides, incluidos los opioides recetados, la heroína y el fentanilo de fabricación ilegal” (p. 4).

De acuerdo con Suárez Castellano (2020), la *Oxicodona* provocó un incremento exponencial de pacientes adictos, siendo el opioide más vendido y el de prescripción más abusada en Estados Unidos. También, dentro de otros opioides como lo son el *Percocet*,

combinación de Oxycodona y Acetaminofeno, la *Hidrocodona* y el *Fentanilo*, el cual es conocido como el más potente de toda su categoría. Estos opioides han jugado un papel relevante dentro de esta crisis, lo cual ha aumentado, de forma alarmante, las sobredosis en Estados Unidos.

Por otro lado, Australia es un país conocido por su tendencia al consumo y dependencia a sustancias como lo son el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína y las anfetaminas, que incluyen el éxtasis y las metanfetaminas. Según Topp y McKetin (2003), algunas de las consecuencias que afectan, tanto a nivel individual como social, son las detenciones, los datos toxicológicos y las admisiones a hospitales y centros de tratamiento.

Asimismo, Topp y McKetin (2003) mencionan que, a pesar de la gran cantidad de políticas y estrategias por parte de instituciones y el mismo gobierno para reducir el impacto que tienen las adicciones en su población, las mismas siguen en aumento.

A su vez, Rusia y Ucrania, son países que, al igual que Australia, tienen una tasa sumamente alta con respecto al consumo de sustancias, así como lo son el cannabis, los opioides, las metanfetaminas y las drogas recreativas. En los últimos cinco años, un número creciente de informes sobre prevalencia de uso de sustancias en estos países manifiestan que el consumo de opio inhalado y heroína consumida por vía parenteral se ha reducido notablemente, sin embargo, se ha evidenciado un gran incremento en cuanto al consumo de medicamentos que contienen codeína para producir desomorfina. Barquero Escribano et al. (2016) señalan que esto es debido a la crisis económica que existe, al igual que la relativa disponibilidad de precursores legales en las farmacias, lo cual sustenta hasta la actualidad una cultura de la manufacturación casera de sustancias, es decir, los mismos países han proporcionado un modelo autoabastecido, el cual puede incluso llegar a ser más peligroso que en aquellos países que optan por el narcotráfico o la producción y distribución de drogas.

## Marco Teórico

### *Trastornos de la Conducta Alimentaria*

Los TCA son enfermedades médicas graves que cuentan con una influencia biológica, caracterizándose por alteraciones graves de las conductas alimentarias, en donde es importante recalcar que las personas que los poseen no eligieron tenerlos. Un signo muy importante de los TCA es el fijarse de manera excesiva u obsesionarse con la pérdida de peso, el peso o la forma corporal y el control de los alimentos que se consumen. A su vez, para quienes los padecen pueden verse afectadas su salud física y mental, y en algunos casos pueden poner en peligro la vida, sin embargo, para su recuperación total se requiere de terapia (National Institute of Mental Health, 2018).

Además, Vargas Baldares (2013) señala que los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por una conducta alterada ante la ingesta de alimentos, al igual que con comportamientos destinados a controlar el peso, lo que provoca problemas físicos y de funcionamiento psicosocial. Estas enfermedades tienen como principal característica un comportamiento distorsionado de la alimentación, igualmente tienen una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Pese a que se han identificado pacientes desde los cuatro años con algún tipo de TCA, la edad promedio de aparición es la pubertad, tanto para hombres como para mujeres, aunque sus picos de presentación son a los 18 años (Ayuzo-del Valle et al., 2019).

Durán González et al. (2023) mencionan que se han observado ciertas patologías *comórbidas*, las cuales pueden presentar los pacientes que cuentan con un diagnóstico de TCA, siendo estas la depresión, la ansiedad o el trastorno límite de la personalidad, las cuales se asocian con un elevado nivel de autocrítica. Por otra parte, Muñoz Calvo y Argente (2019) resaltan que los pacientes con TCA presentan frecuentemente alteraciones de personalidad, siendo estas, baja autoestima y elevada ansiedad, además de ser introvertidos, obsesivos y

perfeccionistas. Asimismo, aquellos pacientes que emplean algún tipo de método purgativo son propensos a robar y a tener dificultades con el alcohol y las drogas.

Existen varios tipos de antecedentes que pueden facilitar el desencadenamiento de los TCA. Con respecto a los antecedentes de tipo personal, se detecta una preocupación excesiva por el peso, la obsesión de un cuerpo delgado, el haber recibido comentarios negativos en relación con el aspecto físico, haber realizado anteriormente una dieta o haber sufrido abuso sexual en la infancia. A su vez, es importante observar si el paciente practica o ha practicado algún tipo de deporte de alto rendimiento. En los antecedentes familiares, se debe prestar atención a aquellos antecedentes de tipo orgánicos o psiquiátricos, debido a que se ha evidenciado que existe un componente genético (García Volpe y Murray Hurtado, 2023).

### **Anorexia**

Muñoz Calvo y Argente (2019) describen la AN como una enfermedad psiquiátrica, la cual puede iniciar tanto en la infancia como en la adolescencia, y se caracteriza por una excesiva disminución en la ingesta de comida. Esto da como resultado una grave y mantenida pérdida de peso, lo que conlleva a la malnutrición progresiva y síntomas psicopatológicos, como el temor a la obesidad y alteraciones de la imagen corporal. López y Treasure (2011) mencionan que la AN es un trastorno psiquiátrico complejo y grave, que se caracteriza por mantener de manera voluntaria un bajo peso con respecto al rango saludable para la edad y talla del paciente. Las personas con AN utilizan medios extremos para controlar el peso, como, por ejemplo, ejercicio extremo y compulsivo, conductas purgativas o restricción alimentaria, ya que ellos muestran un miedo intenso a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo.

El DSM-5 define la AN en base a tres criterios, el primero es la restricción excesiva de la ingesta en relación con lo requerido nutricionalmente, lo que resulta en un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y estado de salud. El segundo criterio es el miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, aun cuando se encuentra en un peso por debajo

del esperado. Finalmente, el tercer criterio es la alteración de la percepción del peso o de la imagen corporal, así como exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del riesgo asociado con un peso corporal bajo (García Volpe y Murray Hurtado, 2023).

García Volpe y Murray Hurtado (2023) resaltan que, a nivel psicológico, se observan rasgos de personalidad, los cuales se caracterizan por un elevado perfeccionismo, baja autoestima y exigencia. En donde existe una baja conciencia de la enfermedad y un riesgo físico. Algo similar menciona Vargas Baldares (2013), quien señala que aquellas personas que lo padecen no tienen conciencia de la enfermedad ni del riesgo que corren al presentar esta conducta, debido a que todo su interés se centra en perder el peso, sin importar su estado carencial nutricional, el cual puede terminar en un serio riesgo vital.

Los pacientes con AN en general tienen un aspecto muy delgado, y con una apariencia de edad menor a la que tienen, en donde su piel puede tener un tono naranja o amarillento, gracias al consumo excesivo de alimentos ricos en carotenos. Por su parte, pueden indicar intolerancia al frío y en los dientes pueden perder el esmalte si el paciente vomita de manera frecuente. En el caso de adolescentes, el crecimiento se puede detener y se puede llegar a presentar osteoporosis y osteopenia, lo que conlleva a posibles fracturas. Estas son algunas de las complicaciones que pueden o no presentarse, sin embargo, lo que determina la gravedad en general de este es el estado mental del paciente, no obstante, en casos en donde el estado físico sea muy severo, es necesario acudir al servicio de emergencias y, posteriormente, a un internamiento hospitalario (Ibarzábal et al., 2015).

Ahora bien, existen dos tipos de anorexia, siendo estos el tipo *restrictivo* y el tipo *purgativo*. En el tipo restrictivo, la pérdida de peso se da por medio de ayuno, dieta o ejercicio restrictivo, lo que consigue una deficiencia nutritiva. El tipo purgativo se caracteriza por episodios de consumo excesivo, seguido de conductas compensatorias para así eliminar las

calorías consumidas, como, por ejemplo, vómitos inducidos, uso de diuréticos, laxantes o enemas (Morales López, 2019).

### **Bulimia**

Según Rava y Silber (2004), la BN como un TCA caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada, también conocidos como “binge” o “atración” y, asimismo, una exagerada ingesta de alimentos cuyo aporte calórico puede llegar hasta valores de 3 000 a 10 000 Kcal en períodos muy cortos de tiempo. Por otro lado, la BN es un trastorno que va de la mano junto a una conducta tendiente, es decir, una conducta que busca eliminar los efectos de esta ingesta calórica a través de la auto provocación del vómito, el uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física.

El DSM-5 define la BN con base en cuatro criterios, en donde el primero resulta con episodios recurrentes de ingesta voraz, de al menos dos semanas durante tres meses. En segundo lugar, se encuentran las conductas compensatorias para no ganar peso, con carácter mantenido, dicho de otro modo, vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas o fármacos, o ejercicio físico excesivo. En tercer lugar, se posiciona la distorsión de la imagen corporal, en donde la persona tiene una percepción alterada o inexacta sobre su propio cuerpo, lo que puede influir en cómo se siente acerca de su apariencia física. Y finalmente, en cuarto lugar, presentan los cuadros bulímicos quienes se dividen en dos tipos: el purgativo, acompañado por vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos, enemas en exceso; y el no purgativo, en el que se utiliza el ayuno o el ejercicio físico excesivo (Acerete et al., 2013).

Ahora bien, Alvarado Maso et al. (2001) mencionan que este trastorno funciona como una suma de influencias, entre ellas se encuentran tanto las biológicas como psicológicas y sociales. Desde el punto de vista biológico, se comenta que existe una alteración del funcionamiento del hipotálamo y ausencia de la hormona digestiva *cck*, la cual es responsable de manejar el mecanismo de la saciedad en el cerebro y juega un papel fundamental en la

digestión. A nivel psicológico, puede llegar a darse como una respuesta a relaciones interpersonales inadecuadas o destructivas, lo que lleva a consecuencias como lo es una posible depresión, estrés, obsesividad, ansiedad, impulsividad, entre otras. A nivel social, se ha comprobado que la búsqueda de la delgadez es uno de los principales factores en este trastorno, esto debido a la tendencia de seguir cierto patrón de belleza, al miedo a engordar, la excesiva promoción de dietas mágicas, productos o equipos para adelgazar y la exhibición de cuerpos ultradelgados en los medios de comunicación que existen hoy en día.

Por otra parte, Bermúdez Durán et al. (2021) mencionan que, en cuanto a las conductas purgativas en la BN, existe una tendencia a esconderse, esto puede ser por factores como la culpa, la vergüenza y para evitar suspender las purgas o hacerlas pasar por desapercibidas durante años. Asimismo, Bermúdez Durán et al. (2021) señalan que se deben sospechar conductas como lo es el ducharse o realizar visitas frecuentes al baño durante y después de las comidas. También, tomar en cuenta, que, a pesar de que la mayoría de los pacientes con BN se encuentran en un rango de peso normal, algunos pueden estar por debajo de este o tener sobrepeso, el cual puede ser un factor conductual dentro de lo “esperado”, sin embargo, se le debe prestar atención. Finalmente, se debe considerar el hecho de que estos pacientes suelen presentar una severa preocupación por su silueta corporal y por su aspecto, es decir, se preocupan tanto por cómo los ven los demás como por su atractivo sexual.

Por otro lado, en cuanto a la exploración física y analítica en cuanto a la BN, Bermúdez Durán et al. (2021) menciona que, en general, en la BN se conserva intacta la función del tiroides, sin embargo, es sumamente probable que los pacientes que recurren regularmente a las purgas muestran deshidratación y desequilibrios electrolíticos, tales como hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocloremia y alcalosis metabólica (vómitos), acidosis metabólica (laxantes) y hiperamilasemia. Asimismo, al realizar exámenes físicos se demuestra muy característicamente en estos pacientes la callosidad en el dorso del mano conocido como

*signo de Russell*, y también un hallazgo habitual en estos pacientes que el ácido del vómito puede llegar a dañar el esmalte dental.

### ***Adicción a Sustancias***

El Programa Atención Integral de la Adolescencia (2002) describe a las drogas como sustancias tanto naturales como sintéticas, que, al ser consumidas, pueden producir alteraciones emocionales, psicológicas y físicas. Es importante recalcar que, si bien es cierto, muchas son utilizadas con fines médicos, una gran parte se emplea de manera que causa daños a la persona que consume. Las *drogas psicoactivas* son aquellas que generan una adicción, lo que conlleva a un deterioro físico, social y emocional en la persona. La dependencia psicológica se presenta cuando una persona busca de manera compulsiva una droga, debido al placer que le exige el consumir de manera regular, y le genera no poder dejarla.

Ahora bien, la adicción a sustancias es definida por National Institute of Drug Abuse (2014) como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, la cual se caracteriza por el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias perjudiciales. Es considerada una enfermedad del cerebro, debido a que las drogas modifican y afectan su estructura y funcionamiento. Estas alteraciones pueden ser de larga duración, y pueden llevar a comportamientos peligrosos. De igual modo, Cortés Sánchez et al. (2018) hacen mención de que el abuso de drogas genera dependencia debido a sus efectos reforzadores a través del sistema de recompensa cerebral, lo que resulta en su uso compulsivo, así como la pérdida de control, y, por ende, se mantiene su uso a pesar del daño que ocasiona a nivel orgánico, conductual y cerebral.

Debido al constante consumo de sustancias, se produce una disminución en la sensación del efecto placentero, por lo que se incrementa la dosis requerida para así tener el mismo efecto. Por otra parte, a pesar de que la persona presenta periodos de abstinencia relativamente prolongados, se puede llegar a tener una recaída en cualquier momento. Sin embargo, en

algunos casos los efectos de las drogas no son necesariamente dañinos, y, dependiendo del modo y tiempo de consumo, pueden no generar dependencia, aunque cuando se hace uso de ella recreativamente, en dosis y periodos prolongados, si puede generar dependencia (Cortés Sánchez et al., 2018).

Existen una serie de factores que aumentan el riesgo de una adicción a sustancias, uno de estos es el hogar y la familia, los cuales tienen una gran influencia especialmente en la infancia. Los padres o miembros mayores de la familia que abusan de sustancias o manifiestan comportamientos criminales, pueden aumentar el riesgo. Los amigos y compañeros influyen de manera en que, si estos consumen sustancias, pueden convencer a otros que pueden no tener factores de riesgo, para que las prueben por primera vez. Otro factor importante son las condiciones médicas que pueda tener una persona, ya que aquellos con trastornos mentales tienen mayor riesgo de abuso y adicción a las drogas que la población en general. El consumo a temprana edad muestra una mayor probabilidad de desencadenar problemas graves, debido a la combinación de factores de vulnerabilidad social y biológica, incluyendo relaciones familiares inestables, la susceptibilidad de la genética y el abuso físico o sexual (National Institute of Drug Abuse, 2014).

Por su parte, las drogas modifican la manera en que las neuronas se comunican entre sí, generando que la persona actúe de formas en las que no actuaría normalmente. National Institute of Drug Abuse (2019) menciona que hay tres partes principales en el cerebro que se ven afectadas por el consumo de drogas, siendo el primero los ganglios basales, los cuales generan un estado de felicidad en la persona, y estos pueden acostumbrarse a la presencia de la droga si se consume mucho, causando que paulatinamente sea más difícil sentir placer por cualquier otra cosa que no sea la droga. Seguidamente, otra parte afectada en el cerebro es la amígdala extendida, la cual es la responsable de que las personas se sientan estresadas o de mal humor, por lo que cuando se consume cualquier tipo de droga, esta parte del cerebro se vuelve

muy sensible. Es decir, cuando el organismo se acostumbra a la droga, y repentinamente deja de recibirla, la amígdala extendida hace que la persona sienta una sensación de malestar, por lo que para eliminar dicha sensación genera que la persona vuelva a consumir la droga. Finalmente, la corteza prefrontal, la cual se encarga de la toma de decisiones y el control de los actos, no es capaz de negar un impulso dañino al consumir drogas.

### **Mariguana**

Según Contreras y García (2017) la marihuana o Cannabis sativa es una planta con propiedades psicoactivas, y la droga ilegal más consumida en el mundo. Histórica y culturalmente el cannabis ha estado presente en muchos aspectos importantes de la vida y de la sociedad, es decir, ha sido utilizada con propósitos distintos como el acercarse a Dios, observar el cosmos desde fuera, integrarse a un colectivo, mostrar un estatus social, huir de tensiones, aliviar el dolor, entre otras intenciones. Sin embargo, a lo largo de los años se ha evidenciado que su uso frecuente y sin regulación puede llegar a tener efectos sumamente negativos en los seres humanos (Molina, 2008).

Según Molina (2008) la marihuana es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de cáñamo, o mejor conocida como Cannabis sativa. El cannabis sativa, se caracteriza por ser una planta que alcanza varios metros de altura y crece en casi todas las latitudes, sin embargo, en algunas regiones el elemento activo después de varios ciclos de vegetación suele desaparecer; a pesar de esto suele ser una planta resistente (Martínez Bahena, 2013). Ahora bien, a menudo se la conoce como “hierba”, “yerba”, “pasto”, “maría” o “monte” y es principalmente consumida de diversas formas, como fumada, vaporizada o ingerida. Por su parte, los efectos que la misma provoca provienen principalmente del tetrahidrocannabinol (THC), un compuesto químico que altera el estado de ánimo, la percepción y el comportamiento (Campollo, 2008).

La marihuana produce un resultado extraordinariamente atractivo, por un lado, genera un estado de sedación, es decir, la persona se siente muy tranquila, placentera y en conjunto le produce deformaciones sensoriales al percibir los objetos que lo circundan. Por otro lado, también puede producir el efecto opuesto, generando euforia como consecuencia. Esto puede abrir la puerta a una vida de intenso sufrimiento, impulsada por factores tan deseados como la estimulación de la liberación de dopamina, y la sensación de bienestar y placer (Rosales Casavielles et al., 2017). Asimismo, es importante mencionar que la intensidad de estos efectos no solamente está determinada por la dosis de THC sino también por experiencias pasadas, las expectativas del consumidor, el ambiente y las diferentes sensibilidades (Mondragón Bahena, 2013).

Entre algunas de las consecuencias que puede llegar a ocasionar la marihuana o cannabis, es la dependencia y adicción como se ha mencionado anteriormente. Actualmente se conoce que su dependencia es un proceso psicológico que se traduce en cambios neuronales en el cerebro. Al fumarse, dicha sustancia alcanza en pocos segundos el factor farmacocinético que facilita el desarrollo de la dependencia. A la vez, se puede asociar con un déficit cognitivo en los usuarios, especialmente a nivel de la memoria, atención y capacidad de aprendizaje e incluso puede llegar a provocar trastornos emocionales como lo son la depresión, psicosis paranoidea y trastornos conductuales dejando de lado la violencia y criminalidad (Rosales Casavielles et al., 2017).

El tetrahidrocannabinol se une a una estructura química específica en la membrana neuronal, desacoplando lentamente los receptores. Esto hace que los síntomas de abstinencia, como la irritabilidad, la ansiedad y la agresividad, sean menos pronunciados, pero lo suficientemente efectivos para que la persona continúe con el consumo. Además, esta sustancia psicoactiva puede causar afecciones en el sistema respiratorio, como bronquitis crónica, enfisema y cáncer de pulmón (Rosales Casavielles et al., 2017).

## Alcohol

“En terminología química los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (Organización Mundial de la Salud OMS 1994)” (Ahumada-Cortez et al., 2017, p. 13).

Ahora bien, a nivel mundial según la OMS (1994) el alcohol se clasifica de acuerdo a su proceso de preparación al cual ha sido sometido, en este caso existen dos tipos. Primeramente, se encuentra la fermentación, es decir, la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianas, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos, entre las bebidas alcohólicas que se preparan de esta manera encontramos lo que es el vino, cerveza y champán. Además, se encuentra el segundo proceso llamado destilación, el cual es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y condensar los vapores formados para con ello separarlos, entre los licores que se obtienen por medio de este proceso encontramos aquellos con un mayor contenido alcohólico, es decir, whisky, coñac, ron, ginebra y vodka.

Según Ahumada-Cortez et al. (2017) el consumo de alcohol suele describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido en una lata de cerveza de 330 ml al 5 % aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12 % o un vaso de destilados de 40 ml al 40 %. Sin embargo, a pesar de que existen estándares en cuanto al uso y consumo del alcohol, se ha evidenciado a lo largo de los años que las personas no suelen consumir los mismos, por ende, ha provocado que se considere una de las drogas más consumidas y normalizadas a nivel mundial (Aguilera Pérez, 2019).

Aunque muchas personas lo ven como una bebida recreativa, también tiene propiedades adictivas y puede tener efectos negativos significativos tanto en la salud física como mental si se consume en exceso. Entre los factores de riesgo que presenta el alcohol como droga en las personas, se destacan aquellos a nivel biológico, es decir, la predisposición genética, la cual genera un gran riesgo en cuanto a la influencia sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol. A nivel personal, se consideran características como la edad, el estrés, creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, falta de valores e inseguridad. A su vez, la familia es un factor muy importante ya que en el caso de las familias disfuncionales, donde se presentan el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, crianza poco efectiva, y una mala comunicación entre los miembros de la familia son un gran riesgo ante el consumo de esta sustancia (Ahumada-Cortez et al., 2017).

Finalmente, Ahumada-Cortez et al. (2017) mencionan que los factores psicológicos como la depresión, ansiedad, bajo autocontrol, dependencia emocional, escasas habilidades sociales, baja satisfacción o capacidad para divertirse, juegan un rol fundamental dentro de los factores de riesgo, esto al igual que los factores sociales o ambientales, en donde las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, deprivación económica, la publicidad, la delincuencia, marginalidad, y amigos consumidores tendrán un gran impacto en la persona tanto a la hora de consumir esta sustancia como previamente a su consumo.

### ***Afectación en la calidad de vida***

Vargas Baldares (2013) hace mención a que los TCA con frecuencia coexisten con otras enfermedades, tales como el abuso de sustancias. Ibarzábal et al. (2015), resalta que los pacientes que padecen TCA, con frecuencia tienden a tener dificultades con el alcohol y las drogas.

En el caso de la adicción de sustancias, la persona adicta pierde el control del consumo, por lo que reduce sus actividades sociales, laborales o recreativas, dedicando la mayoría de su tiempo a conseguir, consumir y recuperarse de los efectos del consumo (Programa Atención Integral de la Adolescencia, 2002). Leonard y Váldez (2015) añaden que afecta tanto a los aspectos físicos como psicológicos.

Por su parte, González et al. (2001) menciona que los pacientes con TCA presentan “peor calidad de vida que la población general de su mismo sexo y edad y similar a la de pacientes con otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, depresión y trastornos de pánico”. Las áreas que se encuentran más afectadas constituyen el funcionamiento social y el rol emocional, así como algunas áreas físicas (González et al., 2001). Ibarzábal et al. (2015) menciona que tienen una malnutrición, generando alteraciones tanto físicas como mentales, así como dificultades en la capacidad de las relaciones sociales, lo que provoca una disminución en su autoestima y autocontrol.

### **Interpersonal**

La adicción a sustancias llega a afectar significativamente las relaciones del consumidor con su entorno inmediato, el cual está conformado por su familia, amigos y trabajo. Dentro de estas afectaciones, las más comunes son la pérdida de su grupo de referencia y pertenencia, en donde el usuario cambia su grupo usual de amigos por otro, en el que se consume drogas. Posteriormente, cuando este ya se convierte en adicto, por lo que usualmente se aísla y se automargina, razón por la que llega a cometer conductas antisociales (Moscoso Paredes y Titto Beltran, 2015). Leonard y Váldez (2015) hacen respaldo a esto, cuando señalan que pueden presentarse conductas y reacciones antisociales, lo que repercute en hechos delictivos, impulsividad, agresividad, entre otros.

Por otra parte, específicamente en el área familiar, la persona adicta tiende a tener una pérdida de la comunicación y un debilitamiento emocionales como estrategia para evitar

problemas. A su vez, se presentan conflictos asociados con tareas domésticas y reducción de los tiempos de interacciones o actividades familiares y tener discusiones violentas que pueden llegar a agresiones físicas (Roa, 2019).

Con respecto a las relaciones de pareja, uno de los motivos por los cuales se considera la ruptura es el abuso de sustancias por parte de uno de los cónyuges. Esto se da debido a que afecta tanto a la pareja como a los hijos. Como consecuencia del uso de sustancias, muchas veces puede existir despreocupación o falta de atención de parte del consumidor por las tareas del hogar, lo que provoca discusiones y una relación conflictiva con la pareja (Orgilés y Piñero, 2006).

En el ámbito laboral, también son evidentes las consecuencias de consumo, dado que se muestra un bajo desempeño laboral, ausencia al trabajo y accidentes en su desempeño, lo que conduce muchas veces al abandono o despido (Roa, 2019).

En el caso de los TCA, Etxeberria et al. (2002) resaltan que las relaciones sociales son una de las áreas más afectadas por los TCA. En donde la mayoría de los pacientes pierden contacto con amistades por su propio aislamiento, principalmente porque no se sienten comprendidos o por evitar encuentros sociales relacionados con la comida.

Behar y Cordella (2022) añaden que los pacientes pueden presentar ansiedad social, lo cual puede convertirse en fobia social. Esto, debido especialmente a la tendencia de sentirse atrapados e incomprensidos en las relaciones sociales. Muchas personas que padecen trastornos alimenticios presentan altos puntajes de relaciones sociales tensas, decepcionantes, poco gratificantes y de baja calidad, en donde, a su vez, presentan desconfianza general en las relaciones, por lo que llegan a generar un deterioro en los vínculos. En un estudio realizado por Aiquipa Tello (2020), se encontró un reemplazo gradual de las actividades sociales por las conductas problema, es decir, quemar calorías, restricción alimenticia, purga, entre otros. Se

resalta que muchos pacientes se alejan de sus amigos y dejan de disfrutar las salidas, e incluso pueden llegar a descuidar sus estudios.

A su vez, las personas que presentan algún tipo de TCA, muestran un deterioro en su funcionamiento familiar, exponiendo relaciones hija-padre distantes y alteradas (Ruiz Martínez et al., 2013). Chóez Plúa y Tejeda Díaz (2021) respaldan lo dicho anteriormente, al comentar que existe una mala relación entre los pacientes y sus madres, caracterizado por vínculos afectivos evitativos e inseguros. En relación al vínculo padre-hija, se encontró que muchas veces estas sienten altas expectativas y perfeccionismo, percibiendo a sus padres como distantes y molestos.

Igualmente, estas personas reportan haber sido castigadas con mayor frecuencia y haber carecido de libertad para tomar algunas decisiones. Asimismo, comentan sentirse lejos de sus padres, además, de que los describen como ofensivos y agresivos a la hora de relacionarse con ellos. También, se encuentra que los padres se involucran con mayor frecuencia en peleas en las que se hace uso de violencia verbal y en algunas ocasiones física (Silva y Sánchez, 2006).

### **Física**

En cuanto a la salud física de las personas que muestran adicción a sustancias, se resalta que pueden presentar déficit de actividad con fatiga y debilidad, disminución de la actividad motora, además de infecciones y reducción de las defensas, lo que aumenta la probabilidad de contraer hepatitis, VIH, entre otros. Además, se evidencia una disminución de los hábitos de autocuidado como alimentación, ejercicio físico, higiene personal, así como horas de sueño y descanso apropiados (Leonard y Valdéz, 2015). Castro-Jalca et al. (2023) reafirman lo anterior, al señalar que las drogas se asocian a más de 60 enfermedades infecciosas, como el VIH, hepatitis B y C, al igual que con infecciones crónicas como cirrosis, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Las drogas actúan sobre la estructura del cerebro, de modo que interfieren con la manera en que las células nerviosas normalmente envían, reciben y procesan la información. A su vez, pueden afectar diferentes órganos del cuerpo, lo que llega incluso a provocar daños irreversibles, e incluso la muerte. En adición, se pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares, enfermedades en los pulmones, obesidad y ataques cerebrovasculares (Moscoso Paredes y Titto Beltran , 2015). En el caso de intoxicación por drogas, las manifestaciones físicas que se tienen son agitación, crisis convulsivas, hemorragia cerebral, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio y coma (Peña et al., 2019).

En cuanto a las repercusiones físicas que las personas con TCA pueden manifestar, se resalta la disminución anormal, tanto la frecuencia cardíaca como de la presión arterial, lo que indica el debilitamiento del músculo cardíaco. A su vez, se observa una reducción en la densidad de los huesos, es decir, osteoporosis, que da como resultado huesos débiles y frágiles. Por su parte, los pacientes experimentan deshidratación severa, lo que puede resultar en falla renal, así como sensación de desmayo, fatiga y debilidad general (National Eating Disorders Association, 2012).

Muñoz Calvo y Argente (2019) añaden que se puede apreciar una disminución de motilidad gastrointestinal, lo que genera estreñimiento, además de que el uso de laxantes puede llevar a un síndrome de colon catártico. Asimismo, pueden presentar pérdida de cabello, piel seca, hipotermia y bradicardia, así como una pérdida de sodio, hidrógeno y potasio, que puede causar que la sangre se vuelva demasiado alcalina.

Por otro lado, Benítez Vidal (2022) señalan que las alteraciones pulmonares son raras, sin embargo, la desnutrición puede afectar el diafragma, lo que genera un desajuste en su función y una disminución de los músculos respiratorios. Adicionalmente, cuando los pacientes presentan vómito autoinducido, se producen lesiones superficiales en la piel de la mano debido a la acidez estomacal, lo que genera callosidades en los nudillos. Benry Hernández et al. (2020)

mencionan que se encuentran complicaciones en los aparatos endocrino, urinario, reproductor, aparato esquelético, así como la presencia de pérdida de aceites en la piel, encías débiles y uñas quebradizas.

Asimismo, pueden experimentar disfunciones cognitivas y cerebrales, deterioro del sistema inmune, disminución del volumen cerebral, así como debilidad y pérdida de fuerza. Se reduce la proteína muscular, lo que afecta, de este modo, la potencia muscular, la resistencia y rendimiento en actividades físicas. En el caso de las mujeres, también puede existir ausencia o irregularidad de la menstruación (Benry et al., 2020).

### **Intelectual**

Si bien es cierto, las adicciones afectan el funcionamiento intelectual de los seres humanos de diversas maneras, sin embargo, estas afectaciones dependen según el tipo de sustancia o comportamiento adictivo que presenten (Holguín et al., 2017).

De acuerdo con Holguín et al. (2017), a lo largo de los años se han llevado a cabo múltiples investigaciones sobre la relación entre el *deterioro cognitivo* y el consumo de sustancias a nivel intelectual. Los efectos más asociados incluyen alteraciones en la memoria, el aprendizaje, la atención y la concentración. Es importante mencionar que algunas drogas, como la heroína, la cocaína y el éxtasis, generan un impacto más severo en el ámbito cognitivo en un menor rango de tiempo en comparación con otras sustancias.

Por otra parte, el deterioro cognitivo es denominado la pérdida de las funciones cognitivas especialmente lo que es la memoria, atención, la velocidad en procesar las informaciones, lenguaje, y la memoria a corto plazo. Ahora bien, en cuanto a la memoria, las drogas como el alcohol, el cannabis y los opioides afectan la memoria a corto y largo plazo, es decir, la persona puede olvidar fácilmente eventos recientes o tener dificultades para retener información nueva. A su vez, en relación a la concentración y atención, la capacidad de concentrarse disminuye en grandes cantidades, lo que perjudica el desempeño académico y

laboral. Finalmente, en cuanto a la velocidad de procesamiento mental, las personas consumidoras generarán una lentitud en sus decisiones y pensamientos, afectando así la agilidad mental (Holguín et al., 2017).

También, Salazar Moreira y Bermúdez Plúas (2019) señalan que algunas afectaciones a nivel cognitivo pueden impactar el coeficiente intelectual. Se ha identificado una marcada lentitud en las respuestas, dificultades en la coordinación motora que incrementan el riesgo de accidentes y obstaculizan la práctica deportiva, asilo que, de este modo, fomenta un estilo de vida sedentario. Además, se observan problemas en el habla y la audición debido a daños en la corteza prefrontal, visión doble o borrosa por alteraciones en el lóbulo occipital, y lesiones permanentes en los nervios. Estas condiciones pueden derivar en complicaciones graves como úlceras, infartos, coma e incluso la muerte.

Por otro lado, en cuanto a los trastornos de conducta alimentaria, también existen una serie de consecuencias a nivel intelectual. Según Cabezas Martínez y Ruiz Hernández (2024), se ha logrado identificar que los pacientes con un TCA llegan a padecer de ciertas dificultades marcadas en la resolución de problemas, flexibilidad cognitiva, en la planificación e inhibición de pensamiento, alteraciones en la memoria y en la atención durante la fase aguda de la enfermedad y post tratamiento. Además, se ha demostrado que las personas que padecen de las dificultades mencionadas anteriormente, por lo general, son sujetos que tienen un índice de masa corporal (IMC) bajo, es decir, el IMC se encuentra relacionado al desarrollo de un TCA y al desencadenamiento de afectaciones a nivel cognitivo (Cabezas Martínez y Ruiz Hernández, 2024).

Del mismo modo, Cabezas Martínez y Ruiz Hernández (2024) continúa señalando que las funciones ejecutivas son una de las áreas con el índice más alterado en cuanto a los trastornos de conducta alimentaria. A su vez, por medio de varias investigaciones y pruebas, lograron medir que tanto adolescentes como adultos al presentar dicho trastorno suelen tener

grandes dificultades en cuanto a funciones, así como lo son la resolución de problemas, la flexibilidad cognitiva, inhibición y planificación. Ahora bien, algunos de los principales efectos de este tipo de situaciones se deben al bajo consumo de calorías y nutrientes esenciales, lo que reduce la capacidad de respuesta mental rápida y la eficiencia en la resolución de problemas. Además, esta deficiencia suele ir acompañada por una preocupación obsesiva por la comida e imagen corporal.

Ahora bien, en cuanto a las áreas del cerebro que suelen verse más afectadas en las personas que padecen de TCA suelen ser tanto en áreas cerebrales extensas, como lo son la corteza frontal y parietal, como en áreas específicas, como lo son el núcleo caudado, tálamo y corteza frontal inferolateral. A su vez, se ha evidenciado que existe decremento en la actividad de las vías fronto estriatales y en la corteza prefrontal que fallan al inhibir otras estructuras subcorticales activadas ante estímulos evocadores relacionados con la comida. Asimismo, hay una disminución en la perfusión y en el metabolismo en la corteza prefrontal superior y dorsolateral reversible con la recuperación del peso y también puede llegar darse un incremento metabólico en el núcleo caudado, en el putamen y en la corteza frontal ínfero-lateral (Maldonado-Ferrete et al., 2020).

### **Afectiva**

Las adicciones tienen un impacto significativo a nivel afectivo y emocional, lo que genera una amplia gama de efectos negativos, así como en las relaciones, la autoestima, la capacidad de regular emociones y en general la salud mental (Rodríguez et al., 2009).

Según Becoña Iglesias y Cortés Tomás (2016), la familia desempeña un rol crucial en las repercusiones emocionales que enfrentan las personas consumidoras en cuanto a sus relaciones en el transcurso de su vida. Factores como el apego familiar, la crianza, la disciplina, el consumo dentro del núcleo familiar y el clima emocional incrementan la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental. La pérdida de confianza, la codependencia y los

conflictos recurrentes son algunos de los principales efectos que pueden manifestarse en las relaciones interpersonales. Asimismo, las adicciones tienden a fomentar dinámicas negativas, como las mentiras, promesas incumplidas y la evasión de conflictos familiares.

Asimismo, la autoestima se destaca como un factor clave en las afectaciones emocionales que provocan las adicciones. Según Simkin et al. (2014), numerosos estudios señalan que la autoestima está estrechamente vinculada con la percepción de autoeficacia, la capacidad para alcanzar metas personales y la valoración recibida del entorno, especialmente durante la infancia, adolescencia y juventud. Debido a ello, se ha establecido que las personas consumidoras pierden todo contacto que tienen con las características mencionadas anteriormente, y, por ende, tienden a reemplazarlas con sentimientos o emociones negativas hacia sí mismas.

Los sentimientos de culpa y vergüenza son un ejemplo de esto, ya que la persona suele sentirse mal por su comportamiento, lo que les brinda una sensación de soledad y malestar emocional, que, a su vez, daña su autoestima. Asimismo, la dependencia emocional del consumo es otra característica de las consecuencias afectivas, ya que suelen perder la confianza en la capacidad de resolver problemas sin la sustancia o comportamiento adictivo. Finalmente, el aislamiento es otra de las características principales en este ámbito, ya que la falta de apoyo social y los conflictos con seres queridos generan una sensación de rechazo, lo que aumenta la sensación de inutilidad, fracaso y soledad.

Por otra parte, la regulación emocional, entendida como la capacidad para experimentar y gestionar adecuadamente emociones positivas y negativas en distintos contextos, puede verse afectada por el consumo de sustancias. Este proceso, que implica el uso de diversas estrategias de afrontamiento, se altera con el uso de drogas, lo que intensifica la impulsividad, agresión, inseguridad, frustración, depresión, ansiedad, estrés, sensación de inadecuación e ideación suicida. Estas afectaciones no solo deterioran la salud física y mental de la persona, sino que

también fortalecen la dependencia, lo que perpetúa un ciclo negativo de consumo y emocional (Mena Moreno, 2022).

Por otro lado, en cuanto a los trastornos de conducta alimentaria, también existen una serie de consecuencias a nivel afectivo. Según Ibarzábal Ávila et al. (2016), estos trastornos afectan la estructura emocional de la persona debido a factores como los ideales de belleza irreales, el perfeccionismo excesivo e incluso la baja autoestima. Estas condiciones pueden provocar una percepción distorsionada de la imagen corporal, alteraciones en el pensamiento así como síntomas de ansiedad, depresión y comportamientos obsesivo-compulsivos, los cuales agravan el desarrollo del trastorno alimenticio debido a su creencia de no lograr sus objetivos autoimpuestos sobre alimentación o peso.

Asimismo, Ibarzábal Ávila et al. (2016) señalan que múltiples estudios han demostrado que las personas que padecen de este tipo de trastorno llegan a presentar rasgos de personalidad que anteceden y perpetúan el cuadro clínico, así como lo es una gran inseguridad interpersonal, también, un alto grado de intolerancia a la afectividad negativa o al rechazo, y, finalmente, un grado elevado de responsabilidad, culpa, competitividad y rigidez. A su vez, también subrayan que se ha demostrado que estas personas suelen presentar agresividad, tristeza, miedo, negación, angustia, irritabilidad y aislamiento social progresivo que genera un círculo vicioso y dificulta la culminación del trastorno alimentario.

En relación con el aislamiento social, Etxeberria et al., 2002 han advertido que diversos estudios realizados a familiares de personas que presentan algún TCA han evidenciado que los pacientes, de forma progresiva, se distancian de sus amistades, lo que agrava su aislamiento y dificulta su proceso de recuperación. Además, surgen confrontaciones y sobre cuidados que intensifican los conflictos preexistentes en el núcleo familiar, lo que complica aún más las relaciones entre sus miembros y las consecuencias a nivel afectivo que pueden llegar a

provocar, así como lo son la soledad, falta de motivación, ambivalencia emocional, resentimiento, frustración y evitación.

### **Calidad de vida**

La calidad de vida es un concepto que carece de una sola definición aceptada, en donde los esfuerzos para unificarlo han sido ineficaces, y conforme pasa el tiempo surgen nuevas posibles definiciones. Por su parte, este concepto es influenciado fuertemente por la percepción propia de cada persona, es decir, la calidad de vida es muy subjetiva. Sin embargo, Suárez Caicedo et al. (2022) lo consideran como el conjunto de dimensiones que se encuentran dentro de la vida de una persona que se unen para generar una percepción individual de satisfacción.

Fernández Rodríguez et al. (2015) explica que la OMS lo define como la percepción personal que tiene un individuo acerca de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de los valores en los que vive, relacionado con sus objetivos, intereses, valores y expectativas. Asimismo, Leonard y Valdéz (2015) añaden que la calidad de vida es un concepto multidisciplinario, el cual es abordado desde diferentes disciplinas. Por ejemplo, en el caso de medicina, se asocia con la salud, la sintomatología o la ausencia de enfermedad, en filosofía, se asocia con el concepto de felicidad, y en sociología, con la inserción del individuo en el área social.

A su vez, Ardila (2003) señala que la calidad de vida se da cuando se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, entre otras. Expresa que es necesario empezar a trabajar en el crecimiento personal, en las realizaciones de las potencialidades, así como el bienestar subjetivo. Asimismo, enuncia que los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son el bienestar emocional, la salud, el trabajo (o cualquier tipo de actividad productiva), la riqueza material, la seguridad, la integración con la comunidad y las relaciones tanto sociales como familiares.

Bautista-Rodríguez (2017) añade que la calidad de vida se constituye por tres elementos en interacción: las condiciones objetivas de vida, el bienestar subjetivo y los valores personales y aspiraciones. Por su parte, Melchior et al., 2004 (citado en Bautista-Rodríguez, 2017) resaltan que la calidad de vida es un concepto multidimensional, el cual incluye una serie de factores, como, por ejemplo, el estilo de vida, la satisfacción laboral, la vida, la situación económica, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, entre otros. Asimismo, López y Rodríguez, 2006 (citado en Bautista-Rodríguez, 2017) comentan que la calidad de vida implica la evaluación completa que un individuo hace de su vida con respecto a sus características personales y características externas.

### **Bienestar emocional**

El bienestar emocional se refiere a la tranquilidad o calma de ánimo del individuo que se encuentra bien consigo mismo. Aquellas personas que experimentan un alto grado de bienestar emocional sienten con mayor fuerza las emociones agradables, siendo estas gratitud, felicidad, ilusión y entusiasmo. A su vez, el tener bienestar emocional supone el tener tanto autoestima como confianza en sí mismo, en donde se van a llegar a tener las suficientes capacidades para afrontar situaciones estresantes, buscar soluciones y, posteriormente, recuperarse (Palacio, 2018). Andrés et al. (2014) añaden que el bienestar emocional se caracteriza por la presencia de sentimientos sobresalientes positivos, entre los que se incluye la felicidad.

Por otro lado, Johnson et al. (2020, citados en Blanco y Blanco, 2021) hacen mención a que el bienestar emocional es el estado en el que las personas experimentan cuando llegan a vencer y dominar sus emociones y estados de ánimo, así como el sobrellevar los altibajos y presiones de la vida, para alcanzar la buena salud, plenitud y felicidad. Donate (2021, citado en Hernández Vergel et al., 2021) recalca que, según la Organización Mundial de la Salud, el bienestar emocional se refiere a un estado de ánimo en el cual el individuo llega a entender sus

propias aptitudes, afronta los obstáculos de la vida, contribuye a la comunidad y trabaja de manera productiva. Dicho bienestar emocional se encuentra determinado por una serie de factores, los cuales, al ser tomados en cuenta, pueden lograr una sensación tanto de paz como de equilibrio.

### **Autoestima**

Según Suanes (2009), la autoestima puede describirse de muchas maneras, la misma puede ser ese sentimiento valorativo de nuestro ser, el juicio que hacemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos, asimismo, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. En general, la autoestima determina la manera de percibirnos, valorarnos, moldea nuestras vidas e influye en la toma de decisiones

Ahora bien, la autoestima se aprende, cambia y se puede mejorar, ya que, al ser seres humanos, las personas están expuestas a tener y experimentar fluctuaciones en la misma, es decir, la persona no nace con un concepto de lo que es la autoestima, sino que es una que se va formando desde temprana edad, a partir de cuando se forma un concepto de cómo se ven las personas que los rodean (padres, madres, maestros, compañeros, amigos) y las experiencias que se van adquiriendo. La formación de la autoestima se basa en dos aspectos, primeramente, el autoconocimiento, que conforman los éxitos, los fracasos, la satisfacción de uno mismo, la motivación, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales. En segundo lugar, las expectativas de las metas o la imagen que queremos alcanzar, siendo esta validada por los padres, hermanos y pares (Suanes, 2009).

Por otro lado, la autoestima tiene tres componentes fundamentales. El componente cognitivo, el cual hace referencia a las opiniones, ideas, creencias, percepción y procesamiento de la información. Es el concepto que se tiene de la propia personalidad y de la conducta. El componente afectivo, tiene un componente valorativo, lleva al reconocimiento de lo que en

cada persona hay de positivo y de negativo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, que siente la persona de sí misma. Y finalmente, el componente conductual, quien se refiere al modo de actuar, a la intención y actuación que hace la persona por sí misma, es decir, cómo se enfrenta con sí misma (Suñes, 2009).

## Capítulo III: Problema

### Problema

Los TCA y la adicción a sustancias impactan significativamente la calidad de vida, lo que afecta la salud física, emocional, interpersonal e intelectual de quienes los padecen. La anorexia y la bulimia generan complicaciones médicas, aislamiento social, ansiedad y baja autoestima, mientras que el consumo de sustancias deteriora el bienestar psicológico, las relaciones familiares y la estabilidad personal. Ambas problemáticas comparten factores de riesgo y consecuencias, que influyen negativamente en la funcionalidad diaria y el desarrollo de quienes las enfrentan. Y por esto surge la duda sobre cuál es el impacto de la adicción a sustancias y TCA, así como su efecto en la calidad de vida de las personas.

### Objetivos

#### *Objetivo general*

Evaluar el impacto que tienen los TCA y la adicción a sustancias en la calidad de vida en adultos jóvenes.

#### *Objetivos específicos*

- Conocer el impacto de ambas condiciones en las relaciones familiares, sociales y laborales.
- Valorar las consecuencias físicas y cognitivas de estos trastornos.
- Entender cómo afectan el bienestar emocional y la autoestima de los evaluados.
- Comparar denominadores comunes entre los TCA y adicción a sustancias.

## Capítulo IV: Metodología

### **Diseño Metodológico:**

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo y es de tipo transversal con un alcance descriptivo, ya que pretende explicar características y propiedades del tema de investigación (Collado et al., 2014).

### **Participantes/muestra:**

La muestra final reúne a 10 personas que, al momento de la investigación, viven en Costa Rica y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Esta muestra se dividió en los siguientes grupos: personas adictas, ya sea al alcohol o a la marihuana y personas que padecen anorexia o bulimia. Se realizó de esta manera con el fin de obtener una opinión más centrada en las experiencias personales y el conocimiento de los sujetos. Cada grupo contó con un total de cinco sujetos.

A lo largo de la sección de resultados, no se utiliza el nombre de las personas participantes, sino una letra que ayuda a diferenciar a cada una.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

En cuanto a los criterios de inclusión, se buscó a personas entre 18 y 25 años, con adicción a la marihuana y al alcohol, así como TCA, en específico anorexia y bulimia.

Como criterios de exclusión, se tienen personas menores de 18 años o mayores de 25 años, sin adicción a la marihuana y al alcohol, como sin TCA en específico anorexia y bulimia.

## **Instrumentos**

### ***Entrevista semiestructurada***

La entrevista semiestructurada consta de un método de recopilación de información en el que el entrevistador utiliza una guía de preguntas predefinidas, pero con la flexibilidad de profundizar en ciertos temas, según las respuestas de la persona entrevistada. Ahora bien, como menciona Folgueiras Bertomeu (2016), se decide con anticipación la información que se necesita y se establece un guión de preguntas. Dichas preguntas se realizan de manera abierta, con el objetivo de recoger más información que en la entrevista estructurada. Además, se pretende utilizar diferentes entrevistas, con la finalidad de conocer la perspectiva de diferentes usuarios con respecto a si su calidad de vida se ha visto afectada.

### ***Procedimiento***

Se pretendió realizar entrevistas semiestructuradas, con una modalidad virtual, y con una duración de aproximadamente 45 minutos. Asimismo, se les envió previamente un consentimiento informado, donde se les explicó el procedimiento y confidencialidad de los datos del entrevistado.

El contacto con los posibles participantes se realizó por medio de diferentes canales. Se recurrió a personas conocidas que cuenten con los criterios de inclusión o que puedan referir a otras personas por medio del método bola de nieve. A su vez, se hizo uso de redes sociales para identificar interesados en realizarles la entrevista.

## **Técnicas de análisis**

### ***Análisis de contenido cualitativo***

Se utilizó un análisis de contenido cualitativo de tipo reductivo (Mayring, 2000). A partir de las preguntas de investigación, se tomaron las temáticas básicas para la definición de categorías: calidad de vida (área interpersonal, área física, área intelectual y área afectiva), bienestar emocional y autoestima.

### ***Consideraciones éticas para tomar en cuenta con las personas participantes de esta investigación***

En el proceso de recolección de datos, se resguardó el anonimato de los sujetos entrevistados, lo cual consta en el consentimiento informado, en el que se explicó detalladamente el proceso de confidencialidad, voluntariedad, riesgos y beneficios de su participación. Los sujetos que participaron en este proceso tuvieron libertad de responder “sí” o “no”, así como la libertad de dar por concluida la entrevista en el momento que lo desearan.

## Capítulo V: Resultados

### Adicción a Sustancias

#### *Área Interpersonal*

Las adicciones tienen un impacto significativo en las relaciones interpersonales, lo que afecta la manera en que las personas se vinculan con su entorno. El consumo de sustancias puede generar un distanciamiento emocional con la familia, lo que aumenta las peleas y la desconfianza. Como mencionó una R que atraviesa esta situación: “Con mi familia hay más peleas y desconfianza, siento que no me entienden y a veces prefiero evitar hablar con ellos”. Esta desconexión se agrava cuando las personas prefieren aislarse para evitar conflictos o consumir sin ser juzgados, como se puede observar en esta respuesta de C: “A veces prefiero estar solo para no discutir o para poder consumir sin que me critiquen”. El consumo también puede modificar las dinámicas de socialización, lo que hace que la persona busque entornos donde el consumo sea aceptado, de esta forma se limite su círculo social y restringe sus experiencias a lugares o personas que compartan la misma conducta.

Por otro lado, las amistades también se ven alteradas, ya que las personas con adicciones pueden sentirse juzgadas o incomprendidas por aquellos que no consumen, como se puede ver en estos dos comentarios, C mencionó: “con mis amigos, depende”. Mientras R comentó: “algunos consumen también, entonces nos entendemos, pero con los que no, siento que me juzgan o se alejan”. Esta percepción de rechazo o crítica puede reforzar la conducta de aislamiento o de búsqueda de compañía únicamente en quienes comparten el hábito. Incluso en contextos sociales, el consumo puede convertirse en una herramienta para lidiar con la ansiedad o la falta de confianza: S respondió diciendo: “sí, a veces cuando fumo, no tengo la misma confianza o pienso mucho las cosas”. Además, G comentó: “cuando consumo es más

fácil desenvolverse”. Sin embargo, esta dependencia social puede hacer que las relaciones se vuelven superficiales o se mantengan solo dentro del contexto del consumo, lo que limita la posibilidad de establecer vínculos genuinos y saludables.

### *Área Física*

El impacto físico de las adicciones es innegable y deja marcas profundas en quienes las padecen. Los participantes relataron transformaciones significativas en su cuerpo, como fluctuaciones extremas de peso, problemas gastrointestinales, deterioro dental y alteraciones severas del sueño. Esta dura realidad se refleja en estos testimonios, R: “me veía en el espejo y no me reconocía”, y C señaló: “sentía que mi cuerpo se estaba apagando”. La fatiga persistente y la falta de energía se convirtieron en obstáculos constantes para desenvolverse en la vida diaria. G dijo: “el estado de relajación afecta en situaciones imprevistas”, por su parte, S comentó: “antes de fumar era más activo que ahora”. Estos comentarios evidencian cómo el agotamiento afectaba su capacidad para realizar incluso las tareas más básicas. Estos cambios físicos no solo repercutían en la imagen corporal, sino también en la percepción de la propia identidad y autoestima.

Además de las consecuencias visibles, el consumo sostenido deteriora procesos internos esenciales para la salud. Los participantes mencionaron la pérdida del apetito o, por el contrario, episodios de atracones descontrolados, que afectaban su bienestar general. R dijo: “me da mucha hambre cuando consumo”, como se puede ver, aquí se ilustra la relación entre la adicción y la desconexión con las necesidades del cuerpo. Asimismo, los patrones de descanso se alteraban drásticamente, lo que genera insomnio o episodios de sueño irregular. Esta desregulación complicaba la recuperación física y mental, de este modo se perpetúa el ciclo de consumo.

### *Área Intelectual*

En el ámbito intelectual, las adicciones impactaron profundamente la capacidad de concentración, memoria y aprendizaje, lo que dificulta el desarrollo personal y profesional. Muchas personas relataron haber abandonado estudios o proyectos importantes debido a la falta de motivación o la incapacidad de mantenerse enfocados. Frases como estas reflejan lo anteriormente mencionado, C: “Quería estudiar, pero no podía concentrarme”, R: “olvido cosas fácilmente y me distraigo rápido”, mientras G dijo: “hay una desmotivación extrema cuando estoy en épocas de mayor consumo, efecto opuesto a épocas de consumo controlado”. Esto es un reflejo de la frustración que experimentan al sentirse atrapados en un ciclo de deterioro cognitivo. Esta sensación de estancamiento no solo limita sus oportunidades, sino que perpetúa el consumo como una vía de escape a la angustia de no poder avanzar.

Sin embargo, la recuperación abrió la posibilidad de reconstruir su vida intelectual, por lo que se pudo retomar estudios o descubrir nuevos intereses que ayudan a su crecimiento personal. Por ejemplo, S señaló: “Volví a la universidad, ahora valoro cada clase porque sé lo que me costó llegar aquí”, muestra cómo la perseverancia los llevó a resignificar la educación como una herramienta de transformación. A su vez, el compromiso con la sobriedad mejoró su desempeño laboral, tal como expresó C: “en el trabajo trato de no consumir sustancias porque es importante estar lúcido al cien por ciento”.

Además, actividades como la lectura o la escritura emergieron como espacios de introspección y autodescubrimiento, reflejado en la frase de R: “Escribir me ayudó a organizar mis pensamientos y entenderme mejor”. Así, la recuperación no solo restauró sus capacidades cognitivas, sino que también les permitió reconectar con su potencial creativo e intelectual.

### *Área Afectiva*

Las adicciones impactan significativamente la esfera emocional, afectando tanto a las personas que consumen como a su entorno cercano. Las emociones intensas, como la culpa, la tristeza y la frustración, fueron constantes en los relatos de quienes atravesaron este proceso. La mayoría de los entrevistados experimentaron episodios de ansiedad y depresión ligados a la adicción, ya sea propia o de un ser querido. R dijo: “fumo para calmar la ansiedad o para olvidar los problemas”. Esto revela cómo el consumo se convierte en un intento de anestesiar el malestar emocional, aunque de manera temporal. Esta búsqueda de alivio inmediato perpetúa el ciclo de consumo, mientras las emociones no procesadas siguen acumulándose. C comentó: “me siento irritable cuando no fumo”. Aquí se refleja la dependencia emocional que surge, lo que hace que las personas se sientan atrapadas entre el consumo y la incapacidad de regular sus estados internos.

Las recaídas no solo intensifican el dolor emocional, sino que también deterioran los vínculos interpersonales, incrementando el aislamiento. R señaló: “prefiero guardarme las cosas porque siento que nadie me entiende o me van a criticar”, expone cómo la vergüenza y el miedo al juicio inhiben la comunicación emocional, profundizando la sensación de soledad. Además, la adicción erosiona la capacidad de reconocer y expresar los sentimientos de manera saludable. En relación con esto, G dijo: “sí, tal vez he perdido la habilidad de expresar mis emociones y sentimientos por un motivo de consumo”. Aquí se ejemplifica la desconexión interna que muchas personas experimentan, lo que dificulta su proceso de recuperación. Por su parte, S respondió que “las emociones eran fuertes y abrumadoras”. Esto evidencia cómo este torbellino emocional puede ser paralizante, lo que demuestra que la búsqueda de ayuda profesional y el fortalecimiento de las redes de apoyo sean esenciales para sanar.

### ***Bienestar Emocional***

Las adicciones impactan profundamente la salud emocional y la percepción de bienestar de quienes las experimentan, lo que afecta áreas clave como la gestión de emociones y las relaciones interpersonales. Durante el proceso de recuperación, las personas atraviesan momentos de lucha interna, pero también encuentran instantes de calma y esperanza.

El proceso de recuperación está lleno de altibajos emocionales, pero también de momentos de paz y esperanza. Estrategias como la arteterapia o la música se convierten en aliadas esenciales para canalizar emociones y fomentar la resiliencia. Como expresaron los participantes, actividades como “hacer y escuchar música” (S) o “disfruto mucho todas las actividades que tengan relación con el arte como la pintura y la música” (C). Esta es una evidencia de cómo estas prácticas no solo alivian el malestar, sino que generan espacios de autodescubrimiento y expresión, fundamentales para sostener el equilibrio emocional.

Además del impacto en la esfera emocional, las adicciones también afectan la capacidad de encontrar placer en actividades cotidianas, fragmentando los momentos de conexión con uno mismo y con los demás. Sin embargo, la recuperación permite redescubrir pequeñas fuentes de alegría y motivación, reconstruyendo poco a poco la calidad de vida. Actividades recreativas, como R y G, quienes señalaron “*ver series o películas*”, esto los ayuda a distraer la mente y brindar pausas necesarias en el proceso terapéutico, lo que aporta instantes de descanso mental y bienestar. Estas experiencias resaltan la importancia de cultivar hábitos saludables y placenteros que sustituyan el consumo, lo que permite que las personas recuperen su capacidad de disfrutar la vida desde un lugar de mayor consciencia y plenitud.

### *Autoestima*

Las adicciones impactan profundamente la autoestima, erosionando la percepción personal de valía y generando un ciclo de autodesprecio. Las personas que atraviesan este proceso expresan cómo el consumo afecta su seguridad y confianza, como en el caso de R, quien respondió: “sí, ha bajado mucho, antes me sentía más seguro, ahora me siento incapaz o débil”. Esta pérdida de confianza se intensifica con la autocrítica constante y la culpa asociada al consumo, como se ve en el caso de C, quien dijo: “suelo juzgarme mucho por tomar la decisión de consumir”. Además, los altibajos emocionales también son frecuentes, reflejando una lucha interna que debilita la estabilidad emocional, C agregó a esto: “normalmente me siento bien, sin embargo, distintas situaciones de vida han cambiado un poco la forma en que me siento conmigo mismo y puedo caer en 'bajones' emocionales”. La percepción de pérdida de control sobre la propia vida refuerza esta desconexión con uno mismo, como se puede observar en la experiencia de R: “me critico más, me veo al espejo y no me gusta lo que veo; siento que no tengo control sobre mi vida”.

Además del deterioro interno, las adicciones afectan las áreas relacionales y de desarrollo personal, lo que limita el crecimiento y profundizando el aislamiento. La ruptura de vínculos familiares, las dificultades académicas o laborales y la dependencia de la sustancia se convierten en barreras para la reconstrucción de la autoestima, R lo refleja en este comentario: “La pérdida de confianza con mi familia, el sentir que no avanzo en mis estudios o trabajo, y la dependencia a la sustancia”. Esta percepción negativa de sí mismos se vuelve un obstáculo para buscar ayuda, perpetuando el ciclo de consumo, como se puede observar en esta respuesta de G: “Diría que de manera negativa, pero tengo muy claro que usualmente no tengo mi mejor interés en mente cuando consumo”. Sin embargo, reconocer estas afectaciones es un primer

paso hacia la reconstrucción personal, permitiendo que las personas puedan trabajar en su sanación emocional y redescubrir su propia valía.

## **Trastornos Alimenticios**

### *Área Interpersonal*

Los trastornos alimenticios afectan el área interpersonal debido a la manera en la que impactan la percepción del individuo sobre sí mismo y su relación con los demás. La obsesión con el peso, la alimentación y apariencia física puede llegar a generar sentimientos de aislamiento, vergüenza y ansiedad, lo que dificulta la interacción social y el mantenimiento de relaciones cercanas. Muchos de los entrevistados expresaron haber evitado reuniones o actividades con familiares o amigos para así no enfrentar situaciones incómodas relacionadas con la comida. S, por ejemplo, menciona que ha preferido mantenerse distante porque: "me cuesta conectar con ellos de la misma manera, y a veces prefiero mantenerme distante para evitar preguntas o situaciones incómodas.". Del mismo modo, J reconoce que ciertos planes sociales se volvieron un desafío debido a que implican una exposición directa a los hábitos alimenticios de los demás, afirmando que: "hay planes retadores para mi trastorno alimenticio, como salir con amigos o con mi familia a comer, lo que hace que me cause incomodidad asistir."

El distanciamiento generado por las personas que padecen el TCA puede impactar a su círculo cercano, en donde estos pueden interpretar el aislamiento como desinterés o frialdad, generando malentendidos o tensiones en las relaciones. V describe cómo su forma de socializar ha cambiado de manera drástica: "ahora me cuesta más encontrar placer en esas conversaciones, y muchas veces he preferido aislarme o rechazar planes, lo que algunas personas pueden interpretar como indiferencia o falta de interés". Otro aspecto relevante es la percepción que las demás personas tienen de la persona que cuenta con el TCA. A menudo, el

entorno comienza a verlas con preocupación o excesivo cuidado, generando incomodidad en quien padece el trastorno. M menciona que, aunque su socialización no cambió demasiado, sí notó que los demás empezaron a tratarla de manera distinta: "Más que cambios en mi socialización, lo que noté fue la imagen con la que me veían los demás, con 'cuidado' o 'preocupación'".

### *Área Física*

En el ámbito físico, los TCA afectan de manera significativa la salud física de quienes los padecen, lo que provoca desde cambios en la energía y el funcionamiento del cuerpo, hasta problemas de salud graves. Uno de los efectos más comunes entre los entrevistados es la constante fatiga y la sensación de debilidad. S comenta que se siente "cansado", debido a que "no descanso bien durante la noche y me cuesta levantarme en las mañanas". Esta falta de energía es compartida por C, quien expresa que:

La energía fue algo que ha disminuido muchísimo, se podía ver mucho en las ganas que simplemente tenía de estar tirada en la cama; en general pasaba con muchísimo sueño y el tomar cafeína de cualquier forma era lo que me ayudaba a seguir en el día.

Este agotamiento afecta la rutina diaria y dificulta la realización de actividades cotidianas dentro de los entrevistados, como estudiar, trabajar o socializar, lo que repercute directamente en su calidad de vida.

Otro aspecto importante es la aparición de problemas de salud graves como consecuencia de la malnutrición. V mencionó que experimentó una serie de síntomas físicos debilitantes, como la pérdida de cabello, uñas quebradizas y fatiga extrema. Su cuerpo llegó a un punto en el que "mis huesos estaban muy débiles y no podía correr". Esto refleja el impacto de la deficiencia nutricional en su estructura ósea. En el caso de C, su trastorno alimenticio la llevó a desarrollar "hipoglucemia reactiva, que es un desbalance en la azúcar, y por esto actualmente tengo que siempre andar cosas dulces en caso de que se me baje el azúcar." A su

vez, tanto ella como J experimentaron amenorrea, es decir, la pérdida de la menstruación. Es importante mencionar que el impacto de los TCA no solo limita la energía y la estructura física del cuerpo, sino que también afecta el funcionamiento interno del organismo. V mencionó que, debido a su malnutrición, desarrolló una infección en los riñones y llegó a desmayarse con facilidad, diciendo “pasé por mucho para recuperarme. Tenía muchos moretes y me desmayaba fácilmente”.

### *Área Intelectual*

El área intelectual se ve sumamente afectada por los TCA, generando dificultades en la concentración, el aprendizaje y el rendimiento académico o laboral. Por su parte, la constante preocupación por la alimentación, el cuerpo y los efectos físicos del trastorno generan un desgaste mental que reduce la capacidad de enfoque y retención de información. S mencionó que su mente está constantemente ocupada con pensamientos relacionados con su trastorno, lo que le dificulta concentrarse en actividades que requieren atención: "me cuesta concentrarme en clases o en actividades que requieren mucha atención. Mi mente está constantemente ocupada con pensamientos relacionados con la comida, el cuerpo o el malestar físico, lo que hace difícil enfocarme en otras cosas”.

Por su parte, C describió cómo su trastorno le ha afectado no solo en la concentración, sino en la motivación para aprender cosas nuevas: "he pasado por momentos donde pasó súper cansada y aparte de eso, de muy mal humor y, en general, incómoda y con niveles muy altos de ansiedad, esto me ha afectado mucho la motivación de aprender." De manera similar, J comentó que se le dificulta reunir la energía necesaria para enfocarse en el estudio, lo que compromete su capacidad de dar su mejor rendimiento. Sin embargo, destacó que su trastorno también generó una obsesión por alcanzar la perfección en todas las áreas de su vida, lo que aumentó su estrés académico: "mi trastorno alimenticio generó un tipo de obsesión de lograr

todo lo que me proponía de manera perfecta, entonces mi estrés por mi apariencia física también afecta mi estrés académico”.

### *Área Afectiva*

Los TCA afectan la esfera emocional de quienes los padecen, generando cambios en la regulación de emociones, la autoimagen y la capacidad de expresar sentimientos. Uno de los efectos más comunes es el sentimiento de insuficiencia y ansiedad constante en relación con la propia apariencia. J describió diciendo: "me siento insuficiente la mayoría del tiempo, porque siempre necesito llegar a una mejor imagen mía." De manera similar, S expresó que su estado emocional se ha caracterizado por una sensación frecuente de soledad, que aunque en algunos momentos le permite reflexionar, en otros lo hace sentir desconectado de su entorno: "A veces, incluso rodeado de gente, me siento desconectado emocionalmente."

Otra emoción recurrente en los entrevistados es la ansiedad, la cual no solo se relaciona con la alimentación, sino también con la percepción de control. C mencionó que su ansiedad se intensifica debido a la hipoglucemia reactiva que desarrolló como consecuencia de su trastorno alimenticio, lo que le generaba miedo a desmayarse y agravaba su malestar emocional: "El hecho de que una de las cosas que me generaban muchísima ansiedad era desmayarme, hacía que no pudiera ignorar los síntomas". Por otro lado, V describió que sus emociones suelen ser "impulsivas y ansiosas", pero ha logrado desarrollar estrategias para manejarlas, como la meditación y la autoconciencia. Sin embargo, V reconoce que este proceso ha sido complejo y que, en algunos aspectos, ha terminado cerrándose emocionalmente: "Siento que vivo súper rutinario y cuando algo sale de mi control o es diferente me cuesta adaptarme. Especialmente cuando se trata de hablar de cómo me siento en realidad".

### ***Bienestar Emocional***

El bienestar emocional de quienes padecen un trastorno de conducta alimentaria se ve gravemente afectado, ya que estos trastornos están estrechamente ligados a sentimientos de ansiedad, miedo, tristeza y una profunda insatisfacción personal. La mayoría de los entrevistados expresan haber experimentado una gama de emociones negativas a lo largo de su proceso, muchas de las cuales han sido intensificadas por la relación con la comida y la autoimagen. M menciona que siente una tristeza constante y una sensación de vacío: "Me siento sola y con una idea de que la única forma de ser feliz es logrando una apariencia que, según yo, 'me hace falta'". De manera similar, S describe que la soledad ha sido una de sus emociones predominantes, mencionando que: "incluso cuando estoy rodeado de gente, no siempre siento una verdadera conexión."

La ansiedad es otra emoción recurrente en los relatos de los entrevistados, C destaca que es una emoción predominante en su día a día, mencionando que "cada día en distinta medida, pero sí considero que la ansiedad es una emoción que predomina". Por otro lado, V mencionó que ha experimentado emociones como la duda, el miedo y la sensación de obligación, señalando que estos sentimientos están relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo que desarrolló a raíz de su TCA: "sí, definitivamente, sobre todo con el OCD que causó mi TCA."

### ***Autoestima***

Los TCA afectan de manera significativa la autoestima de quienes los padecen, impactándola de manera negativa a través de la autocrítica, la inseguridad y la presión por alcanzar estándares inalcanzables de perfección. Muchas de las respuestas de los entrevistados reflejan que su autoestima pasó por momentos de crisis profundas, donde la insatisfacción

personal y la necesidad de control se volvieron dominantes. Por su parte, C mencionó que creció en un ambiente donde la cultura de la dieta era una norma establecida: "crecí viendo cómo estas conductas restrictivas eran 'normales' e incluso conductas deseadas y esperadas." Por otra parte, V comentó que, aunque ha trabajado en su autoestima, aún siente una presión interna constante: "he sido tan fuerte para sanar, pero también verme de cierta manera, y siento la presión de que cada vez me tengo que ver mejor."

En algunos casos, el impacto negativo en la autoestima se traduce en una falta de interés en el propio bienestar o en una percepción de desinterés hacia la propia persona. S señaló que, aunque no siente que su autoestima haya cambiado de manera drástica, sí ha experimentado momentos de autocrítica e inseguridad: "es como un desinterés hacia mi persona, aunque en el fondo sé que la salud importa". Además, algunos entrevistados mencionan que su autoestima ha estado marcada por la inseguridad física y la sensación de insuficiencia, en donde J describió que siente que nunca es suficiente y que su felicidad depende de alcanzar una imagen específica: "me siento sola y con una idea de que la única forma de ser feliz es lograr una apariencia que según yo 'me hace falta'".

## **Adicciones y Trastornos Alimenticios**

### ***Área Interpersonal:***

Tanto las adicciones como los TCA generan un fuerte impacto en las relaciones personales. En ambos casos, las personas entrevistadas tienden a aislarse para evitar juicios o situaciones incómodas, ya sea por el consumo de sustancias o por la ansiedad ligada a la alimentación. Esto puede generar malentendidos con el entorno, haciendo que familiares y amigos perciban desinterés o frialdad, cuando en realidad existe una lucha interna. Además, en ambos casos, las relaciones tienden a verse condicionadas, en donde en las adicciones, se

buscan círculos que validen el consumo, mientras que, en los trastornos alimenticios, los eventos sociales que involucran comida se convierten en un reto. La sensación de incompreensión y la percepción de ser tratados con excesiva preocupación aparecen en ambas experiencias, afectando la capacidad de mantener vínculos sanos.

### ***Área Física:***

El deterioro físico es evidente tanto en las adicciones como en los TCA, aunque se manifiesta de distintas maneras. Las personas con adicciones relatan alteraciones de peso, fatiga extrema y problemas gastrointestinales, mientras que en los TCA surgen complicaciones graves como pérdida de masa ósea, desmayos o desregulación hormonal. Sin embargo, en ambos casos, los entrevistados mencionan que sus cuerpos experimentan un desgaste que afecta su calidad de vida, lo que dificulta actividades diarias y afecta el ciclo de maltrato al cuerpo. La desconexión con las necesidades básicas ya sea a través de la restricción o del consumo, marca una ruptura con el propio bienestar físico que requiere atención para sanar.

### ***Área Intelectual:***

Tanto las adicciones como los trastornos alimenticios afectan la capacidad de concentración, la memoria y el rendimiento académico o laboral. En ambos casos, la mente se encuentra saturada, ya sea por la obsesión con la comida o por la interferencia cognitiva que genera el consumo de sustancias. Esto lleva a una falta de motivación, abandono de proyectos o una sensación de estancamiento personal. Cabe mencionar que, en ambas experiencias, la recuperación abre la puerta a la reconstrucción intelectual, lo que permite retomar estudios o descubrir nuevos intereses que impulsan el crecimiento personal. La lucha por volver a conectar con las capacidades cognitivas es un punto clave en los procesos de sanación.

### ***Área Afectiva:***

Las emociones intensas, como la culpa, la tristeza y la frustración, son comunes en las adicciones y los TCA. En ambos casos, las personas recurren a la conducta adictiva, ya sea consumir o restringir alimentos como una vía para anestesiar el malestar emocional, lo que afecta de este modo el ciclo de sufrimiento. La dificultad para regular las emociones, la irritabilidad y la desconexión con los propios sentimientos aparecen en ambas problemáticas, lo que genera que la búsqueda de ayuda profesional y el fortalecimiento de las redes de apoyo sean esenciales para recuperar el equilibrio emocional.

### ***Bienestar emocional:***

En ambos casos, el bienestar emocional se ve gravemente afectado, pero la recuperación permite encontrar momentos de calma y esperanza. Las personas descubren que actividades creativas o recreativas, como el arte o ver una serie, pueden ser espacios de alivio y autodescubrimiento. Aprender a disfrutar de pequeños momentos y a cultivar hábitos saludables se convierte en una herramienta esencial para mantener la estabilidad emocional y recuperar la capacidad de disfrutar la vida con mayor consciencia.

### ***Autoestima:***

Tanto las adicciones como los trastornos alimenticios desgastan la autoestima, lo que hace que las personas pierdan la confianza en sí mismas y se juzguen con dureza. La percepción de pérdida de control sobre la propia vida y la sensación de incapacidad o debilidad son comunes en ambos procesos. Sin embargo, reconocer este deterioro emocional es un primer paso hacia la reconstrucción personal, lo que permite que las personas trabajen en su sanación y redescubran su propia valía a través del esfuerzo y la resiliencia.

## Capítulo VI: Discusión

### Discusión de resultados

La presente discusión fue realizada de acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra a través de las entrevistas aplicadas, el análisis de resultados, la información recopilada tanto en los antecedentes relacionados con el tema e información adjunta en el marco teórico de la presente investigación.

#### *Impacto en las relaciones interpersonales*

Los resultados de este estudio muestran que las adicciones y los TCA generan un fuerte impacto en las relaciones interpersonales, principalmente debido al aislamiento social, los conflictos con la familia y la percepción de incompreensión por parte del entorno.

En el caso de las adicciones, los entrevistados señalaron que su consumo generó desconfianza dentro del núcleo familiar, lo que aumenta los conflictos y deteriora la comunicación. Esto es consistente con lo señalado por Roa (2019), quien afirma que la adicción a sustancias provoca un debilitamiento en los lazos familiares debido a la evasión de responsabilidades y la tensión generada por el consumo. Testimonios como el de R, quien comentó: "con mi familia hay más peleas y desconfianza, siento que no me entienden y a veces prefiero evitar hablar con ellos". Esto refleja la distancia emocional que se genera en estos casos.

Asimismo, las personas con adicciones tienden a modificar su círculo social, buscando entornos donde el consumo sea validado. Moscoso Paredes y Titto Beltran (2015) destacan que la necesidad de aceptación puede llevar a los consumidores a establecer lazos con personas que refuercen su conducta adictiva, dejando de lado amistades anteriores. Esto se evidencia en la

respuesta de R: "algunos consumen también, entonces nos entendemos, pero con los que no, siento que me juzgan o se alejan".

En cuanto a los TCA, se observó un patrón similar de aislamiento, aunque en este caso, relacionado con la ansiedad y la evitación de situaciones que involucren comida. Etxeberria et al. (2022) indican que la vida social de las personas con TCA se ve gravemente afectada, ya que muchas prefieren evitar interacciones que puedan generar presión sobre su alimentación. Esto se refleja en testimonios como S, quien comentó: "me cuesta conectar con ellos de la misma manera, y a veces prefiero mantenerme distante para evitar preguntas o situaciones incómodas".

Además, la forma en que los demás perciben a quienes padecen un TCA también influye en sus relaciones. Chóez Plúa y Tejeda Díaz (2021) señalan que los pacientes con TCA pueden desarrollar vínculos afectivos evitativos debido a la manera en que son tratados por su entorno, lo que coincide con la experiencia de M que mencionó que los demás comenzaron a tratarla con excesivo cuidado o preocupación: "más que cambios en mi socialización, lo que noté fue la imagen con la que me veían los demás, con 'cuidado' o 'preocupación'".

### ***Impacto en la salud física***

El deterioro físico es una de las consecuencias más evidentes en ambas problemáticas, aunque se manifiesta de diferentes formas. En las adicciones, los entrevistados reportaron fluctuaciones en el peso, fatiga persistente, alteraciones del sueño y problemas gastrointestinales. Estos hallazgos son respaldados por Leonard y Váldez (2015), quienes mencionan que el abuso de sustancias afecta funciones corporales esenciales y puede provocar deficiencias nutricionales. Además, se evidenció una disminución en la energía y en la

capacidad de respuesta ante situaciones cotidianas, como en el caso de S, quien comentó: "Antes de fumar era más activo que ahora".

En cuanto a los trastornos alimentarios, los efectos físicos reportados fueron aún más severos. Se mencionaron problemas como hipoglucemia, pérdida de cabello, fatiga extrema, osteoporosis y amenorrea. Estos resultados coinciden con los estudios de Muñoz Calvo y Argente (2019), quienes afirman que la desnutrición impacta el sistema óseo, hormonal y metabólico. V dijo: "mi cuerpo llegó a un punto en el que mis huesos estaban muy débiles y no podía correr", lo cual es un testimonio que refleja claramente este deterioro.

### ***Impacto en el desarrollo intelectual***

Tanto las adicciones como los TCA afectan la concentración, la memoria y el rendimiento académico o laboral. Los entrevistados con adicciones mencionaron dificultades para concentrarse y una desmotivación extrema durante los periodos de mayor consumo. Holguín et al. (2017) explican que las drogas alteran las funciones cognitivas, lo que afecta la capacidad de aprendizaje y toma de decisiones. C comentó: "quería estudiar, pero no podía concentrarme". Esto ejemplifica este efecto.

En el caso de los TCA, los entrevistados relataron que la preocupación constante por su alimentación les generaba dificultades para mantener la atención en otras actividades. Cabezas et al. (2024) mencionan que el perfeccionismo característico de los TCA puede intensificar el estrés académico, lo que se refleja en testimonios como el de J: "Mi trastorno alimenticio generó un tipo de obsesión de lograr todo de manera perfecta, entonces mi estrés por mi apariencia física también afecta mi estrés académico".

### ***Impacto en el bienestar emocional***

El bienestar emocional se ve gravemente afectado en ambas problemáticas, manifestándose en síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad y dificultad para gestionar las emociones. En las adicciones, el consumo es utilizado como una estrategia de afrontamiento emocional, lo que concuerda con lo señalado por Mena Moreno (2022) sobre la dependencia emocional hacia las sustancias. R señaló lo siguiente: "fumo para calmar la ansiedad o para olvidar los problemas", lo cual refleja este patrón de consumo.

En los TCA, la preocupación obsesiva por la autoimagen genera un estado de insatisfacción constante. Ibarzábal Ávila et al. (2016) destacan que las personas con TCA experimentan emociones negativas intensas, como angustia y miedo al rechazo, lo que se evidencia en la respuesta de J: "Me siento insuficiente la mayoría del tiempo, porque siempre necesito llegar a una mejor imagen mía".

### ***Impacto en la autoestima***

La autoestima se ve gravemente afectada en ambas problemáticas, ya que las personas tienden a desarrollar una autopercepción negativa y sentimientos de autoexigencia extrema. En las adicciones, los entrevistados mencionaron una disminución en su confianza personal y un sentimiento de culpa por consumir. Simkin et al. (2014) explican que la autoestima baja está fuertemente relacionada con las conductas adictivas, lo que se observa en respuestas como esta por parte de R: "Sí, ha bajado mucho, antes me sentía más seguro, ahora me siento incapaz o débil".

En los TCA, la autoimagen y la autocrítica son factores determinantes. Suanes (2009) menciona que la autoestima se construye a partir de la percepción que se tiene de uno mismo

y del entorno, lo que se refleja en testimonios como el siguiente de R: "me critico más, me veo al espejo y no me gusta lo que veo; siento que no tengo control sobre mi vida".

### **Limitaciones**

No se identificaron limitaciones en el desarrollo de esta investigación, ya que se contó con suficiente información teórica y empírica para abordar el impacto de los TCA y la adicción a sustancias en la calidad de vida. Además, se lograron obtener los datos necesarios para el análisis de las áreas afectiva, interpersonal, física e intelectual, lo que asegura una comprensión integral del fenómeno estudiado.

### **Conclusiones**

A lo largo de esta investigación se logró evidenciar que tanto los TCA como la adicción a sustancias tienen un profundo impacto en la calidad de vida de las personas, lo que afecta múltiples dimensiones de su funcionamiento: interpersonal, física, intelectual y afectiva. Estas condiciones, si bien presentan manifestaciones distintas, comparten un trasfondo común marcado por el malestar emocional, la búsqueda de control, la dificultad en la regulación afectiva y la presencia de relaciones interpersonales deterioradas.

Desde el área interpersonal, se constató que ambas problemáticas generan un aislamiento progresivo, distanciamiento con figuras significativas y una profunda sensación de incompreensión. En las personas con TCA, el miedo a ser juzgadas por su comportamiento alimentario o su apariencia física lleva a evitar espacios sociales, mientras que en las personas con adicción, la dinámica gira en torno a la evasión, el cambio de círculo social y el ocultamiento del consumo, lo que debilita los vínculos afectivos y sociales.

En el plano físico, tanto el consumo sostenido de sustancias como las conductas restrictivas o purgativas asociadas a los TCA provocan un deterioro evidente del cuerpo, que va desde problemas gastrointestinales, desnutrición y alteraciones hormonales, hasta enfermedades crónicas y pérdida de funcionalidad. Este desgaste no solo afecta la salud, sino también la percepción corporal, la vitalidad diaria y la relación que cada persona construye con su propio cuerpo.

El área intelectual también se ve comprometida, ya que ambas condiciones interfieren en la concentración, la memoria, el aprendizaje y el rendimiento académico o laboral. La carga mental constante, ya sea por pensamientos obsesivos respecto a la comida o por el efecto neuroquímico de las sustancias, limita el desarrollo personal, perpetúa la desmotivación y obstaculiza el cumplimiento de metas individuales.

En la dimensión afectiva, se encontró una fuerte presencia de emociones negativas como tristeza, ansiedad, culpa y frustración, sumadas a una baja capacidad para identificar, expresar y regular dichas emociones. Las personas entrevistadas reconocieron haber recurrido al consumo o a conductas alimentarias extremas como mecanismos de escape ante el dolor emocional, lo que genera un círculo vicioso de malestar y dependencia.

Asimismo, el bienestar emocional y la autoestima se ven profundamente afectados. Las personas manifiestan una percepción negativa de sí mismas, acompañada por autocrítica, inseguridad y una sensación de pérdida de control. Sin embargo, también se destaca que el proceso de recuperación puede generar cambios significativos, lo que permite a los sujetos reconectar con sus emociones, establecer vínculos más saludables y resignificar su vida desde el autocuidado y la consciencia.

Finalmente, este estudio reafirma la necesidad de abordar estas problemáticas desde un enfoque integral, que considere la interrelación entre las distintas áreas de la vida y el trasfondo

emocional que las sostiene. Es imperativo promover intervenciones tempranas, sensibilizar sobre estas condiciones y fomentar espacios de escucha, apoyo y acompañamiento terapéutico que faciliten la recuperación y la mejora en la calidad de vida de quienes las enfrentan.

### **Recomendaciones**

- Investigar en profundidad las diferencias entre personas con TCA que también presentan adicciones y aquellas que solo padecen uno de los trastornos, con el fin de identificar patrones particulares, niveles de gravedad y necesidades terapéuticas específicas.
- Profundizar en el impacto del contexto familiar y social en el desarrollo simultáneo de TCA y adicciones, considerando variables como la dinámica familiar, antecedentes de salud mental y exposición temprana a estereotipos corporales o sustancias.
- Analizar las estrategias de afrontamiento emocional más utilizadas por personas con TCA o adicciones, y cómo estas influyen en la duración del trastorno y en los procesos de recaída o recuperación.
- Explorar las experiencias de recuperación de personas jóvenes que han superado un TCA o una adicción, enfocándose en los factores que facilitaron su proceso, así como en los desafíos emocionales, cognitivos y sociales que enfrentaron.
- Indagar la relación entre los trastornos alimentarios y el consumo de sustancias en poblaciones específicas, como personas LGBTQ+, poblaciones indígenas o jóvenes en situación de vulnerabilidad, para identificar riesgos diferenciados y enfoques de intervención culturalmente sensibles.

## Referencias

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L. y Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolo AEPED. Capítulo, 7. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53741780/anorexia\\_bulimia-libre.pdf?1499086786=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAnorexia\\_bulimia.pdf&Expires=1728170196&Signature=EHLv4sbriDJNzO8oGil2w65SBvSL5tmkoXdnwcPN0uQiNwyrPmntuGNGyZGxNg86rJtPkz24-YZLXpePFUct15QNZwhsGagNrHH3apXApAhqwpFvakXbzyDfBvlnL2G-b2MnTeviQVawJLWoW2--qXOyvQXEW66BPvKEff~7Pm2u176H~d6pvPoH7E9u7MTyA5kwfkzgLWiOhkldTHJiMeePgUmVtkLCZVgzfLWeN6FmIbqEwBrNMqO5~Xi2~xYmcQnp8qv7oHh-wLtXWl5mj9CZeGXa46iVyyRtS22RjE-HzQ2pJntg8j7foqh7BbX3aXo0KagcTpcQT2FgHRHL1Q\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53741780/anorexia_bulimia-libre.pdf?1499086786=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAnorexia_bulimia.pdf&Expires=1728170196&Signature=EHLv4sbriDJNzO8oGil2w65SBvSL5tmkoXdnwcPN0uQiNwyrPmntuGNGyZGxNg86rJtPkz24-YZLXpePFUct15QNZwhsGagNrHH3apXApAhqwpFvakXbzyDfBvlnL2G-b2MnTeviQVawJLWoW2--qXOyvQXEW66BPvKEff~7Pm2u176H~d6pvPoH7E9u7MTyA5kwfkzgLWiOhkldTHJiMeePgUmVtkLCZVgzfLWeN6FmIbqEwBrNMqO5~Xi2~xYmcQnp8qv7oHh-wLtXWl5mj9CZeGXa46iVyyRtS22RjE-HzQ2pJntg8j7foqh7BbX3aXo0KagcTpcQT2FgHRHL1Q_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- Aguilera Pérez, D. R. (2019). *Normalización del consumo de alcohol como factor de riesgo* [Trabajo inédito de licenciatura, Universidad La Laguna]. RIULL – Repositorio institucional. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15512>
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E. y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Aiquipa Tello, J. J. (2020). Beneficios y perjuicios atribuidos a los trastornos de conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(3), 283-297. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232020000100283](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232020000100283)

- Alvarado Maso, A., Cedillo Ayala, M., Rivas, G. y Mora, T. (2001). Bulimia: revisión bibliográfica. *Acta odontológica venezolana*, 39(2), 70-73. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652001000200013](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000200013)
- Andrés, M. L.; Castañeiras, C. E; Richaud, M. C. Relaciones entre la personalidad y el bienestar emocional en niños. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8 (2), 217-241. <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439643138006.pdf>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arrufat Nebot, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona* [Tesis inédita de licenciatura, Universidad de Barcelona]. Cora TDX – Tesis Doctorals en Xarxa. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2704/FJAN\\_TESIS.pdf](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2704/FJAN_TESIS.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. American Psychiatric Publishing. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062015000200014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200014)
- Ayuzo del Valle, N. C. y Covarrubias Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es)
- Mondragón Bahena, B. (2021). Adicciones: la población y el consumo de drogas: OEA. *Ciencia Jurídica y sostenibilidad. Revista Audiovisual de Investigación*, 1(4). <https://www.journal.alliancefordailyjustice.org/index.php/cienciajuridicaysostenibilidad/article/view/31/51>

- Martínez Bahena, G. C. (2013). Regulación jurídica de la marihuana para uso terapéutico y recreativo. *Alegatos*, (85), 989-1008. <https://alegatos.azc.uam.mx/index.php/ra/article/view/221>
- Baile Ayensa, J. I. y González Calderón, M. J. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18 (2), 19-26. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915921003.pdf>
- Bautista-Rodríguez, L. M. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14 (1). <https://portal.amelica.org/ameli/journal/508/5082219008/5082219008.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2005). El consumo problemático de sustancias: Perspectivas y tratamientos. *Psicología Conductual*, 13 (3), 349-369. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/01.Beco%C3%B1a\\_13-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/01.Beco%C3%B1a_13-3oa-1.pdf)
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. [https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20\(1\).pdf?sequence=](https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12830/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011%20(1).pdf?sequence=)
- Behar, R. y Cordella, M. P. (2022). Dificultades interpersonales en los trastornos alimentarios: Un modelo psiconeurobiología explicativo/compreensivo. *REV. CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 60(2), 195-205. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v60n2/0717-9227-rchnp-60-02-0195.pdf>

- Benítez Vidal, L. (2022). *Alteraciones Fisiológicas En Los Trastornos De La Conducta Alimentaria*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Sevilla, Sevilla, España.  
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132505/BENITEZ%20VIDAL%20LORENA.pdf?sequence=1>
- Benry Hernández, M. C., Rodríguez López, D., Cisneros Herrera, J. y Guzmán Díaz, G. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 15-21.  
<https://www.scribd.com/document/738526967/Trastornos-de-La-Alimentacion-Articulo-4>
- Bisetto Pons, D., Botella Guijarro, Á. y Ato García, M. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-33. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/112>
- Blanco, M. A. y Blanco, M. E. (2021). Bienestar emocional y aprendizaje significativo a través de las TIC en tiempos de pandemia. *Revista Ciencia UNEMI*, 14(36), 31-33.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8375193>
- Cabezas Martínez, C. y Ruiz Hernández, A. S. (2024). *Funciones cognitivas en trastornos de la conducta alimentaria* [Tesis de bachillerato, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital de UNACH.  
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/12878/1/Cabezas%20Mart%3%adnez%2c%20C.%20-%20Ruiz%20Hern%3%a%20Indez%2c%20A.%20%282024%29%20Funcionas%20cognitivas%20en%20trastorno%20de%20la%20conducta%20alimentaria..pdf>
- Cala Romero, I. (2014). *Los trastornos de la conducta alimentaria: evolución histórica y situación actual* [Tesis inédita de licenciatura. Universidad de Cádiz]. Rodin – Repositorio Institucional UCA.

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/16973/TFG%20terminado.pdf?sequence=1>

Calvo Sagardoy, R. (2000). Cronicidad y resistencia al tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psiquiatría*, 16(8), 295-301.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112006000100003&script=sci\\_arttext&utm](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112006000100003&script=sci_arttext&utm)

Campollo, O. (2008). Marihuana: generalidades y efectos médicos de su uso. *Anuario de investigación en adicciones*, 9(1).  
<https://biblat.unam.mx/hevila/Anuariodeinvestigacionenadicciones/2008/vol9/no1/7.pdf>

Castro Mora, G. (2023, de febrero). *CCSS alerta sobre aumento de trastornos de conducta alimentaria en población adolescente*. Caja Costarricense del Seguro Social.  
<https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=ccss-alerta-sobre-aumento-de-trastornos-de-conducta-alimentaria%C2%A0en-poblacion-adolescente>

Castro-Jalca, A. D., Jaya-Campos, D. M. y Párraga-Cedeño. (2023). Consecuencias Físicas y Psicológicas por Consumo de Drogas en Adolescentes. *Journal Scientific*, 7 (4).  
<https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/713/2822>

Chóez Plúa, L. I. y Tejeda Díaz, R. (2021). *Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia*. Editorial Saberes del Conocimiento.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8004123>

Collado, C. F., Lucio, P. B., y Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Education.

[https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)

Contreras, A. E. R. y García, Ó. P. (2017). La marihuana. *Ciencia*, 62-69.

[https://revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65\\_1/PDF/Marihuana.pdf](https://revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Marihuana.pdf)

Cortés Sánchez, M.C., Ibarra Hernández, J. M., Arellano Alamo, J.A., Fierro Rojas, A. y

Eguibar Cuenca, J. R. (2018). *Las neurociencias como una herramienta para el*

*manejo de las adicciones*. Instituto de Investigaciones Jurídicas.

<http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/41701?show=full>

Durán González, L., González Caballero, A. y Lynch García, N. G. (2023). *Los cánones de*

*belleza y su influencia en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión*

*teórica*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de la Laguna, San Cristóbal de la

Laguna,

España.

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33025/Los%20canones%20de%20belleza%20y%20su%20influencia%20en%20los%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20una%20revisión%20teorica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33025/Los%20canones%20de%20belleza%20y%20su%20influencia%20en%20los%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20una%20revisión%20teorica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33025/Los%20canones%20de%20belleza%20y%20su%20influencia%20en%20los%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria%20una%20revisión%20teorica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bermúdez Durán, L. V., Chacón Segura, M. A. y Rojas Sancho, D. M. (2021). Actualización

en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica*

*Sinergia*, 6(08), 1-11. [https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-](https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218a.pdf)

[2021/rms218a.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218a.pdf)

Barquero Escribano, A. B., Negre, M. T. B., Orenge, G. C., Monfort, S. C., Peiró, F. A.,

Zapatero, S. M. y Cortés, G. H. (2016). Consumo de krokodil por vía oral en España:

a propósito de un caso. *Adicciones*, 28(4), 242-245.

<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289147562007.pdf>

- Etxeberria, Y., González, N., Padierna, J. Á., Quintana, J. M. y De Velasco, I. R. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*, 14(2), 399-404. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714233.pdf>
- Fernández Rodríguez, V, Fernández Sobrino, A. M. y López Castro, J. (2015). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Elsevier Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15001281>
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). *Técnica de recogida de información: La entrevista* [Archivo de PDF]. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/99003>
- García Volpe, C. y Murray Hurtado, M. (2023). Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia, atracones. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 519-534. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42\\_alter\\_anorexia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42_alter_anorexia.pdf)
- González, M. P., Fernández, M. C., Álvarez, F. J. (2014). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 16(2), 56-63. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-comorbilidad-los-trastornos-conducta-alimentaria-abuso-sustancias-10016679>
- González, N., Padiernab, A., Quintana, J.M., Aróstegua, I., Horcajob, M.J. (2001). Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gac Sanit*, 15(1), 18-24. <https://acortar.link/CV2LE7>
- Hernández Vergel, V. K., Solano Pinto, N. y Ramírez Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530-343. <https://repositorio.ufps.edu.co/flip/index.jsp?pdf=/bitstream/handle/ufps/6562/36265-Article%20Text-63331-2-10-20210726.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Holguín, V., Nadya, I. y Palacios Peñarreta, P. P. (2017). *Influencia en el consumo de drogas en la aparición del Deterioro Cognitivo* [tesis de bachillerato, Universidad Estatal del Milagro). Repositorio UNEMI.  
<https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/3733/1/INFLUENCIA%20EN%20EL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20EN%20LA%20APARICION%20DEL%20DETERIORO%20COGNITIVO%20VERA%20HOLGUIN-PALACIOS%20PE%20c3%91ARRETA.pdf>
- Ibarzábal-Ávila, M. E. A., Hernández-Martínez, J. A., Luna-Domínguez, D., Vélez-Escalante, J. E., Delgadillo-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinoza, E., González-Macías, L., Ortiz-Fernández, A. G., Moguel-Gloria, A., Córdova-Esquivel, A. L. y Ramos-Ostos, M. H. (2015). Reflujo gastroesofágico: revisión bibliográfica. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61(239), 135-145.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2015/ms153a.pdf>
- Ibarzábal-Ávila, M. E. A., Hernández-Martínez, J. A., Luna-Domínguez, D., Vélez-Escalante, J. E., Delgadillo-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinoza, E., González-Macías, L., Ortiz-Fernández, A. G., Moguel-Gloria, A., Córdova-Esquivel, A. L. y Ramos-Ostos, M. H. (2016). Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. *Médica Sur*, 22(3), 112-117.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2015/ms153a.pdf>
- Iglesias, E. B. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 58-61.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803011.pdf>
- Jiménez Silvestre, K. y Castillo Franco, P. I. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y sociedad*, 23(50), 153-183.  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v23n50/v23n50a7.pdf>

- Leonard, S. y Valdéz, R. (2015). *Calidad De Vida Percibida En Una Muestra De Personas En Tratamiento Por Drogodependencias* [Tesis inédita de licenciatura, Universidad Central de Venezuela]. Saber UCV – Repositorio Institucional de la Universidad Central de Venezuela <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/19185/1/Calidad%20de%20Vida%20%20y%20to%20por%20adicciones.pdf>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastorno de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: descripción y manejo. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 22(1), 85-97. [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10\\_PS\\_Lopez-12.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf)
- López Porras, A. (2014). *Propuesta de protocolo investigativo: Análisis de manejo clínico interdisciplinario realizado en pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, atendidos a nivel de consulta externa y hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico entre Enero del 2008 y Abril del 2013* [Tesis inédita de posgrado]. Universidad de Costa Rica]. CDMS. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/tesis58anorexia.pdf>
- Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., Álvarez Valbuena, V. y Jáuregui-Lobera, I. (2020). Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 504-534. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000500005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000500005)
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- Mena Moreno, T. (2022). *Regulación emocional e impulsividad en las adicciones comportamentales: implicaciones y eficacia de la gamificación como estrategia*

- terapéutica* [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/208447>
- Molina, M. M. (2008). El cannabis en la historia: pasado y presente. *Cultura y droga*, 13(15), 95-110. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/6478>
- Pascual Mollá, M., Pascual Pastor, F. P. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289153037001.pdf>
- Morales López, M. J. (2019). Anorexia nerviosa en población pediátrica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 46-55. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152019000200046&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200046&lng=en&tlng=es).
- Moscoso Paredes, A. J. y Titto Beltrán, O. M. (2015). *Prevención del uso indebido de drogas*. Editorial Quatro Hnos. [https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev\\_Problematica\\_de\\_las\\_drogas.pdf](https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf)
- Muñoz Calvo, M. T. y Argente, J. (2019). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protocolo diagnóstico pediátrico*, 1, 295-306. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19\\_trastornos.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_trastornos.pdf)
- National Eating Disorders Association. (2012). *Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios* [Archivo de PDF]. <https://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/ResourceHandouts/Consecuenciasdesaluddelostrastornosalimenticios.pdf>
- National Institute of Drug Abuse. (2014). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adicción* [Archivo de PDF]. [https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa\\_sp\\_2014.pdf](https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf)

- National Institute of Drug Abuse. (2019). *Las drogas y el cerebro* [Archivo de PDF]. [https://nida.nih.gov/sites/default/files/NIDA\\_MindMatters\\_508\\_DrugsBrain\\_ES\\_2022.pdf](https://nida.nih.gov/sites/default/files/NIDA_MindMatters_508_DrugsBrain_ES_2022.pdf)
- National Institute of Mental Health. (2018). *Los trastornos de la alimentación: un problema que va más allá de la comida* [Archivo de PDF]. <https://copcantabria.es/wp-content/uploads/2022/12/GUIA-TRASTORNOS-ALIMENTACION.pdf>
- Ayuzo-del Valle, Norma Cipatli, & Covarrubias-Esquer, Joshue David. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080&lng=es&tlng=es).
- Orgilés, M. y Piñero, J. (2006). ¿Existe relación entre el abuso de drogas y la ruptura de pareja? *Instituto de Investigación de Drogodependencias drogas*, 6(2), 215-228. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83960206.pdf>
- Palacio, N. (2018). *Bienestar emocional*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [https://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2019/07/5\\_Bienestar-emocional\\_RELAS-1.pdf](https://www.redlocalsalud.es/wp-content/uploads/2019/07/5_Bienestar-emocional_RELAS-1.pdf)
- Peña, J. A., Bustos Saldaña, R. y González Ruelas, M. (2019). *Sustancias de abuso más frecuentes en México: aspectos médico-legales*. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, (32), 9-28. [https://www.uv.es/gicf/3R1\\_Penya\\_GICF\\_32.pdf](https://www.uv.es/gicf/3R1_Penya_GICF_32.pdf)
- Persano, H. L., Ventura, A. D., Gutnisky, D. A. y Kremer, C. D. (2016, noviembre). *Consumo problemático de sustancias y desórdenes del comportamiento alimentario*. Conferencia: XIV Jornada del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental - Facultad de Medicina UBAAt: Buenos Aires, Arentina. [https://www.researchgate.net/publication/351605518\\_Consumo\\_problemativo\\_de\\_sustancias\\_y\\_desordenes\\_del\\_comportamiento\\_alimentario](https://www.researchgate.net/publication/351605518_Consumo_problemativo_de_sustancias_y_desordenes_del_comportamiento_alimentario)

- Phillips, K. y Bonilla, R. (2019). Factores socio-personales de las personas sin hogar en la gran área metropolitana de San José, Costa Rica, 2018. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 5(3), 103-111. <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/402/236>
- Pérez Mora, G., Villagrasa Blasco, B., Bosqued Molina, L., Pedrosa Armenteros, S., Salas Martínez, A. y Latorre Forcén, P. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adultos: tasas de prevalencia y evolución clínica. *Congreso Virtual de Psiquiatría*. [https://psiquiatria.com/trabajos/usr\\_9326306085416.pdf](https://psiquiatria.com/trabajos/usr_9326306085416.pdf)
- Programa Atención Integral de la Adolescencia. (2002). *Lo que todos y todas debemos saber acerca de las drogas* [Archivo de PDF]. Caja Costarricense del Seguro Social. <https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Folleto%20que%20son%20las%20drogas.pdf>
- Rava, M. F. y Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363. [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752004000500007&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752004000500007&script=sci_arttext&tlng=en)
- Roa, M. (2019). *Manual para el alumno o alumna Cómo afectan las conductas adictivas en el entorno familiar y cómo prevenirlas*. CEAPA. [https://www.infocop.es/pdf/Manual\\_alumno\\_completo.pdf](https://www.infocop.es/pdf/Manual_alumno_completo.pdf)
- Rodríguez, E. (2021, 22 de septiembre). ¿Cómo se vive con un trastorno alimenticio y cómo tratarlo? La República. <https://www.larepublica.net/noticia/como-se-vive-con-un-trastorno-alimenticio-y-como-tratarlo#:~:text=Hasta%20julio%202021%2C%20la%20Caja,casos%20se%20registran%20en%20mujeres>

- Rodríguez, J. A. P., Linares, V. R., González, A. E. M. y Guadalupe, L. A. O. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112. <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Rosales Casavielles, Y. E., Góngora Herse, M. y de la Rosa Rosales, E. J. (2017). La marihuana y los efectos que provocan en los seres humanos. *Correo Científico Médico*, 21(2), 557-560. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000200020&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000200020&script=sci_arttext&tlng=en)
- Ruiz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C. y Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232013000100006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006)
- Ruiz, I. S. (2023). Intervención psicoeducativa para personas con problemas de adicciones en comunidad terapéutica. *MLS Psychology Research*, 6(1). <https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/1270/2010>
- Salazar Mora, Z. (2011). *Informes Finales de Investigación: Adolescencia y trastornos alimenticios: influencia de los modelos televisivos* [Archivo de PDF]. UCR [https://iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/informe4\\_0.pdf](https://iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/informe4_0.pdf)
- Salazar Moreira, E. F. y Bermúdez Plúas, J. L. (2019). *Deterioro cognitivo en jóvenes por el consumo excesivo de drogas* (Bachelor's thesis). [https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4528/1/urkund\\_2019429171013%20%281%29.pdf](https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4528/1/urkund_2019429171013%20%281%29.pdf)
- Silva, C. y Sánchez, J. J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649003.pdf>

- Simkin, H., Azzollini, S. y Voloschin, C. (2014). Autoestima y problemáticas psicosociales en la infancia, adolescencia y juventud. *{PSOCIAL}*, 1(1).  
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/595/538>
- Suanes, M. N. (2009). Autoconocimiento y autoestima. *Temas para la educación*, 3(5), 1-9.  
<https://www.igualdadgenero.com/wp-content/themes/pdf-we-relate-to-equality/src/assets/files/modules/four/other-resources/autoconocimiento.pdf>
- Suárez Caicedo, M. N., Arosteguí Hurtado, S. A., Remache Chicango, E. G. y Rosero Arboleda, C. K. (2022). Calidad de vida: el camino de la objetividad a la subjetividad en población general y grupos como: niños y jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores. *Revista Médica Vozandes*, 33(1), 61-68.  
[https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2022/07/11\\_RL\\_01.pdf](https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2022/07/11_RL_01.pdf)
- Suárez Castellano, S. (2020). *Crisis de opioides en Estados Unidos* [Tesis inédita de licenciatura, Universidad de La Laguna].  
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19986/Crisis%20de%20opioides%20e-n%20Estados%20Unidos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Topp, L. y McKetin, R. (2003). Determinación de políticas basadas en las pruebas: estudio de casos del sistema de información sobre drogas ilícitas de Australia. *La práctica de la epidemiología del uso indebido de drogas*, LV(1 y 2), 27-36.  
[https://www.researchgate.net/profile/Zili-Sloboda/publication/28303184\\_La\\_influencia\\_de\\_la\\_epidemiologia\\_en\\_la\\_politica\\_de\\_fiscalizacion\\_de\\_drogas/links/0deec5231f89492608000000/La-influencia-de-la-epidemiologia-en-la-politica-de-fiscalizacion-de-drogas.pdf#page=33](https://www.researchgate.net/profile/Zili-Sloboda/publication/28303184_La_influencia_de_la_epidemiologia_en_la_politica_de_fiscalizacion_de_drogas/links/0deec5231f89492608000000/La-influencia-de-la-epidemiologia-en-la-politica-de-fiscalizacion-de-drogas.pdf#page=33)
- Vargas Baldares, M.J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 607 (475-482).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>

Vargas Baldares, M. J. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: factores relacionados con su detección y manejo integral*. (Tesis inédita de licenciatura). Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis93.pdf>

Villalobos Alvarado, F. J. (2021, 22 de diciembre). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. *Delfino*. [https://delfino.cr/2021/12/trastornos-de-la-conducta-](https://delfino.cr/2021/12/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-la-adolescencia)

[alimentaria-en-la-adolescencia](https://delfino.cr/2021/12/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-la-adolescencia)

## Anexos

### Anexo #1. Consentimientos informados



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE IBEROAMÉRICA

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Adicción a Sustancias y trastornos de la conducta alimentaria y su efecto en la calidad de vida de las personas

Nombre de las personas investigadoras: María Jesús Aranda y Fiorella Vivi

Nombre de la persona participante: \_\_\_\_\_

#### Aspectos generales:

1. **Responsables del proyecto:** Está usted invitado(a) a participar en un estudio realizado por María Jesús Aranda Granados (119050124) y Fiorella Vivi Quesada (118930305), estudiantes de Licenciatura en la Universidad de Iberoamérica (UNIBE).
2. **Propósitos del proyecto:** Este estudio pretende evaluar el impacto que tienen los trastornos de la conducta alimentaria y la adicción a sustancias en la calidad de vida en adultos jóvenes. Además, se analizará el impacto de ambas condiciones en las relaciones familiares, sociales y laborales, así como evaluar las consecuencias físicas y cognitivas de estos trastornos y examinar cómo afectan el bienestar emocional y la autoestima de los (as) evaluados.
3. **Condiciones de la participación:** Para tener datos que permitan llegar a una conclusión, se pretende realizar una entrevista semi-estructurada a personas entre 18 y 25 años con adicción a la marihuana y al alcohol, así como trastornos de la conducta alimentaria, en específico anorexia y bulimia. La entrevista se va a realizar de forma presencial o virtual según las posibilidades de la persona participante, la cual tendrá una duración de 30-40 minutos como máximo. Cada entrevista será grabada, para fines de recolección precisa de los datos y eliminada una vez se termine el proceso de recolección de la información pertinente para el estudio.
4. **Posibles riesgos de la participación:** Aunque no se espera que este estudio genere algún riesgo o cualquier incomodidad, si usted se siente incómodo durante o después del proceso, puede comunicarlo por medio de los correos: [mariajesusaranda.gv@mail.com](mailto:mariajesusaranda.gv@mail.com) o [fiovivi03@gmail.com](mailto:fiovivi03@gmail.com) donde estaremos brindándole ayuda a su inconformidad o incomodidad.


5. **Beneficios de la participación:** el responder a las preguntas o participar de la entrevista no le genera ningún beneficio directo a los participantes, sin embargo ayuda a aportar datos respecto al impacto que tienen los trastornos de la conducta alimentaria y la adicción a sustancias en la calidad de vida en adultos jóvenes.
6. **Datos previos a la autorización:** Si usted accede a participar en el presente estudio, desde su aceptación hasta su finalización, usted tendrá los siguientes derechos:
  - a) Podrá detener su participación en el estudio, en cualquier momento y sin consecuencias a su seguridad.
  - b) Sus datos siempre serán tratados con absoluta confidencialidad y se manejan en total anonimato.
  - c) Podrá en todo momento, hacer preguntas sobre los contenidos del consentimiento informado (este documento que está leyendo) y su participación en el estudio, y a obtener las respuestas en forma oportuna y clara.
7. **Copia del formulario:** siempre se entregará una copia del formulario a la persona participante para su uso personal.
8. **Participación voluntaria:** su participación es voluntaria y tiene derecho a negarse a participar o dejar de participar en cualquier momento, sin que ello afecte las garantías que le fueron ofrecidas para minimizar o atender los posibles riesgos que pudieron resultar de su participación en el estudio.
9. **Confidencialidad de los datos:** su participación es de carácter confidencial y que en caso de que los resultados sean publicados o divulgados será únicamente con fines académicos y/o científicos y de manera anónima. La confidencialidad no pueda ser garantizada cuando existan circunstancias asociadas a ello y sus implicaciones, por ejemplo, casos de violencia contra personas menores de edad, notificaciones de intenciones de daño a otras personas o a sí mismas, entre otras situaciones especiales.
10. **Aspectos éticos:** toda actividad o intervención que se realice por parte de estudiantes de la Facultad que funjan como investigadores(as) se registrará además bajo estricto respecto de las disposiciones establecidas en el Reglamento de Orden y Disciplina de los estudiantes de UNIBE y de las disposiciones señaladas en el Código de Ética del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.
11. **Aspectos legales:** la persona participante no perderá ningún derecho legal por firmar el documento.


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

Maria Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador

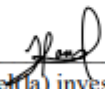
Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

Maria Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador

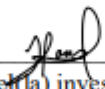
Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador

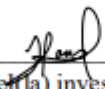
Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador


**FRIMA DEL CONSENTIMIENTO**

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

María Jesús Avenda 119050124   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador

Florencia Vivi 118930805   
Nombre, cédula y firma del(la) investigador

## **Anexo #2. Preguntas de entrevista**

### **Calidad de Vida**

#### *Área Interpersonal*

1. ¿Cómo describiría sus relaciones con sus familiares y amigos desde que comenzó a lidiar con este problema?
2. ¿Considera que el consumo de sustancias o su trastorno de alimentación ha afectado la calidad de sus relaciones personales?
3. ¿Ha notado cambios en su forma de socialización o en la frecuencia con la que interactúa con otras personas?

#### *Área Física*

1. ¿Describa cómo se siente físicamente cotidianamente?
2. ¿Ha observado cambios en su energía o salud física desde que desarrolló este problema?
3. ¿Qué tanto considera que su salud física ha influido en su calidad de vida?

#### *Área Intelectual*

1. ¿Cree que el consumo de sustancias o el trastorno de conducta alimentaria ha afectado su capacidad para concentrarse o aprender nuevos conocimientos?
2. ¿Cómo describiría su rendimiento en actividades intelectuales, como el estudio o el trabajo?

#### *Área Afectiva*

1. ¿Cómo describiría sus emociones la mayor parte del tiempo?
2. ¿Ha notado que las mismas han cambiado a lo largo de este proceso?

3. ¿Considera que ha perdido o ganado la capacidad de expresar sus emociones y sentimientos con los demás?

### ***Bienestar Emocional***

1. ¿Cuáles son las emociones que experimenta frecuentemente?
2. ¿Cree que estas emociones que experimenta de alguna manera están relacionadas con su consumo de sustancias o trastorno alimenticio?
3. ¿Qué actividades, en caso de existir, le brindan bienestar y le permiten sentirse bien consigo mismo?

### ***Autoestima***

1. ¿Cómo se siente respecto a usted mismo?
2. ¿Cree que su autoestima ha cambiado desde que desarrolló este problema?
3. ¿Podría especificar de qué manera ha cambiado?
4. ¿Qué factores cree que han influido más en su autoestima, ya sea de forma positiva o negativa?