

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR
TRASTORNOS ALIMENTICIOS
(ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) EN
COSTA RICA, DE 1990 AL 2017.**

Sustentante

Dalma Nayiba Solís Barrantes

Tutora

Dra. Valeria Delgado Bermúdez

Febrero, 2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|------|
| ÍNDICE DE CONTENIDO..... | II |
| ÍNDICE DE FIGURAS | IV |
| ÍNDICE DE TABLAS | VI |
| DEDICATORIA..... | VII |
| AGRADECIMIENTO..... | VIII |
| RESUMEN | IX |
| ABSTRACT | XI |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 13 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 19 |
| 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 20 |
| 1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES..... | 21 |
| 1.4.1. Alcances de la investigación..... | 21 |
| 1.4.2. Limitaciones de la investigación | 21 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... | 22 |
| 2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL..... | 23 |
| 2.1.1 Carga de la enfermedad..... | 23 |
| 2.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) | 27 |
| 2.2.1 Anorexia Nerviosa (AN) | 42 |
| 2.2.2 Bulimia Nerviosa (BN)..... | 52 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO..... | 59 |
| 3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN..... | 60 |

| | |
|---|-----|
| 3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 61 |
| 3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO | 62 |
| 3.4 METODOLOGÍA..... | 63 |
| 3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 65 |
| 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 66 |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 61 |
| 4.1 PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) | 72 |
| 4.2 INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) | 78 |
| 4.3 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)..... | 84 |
| 4.4 AÑOS DE VIDA AJUSTADOS CON DISCAPACIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)..... | 90 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 96 |
| 5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS | 97 |
| CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 104 |
| 6.1 CONCLUSIONES..... | 105 |
| 6.2 RECOMENDACIONES | 107 |
| BIBLIOGRAFÍA | 110 |
| GLOSARIO Y ABREVIATURAS..... | 115 |
| ANEXOS | 117 |
| DECLARACIÓN JURADA | 118 |
| CARTAS DE APROBACIÓN | 119 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura N°1: Prevalencia estandarizada de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)..... | 72 |
| Figura N°2: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 73 |
| Figura N°3: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 74 |
| Figura N°4: Prevalencia estandarizada de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)..... | 75 |
| Figura N°5: Prevalencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 76 |
| Figura N°6: Prevalencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 77 |
| Figura N°7: Incidencia estandarizada de anorexia nerviosa Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)..... | 78 |
| Figura N°8: Incidencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 79 |
| Figura N°9: Incidencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 80 |
| Figura N°10: Incidencia estandarizada de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)..... | 81 |
| Figura N°11: Incidencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 82 |
| Figura N°12: Incidencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 83 |
| Figura N°13: Años vividos con discapacidad estandarizados de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes) | 84 |
| Figura N°14: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 85 |

| | |
|--|----|
| Figura N°15: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 86 |
| Figura N°16: Años vividos con discapacidad estandarizados de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes) | 87 |
| Figura N°17: Años vividos con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 88 |
| Figura N°18: Años vividos con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 89 |
| Figura N°19: Años de vida ajustados por discapacidad estandarizados de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes) | 90 |
| Figura N° 20: Años de vida ajustados con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 91 |
| Figura N°21: Años de vida ajustados por discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 92 |
| Figura N°22: Años de vida ajustados por discapacidad estandarizados de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes) | 93 |
| Figura N°23: Años de vida ajustados con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes) | 94 |
| Figura N°24: Años de vida ajustados por discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes) | 95 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N°1: VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 66 |
|---|----|

DEDICATORIA

“Un buen padre vale por cien maestros.” -Jean Jacques Rousseau

Esto es para mi madre y padre, gracias por todo y por tanto, los amo.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que de una u otra manera me han ayudado a lo largo de mis años de estudio, en este reto que me propuse desde pequeña llamado Medicina.

A mis padres por su ayuda, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de todo el proceso, porque nunca me dejaron caer a pesar de los múltiples obstáculos y por siempre creer en mis capacidades; porque este logro no es solo personal, sino nuestro.

A los profesores, doctores y tutores que marcaron mi camino, por sus muchos conocimientos impartidos tanto en clase como en las rotaciones en los distintos hospitales, gracias por cultivarme el amor por esta profesión y estilo de vida.

A mis compañeros y amigos cercanos porque ustedes también fueron, son y serán siempre una parte fundamental de mi vida y de mi carrera, independientemente de la distancia.

Por último mi más sincero agradecimiento a todos esos pacientes que me brindaron su atención y comprensión durante todas las horas en los hospitales juntos, independientemente de cualquier situación por la que estuvieran pasando.

RESUMEN

Introducción. A través de los años, se han descrito diferentes indicadores epidemiológicos que han llegado a formar parte de la carga de la enfermedad en relación con el tema de los trastornos alimenticios. Actualmente, se conocen distintos tipos de trastornos relacionados con la alimentación en el nivel del sector médico. La anorexia y bulimia nerviosa son dos de las principales afectaciones vistas en la población, tanto en el nivel mundial como nacional en términos de trastornos alimenticios.

Por otra parte, en términos de carga de la enfermedad se toman en consideración los indicadores de prevalencia, incidencia, años vividos con discapacidad y años de vida ajustados por discapacidad; tanto para anorexia y bulimia nerviosa.

Objetivo general. Definir la carga de la enfermedad por trastornos de alimentación (anorexia y bulimia nerviosa) en Costa Rica de 1990 a 2017.

Metodología. Se utiliza como fuente para la recolección y análisis los datos epidemiológicos del Instituto Internacional de Métricas en Salud, del periodo 1990-2017, se toman en cuenta la prevalencia, incidencia, años de vida ajustados por discapacidad, años vividos con discapacidad, indicadores que se dividen por sexo y grupo etario (a partir de los 5 años de edad y hasta los 49 años de edad); los cuales posteriormente se tabulan para la realización de gráficos y el análisis de cada uno de los datos recolectados.

Resultados. Se obtiene que la anorexia nerviosa tiene una mayor prevalencia, incidencia, años vividos con discapacidad y años de vida ajustados por discapacidad en el sexo femenino entre las edades de 15 a 49 años de edad para el periodo de tiempo de 1990 a 2017. La bulimia nerviosa por su parte mantiene una tendencia epidemiológica similar a la anorexia nerviosa en la mayoría de los indicadores de carga de la enfermedad, pero llega a presentar cambios en relación con la incidencia, donde la mayoría de casos se le atribuyen al sexo masculino entre las edades de 15 a 49 años para el periodo de tiempo en estudio.

Conclusiones. Al comparar las cifras epidemiológicas de Costa Rica con el mundo, se resalta que la situación mundial con los trastornos alimenticios presenta un comportamiento epidemiológico semejante con la de nuestro país a lo largo de los años de 1990 a 2017.

Palabras claves. Carga de la enfermedad, años de vida ajustados por discapacidad, años vividos con discapacidad, prevalencia, incidencia, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

ABSTRACT

Introduction. Over the years different epidemiological indicators have been described to become part of the disease burden in relation to the issue of eating disorders. Currently, different types of eating disorders are known at the medical sector level. Anorexia and bulimia nerviosa are two of the main effects seen in the population both globally and nationally in terms of eating disorders.

On the other hand, in terms of disease burden the indicators of prevalence, incidence, years lived with disabilities and years of life adjusted for disability are taken into consideration; both for anorexia and bulimia nerviosa.

General objective. Define the burden of the disease due to eating disorders (anorexia and bulimia nerviosa) in Costa Rica from 1990 to 2017.

Methodology. The epidemiological data of the International Institute of Health Metrics, from 1990-2017, is used as a source for the collection and analysis, taking into account the prevalence, incidence, years of life adjusted for disability, years lived with disabilities, indicators which are divided by sex and age group (from 5 years of age and up to 49 years of age); which are subsequently tabulated for the realization of graphs and the analysis of each of the data collected.

Results. It is obtained that anorexia nerviosa has a higher prevalence, incidence, years lived with disability and years of life adjusted for disability in the female sex between the ages of 15 to 49 years of age for the period from 1990 to 2017. Bulimia nerviosa, on the other hand, maintains an epidemiological tendency similar to anorexia nerviosa in most of the disease burden indicators, but comes to present changes in relation to the incidence, where the majority of cases are attributed to the male sex between ages 15 to 49 for the period of time under study.

Conclusions. When comparing the epidemiological figures of Costa Rica with the world, it is highlighted that the world situation with eating disorders presents an epidemiological behavior similar to our country throughout the years from 1990 to 2017.

Keywords. burden disease, disability-adjusted life years, years lived with disability, prevalence, incidence, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La Revista Argentina de Clínica Psicológica en el año 2008 respalda a Claudia V. Cruzat Mandich e Ingrid M. Cortez Carbonell al intentar profundizar la relación de los trastornos alimenticios con ciertas emociones en pacientes que padecen de Bulimia y Anorexia Nerviosa, al igual intentan responder preguntas guiadas hacia la expresión y regulación emocional en trastornos alimenticios, niveles de alexitimia, ansiedad y depresión, al igual que los efectos de la vergüenza y culpa en tales trastornos ⁽¹⁾.

Para el año 2010 Ana Oliva Ruiz Martínez, Rosalía Vázquez Arévalo señalan que la asimilación del modelo estético y la influencia de las relaciones sociales en el aprecio de la delgadez son factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, y que el estereotipo de la delgadez está mayormente dictado por el ambiente social de las mujeres con dichos trastornos, lo que fomenta el riesgo de sufrirlos ⁽²⁾.

Por igual para el 2011 M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior de Brasil, citan entre los factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia: la genética, los cambios corporales en la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima ⁽⁷⁾.

Para el 2011 en México Guillermo Gloss Abdalá, Carlos Lijtszain Sklar, Elizabeth Salazar indican que las principales alteraciones cardiacas asociadas a trastornos de alimentación son: bradicardia, taquicardia, arritmias supraventriculares y ventriculares, pérdida de la masa ventricular y, como consecuencia, síndrome de bajo gasto cardiaco e insuficiencia valvular mitral por prolapso y asistolia ⁽⁸⁾.

Por otra parte la Universidad Católica Argentina en el 2015 detalla que a mayor riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria, mayor es la sensibilidad

a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales sobre el modelo estético corporal ⁽⁵⁾.

Hacia el año 2018 el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid realiza un estudio en el cual llegan a la conclusión que los pacientes con un trastorno por abuso de sustancias presentan una prevalencia mayor de trastornos alimenticios. Estos resultados confirman que los trastornos de alimentación tienen una prevalencia elevada en la población con adicciones; especialmente las mujeres presentan trastornos de alimentación con más frecuencia, así como mayores niveles de impulsividad ⁽⁶⁾.

En el nivel nacional por igual vemos como en el 2009 Esteban Montenegro M y Tatiana Blanco A. de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, hallaron un efecto significativo del sexo sobre el nivel de trastornos alimenticios así como una correlación significativa entre trastornos alimenticios y ansiedad. Asimismo las mujeres puntuaron más alto en trastornos alimenticios que los hombres ⁽⁹⁾.

Para el 2011 M. Sc. Zaida Salazar Mora del Instituto de Investigaciones Psicológicas en Costa Rica habla sobre el papel que juegan los personajes televisivos en la formación de un componente esencial de la identidad personal como son la imagen corporal y las autoevaluaciones relacionadas ⁽³⁾.

Por último La Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños en el 2012 llega a la conclusión que los adolescentes con trastornos alimenticios tienen una dinámica familiar disfuncional y un anterior rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, al igual como una preocupación por la imagen corporal desde la infancia ⁽⁴⁾.

1.1.2 Delimitación del problema

Totalidad de la población costarricense del periodo comprendido de 1990 al 2017 que tengan el diagnóstico de trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa).

1.1.3 Justificación

La razón fundamental de este trabajo de investigación es el de brindar datos estadísticos del impacto de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa) en la Sociedad Costarricense a lo largo de los años del periodo estudiado.

Los trastornos alimenticios se consideran un tabú social, razón por la cual no es un foco de investigación en los estudios actuales, motivo por el cual se plantea esta investigación, para así darle una voz a las personas que los sufren o sufrieron en el pasado.

Actualmente somos testigos de cómo los medios de comunicación y las redes sociales representan una parte importante en la vida de las personas y por consiguiente una gran influencia en las distintas decisiones que toman; es común ver notas sobre la imagen corporal, alimentación y rutinas de ejercicio de las artistas internacionales, sobre que les queda mejor, al igual como sus desaciertos, esto llega a aumentar significativamente la presión sobre las personas que admiran a estos artistas y genera que quieran ser igual a ellos, situación que lleva desafortunadamente a las conocidas distorsiones de imagen corporal y por consiguiente al aumento del riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio, con tal de ser igual que las personas que vemos en los medios de entretenimiento.

El hecho que los trastornos alimenticios se vean más en la población femenina lleva a pensar en todo un trasfondo del caso, esto porque lamentablemente vivimos en una sociedad machista, que lleva a las mujeres a pensar que su peso y la manera en cómo se ven es lo único que las llega a definir como seres humanos, situación que eventualmente las sitúa cara a cara con el desarrollo de enfermedades como la anorexia y bulimia nerviosa. Esto deja al descubierto que a pesar de los avances en la historia que existen en nuestro entorno, nuestra sociedad sigue en el fondo estancada en actitudes de discriminación y violencia con el sexo femenino.

Como órganos de cambio en nuestro entorno los médicos tenemos que conocer a fondo los trastornos que pueden afectar de una u otra forma la vida de los individuos que nos rodean y que eventualmente pueden convertirse en nuestros pacientes, situación que lleva a la importancia de la realización de este tipo de investigaciones, en este caso los no tan notorios trastornos alimenticios; les llamo poco notorios debido a la tendencia social de minimizar este tipo de trastornos, a pesar de que sean una razón de peso para el desarrollo de complicaciones médicas y psicológicas en las personas que las padecen y por igual en las que los rodean.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la carga de la enfermedad por trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa) para Costa Rica, de 1990 al 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Definir la carga de la enfermedad por trastornos de alimentación (anorexia y bulimia nerviosa) en Costa Rica de 1990-2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Especificar la prevalencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario.
- Indicar la incidencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario.
- Señalar los años vividos con discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario.
- Identificar los años de vida ajustados por discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

Al ser los trastornos alimenticios un tema poco explorado en la rama de la carga de la enfermedad, este trabajo permite ser la base de referencia a próximos estudios que otros interesados puedan realizar en un futuro y que permiten expandir el conocimiento sobre el tema y así permitir un mejor entendimiento al respecto tanto para los miembros de las ciencias de la salud como para los propios afectados con el trastorno.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

Dentro de las principales limitaciones de esta investigación se tuvo el hecho de que la información e investigaciones previas sobre la carga de la enfermedad para los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa) es de carácter limitada tanto en el país como en el nivel mundial en el campo de las ciencias de la salud, razón que elevó significativamente el poder encontrar información sobre incidencia, años vividos con discapacidad y años de vida ajustados con discapacidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Carga de la enfermedad

- **Historia**

El estudio de la carga de la enfermedad inicio a manos del Banco Mundial en el año 1992, el cual concluyó para así ser presentado en su informe de 1993, luego de esto ha sido renovado y publicado en distintas ocasiones, contando con la colaboración y participación de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos como universidades, en especial la universidad de Harvard ⁽¹¹⁾.

Luego bajo el liderazgo del señor Chris Murray, funcionario de la OMS entre el año 1998 y el 2003, dicha organización realizó revisiones y actualizaciones del estudio original publicadas en los informes anuales de salud. A esto se le suman entes privados como el Instituto de Métricas de Salud, en los Estados Unidos, el cual con la participación del mismo Murray, han publicado amplios informes de la GBD (Global Burden of Disease), los cuales han permitido ampliar el panorama del proceso salud - enfermedad en el mundo ⁽¹¹⁾.

En América Latina se destaca el aporte que ha venido dando el Observatorio de la Salud, con aportes del Instituto CARSO de la salud en asociación con la Fundación Mexicana para la Salud ⁽¹¹⁾.

Inicialmente los AVAD se emplearon para tres grandes grupos de enfermedades, los mismos que se usaron para el estudio de la carga de la enfermedad original en Costa Rica, estos grupos de enfermedades son ⁽¹¹⁾ :

- GRUPO I. Transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales
- GRUPO II: Enfermedades No Transmisibles
- GRUPO III: Lesiones

- **Objetivos iniciales de la carga de la enfermedad**

El estudio sobre la carga de la enfermedad se considera el primer intento de importancia para la cuantificación del impacto de la enfermedad en el nivel global, además permite medir el costo/efectividad de una intervención de salud, tanto a nivel nacional como internacional ⁽¹¹⁾.

Los objetivos iniciales de la carga de la enfermedad fueron:

- Desarrollar estimaciones consistentes de mortalidad por 107 causas desagregadas por edad, sexo, para todo el mundo y para 8 regiones ⁽¹¹⁾.
- Desarrollar estimaciones consistentes de incidencia, prevalencia, duración y letalidad de 483 secuelas discapacitantes originadas por dichas causas, desagregadas por edad, sexo y región ⁽¹¹⁾.
- Estimar el riesgo atribuible de la mortalidad y morbilidad originada por los diez principales factores de riesgo, desagregados por edad, sexo y región geográfica ⁽¹¹⁾.
- Desarrollar proyecciones de escenarios de mortalidad y discapacidad desagregados por edad, sexo y región, para el año 2020 ⁽¹¹⁾.

- **Medición de la carga de la enfermedad**

Dentro de los indicadores de salud correspondientes con la carga de la enfermedad se tienen:

- Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o DALYs (Disability Adjusted Life Year): se definen como la combinación de la mortalidad prematura y la incapacidad resultante de una enfermedad o de una lesión ⁽¹¹⁾.
 - Se calcula mediante la suma de los años de vida perdidos (YLL, siglas en inglés) más los años vividos con discapacidad (YLD) ⁽¹¹⁾.
 - Estos permiten cuantificar la pérdida de salud que se produce como consecuencia de la enfermedad, alguna discapacidad o la misma muerte, en referencia al tiempo (años) ⁽¹¹⁾.

- Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP). Se definen como la duración del tiempo perdido entre la edad de muerte de cada fallecido y un límite de edad arbitrario ⁽¹²⁾.
 - Para su cálculo se utilizan los diferentes datos de mortalidad, morbilidad y discapacidad de cada enfermedad para el país correspondiente ⁽¹²⁾.
- Años Vividos con Discapacidad (AVD). Se definen como el tiempo perdido a consecuencia del padecimiento de una enfermedad o sus secuelas. Se expresan en unidad de tiempo ⁽¹²⁾.
 - Su cálculo requiere de estimaciones de los indicadores epidemiológicos de la incidencia de la enfermedad, duración de la discapacidad, edad de inicio de la enfermedad y grado de discapacidad ⁽¹²⁾.

- **Relevancia de la carga de la enfermedad**

La carga de la enfermedad en el nivel mundial se considera un indicador de brecha entre el estado de salud actual y el estado de salud ideal, donde el individuo vive hasta la ancianidad libre de enfermedad y algún tipo de discapacidad. Estas medidas permiten comparar la carga de la enfermedad de diferentes regiones, naciones o localidades y también se han utilizado para pronosticar los posibles impactos de las intervenciones realizadas para mejorar así la salud de la población general ⁽¹⁶⁾.

En el nivel general se considera a la carga de la enfermedad un aporte muy importante que permite un mejor entendimiento en el nivel global, regional y nacional de las principales causas de mortalidad, de incidencia, prevalencia y duración de las más importantes discapacidades, al igual de sus principales factores de riesgo y el porcentaje de enfermedades que pueden atribuirse a las mismas ⁽¹⁶⁾.

El aumento de la evidencia y lazos entre la salud y el ambiente dan paso a nuevas oportunidades para cuantificar el impacto en salud debido al ambiente en el nivel poblacional. La evaluación de la Carga Ambiental por Enfermedad es una

herramienta para la cuantificación y la medición de impacto ambiental en una unidad que es comparable con el impacto de otros factores de riesgo y enfermedad ⁽¹⁶⁾.

En el nivel ambiental la carga de la enfermedad permite múltiples asistencias, las cuales permiten mayor atención para prioridades del área, por ejemplo ⁽¹⁶⁾ :

- Ayuda a fijar las prioridades de los servicios de salud (curativos y preventivos).
- Ofrece una medida común que permita medir la magnitud de los diferentes problemas de salud, evaluar y planificar las intervenciones, los programas y el sector.
- Compara y cuantifica desigualdades en las condiciones de salud o el estado de salud entre dos poblaciones o de la población misma en el tiempo.
- Identifica a los grupos desfavorecidos y enfoca las intervenciones en materia de salud.
- La inclusión de los resultados sanitarios no mortales para asegurar que estos reciban la atención de gobierno adecuada.
- Analiza los beneficios de las intervenciones de salud para su uso en estudios de costo-efectividad y suministra información para ayudar a establecer prioridades para la planificación en salud, implementación de programas, investigación y desarrollo de recursos humanos.

La aplicación de los indicadores de salud permiten actualmente realizar estimaciones de proyecciones en el futuro de diversos escenarios del proceso salud-enfermedad, estimaciones que en el pasado eran muy difíciles de conseguir sin la ayuda de estos indicadores ⁽¹¹⁾.

2.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)

- **Definición**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para la aparición de un TCA ⁽¹³⁾.

Son enfermedades psiquiátricas debilitantes que se caracterizan por una alteración que persiste en los hábitos de alimentación o de las conductas del control de peso cuyo resultado es una alteración importante de la salud física y del funcionamiento psicosocial ⁽¹⁴⁾.

La asociación Americana de Psiquiatras ha cambiado la definición general de los trastornos a lo largo de los años, para el año 1994 (DSM IV) se definen como alteraciones graves de la conducta alimentaria, ya para el año 2014 (DSM V) se definen como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial ⁽¹⁹⁾.

Al principio los TCA pueden pasar desapercibidos para el entorno de los afectados, el paciente puede manifestar o negar su trastorno, mencionar “verse delgado” “no interesarle su peso” “alimentarse en forma saludable” o evidenciar conductas dietantes incorrectas y percepciones distorsionadas de la autoimagen, excesiva preocupación por el peso, gran dependencia de su delgadez en la autoestima, esto como parte del inicio del cuadro clínico ⁽²⁴⁾.

- **Relación de los TCA con la afectación de la imagen corporal**

La imagen corporal se define como la representación mental que se hace del tamaño, figura, forma y las partes de nuestro cuerpo, al igual de la forma cómo creemos que los demás lo ven, en los trastornos alimenticios tanto la imagen corporal como la apariencia física real tienden a no coincidir. Existen tres componentes que forman parte de la imagen corporal, estos son ⁽³⁾ :

- **Perceptivo:** precisión con que se percibe el tamaño del cuerpo o sus partes; ya sea que se sobreestime (percepción en dimensiones mayores a las reales) o que se subestime el tamaño corporal y se perciba como inferior al que debería corresponder.
- **Cognitivo-afectivo:** son los sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el propio cuerpo, como objeto de percepción.
- **Conductual:** conductas donde la percepción del propio cuerpo y los sentimientos asociados evocan, tales como: conductas de exhibición o evitación.

En los trastornos de la conducta alimenticia se identifican diferentes alteraciones con respecto de la imagen corporal, dentro de ellas están ⁽³⁾ :

- **Alteraciones en la estimación del tamaño:**
 - Sobreestimación del tamaño corporal.
 - Sobrestimación del peso corporal.
 - Distorsión de la conciencia del tamaño corporal; no existe un reconocimiento de su demarcación, pese a las evidencias que el individuo tiene de su forma corporal o de su peso.
 - Disociación: discrepancia entre la imagen mental de sí mismos y la imagen objetiva de sí mismo.
 - Desconfianza ante la información ofrecida por los demás.
 - Autoevaluación rígida y extravagante
- **Actitudes, creencias y sentimientos alterados con respecto al cuerpo:**
 - Insatisfacción, asco y ansiedad cuando observan su cuerpo.

- Pensamientos automáticos negativos.
- Auto-impaciencia morbosa de una apariencia demacrada.
- Dimensión fundamental en la valoración como persona; consideran que la apariencia física es lo que da valía y estima a su persona.
- Alteraciones del comportamiento:
 - Conductas de evitación
 - Rituales

- **Teorías de desarrollo de los trastornos alimenticios**

Dentro de las teorías del desarrollo de los trastornos alimenticios se habla del papel de las hormonas ováricas, como por ejemplo el estradiol (el cual regula la transcripción de genes entre los neurotransmisores que controlan el apetito y el estado de ánimo) puede llegar a influir en la predisposición genética de los TCA en la adolescencia ⁽⁷⁾.

Investigaciones previas describen que parte importante de las motivaciones para la pérdida de peso son más significativas de observar en niñas homocigotas para el polimorfismo en el gen transportador de la serotonina asociado con una mayor actividad de la monoamino oxidasa plaquetaria. Por otra parte, aun no se detecta ninguna interacción reveladora entre la dieta restrictiva, la impulsividad y los genes de la serotonina para el atracón ⁽⁷⁾.

Las múltiples hipótesis del porqué del desarrollo de los TCA, se dice que en la mayoría de los casos donde existe algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria se debe a una madre que, a causa del amor hacia su hijo o hija, siente miedo de ser incapaz de satisfacerlo; por lo que le da un exceso de alimento para estar segura de que es buena madre. El niño o la niña no come, porque en la relación con su madre, su deseo por alimento queda reducido a la necesidad, pues se le llena de comida cada vez que efectúa una demanda de amor ⁽³⁾.

Los estudios de neuroimágenes por igual permiten comprender mejor los trastornos de la alimentación y descubrir efectivos posibles tratamientos. También, un estudio reciente demostró que existen diferentes patrones en la actividad cerebral de mujeres con bulimia nerviosa en comparación con mujeres sanas. Igualmente, la resonancia magnética funcional (RMf), los investigadores llegaron a observar las diferencias en la actividad cerebral mientras las mujeres realizan una tarea que implica autorregulación (tarea que requiere la superación a una respuesta automática o impulsiva) ⁽²¹⁾.

Las investigaciones realizadas muestran que en el nivel de estudios de neuroimagen las personas con trastornos alimenticios revelan que por ejemplo ante la visión de comida sabrosa o grata al paladar, se activan muchas de las áreas cerebrales conocidas (sistema mesocorticolímbico y amígdala extendida), áreas que también se activan con la visión de aquellas imágenes asociadas a las drogas en personas adictas a sustancias, otro factor importante de relación entre los TCA y los TUS ⁽⁶⁾.

- **Epidemiología**

La aparición de anorexia y bulimia nerviosa es mayor en la adolescencia, esto se asocia a la magnitud de los cambios biológicos, psicológicos y de redefinición del papel social en esta etapa de la vida, asociada por igual a la preocupación por el culto a la belleza. En su mayoría, las adolescentes y adultas jóvenes (incidencia máxima se da entre los 15-25 años⁽¹³⁾) están entre los grupos con mayor prevalencia de los TCA, aunque la aparición no es de carácter despreciable entre los adolescentes varones, así como tampoco entre los niños en edad escolar ⁽⁷⁾.

Los problemas asociados al peso en la población joven se manifiestan de diversas formas, lo que incluye la malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), los trastornos alimenticios, los atracones y otras prácticas o conductas no saludables para el control del peso, tales como la restricción alimentaria, saltarse comidas,

realizar ayuno y usar sustitutos alimentarios o píldoras para bajar de peso, entre otras ⁽²⁴⁾.

Los estudios realizados señalan que existen diferencias por raza en relación con el desarrollo de los TCA, las mujeres de raza blanca tienden a presentar más comportamientos de bulimia nerviosa y alimentación compulsiva que las mujeres de raza negra. Asimismo, las mujeres que mostraban comportamientos de desórdenes alimenticios subclínicos (problemas en las actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación y las dietas, pero no de manera suficiente para identificarlos como anorexia o bulimia nerviosa) tienden a conocer más amigas con desórdenes alimenticios y también leían significativamente más artículos en revistas sobre estos temas. Por igual no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al estatus socioeconómico y el desarrollo de estos padecimientos ⁽³⁾.

Tanto las mujeres que sufren de trastornos de la alimentación como los hombres tienen por igual una afectación de la imagen corporal. Los síntomas son similares a los observados en las mujeres en la mayoría de los casos, en otros, el inicio puede estar marcado por una dismorfia muscular, esto es un tipo de trastorno que se caracteriza por una preocupación extrema por aumentar la masa muscular ⁽²¹⁾.

A diferencia de las mujeres con TCA, que en la mayoría de los casos lo único que quieren es perder peso, los hombres con dismorfia muscular se ven más pequeños de lo que en realidad son y quieren engordar o desarrollar más músculos. Los niños y los hombres corren un riesgo mayor de usar esteroides u otros fármacos peligrosos con el objetivo de aumentar la masa muscular ⁽²¹⁾.

Los hombres que padecen trastornos de la alimentación son menos probable que se les diagnostique con lo que generalmente se considera un trastorno "femenino". Se debe investigar más para comprender mejor las características individuales de estos trastornos en los hombres ⁽²¹⁾.

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan frecuentemente en deportes en los que es determinante el control del peso corporal, tales como gimnasia rítmica,

patinaje artístico o deportes de resistencia. Entre los factores de riesgo para su aparición se encuentran los múltiples intentos de perder peso, muchas veces por recomendación del entrenador, los incrementos del volumen de entrenamiento asociados a dichas pérdidas de peso, rasgos de la personalidad que llevan a preocupación excesiva por la imagen corporal, lesiones o traumatismos, por igual se recomienda un abordaje multidisciplinar, con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, entrenador y familia del deportista, siendo especialmente importantes las medidas preventivas en el día a día del deportista afectado ⁽²²⁾.

El deportista con trastornos de la conducta alimentaria es un miembro de una población élite con un problema especial al que actualmente se le atribuyen factores diversos del porqué de su desarrollo, tales como la naturaleza de la disciplina deportiva, los reglamentos deportivos, la frecuencia de los entrenamientos, la carga de entrenamiento, la restricción alimentaria, la subcultura ligada a la disciplina deportiva, las lesiones, el sobreentrenamiento o el comportamiento del entrenador ⁽²²⁾.

En estudios recientes llevadas a cabo entre deportistas de nacionalidad francesa, se ha puesto de manifiesto que la incidencia de este tipo de trastornos es claramente superior a la presente en la población sedentaria, en atletas de nacionalidad australiana se ha descrito que la incidencia de trastornos alimentarios llega a un 31% en deportistas femeninas de élite practicantes de deportes que requieren un cuerpo esbelto y delgado. Por último, en España se ha anunciado que la incidencia de trastornos alimentarios en deportistas se sitúa en torno a un 23%, donde también no se dan datos que diferencien este grupo poblacional con respecto a la población general, salvo en lo que se refiere a la exposición pública del cuerpo y a la presión por parte de los entrenadores de los diferentes deportistas ⁽²²⁾.

- **Factores de riesgo para desarrollar un Trastorno de conducta alimentaria**

Existen un sinnúmero de factores de riesgo que llevan a las personas a desarrollar un TCA, ejemplo ⁽⁸⁾ :

- Factores biológicos. Concentraciones anormales de determinados componentes químicos en el cerebro predisponen a algunas personas a sufrir ansiedad, perfeccionismo, comportamientos y pensamientos compulsivos, actitudes que hacen a las personas más propensas a sufrir un trastorno alimenticio.
- Factores psicológicos. Es común que los individuos con TCA tengan expectativas no realistas tanto de ellos mismos como de las demás personas, lo que los lleva a no desarrollar un sentido de identidad, perder el control de su vida y esto los lleva a enfocarse en la apariencia física para obtener ese control.
- Factores familiares. Los individuos con familias sobreprotectoras, inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a ser víctimas de estos trastornos. Los niños aprenden a no demostrar sus sentimientos, ansiedades, dudas u otras emociones, por lo que toman el control por medio del peso y la comida.
- Factores sociales. Estos factores se les atribuyen principalmente a los medios de comunicación, los cuales usualmente asocian lo bueno con la belleza física y lo malo con la imperfección física, lo cual lleva al desarrollo de falsas expectativas físicas en el resto del mundo.

Por igual situaciones como el comer sin compañía, leer revistas o escuchar programas de radio asociados a la belleza y a la moda y el hecho que los padres estén separados o divorciados, tienden a jugar un papel importante en el desarrollo de dichos trastornos. Además, no se ha podido comprobar ninguna relación entre los trastornos de la alimentación y el número de hermanos, orden de nacimiento,

desórdenes psiquiátricos previos en la familia o recientes eventos familiares estresantes ⁽³⁾.

A pesar que los medios de comunicación se consideran como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de los trastornos alimenticios, estudios recientes demuestran que el ver programas asociados al deporte no resulta como un predictor significativo para el desarrollo de desórdenes alimenticios, dándole énfasis en que es más común que las personas propensas al desarrollo de TCA tienden a ver deportes como: patinaje sobre hielo, gimnasia y natación, esto por la búsqueda de delgadez, bulimia y anorexia debido a que el cuerpo de las atletas se exponía con facilidad a través de los leotardos y los trajes de baño ⁽³⁾.

- **Conductas de riesgo para el desarrollo de TCA**

Las diferentes investigaciones sobre los trastornos alimenticios han llevado a identificar conductas de riesgo que llegan de una u otra manera al desarrollo final de un TCA, algunas de ellas son ⁽¹⁸⁾ :

- Seguimiento de dietas restrictivas.
- Reducción progresiva de la cantidad de comida.
- Saltarse comidas con frecuencia.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (dulces, pan, carnes).
- Ejercicio desmesurado para perder peso.
- Falta de la menstruación (amenorrea) por dietas.
- Pérdida de peso continuada.
- Cambio de estado de ánimo. Depresión. Irritabilidad.
- Mayor aislamiento.
- Preocupación excesiva por el cuerpo.
- Pesarse con frecuencia.
- Excesiva preocupación por publicidad sobre productos adelgazantes.
- Evitar ir a lugares públicos a comer.
- Desaparición de comida de la cocina.

Las conversaciones en relación con el peso y la figura corporal también se consideran como conductas de riesgo que llevan al desarrollo de los TCA, estas son conocidas como “weight talk o fat talk”, se refieren a conversaciones ritualizadas, especialmente dadas entre mujeres, sobre su apariencia física. La mayoría del tiempo ocurren en grupos e incluyen temas tales como la autocomparación con ideales de alimentación y hábitos de actividad física, comparaciones con los hábitos de otros, temor a llegar al sobrepeso, evaluación y descalificación de la apariencia física de otros y de sí mismas estrategias o conductas para cambiar la forma corporal, reemplazar las comidas y desarrollar musculatura ⁽²⁴⁾.

Este tipo de diálogos se han ido normalizando en la época actual entre la población y actualmente existe suficiente evidencia para establecer una importante relación entre esta práctica y un incremento de la insatisfacción con la imagen corporal de cada persona a largo plazo, a pesar de esto no se ha podido establecer una relación causal de la práctica con los TCA. Así, es como no toda persona involucrada en una “fat talk” está insatisfecha con su cuerpo, sin embargo, muchas de ellas sienten la constante presión a responder en forma auto descalificatoria por las expectativas del grupo que las rodea en que se genera con esta conducta, como consecuencia del temor a la evaluación negativa de los pares, reforzando así una baja autoestima ⁽²⁴⁾.

Los efectos del fat talk se consideran actualmente como transgeneracionales, estudios poblacionales muestran que las familias donde los padres se tienden a involucran en este tipo de conversaciones suelen tener hijos con mayor probabilidad de realizar dietas, usar conductas no saludables para controlar el peso y presentar más atracones, muchas veces los padres que sostienen estas conversaciones con sus hijos están motivados por ayudarlos con problemas de peso. Sin embargo, aun cuando el foco en estos casos es la preocupación, puede ser contraproducente en el manejo del peso para los adolescentes involucrados y por consiguiente en el desarrollo de un eventual trastorno alimentario ⁽²⁴⁾.

- **Síntomas de Alarma para un TCA**

Por igual se han identificado síntomas de alarma que llevan a las familias de los afectados a reconocer un posible TCA, ejemplo ⁽¹⁸⁾ :

- Pérdida rápida y significativa de peso, sin que haya una causa física que la justifique.
- Detención del crecimiento y desarrollo normal.
- Amenorrea inexplicable.
- Conductas extrañas para perder peso.
- Miedo desmesurado a ganar peso.
- Ejercicio físico excesivo, sin justificación.

Actualmente existen ciertos factores mantenedores que llevan a la persistencia de los trastornos alimenticios ya una vez diagnosticados, estos son ⁽¹⁸⁾ :

- La negación de la enfermedad por parte de las personas que lo sufren mantiene este problema, debido a que no suelen seguir las recomendaciones de los profesionales en salud, esto si es que toleran que les atienda alguno.
- La desnutrición en la anorexia nerviosa provoca ciertos cambios biológicos (en el eje hipotalámico-hipofisario y problemas digestivos) y psicológicos (mayor obsesibilidad y compulsividad, déficit en la concentración, labilidad emocional) que mantienen el problema.
- El hacer dietas muy estrictas aumenta el riesgo de que aparezcan atracones, debido a que al mantener una restricción alimentaria tan estricta se aumenta el deseo por consumir esos alimentos prohibidos.
- Otro aspecto negativo es el refuerzo positivo que obtiene la persona por las dietas, esto porque normalmente los demás suelen decir lo guapa/o que está (ahora que está más delgada) y la fuerza de voluntad que tiene por poder llevar a cabo esa dieta.

- Aislamiento social. Especialmente se observa en la anorexia nerviosa, la persona se aísla de la familia y amigos, debido a su presente estado depresivo y a su insatisfacción personal.
- Yatrogenia (mala práctica profesional). Los profesionales en salud llegan a cometer errores que contribuyen al mantenimiento del problema (ausencia de seguimiento, tratamiento exclusivamente físico o psicológico).

También es de vital importancia resaltar que el tener una autoestima alta se considera como un factor de protección para los problemas relacionados con el peso entre las niñas y los TCA en ambos sexos.

- **Actitudes, conductas y hábitos característicos**

Dentro de las actitudes, conductas y hábitos alimentarios característicos de la anorexia y bulimia nerviosa se encuentran ⁽¹⁴⁾ :

- Actitudes alimentarias
 - Aversión a los alimentos
 - Alimentos seguros, peligrosos, prohibidos
 - Alimentos desencadenantes de comidas compulsivas
 - Ideas sobre las cantidades adecuadas de alimentos
- Conductas alimentarias
 - Conductos ritualistas
 - Combinaciones extrañas de alimentos
 - Estacionalidad atípica de los alimentos
 - Uso excesivo y atípico de edulcorantes sin calorías
 - Uso atípico de los cubiertos de mesa
- Hábitos alimentarios
 - Patrón de ingesta

- Número de comidas y tentempiés
- Horas del día
- Duración de las comidas y tentempiés
- Ambiente de las comidas: donde y con quién
- Forma de consumirlas: sentado o de pie
- Evitación de ciertos grupos de alimentos, en especial aquellos con elevado contenido energético
- Variedad de alimentos consumidos
- Ingesta de líquidos: excesiva o restrictiva

- **Afectaciones médicas relacionadas con TCA**

Dentro de las principales alteraciones cardíacas que se asocian con los trastornos de conducta alimenticia se encuentran: bradicardia, taquicardia, arritmias supraventriculares y ventriculares, pérdida de la masa ventricular y, como consecuencia, síndrome de bajo gasto cardíaco e insuficiencia valvular mitral por prolapso, asistolia ⁽⁸⁾.

En los pacientes con TCA y los trastornos por uso de sustancias (TUS) se observan por igual alteraciones en el apetito y la saciedad, comportamientos obsesivos e impulsivos, conductas de autodestrucción y graves consecuencias médicas, situaciones que hacen que estos dos trastornos se relacionen y se vean ampliamente en los afectados por uno u el otro ⁽⁶⁾.

- **Abordaje médico de los TCA**

Como parte de los instrumentos más utilizados para detectar el riesgo de desarrollar TCA, está el Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test: EAT-40). El EAT-40 fue diseñado por Garner y Garfinkel en el año 1979, herramienta usada para evaluar las conductas y actitudes sobre la comida, el peso y el ejercicio relacionados con la anorexia, se basa en un cuestionario autoadministrado de 40

ítems que admite seis posibles respuestas que van de nunca a siempre. La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas y población normal y entre bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas ⁽¹⁷⁾.

En el nivel general los TCA se consideran como entidades difíciles de tratar y perjudiciales tanto para la salud como para la nutrición de las personas, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura ⁽⁷⁾.

La clasificación de los trastornos alimenticios por parte de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA por sus siglas en inglés) ha cambiado a lo largo de los años, en el DSM IV se dividen por etapas de crecimiento ⁽¹⁹⁾ :

- Infancia
 - Pica
 - Rumiación
 - Trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez
- Adolescencia
 - Específicos
 - Anorexia Nerviosa
 - Bulimia Nerviosa
 - No específicos
 - En estudio trastorno por atracón

En el DSM V esta clasificación cambia y se deja de dividir por etapas de crecimiento, para generalizar todos los trastornos independientemente de la edad del paciente, conjuntamente esta específica clasificación de gravedad y remisión, lo cual complementará la información de los casos, información que se detallará más adelante ⁽¹⁹⁾.

Las últimas investigaciones realizadas indican que un 25% de los pacientes con TCA se manifiestan resistentes al tratamiento y por consiguiente evolucionan hacia

la cronicidad. Esta resistencia al tratamiento no sólo se relaciona con la edad o con los años de evolución y puede llegar a producirse incluso en menores en los que la enfermedad ha tenido un inicio precoz. Esta situación lleva a la necesidad de utilizar todos los recursos disponibles, adecuados para las diferentes edades, en el abordaje de esta problemática, por lo que se tienen que ofrecer tratamientos especializados e individualizados en los que se incorporan estrategias y recursos terapéuticos innovadores, orientados en su mayoría a la recuperación del desempeño del rol social y a la motivación al cambio ⁽²⁰⁾.

El tratamiento general de los trastornos alimenticios se basa en una nutrición adecuada, reducción del exceso de ejercicio y en la interrupción de los comportamientos de purga, siendo esto último la base del tratamiento. Ciertas formas de psicoterapia o terapia de diálogo, y algunos medicamentos también son efectivos para muchos TCA. Finalmente quien decide las pautas a seguir y/o el orden de las mismas es el especialista tratante, posterior a una evaluación individualizada ⁽²¹⁾.

Una de las principales preocupaciones de los profesionales de la salud para el abordaje de este tipo de pacientes, es que la participación activa de los adolescentes en programas para bajar de peso pueda generar que algunos desarrollen un TCA. La evidencia publicada actualmente al respecto concluiría que si el tratamiento es realizado por profesionales capacitados en el tema esto no ocurriría, pero esta es escasa y resulta probable que algunos jóvenes con malnutrición por exceso tengan mayor riesgo de desarrollar estos trastornos durante este tipo de tratamiento. Quienes atienden adolescentes con TCA reciben con cierta periodicidad casos que se han desencadenado tras una atención en la cual el profesional hizo una intervención que creyó favorecería la disminución de peso, en un paciente cuyo estado nutricional le preocupaba. Situación que resulta importante para los médicos tratantes para que estén conscientes de que una parte significativa de aquellos con sobrepeso u obesidad, en especial las mujeres, ya está bastante insatisfecho con su peso y figura en la mayoría de los casos por lo que algunos

comentarios o ciertas indicaciones pueden contribuir negativamente a desencadenar un TCA en los más susceptibles o propensos ⁽²⁴⁾.

Para evitar contribuir involuntariamente como médicos tratantes a desencadenar un Trastorno de conducta alimenticia durante el tratamiento de los jóvenes, los profesionales deben cuidar sus actitudes, conductas (incluyendo el lenguaje) y el tipo de indicaciones dadas, para así no convertirse en un factor de riesgo más en la lista, esto como parte de la prevención primaria ⁽²⁴⁾.

2.2.1 Anorexia Nerviosa (AN)

- **Historia**

A lo largo de la historia se encuentran casos similares a la anorexia nerviosa, al principio en mujeres religiosas que ayunaban con frecuencia entre los siglos XIII-XV, a lo que se le denomina Época de Anorexia “Santa” (Holly Anorexia) ⁽¹⁸⁾.

Existe una segunda época en que el término va evolucionando y se le denomina la Consunción Nerviosa, siendo el señor Richard Morton quien introdujo este término en 1689 ⁽¹⁸⁾.

Por último se habla de un tercer período denominado Anorexia Histórica (siglo XVIII y XIX) y es hasta el siglo XIX que Lasegue y Gull describen por primera vez la anorexia nerviosa ⁽¹⁸⁾.

- **Definición**

La cuarta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), define a esta entidad como un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene un miedo intenso a ganar peso y una significativa mala interpretación de su cuerpo y su forma. Esta misma entidad resalta también, que el término anorexia (falta de apetito) es erróneo, ya que ésta rara vez aparece en los estadios tempranos de la enfermedad ⁽¹³⁾.

El inicio del cuadro anoréxico en mujeres se presenta con la aparición y reiteración de pensamientos sobre el cuerpo y su valoración estética, los cuales van en aumento hasta convertirse en juicios drásticos con una creciente ansiedad y depresión, tienden a atribuir sobre sí mismas la responsabilidad sobre su comportamiento. Estas creen que carecen de control sobre su físico, constantemente verifican su peso, se muestran altamente críticas en relación con su ingesta y niegan rotundamente una delgadez que alcanza ocasionalmente dimensiones delirantes ⁽³⁾.

Estos pacientes ponen en práctica voluntariamente diferentes medidas para conseguir la pérdida de peso deseada, como una dieta restrictiva muy estricta y

conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.)⁽¹³⁾.

Tienden a desconfiar de que el organismo pueda llevar a cabo los procesos reguladores automáticos sin su estricto control consciente e inclusive llegan a considerar su cuerpo como un objeto extraño y desafiante que requiere ser controlado. Comúnmente experimentan sensaciones de saciedad, es decir, pueden sufrir un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos. A esta etapa de la enfermedad se le llama: primera etapa cognitiva de pre-anorexia, etapa donde los pensamientos suelen preceder a la acción⁽³⁾.

A pesar de la progresiva e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal y se ven gordas, por lo que persisten con las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias para contrarrestar el aporte calórico de la que ingieren (actividad física desmesurada, conductas de purga, etc.).

Habitualmente no tienen conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren con su conducta. Todo su interés está centrado en perder peso, y para conseguirlo no les importa caer en estados nutricionales carenciales que pueden acarrear un serio riesgo vital⁽¹³⁾.

Por igual la autoestima de estas personas depende de forma central del peso y el aspecto percibido, dentro de las prácticas diarias habituales es común que los pacientes tiendan a disimular su aspecto con el uso de ropas anchas y se alteran las percepciones corporales de hambre o de fatiga⁽¹⁵⁾.

Con frecuencia estas personas tienen una personalidad con excesiva necesidad de aprobación, alto sentido de la responsabilidad, perfeccionismo y sentimiento de ineficacia personal⁽¹³⁾.

- **Epidemiología**

Afecta a 0,5-1% de personas a través de sus vidas ⁽¹³⁾.

Es una enfermedad típica de las mujeres (90-95%) que se presenta principalmente en la adolescencia y afecta a un 1% de la población. Las edades de inicio más frecuentes suelen estar entre los 14-18 años y es rara después de los 40 años, en los últimos años se ha observado que la incidencia tiende a aumentar en los varones ⁽¹³⁾.

- **Etiología**

La etiología de la AN aún no se conoce con certeza, pero se piensa que es multifactorial, existiendo componentes de tipo genético, sociales o culturales (más en países occidentales y desarrollados), familiares (en familias de tipo competitivas, rígidas y exigentes), metabólicos, de personalidad (más frecuente, se ve en personas responsables, con alta autoexigencia y rendimiento, con miedo a la pérdida de control), hormonales, sexuales, de modo de expresar las emociones, de aprendizaje, de historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia con otros trastornos psiquiátricos, como el componente depresivo, obsesivo-compulsivo, los trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso ^{(13) (15)}.

La perspectiva neo-psicodinámica habla sobre que el origen de la anorexia se ubica en la primera infancia, fundamentalmente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre con el hijo o hija, el problema se inicia cuando la madre no reacciona coherentemente a los estados de privación o saciedad del niño o la niña, de tal manera que, le impide un correcto reconocimiento de ciertas sensaciones y cogniciones internas, estas se experimentan en la privación de alimento; es decir, hay una errónea discriminación de la conciencia de hambre ⁽³⁾.

De igual forma el modelo conductivo-conductual establece que la relación entre pensamiento, emoción/afecto y comportamiento manifiesto (lo cual comprende las

ideas y actitudes inculcadas por el medio social) provocan la génesis de la anorexia (3).

- **Curso clínico**

La anorexia nerviosa tiende a cronificar, pero responde a los tratamientos especializados y hospitalarios (15).

La mitad tiende a recuperar el peso normal, un 20% mejoran con pesos bajos, un 20% no cambian y un 5% se vuelven obesas, pero en casi todos los casos persiste el miedo a engordar.

Tras los cinco primeros años de restricción es muy frecuente iniciar ciclos de tipo compulsivo/ purgativo, a veces con ganancia ponderal y cambio de diagnóstico a bulimia (15).

La mortalidad es alta, siendo fundamentalmente como consecuencia de la inanición o por suicidio (15).

Dentro de los descubrimientos más frecuentes a nivel cardíaco en los pacientes con anorexia nerviosa está la bradicardia, este es uno de los factores que se le contribuyen al riesgo del desarrollo de taquicardia ventricular polimórfica, directamente relacionada con la muerte súbita, también se asocia, con el aumento del tono vagal y de la variabilidad de la frecuencia. Estos trastornos son de carácter reversible cuando se recupera el peso perdido (8).

Por igual también se reportan casos de prolongación del segmento QT en los afectados con TCA, lo cual se relaciona por igual con muerte súbita hasta en 15% de los pacientes (8).

- **Tipos clínicos**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) se especifican 2 tipos de anorexia ⁽¹⁹⁾ :

- Tipo restrictivo. Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo
- Tipo con atracones/purgas. Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

- **Síntomas físicos**

La desnutrición provocada por el trastorno puede provocar los siguientes síntomas físicos ⁽¹⁸⁾ :

- Hipotermia. Bajada de la temperatura corporal, suelen ser personas que tienen mucho frío y que van con un exceso de ropa para la temperatura real que existe, ya que tienen un descenso en la temperatura corporal, debido a la restricción alimentaria.
- Bradicardia. Hay un enlentecimiento del ritmo cardiaco.
- Hipotensión. La tensión arterial en estos enfermos es baja, y se pueden producir vértigos y desvanecimientos.
- Anemia. Es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre; esto produce cansancio y alteraciones menstruales.
- Osteoporosis. Es una disminución de la masa ósea al ocasionar una mayor susceptibilidad para las fracturas.
- Amenorrea. Ausencia de la menstruación durante un periodo de tiempo prolongado.
- Caída del cabello.

- Lanugo. Es un vello (similar al de los recién nacidos) que sale por todo el cuerpo (cara, brazos, piernas).
 - Sequedad de piel.
 - Uñas rotas.
 - Estreñimiento. La evacuación intestinal es muy infrecuente o existe una dificultad para la expulsión de las heces.
 - Hinchazón del vientre.
 - Infertilidad.
 - Insuficiencia multiorgánica.
- **Alteraciones psicológicas** ⁽¹⁸⁾
 - Pensamientos obsesivos sobre el cuerpo, peso, comida, gordura.
 - Trastornos en la memoria, concentración y atención.
 - Percepción exagerada del tamaño del propio cuerpo.
 - Tendencia al perfeccionismo.
 - Gran autodisciplina, rigidez.
 - Baja autoestima.
 - Irritabilidad. Cambios bruscos del estado de ánimo.
 - Aislamiento familiar y social.
 - Estado de ánimo depresivo.
 - Ansiedad con la comida, ropa.
- **Diagnóstico**

Criterios Diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) ⁽¹⁹⁾ :

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si ⁽¹⁹⁾ :

- En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- En remisión total. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión ⁽¹⁹⁾ :

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15.99 kg/m²
- Extremo: IMC <15 kg/m²

- **Tratamiento**

La intervención temprana es esencial, para evitar daños físicos permanentes causados por la enfermedad durante las etapas del crecimiento y desarrollo ⁽¹³⁾.

Las creencias irracionales sobre las elecciones alimentarias son comunes es este tipo de trastornos, es de vital importancia poder distinguir las para así combatir las durante el proceso de tratamiento y así el abordaje sea más exitoso ⁽¹⁴⁾.

El programa de rehabilitación nutricional se centra en restablecer el peso, normalizar los patrones alimentarios, adquirir señales adecuadas de saciedad y hambre y corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición; para esto se pacta con el paciente un peso mínimo de mantenimiento, se revierte la amenorrea y se mejora las cogniciones distorsionadas (sobre autoestima, imagen corporal). Para esto utilizo ^{(15) (23)} :

- Psicoterapia (cognitiva- conductual, de familia y de apoyo)
- Farmacoterapia (puedo usar orexígenos o antidepresivos en caso que la paciente presente depresión o bulimia asociada)

Por la complejidad de su manejo, el tratamiento debe ser cuidadosamente coordinado por un grupo multidisciplinario que, de acuerdo a cada caso y a la disponibilidad, podría incluir al médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social y nutricionista. Hay casos que requieren la evaluación del ginecólogo, del endocrinólogo y del gastroenterólogo, entre otros ⁽¹³⁾.

Distintos tipos de psicoterapia, incluyendo individuales, grupales y familiares, pueden llegar a ayudar a tratar las razones psicológicas de la enfermedad. En la terapia familiar del modelo del Maudsley, los padres de adolescentes con anorexia nerviosa asumen la responsabilidad de alimentar a sus hijos, este enfoque suele ser muy efectivo cuando se trata de ayudar a una persona con este trastorno a subir de peso y mejorar sus hábitos alimenticios y sus estados de ánimo ⁽²¹⁾.

Actualmente se sugiere que el uso de medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo, pueden ser moderadamente

efectivos para tratar pacientes con anorexia nerviosa. Estos medicamentos pueden llegar a ayudar a disipar síntomas relacionados con el estado de ánimo y la ansiedad que con frecuencia coexisten con la anorexia nerviosa. Pero en este momento no existe certeza de que los antidepresivos puedan evitar una recaída en pacientes con anorexia nerviosa que han logrado restaurar su peso, por el momento no se cuenta con ningún medicamento eficaz en ayudar a alguien a ganar peso para llegar a un nivel normal anterior al trastorno ⁽²¹⁾.

Dentro de las recomendaciones para la interacción social de estos pacientes y de sus allegados están ⁽²¹⁾ :

- Tomar conciencia del problema.
- Informarse de los TCA.
- Ponerse en manos de profesionales.
- Evitar comentarios críticos acerca del peso o la comida.
- Evitar el control asfixiante sobre la persona.
- No hacer de la comida el único tema de conversación.
- Apoyo y comprensión.
- Evitar los “chantajes”.

Existe suficiente evidencia que demuestra que a medida que los pacientes van recuperando el peso, mediante la aplicación de la rehabilitación nutricional, mejoran en otros síntomas del trastorno alimentario produciéndose así un incremento en la elección de alimentos, dejan de acumular alimentos y disminuyen la frecuencia e intensidad de su obsesión por los alimentos. Por igual, la ganancia de peso produce cambios significativos, aunque no definitivos, en los síntomas asociados a la ansiedad y el estado de ánimo de los afectados ⁽²³⁾.

- **Criterios de hospitalización**

Se recomienda en caso de pesos inferiores en un 20% de lo recomendado con fracaso del tratamiento ambulatorio nutricional, o si la paciente presenta trastornos hidroelectrolíticos ⁽¹⁵⁾.

Se recurre al ingreso involuntario en casos de elevado riesgo de muerte debido a las complicaciones de desnutrición o en presencia de conducta suicida ⁽¹⁵⁾.

2.2.2 Bulimia Nerviosa (BN)

- **Historia**

La bulimia nerviosa es descrita por primera vez por Russell en 1979, el cual la definió como “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta” ⁽¹⁸⁾.

Primero se habló del término hiperfagia (comer hasta el punto de concentrarse nada más que en comer, gula, o comer en exceso antes de lograr sentirse satisfecho) con vómitos, luego se definió como bulimarexia, y por último se le llamó bulimia nerviosa ⁽¹⁸⁾.

La palabra bulimia deriva del griego: bous = buey, y limus = hambre. Literalmente significa “comer como un buey” y también se ha traducido como “ser capaz de comerse un buey” ⁽¹⁸⁾.

En la antigua Roma eran comunes los grandes banquetes en los que los comensales devoraban grandes cantidades de alimentos para luego vomitar ⁽²⁴⁾.

- **Definición**

La bulimia nerviosa está descrita desde la antigüedad y su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas ⁽¹³⁾.

Se define como episodios recurrentes de atracones (ingesta voraz, incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en un corto espacio de tiempo, generalmente en secreto, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, hiperactividad física) junto con alteración de la percepción de la forma y del peso corporal ⁽¹³⁾.

El desarrollo de la bulimia nerviosa se asocia con una serie de anomalías cognitivas, somáticas y psicológicas, tienden a tener una imagen corporal errónea y no se gustan a sí mismas. Con frecuencia tienen ideas obsesivas, estas en su mayoría en relación con la comida ⁽³⁾.

No se producen necesariamente alteraciones en el peso, pueden tener peso normal, bajo o sobrepeso, por lo que pasa fácilmente desapercibido y no suele haber amenorrea ⁽¹³⁾ ⁽¹⁵⁾.

Las pacientes bulímicas tienden a tener mayor conciencia de la enfermedad que las que sufren anorexia ⁽¹⁵⁾.

Estas pacientes no perciben correctamente las sensaciones de hambre y saciedad, se restringen de comer por largos periodos de tiempo, situación que usualmente genera ansiedad y favorece después a la aparición de atracones, seguidos de sentimientos de culpabilidad por su poco o nulo control, con lo que aparece el vómito autoprovocado y/o el abuso de laxantes y diuréticos. Este tipo de conducta los lleva al desarrollo de serios trastornos estomacales y metabólicos ⁽³⁾.

Usualmente catalogan su comportamiento como algo inmoral y, como consecuencia, tienen una imagen muy negativa de sí mismas, por lo que es común que sufran síntomas depresivos, con ideas de suicidio y estados de ánimo cambiantes. Se caracterizan por ser impulsivas y llegar a comportamientos como la mentira, al robo o al consumo de alcohol y drogas. En el terreno sexual, suelen ser más promiscuas. En ocasiones, se sienten avergonzadas por su falta de control y experimentan sentimientos de ira hacia sí mismas ⁽³⁾.

- **Epidemiología**

La bulimia afecta 1,9% de las mujeres de la población general, es frecuente entre las adolescentes ⁽¹³⁾.

Esta afecta también a las mujeres de edad media, pues se descubrió que aproximadamente un 1% de los casos de desórdenes alimenticios eran de mujeres entre los 40 y 77 años de edad ⁽³⁾.

- **Etiología**

Los casos se asocian a factores culturales, historia personal o familiar de sobrepeso, historia de abuso sexual en la infancia y patrón familiar desestructurado.

- **Curso clínico**

Los casos de bulimia nerviosa tienden a cronificar y es fluctuante con periodos de normalidad y recaídas frecuentes. Los periodos de remisión superiores a un año se asocian a mejor pronóstico ⁽¹⁵⁾.

- **Tipos clínicos**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) existen dos tipos de bulimia nerviosa ⁽¹³⁾ ⁽¹⁵⁾ :

- Purgativo. Recurre regularmente a vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos o edemas.
- No purgativo. La compensación del atracón es con ayuno o ejercicios físicos extenuantes pero sin eliminación directa de lo ingerido.

- **Síntomas físicos** ⁽¹⁸⁾

- Taquicardias. Aceleración del ritmo cardiaco.
- Dolor de garganta, éste suele ser debido a los vómitos autoprovocados.
- Alteraciones menstruales. Algún mes le viene la menstruación y otros no o están manchando durante todo el ciclo o les viene la menstruación pero sólo manchan un día.
- Caries dentales, son debidas a los vómitos autoprovocados.
- Trastornos gastrointestinales, debido a los atracones, a los vómitos, a la toma de laxantes o diuréticos. Suelen tener muchos problemas digestivos.

- Alteraciones metabólicas. Deshidratación, edemas, bajadas de potasio (que causan alteraciones en el ritmo cardiaco, calambres y entumecimiento de extremidades).
- Glándulas salivales inflamadas en el área del cuello y la mandíbula
- Esmalte de los dientes gastados, dientes cada vez más sensibles y cariados como resultado de la alta exposición al jugo gástrico
- Trastorno de reflujo gastroesofágico
- Dolor e irritación intestinal a causa del abuso de laxantes
- Desequilibrio electrolítico que puede conducir a un ataque cardíaco (niveles muy bajos o muy altos de sodio, calcio, potasio y otros minerales).

- **Alteraciones psicológicas**

Las personas que sufren BN suelen tener una gran impulsividad y un bajo autocontrol, lo que los lleva a no poder controlar muchas situaciones de la vida cotidiana, en especial a no poder dejar de darse atracones, también suelen meterse en situaciones peligrosas o a entrar en discusión con gran facilidad, presentando grandes cambios de humor ⁽¹⁸⁾.

Por igual manejan una baja autoestima, no se valoran a sí mismas y no se aceptan tal como son. Estos factores contribuyen a la aparición de síntomas depresivos, muy frecuentes en personas con este trastorno ⁽¹⁸⁾.

Es usual ver en este tipo de personas conductas como abuso de drogas, alcohol, cleptomanía y ludopatía ⁽¹⁸⁾.

El factor psicológico fundamental en la bulimia es la ansiedad, la cual se genera cuando están frente a la comida, en situaciones relacionadas con el peso y también cuando se ven las conductas purgativas asociadas ⁽¹⁸⁾.

- **Diagnóstico**

Criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) ⁽¹⁹⁾ :

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1.- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Específicas sí ⁽¹⁹⁾ :

- En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado
- En remisión total. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual ⁽¹⁹⁾ :

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve. Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- Moderado. Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- Grave. Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- Extremo. Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

- **Tratamiento**

Al igual como con la anorexia nerviosa el tratamiento debe ser coordinado por un grupo multidisciplinario de atención médica ⁽¹³⁾ ⁽¹⁵⁾.

Dentro de las pautas importantes de tratamiento está ⁽¹⁵⁾ :

- Terapia cognitiva-conductual. Esta es eficaz y con mejor respuesta que en la anorexia.
- Educación y control nutricional.
- Farmacoterapia. Algunos antidepresivos, como la fluoxetina (Prozac), es el único medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para tratar la bulimia nerviosa, este ayuda a pacientes que también sufren depresión y/o ansiedad. Igualmente, la fluoxetina ayuda a disminuir el comportamiento de atracones y purgas, reduce la posibilidad de una recaída y mejora los hábitos alimenticios ⁽²¹⁾.

La combinación de opciones con respecto del tratamiento depende 100% de las necesidades del individuo, para disminuir o eliminar el comportamiento de atracones y purgas, se recomienda que el paciente reciba asesoramiento nutricional y psicoterapia, en especial la terapia cognitiva-conductual (TCC), o que se le recete algún medicamento ⁽²¹⁾.

La TCC ayuda a una persona a concentrarse en sus problemas actuales y cómo resolverlos, el terapeuta ayuda al paciente a instruirse a identificar los patrones de pensamientos distorsionados o inútiles, reconocer y cambiar las creencias erróneas, relacionarse con las demás personas de forma más positiva, y, en consecuencia, provocar así un cambio en los comportamientos. LA TCC demostró ser efectiva para cambiar el comportamiento de atracones y purgas así como los hábitos alimenticios. La terapia puede ser de carácter individual o grupal dependiendo del paciente a tratar ⁽²¹⁾.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La investigación actual tiene un enfoque cuantitativo esto porque los datos obtenidos son cuantificables, descriptivos y analiza el comportamiento de las personas afectadas con la patología por desarrollar, esto se respalda debido a que estos estudios delimitan el problema por investigar, existe una relación entre las variantes, se plantean objetivos, se formula una pregunta, un problema medible y una justificación de la investigación ⁽¹⁰⁾.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se clasifica como de tipo descriptivo porque, describe los hechos como son observados sin ser modificados, esto se ampara al decir que este tipo de investigaciones buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis ⁽¹⁰⁾.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El área de estudio de investigación es la población costarricense del periodo de 1990 al 2017 que padecen de trastornos de alimentación (anorexia y bulimia nerviosa).

- Fuente primaria

No se tienen fuentes de tipo primario por el tipo de investigación que se está desarrollando.

- Fuente secundaria

Las fuentes de tipo secundario que se utilizan son: el Instituto Internacional de Métricas en Salud, así como información de libros, artículos y otras páginas web de alta confiabilidad.

3.3.1 Población

Se toma la totalidad de la población de Costa Rica durante el periodo de 1990 al 2017.

3.3.2 Muestra

Por el tipo de estudio de investigación por realizar no se cuenta con una muestra específica.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para efectos de esta investigación no se cuentan con criterios de inclusión y exclusión.

3.4 METODOLOGÍA

La metodología empleada en este proyecto de tesis para la recolección y análisis de datos referentes a años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), años vividos con discapacidad (AVD), prevalencia e incidencia se obtendrán del Instituto Internacional de Métricas en Salud, estos se dividirán por sexo y grupo etario (a partir de los 5 años de edad y hasta los 49 años de edad), los cuales se tabularon para la realización posterior de gráficos, una vez realizado esto se elaborará el análisis de cada uno de los datos recolectados.

Con referente al grupo etario se desarrolla a partir de los 5 años y hasta los 49 años de edad para el periodo de 1990 al 2017 en Costa Rica en los distintos objetivos planteados, esto debido a que los datos estadísticos del Instituto Internacional de Métricas en Salud referentes a menores de 5 años y mayores de 50 años tanto en hombres como en mujeres con trastornos de alimentación son ejemplificados en 0 (cero) para estos grupos poblacionales, por lo cual no son de notabilidad estadística para el actual estudio por realizar.

El presente proyecto a pesar de centrarse en la carga de la enfermedad de los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa) no se ejemplifican los datos de mortalidad y años de vida perdidos (AVP); debido a que según el Instituto Internacional de Métricas en Salud estos indicadores epidemiológicos son ejemplificados en cifras menores de uno por cada cien mil habitantes para la población de Costa Rica en el periodo 1990 al 2017 en todos los grupos poblacionales en estudio en relación con el tema por desarrollar.

A la hora del análisis de resultados en la presente investigación se decide comparar los datos de Costa Rica en su mayoría con las cifras epidemiológicas en los países de México, España y Reino Unido; ya que la mayoría de artículos encontrados con el tema de prevalencia e incidencia en los TCA eran de estos países mencionados, por lo cual se toma la decisión de continuar con estos ejemplos a la hora del análisis de resultados de los años vividos con discapacidad y de los años de vida ajustados

con discapacidad para darle así una línea de comparación de datos totales en todos los parámetros epidemiológicos planteados en la investigación.

Para obtener los datos referentes a la tasa de prevalencia se utiliza la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos de enfermedad "X"}}{\text{Total de la población a mitad del periodo}} \times 100000$$

Para obtener los datos referentes a la tasa de incidencia se utiliza la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos nuevos de enfermedad "X"}}{\text{Total de la población a mitad del periodo}} \times 100000$$

Para obtener los datos de la tasa de años vividos con discapacidad (AVD) se utiliza la fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos en periodo de referencia} \times \text{Peso asignado a la discapacidad} \times \text{Promedio de tiempo de duración de la incapacidad medido en años}}{\text{Total de la población a mitad del periodo}} \times 100000$$

Para obtener los datos referentes a la tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) se utiliza la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura} + \text{Años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD)}}{\text{Total de la población a mitad del periodo}} \times 100000$$

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación actual se clasifica como de tipo no experimental, longitudinal y ecológica mixta.

La investigación de tipo no experimental se define como aquellos estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, lo que se hace es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos ⁽¹⁰⁾.

Una investigación de tipo longitudinal se basa en la recolección de datos a través del tiempo en puntos o periodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias ⁽¹⁰⁾.

Al igual una investigación de categoría ecológica mixta se centra en que no estudia a las personas como tal, sino estudia a una comunidad, un país o una región en un tiempo determinado.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N°1: VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN

| Objetivo específico | Variable | Definición conceptual | Dimensión | Indicadores | Instrumento |
|--|--------------|--|---|---|--|
| Especificar la prevalencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario. | Prevalencia | Se refiere al número de casos totales de una enfermedad o evento en una población, incluye casos nuevos y casos existentes | Indicador epidemiológico | Tasa de prevalencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Sexo | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. | Hombre Mujer | Tasa de prevalencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Grupo etario | Refiere a la edad por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el periodo | Grupo de 5-14 años Grupo de 15-49 años | Tasa de prevalencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia | Instituto Internacional de Métricas en Salud |

| | | | | | |
|---|--------------|--|---|--|--|
| | | presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida. | | nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por grupo etario. | |
| Indicar la incidencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario. | Incidencia | Se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad que se presentan en la población en un periodo determinado. | Indicador epidemiológico | Tasa de incidencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Sexo | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. | Hombre Mujer | Tasa de incidencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Grupo etario | Refiere a la edad por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el periodo | Grupo de 5-14 años Grupo de 15-49 años | Tasa de incidencia para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia | Instituto Internacional de Métricas en Salud |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------|---|--|
| | | presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida. | | nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por grupo etario. | |
| Señalar los años vividos con discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario. | Años vividos con discapacidad (AVD) | Años vividos con algún tipo de pérdida de salud de corto o largo plazo, ajustados por su gravedad. | Indicador epidemiológico | Tasa de años vividos con discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Sexo | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. | Hombre Mujer | Tasa de años vividos con discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Grupo etario | Refiere a la edad por el tiempo que transcurre | Grupo de 5-14 años | Tasa de años vividos con discapacidad para | Instituto Internacional |

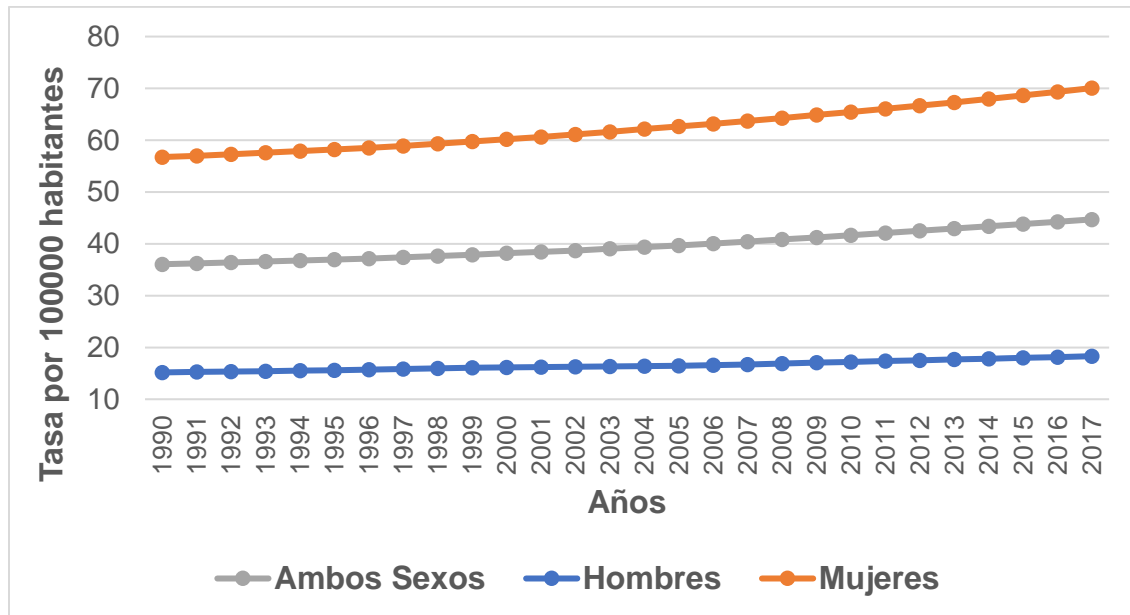
| | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--|--|
| | | desde el inicio del nacimiento y el periodo presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida. | Grupo de 15-49 años | trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por grupo etario. | de Métricas en Salud |
| Identificar los años de vida ajustados por discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo y grupo etario. | Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) | Expresa el tiempo vivido con una discapacidad y los años de vida perdidos debido a muerte prematura | Indicador epidemiológico | Tasa de años de vida ajustados por discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 | Instituto Internacional de Métricas en Salud |
| | Sexo | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. | Hombre Mujer | Tasa de años de vida ajustados por discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia | Instituto Internacional de Métricas en Salud |

| | | | | | |
|--|--------------|--|---|--|--|
| | | | | nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por sexo | |
| | Grupo etario | La palabra etario es la que se refiere a la edad por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el periodo presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida. | Grupo de 5-14 años Grupo de 15-49 años | Tasa de años de vida ajustados por discapacidad para trastornos de alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) en Costa Rica 1990-2017 por grupo etario. | Instituto Internacional de Métricas en Salud |

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)

Figura N°1: Prevalencia estandarizada de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

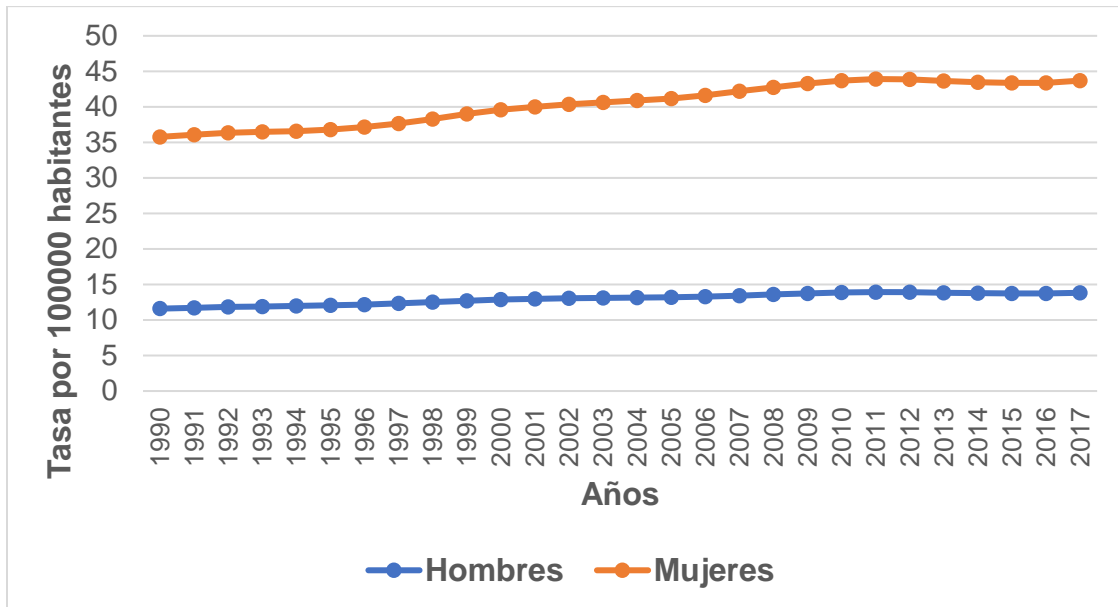


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el gráfico de prevalencia de anorexia nerviosa con los datos de edad estandarizada vemos como las mujeres muestran una tendencia al aumento principalmente observada a partir del año 2004, tendencia de aumento de menos de 1 a lo largo de los años en estudio; por su parte los hombres presentan una tendencia constante al igual que los datos de ambos sexos desde el año 1990 al 2017.

Igualmente se observa como las tasas para el año 1990 en el sexo femenino es de 56,75 y en el sexo masculino es de 15,17 por 100000 habitantes; comportamiento epidemiológico que marca una diferencia importante de presentación del trastorno entre los distintos sexos y que se mantiene a lo largo de los años en estudio.

Figura N°2: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

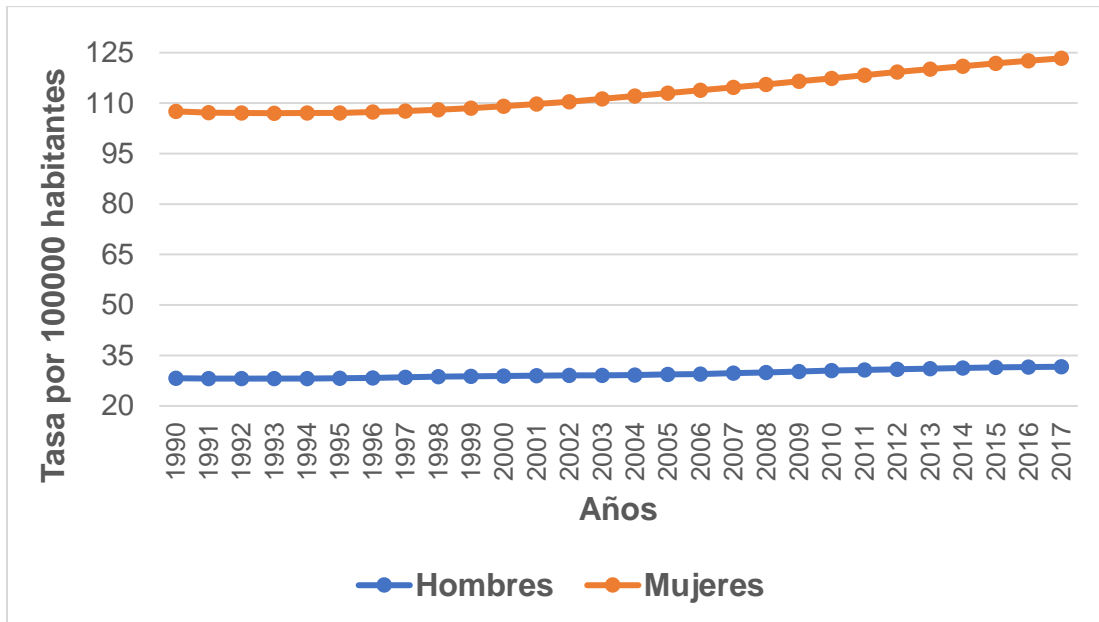


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el gráfico anterior se observa un tendencia constante a lo largo de los años en estudio para la prevalencia de anorexia nerviosa en el sexo masculino y en el sexo femenino se observa una tendencia en incremento de menos de 1 por 100000 habitantes principalmente en las cifras a partir del año 1998.

En el año 1990 vemos como el sexo femenino presenta una tasa de 35,78 y el sexo masculino una de 11,6 por 100000 habitantes, lo cual permite ver una mayor prevalencia en el sexo femenino, situación que marca el comportamiento de las tasas a los largo de los años de 1990 al 2017.

Figura N°3: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)

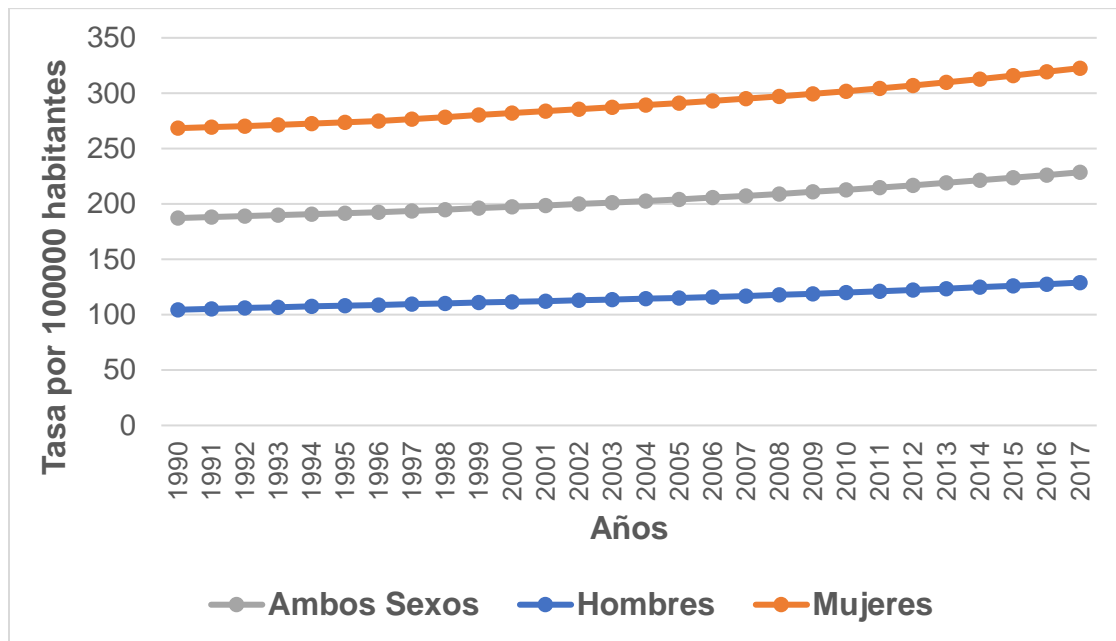


Fuente: elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el gráfico anterior se exponen los datos de prevalencia de anorexia nerviosa en la población de 15-49 años se puede observar una gran diferencia entre los datos para los diferentes sexos, en las mujeres se observan una tendencia al incremento de menos de uno por 100000 habitantes principalmente a partir del año 2005 en comparación con datos de los hombres, donde las datos expuestos son con una tendencia constante.

A partir del año 1990 vemos como las mujeres presentan una tasa de 107,52 y los hombres una de 28,26 por 100000 habitantes; lo que ejemplifica una mayor presencia en el sexo femenino, comportamiento que se repite a lo largo de los años de 1990 al 2017.

Figura N°4: Prevalencia estandarizada de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

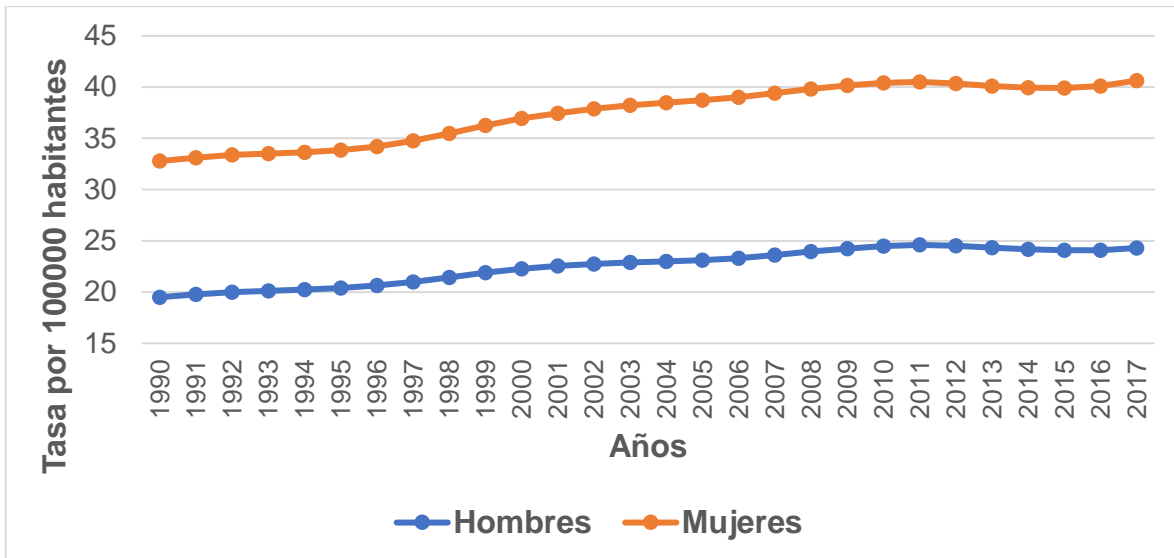


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En este gráfico de prevalencia de bulimia nerviosa para los años de 1990-2017, se utilizan los datos de edad estandarizada, esto nos permite observar una tendencia estable de crecimiento para los años en estudio para ambos sexos y de manera general.

Al comparar los datos entre ambos sexos vemos como la prevalencia a partir del año 1990 es de 268,45 para el sexo femenino y para el masculino es de 104,48 por 100000 habitantes; lo que permite observar una mayor prevalencia en las mujeres y un comportamiento similar a lo largo de los años en estudio.

Figura N°5: Prevalencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

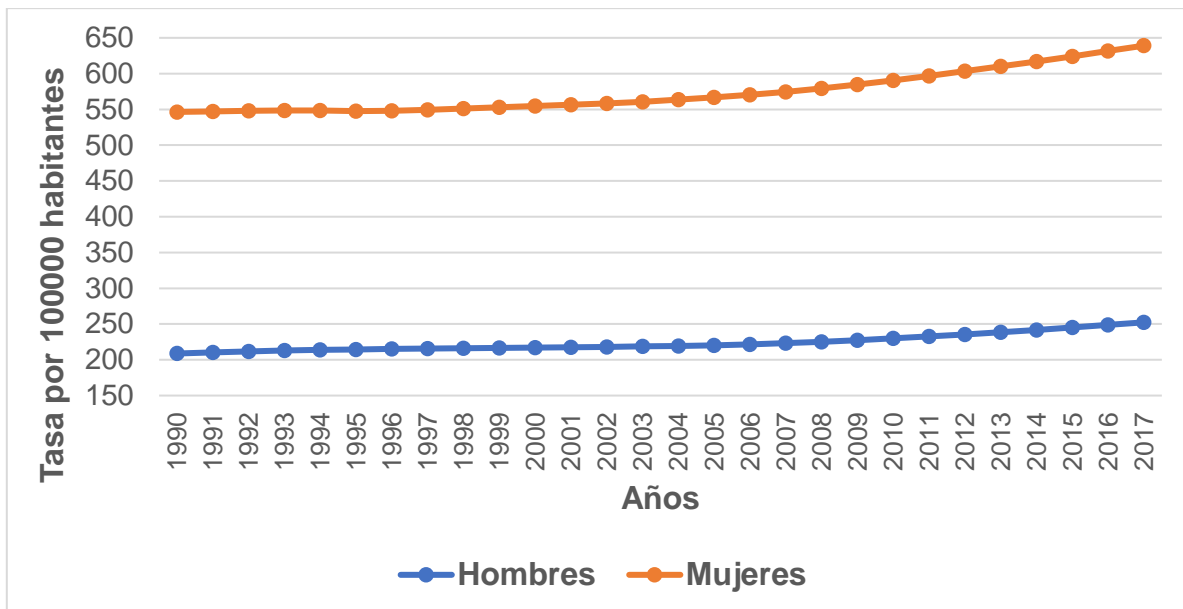


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el gráfico anterior podemos observar como la prevalencia de bulimia nerviosa en la población con edad de 5-14 años se mantiene con una tendencia relativamente estable para ambos sexos, sin presentar crecimiento exponenciales a lo largo de los años en estudio.

También se ejemplifica mayores cifras para el sexo femenino en comparación con las presentes en el masculino a lo largo de los años de 1990 al 2017; comportamiento que empieza desde el año 1990 con una tasa de 32,79 en mujeres y de 19,5 en hombres y que se mantiene durante el periodo de estudio.

Figura N°6: Prevalencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)



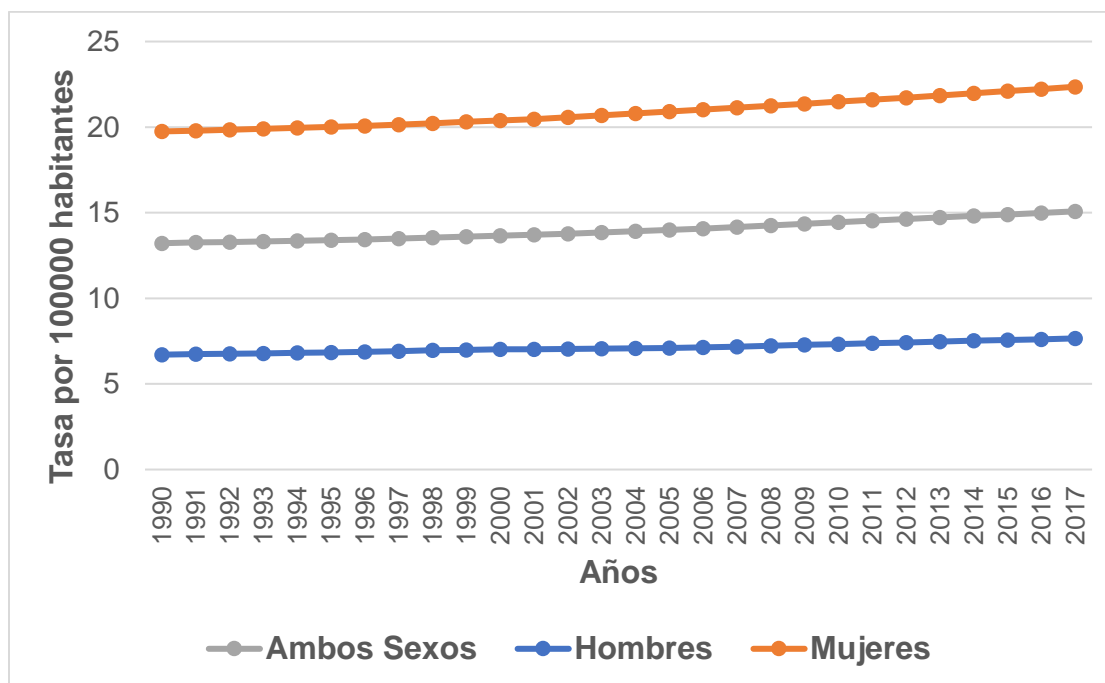
Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En este gráfico se observa la prevalencia de bulimia nerviosa en la población con edad de 15-49 años. En lo referente al sexo femenino se observa un tendencia al incremento de más de 3 cifras con comienzo en el año 2004 y que va en acenso paulatino hasta el año 2017, por otra parte el sexo masculino se observa con una tendencia igualmente al incremento pero de una manera menos marcada a lo largo de los años en estudio.

Al comparar los datos entre los sexos se observan mayores cifras de prevalencia en el sexo femenino a partir del año 1990 con una tasa de 546,45 en comparación con la del sexo masculino de 208,79 por 100000 habitantes; comportamiento de cifras que se repite durante los años de 1990 al 2017.

4.2 INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)

Figura N°7: Incidencia estandarizada de anorexia nerviosa Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

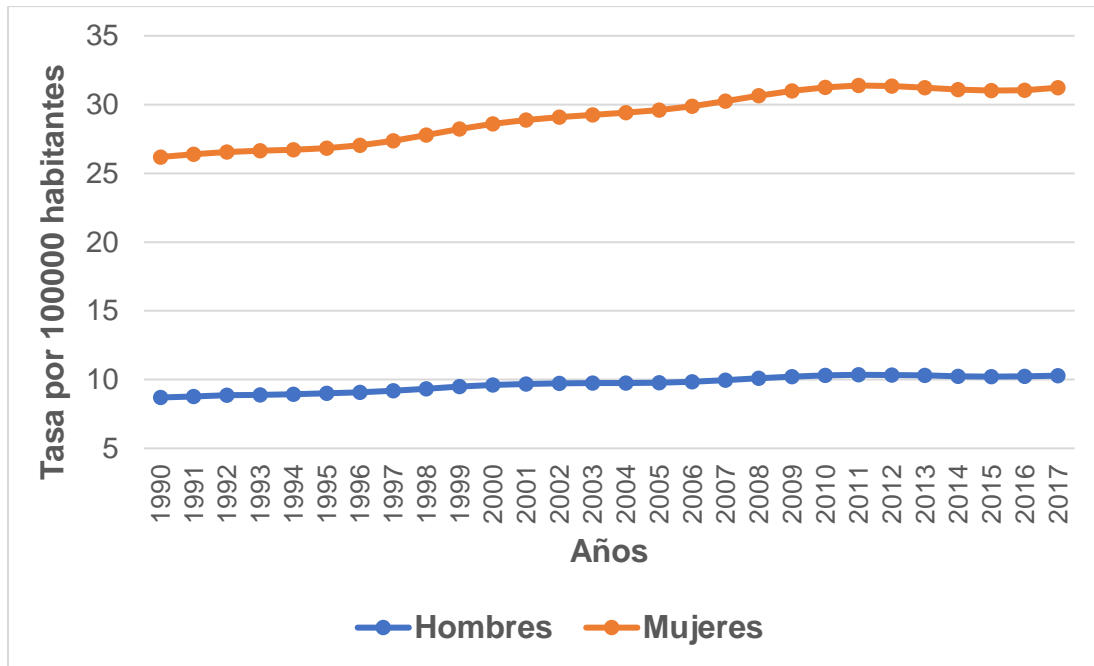


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

La conducta de datos en este gráfico se presenta en tendencia constante desde 1990 al 2017 para las tres categorías ejemplificadas de edad estandarizada.

Cabe resaltar que nuevamente se observa una mayor incidencia de anorexia nerviosa en el sexo femenino en comparación con los datos del sexo masculino; situación que empieza desde el año 1990 donde el sexo femenino presenta una tasa de 19,75 en comparación con la del sexo masculino que es de 6,71 por 100000 habitantes.

Figura N°8: Incidencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

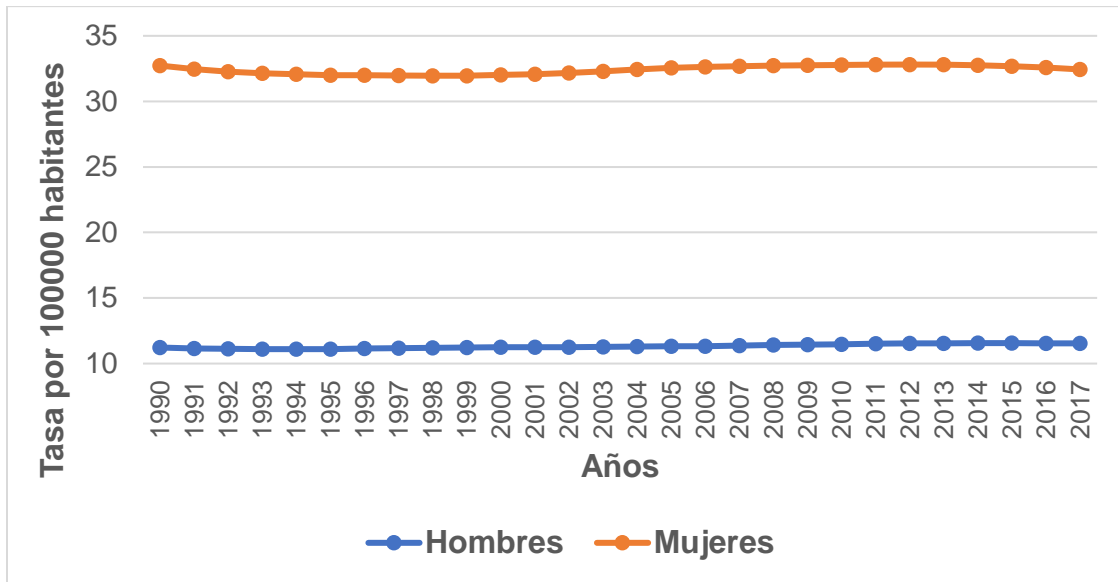


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Anteriormente se observa como la incidencia para la anorexia nerviosa presenta una tendencia al incremento de menos de 1 en el sexo femenino, principalmente a partir del año 1997 y una tendencia de carácter constante en el sexo masculino.

Al comparar los dos sexos vemos como las mujeres presentan cifras mayores a partir del año 1990 con una tasa de 26,19 en comparación con la de los hombres de 8,7 por 100000 habitantes, comportamiento que se repite a lo largo de los años en estudio en ambos sexos.

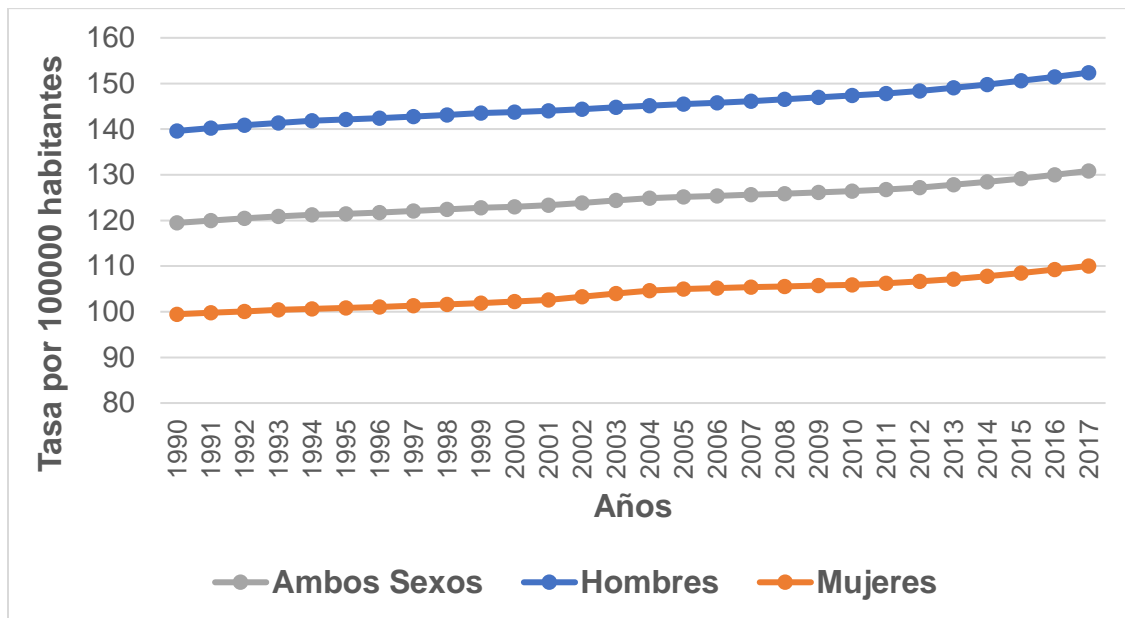
Figura N°9: Incidencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En este gráfico vemos como la incidencia de la anorexia nerviosa en el país tiene una tendencia constante a lo largo de los años en estudio en ambos sexos, pero resalta que las mujeres presentan cifras mayores en comparación directa con los hombres. Esta situación se observa desde el año 1990 donde el sexo femenino presenta una tasa de 32,73 en comparación con el sexo masculino con una tasa de 11,23 por 100000 habitantes, conducta que se repite a lo largo del periodo de 1990 al 2017.

Figura N°10: Incidencia estandarizada de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

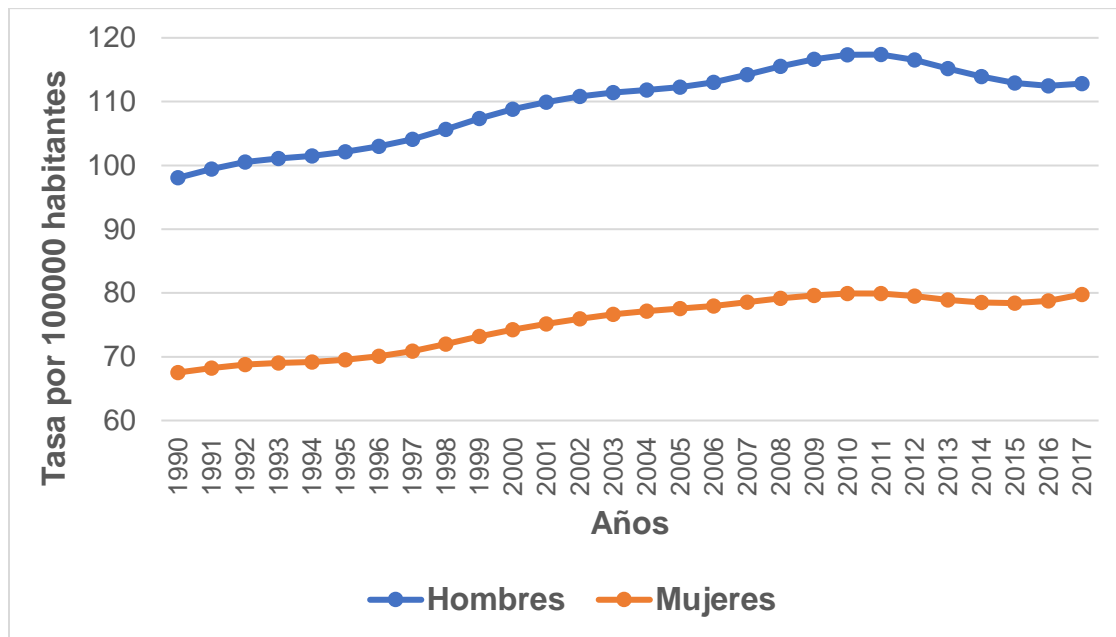


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Al ejemplificar las edades estándar para la incidencia de bulimia nerviosa en Costa Rica en ambos sexos se observa como esta tiene una tendencia en ascenso de menos de uno para una tasa de 100000 habitantes a lo largo de los años de 1990-2017, tanto en hombres como en mujeres.

Se ejemplifica de igual manera que la incidencia presentan cifras mayores en los hombres en comparación con las mujeres; tendencia que inicia desde el año 1990 con una tasa de 139,61 para los hombres y una de 99,46 para las mujeres por 100000 habitantes, comportamiento que se prolonga durante todos los años de estudio.

Figura N°11: Incidencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

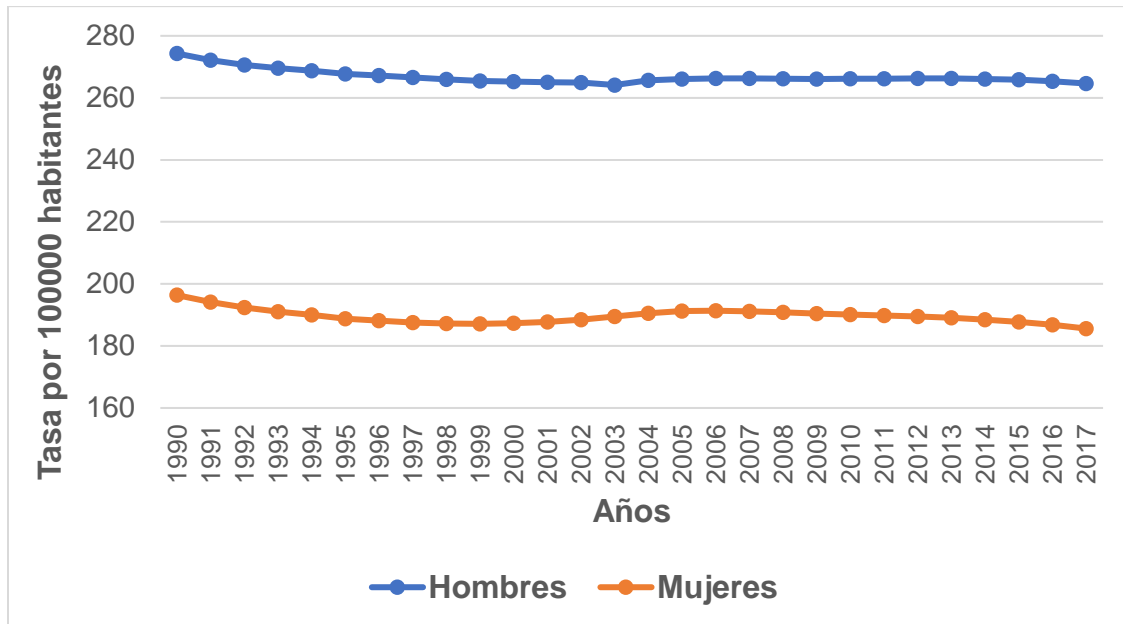


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el anterior gráfico se observa una tendencia en incremento de más de uno en los datos de incidencia de bulimia nerviosa para la población con edades de 5-14 años a lo largo de los años de estudio, esto tanto para el sexo femenino como para el masculino.

Es importante destacar que los datos en hombres son en este caso mucho mayores que los observados en las mujeres, comportamiento que inicia en el año 1990 con una tasa por 100000 habitantes de 98,06 en hombres y de 67,52 en mujeres, tendencia que se exhibe a lo largo de los años en estudio.

Figura N°12: Incidencia de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)



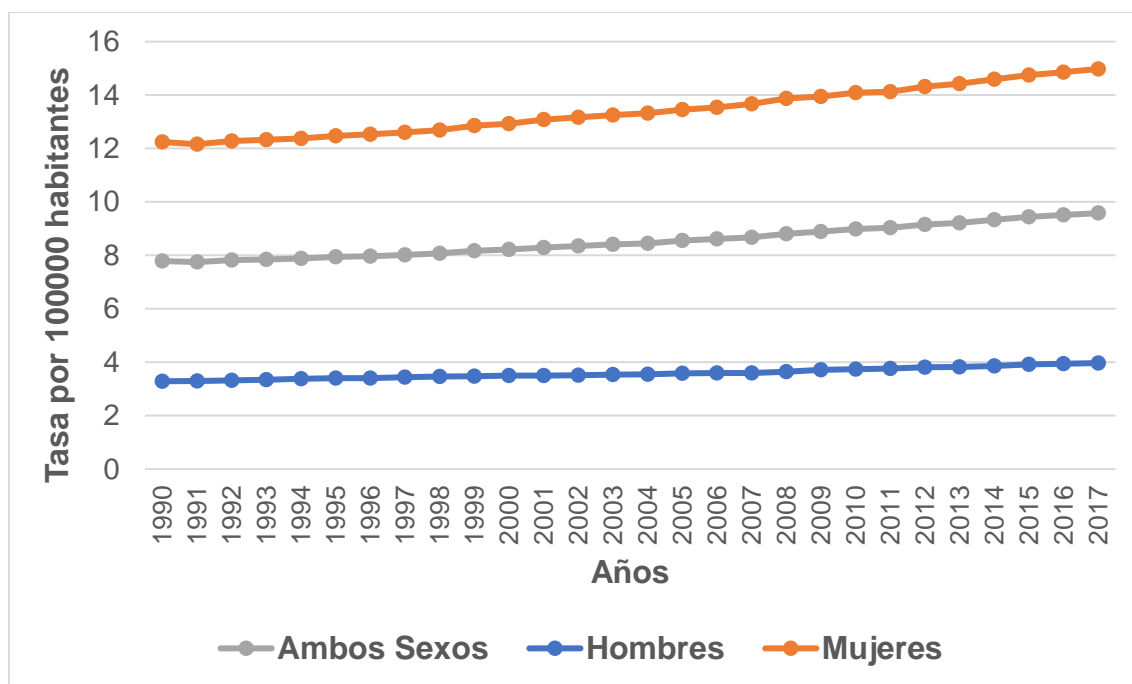
Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Con este gráfico se logra ejemplificar como la incidencia de bulimia nerviosa en Costa Rica para las edades de 15-49 años presenta una tendencia constante en ambos sexos a lo largo de los años de 1990 al 2017.

Las cifras observadas son mucho mayores en el sexo masculino desde el año 1990 con una tasa de 274,28 en hombres y de 196,37 en mujeres esto por 100000 habitantes, conducta que continua presente durante todos los años en estudio.

4.3 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)

Figura N°13: Años vividos con discapacidad estandarizados de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

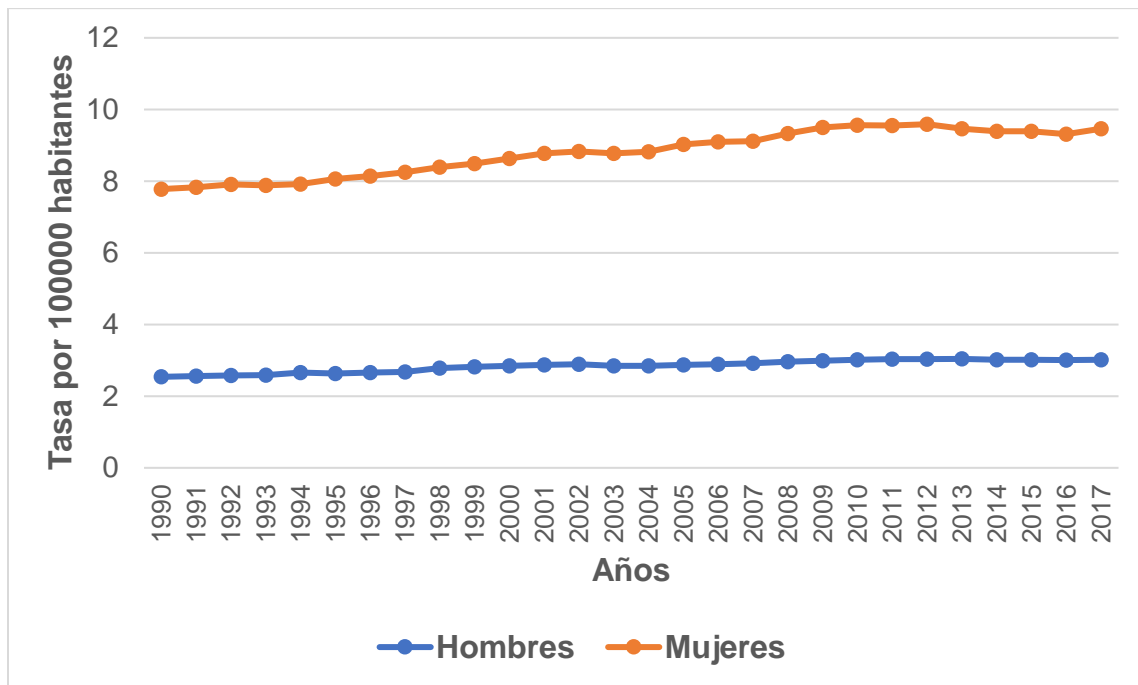


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

El comportamiento epidemiológico en este gráfico muestra que las cifras correspondientes para los años vividos con discapacidad en la población afectada con anorexia nerviosa en Costa Rica para los años en estudio presenta una tendencia muy constante para los tres grupos presentados.

Se demarca que las mujeres presentan cifras mayores en comparación con los hombres afectados; comportamiento que se observa desde el año 1990 con una tasa por 100000 habitantes de 12,24 en mujeres y de 3,29 en hombres; situación que se repite a lo largo del periodo de 1990 al 2017.

Figura N°14: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

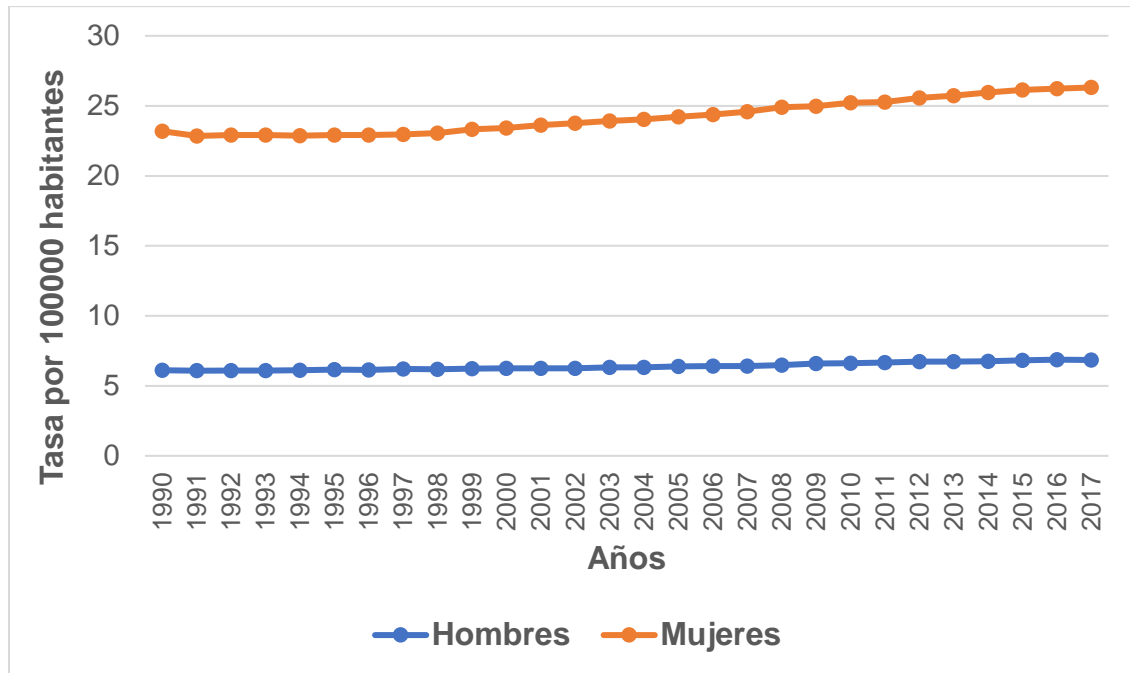


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

El gráfico anterior demuestra el comportamiento epidemiológico de los años vividos con discapacidad en la población diagnosticada con anorexia nerviosa en Costa Rica del año 1990 al 2017, este comportamiento en la población masculina se mantiene con una tendencia constante y en la población femenina se observa una tendencia en aumento de menos de uno a partir del año 2005.

Igualmente se observa desde el año 1990 como los datos son mucho mayores en las mujeres en comparación con los hombres, presentando una tasa por 100000 habitantes de 7,78 en mujeres y de 2,54 en hombres, escenario que se repite a lo largo de los años de estudio.

Figura N°15: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)

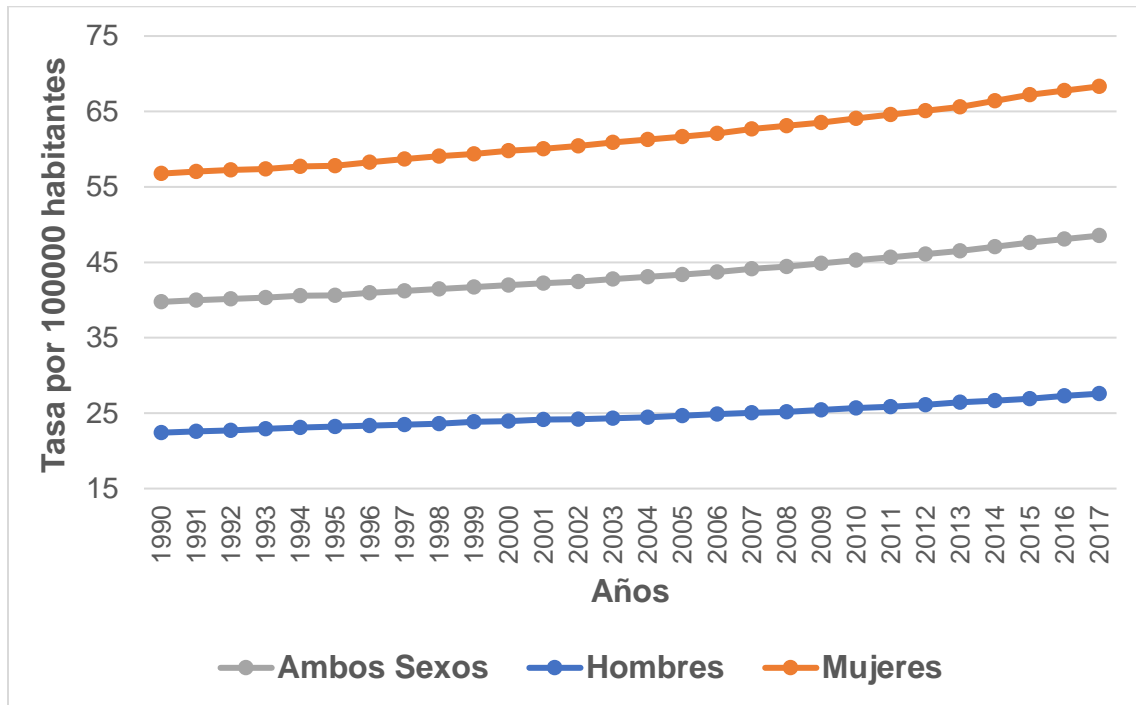


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Nuevamente se observa una tendencia estable en los datos de años vividos con discapacidad en la población con edades de 15 a 49 años afectados con anorexia nerviosa esto en ambos sexos.

Los datos también ejemplifican como las mujeres son reiteradamente más afectadas que los hombres, desde el año 1990 con una tasa por 100000 habitantes de 23,2 para el sexo femenino y de 6,12 para el sexo masculino en este parámetro epidemiológico, conducta que continua durante el periodo de tiempo de 1990 al 2017.

Figura N°16: Años vividos con discapacidad estandarizados de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

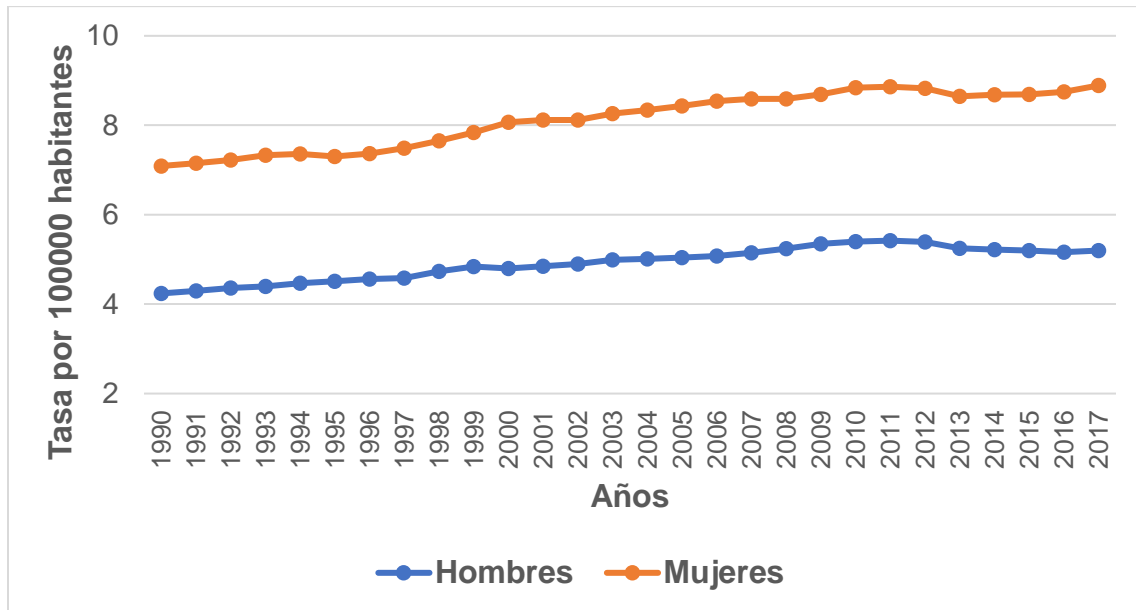


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Al graficar los datos de años vividos con discapacidad en el país en la población costarricense vemos como estos presentan una tendencia en aumento de menos de uno en los últimos años de estudio para los tres grupos representados.

De igual manera se observa como desde el año 1990 el sexo femenino presenta una tasa de 56,76 y el sexo masculino una de 22,41 por 100000 habitantes; lo que ejemplifica cifras mayores en mujeres, cifras que se repiten en comportamiento a los largo de 1990 al 2017 en comparación con las de los hombres.

Figura N°17: Años vividos con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

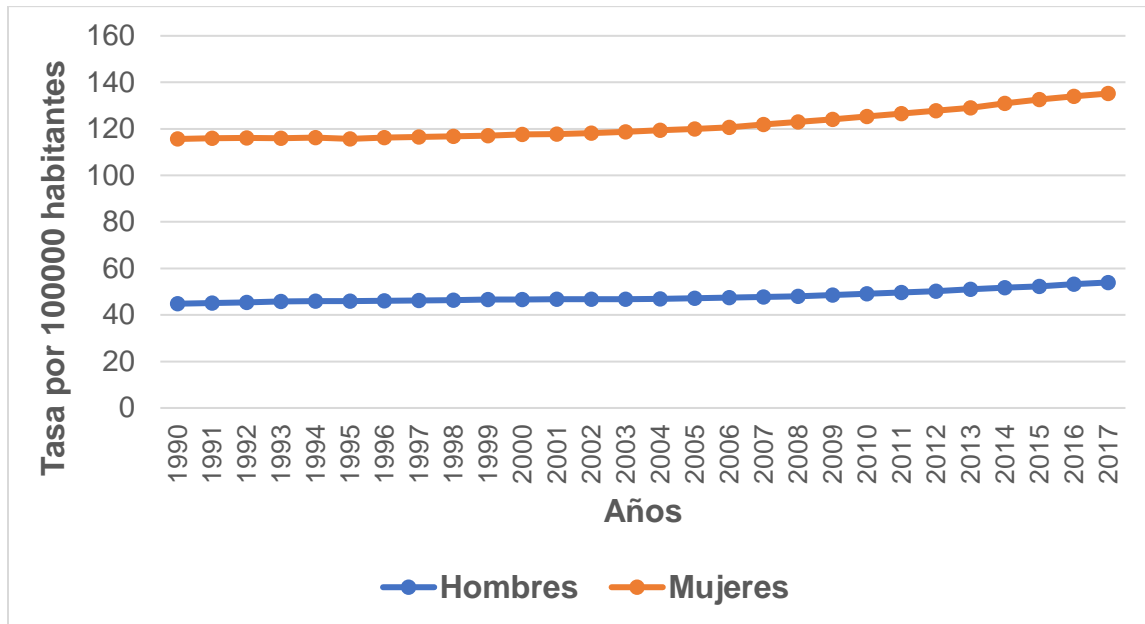


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el gráfico anterior vemos como los años vividos con discapacidad en bulimia nerviosa para las edades de 5 a 14 años tienen una tendencia de carácter estable a lo largo de los años de estudio en ambos sexos.

También se ejemplifica como el comportamiento de aumento y mayores cifras en el sexo femenino inicia en el año 1990 con una tasa de 7,09 para estas y una tasa de 4,24 para el sexo masculino esto por 100000 habitantes; conducta que se repite a lo largo de los años hasta el 2017.

Figura N°18: Años vividos con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)



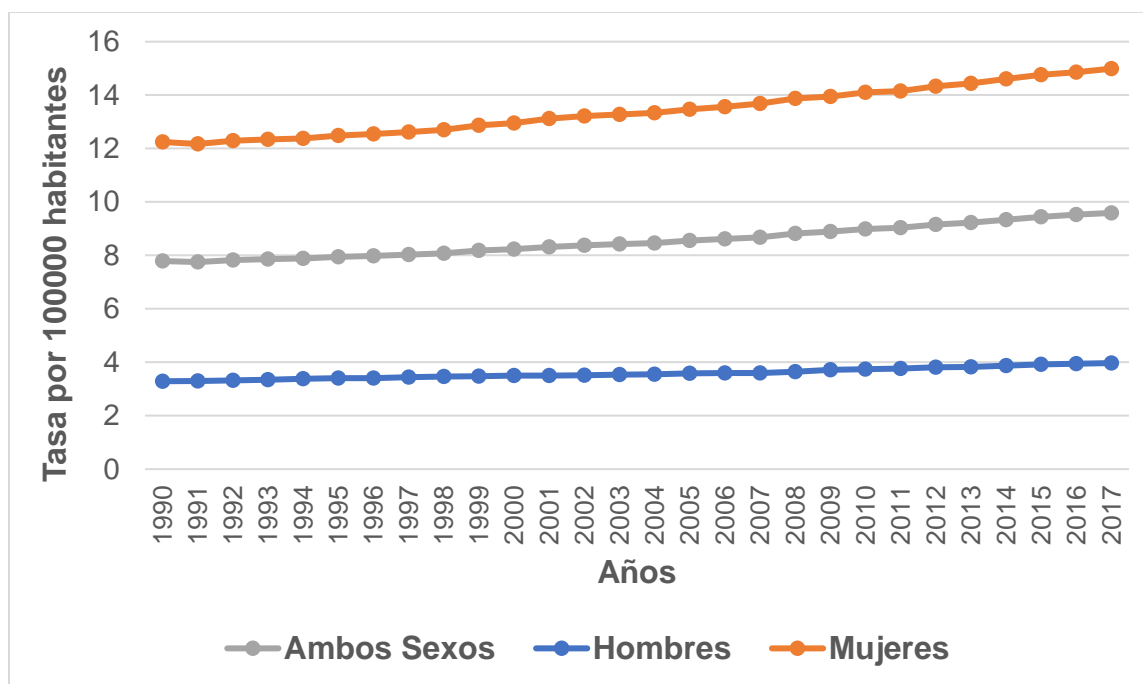
Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Las mujeres en el gráfico anterior presentan datos de años vividos con discapacidad con tendencia al incremento de menos de uno en comparación con los hombres que presentan una tendencia constante a lo largo de los años de 1990 al 2017, esto en la población de 15-49 años.

También se resalta que nuevamente las mujeres presentan cifras mayores en comparación con las de los hombres, esto desde el año 1990 con una tasa por 100000 de 115,65 para las mujeres y una de 44,83 para los hombres; comportamiento que se repite durante los años en estudio.

4.4 AÑOS DE VIDA AJUSTADOS CON DISCAPACIDAD DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA)

Figura N°19: Años de vida ajustados por discapacidad estandarizados de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)

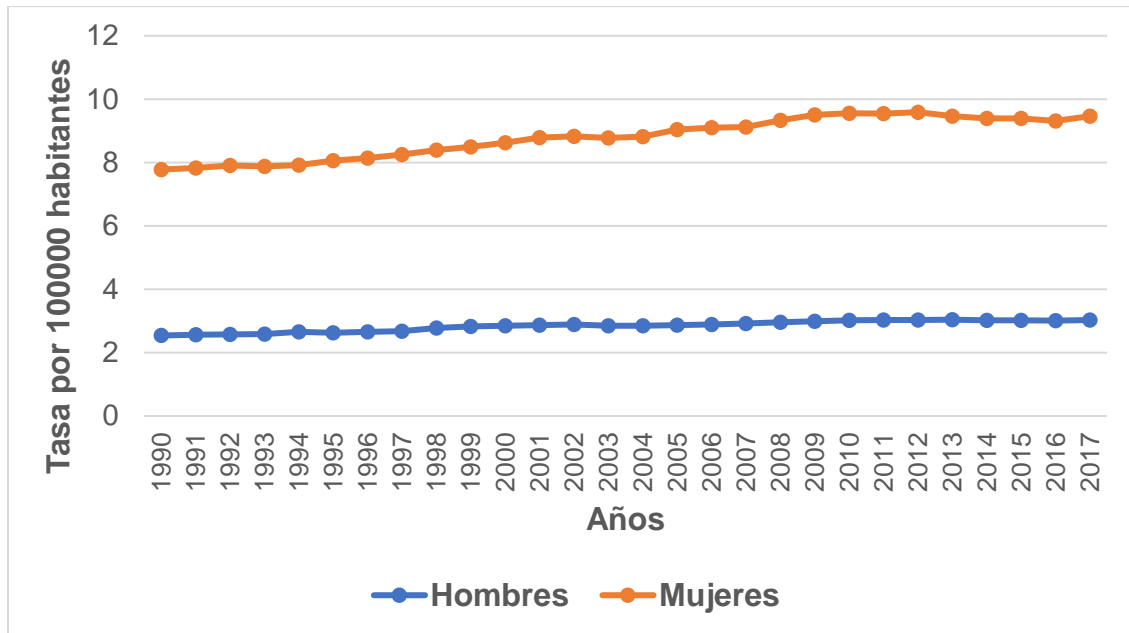


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Al observar los datos de edad estándar para años de vida ajustados por discapacidad en la población afectada con anorexia nerviosa entre los años de 1990 y 2017 se presta atención en que la actitud epidemiológica tiene una tendencia constante a lo largo de los años en los tres grupos ejemplificados.

De igual manera la población femenina presenta cifras mayores en comparación con los datos de la población masculina, esto presente desde el año 1990 hasta el 2017, donde se inicia con una tasa por 100000 habitantes de 12,25 para el sexo femenino y de 3,29 para el sexo masculino; conducta que se reitera durante los distintos años en estudio.

Figura N° 20: Años de vida ajustados con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)



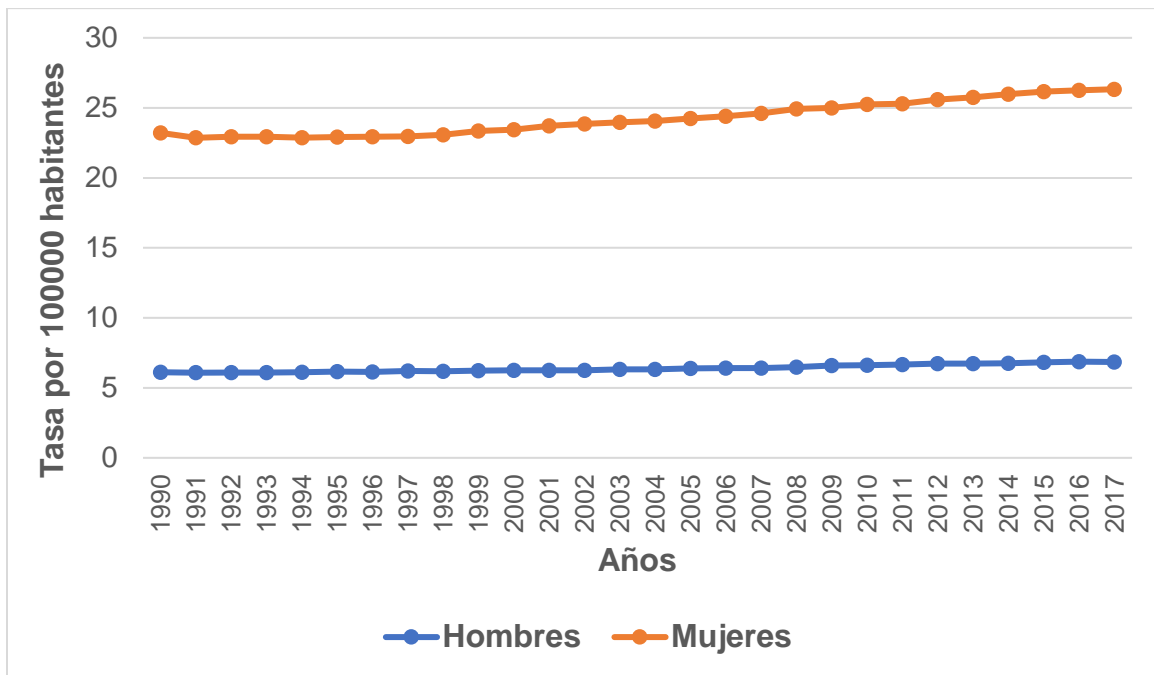
Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En los datos anteriormente planteados para años de vida ajustados por discapacidad en Costa Rica para la población afectada con anorexia nerviosa podemos plantear una tendencia constante en la población masculina.

En la población femenina se observa una tendencia con un aumento de menos de uno en las cifras durante el periodo de estudio.

Reiteradamente observamos como en el año 1990 la tasa por 100000 habitantes para el sexo femenino es de 7,78 y para el sexo masculino es de 2,54; conducta que nos permite ejemplificar mayores cifras en las mujeres, comportamiento que se repite a lo largo de los años de 1990 al 2017.

Figura N°21: Años de vida ajustados por discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)

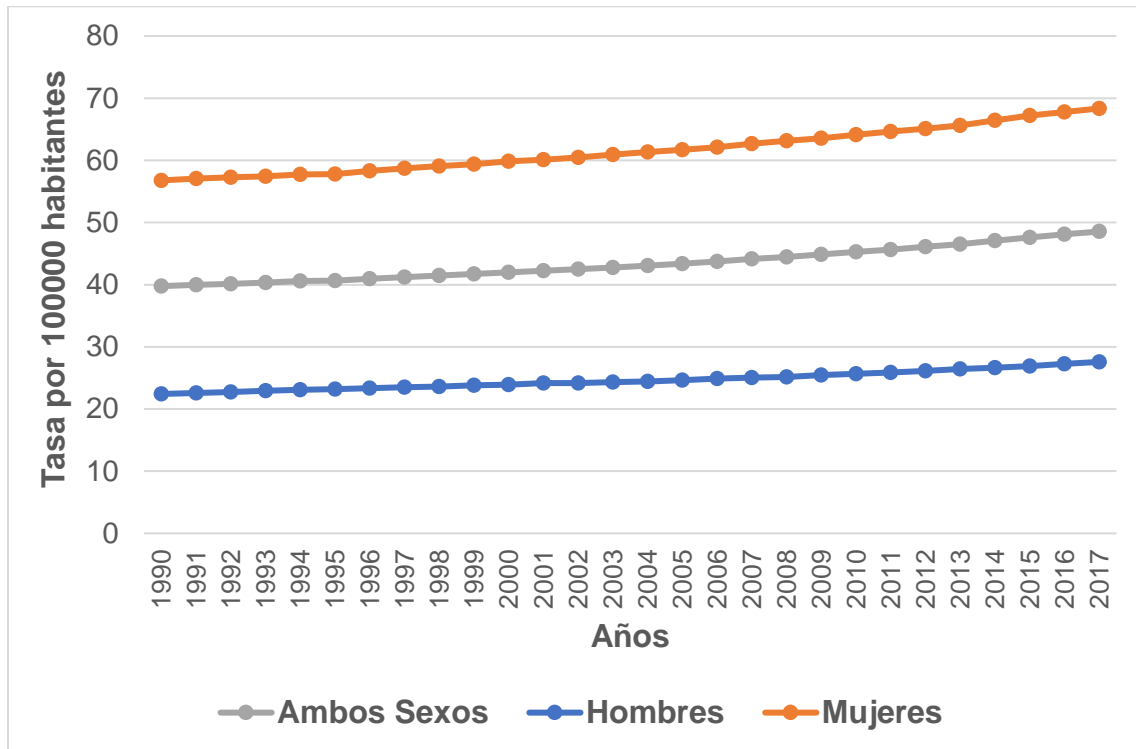


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Nuevamente se mira una tendencia constante en las dos categorías planteadas para los años de vida ajustados por discapacidades en la población costarricense afectada con anorexia nerviosa entre los años 15 y 49 desde 1990 al 2017.

También se plantean cifras mayores en la población femenina esto desde el año 1990 con una tasa por 100000 habitantes de 23,21 y una tasa de 6,12 en la población masculina; comportamiento similar entre las poblaciones a lo largo de los años en estudio.

Figura N°22: Años de vida ajustados por discapacidad estandarizados de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, para ambos sexos (tasa x 100000 habitantes)



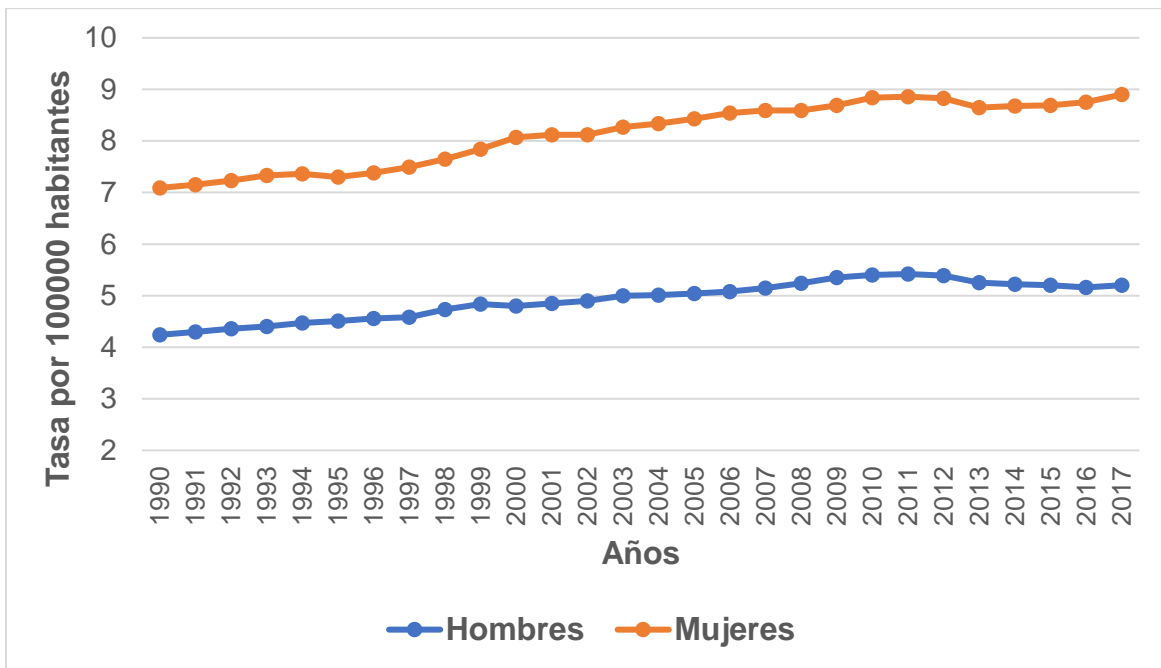
Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

El comportamiento epidemiológico en este gráfico muestra nuevamente como la población femenina resalta si se compara con su contraparte masculina y con las cifras generales para ambos sexos, esto cuando hablamos de los años de vida ajustados por discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017.

Igualmente se observa una tendencia constante a lo largo de los años estudiados en los tres datos presentados.

Al comparar las cifras del sexo femenino del año 1990 con las del sexo masculino, observamos una tasa por 100000 habitantes de 56,78 en mujeres y una de 22,42 en hombres; comportamiento similar a lo largo del periodo de tiempo en estudio.

Figura N°23: Años de vida ajustados con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 5 a 14 años (tasa x 100000 habitantes)

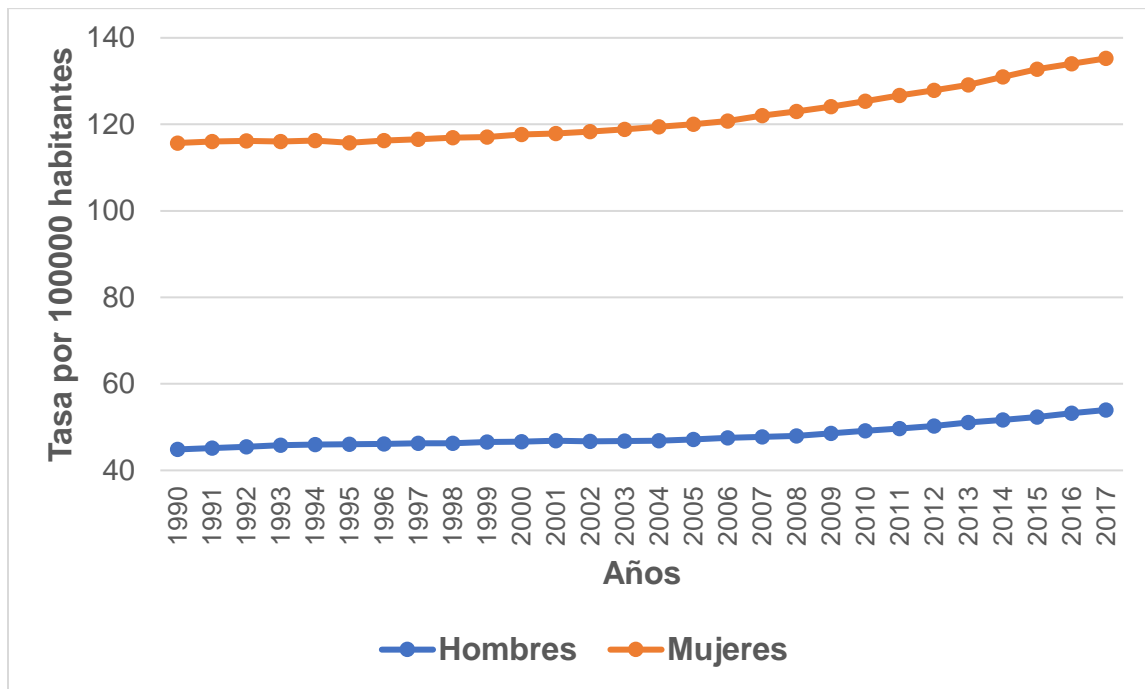


Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

Este gráfico permite plantear el comportamiento epidemiológico de los años de vida ajustados por discapacidad de la bulimia nerviosa en el país, este comportamiento ha tenido una tendencia en aumento de menos de uno a lo largo de los años en estudio tanto para el sexo femenino como el masculino.

Nuevamente resaltando cifras mayores para las mujeres esto a partir del año 1990 con una tasa por 100000 habitantes de 7,09 en el sexo femenino y una de 4,24 en el sexo masculino; situación que se repite de manera similar a lo largo del periodo de tiempo en estudio.

Figura N°24: Años de vida ajustados por discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica de 1990-2017, edad de 15 a 49 años (tasa x 100000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia, datos de ⁽²⁵⁾.

En el anterior gráfico se puede observar como las cifras para el sexo femenino de años de vida ajustados por discapacidad en la bulimia nerviosa en personas entre los 15 y 49 años mantiene una tendencia al aumento de menos de uno.

Significativamente se presentan cifras mayores en la población femenina en comparación con la población masculina, comportamiento que inicia en el año 1990 con una tasa por 100000 habitantes de 115,69 en las mujeres y una de 44,84 en los hombres; situación que se repite durante los años de 1990 al 2017.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En nuestro país podemos observar que la presencia de los trastornos alimenticios en la población no es algo anómalo, ya que las cifras basadas en tasas de cien mil habitantes planteadas en esta investigación son demostrativas del impacto de estos en la población costarricense a lo largo de los años de 1990-2017.

El Instituto Internacional de Métricas en Salud actualmente clasifica para el año 2017 como los principales países afectados en cuestión de prevalencia de la anorexia nerviosa en el mundo para los distintos grupos etarios en estudio a España, Nueva Zelanda, Alemania. Para la prevalencia de bulimia nerviosa nombra a los países de Australia, España, Nueva Zelanda ⁽²⁵⁾.

Para la realización de los estudios de prevalencia se utilizan tres grupos, entre los que se señalan los estudios apoyados en cuestionarios de autoinforme para establecer un diagnóstico de TCA, los estudios de doble fase que utilizan entrevista diagnóstica y los estudios de doble fase que utilizan entrevista diagnóstica y evalúan la eficacia del instrumento de screening o que entrevistan a toda la muestra; en los años 90 se llegan a utilizar en su mayoría el primer tipo de estudio mencionado ⁽²⁶⁾.

Las cifras de prevalencia de bulimia nerviosa en el país ilustran una situación similar a la vista en la anorexia nerviosa, en estas se observan mayores cifras en la población con edad entre los 15-49 años, lo cual se explica gracias a que la bulimia normalmente inicia en la etapa de la adolescencia, donde suele pasar inadvertida y tiende a ser descubierta después de muchos años, muchas veces después de más de una década de sintomatología ⁽²⁷⁾.

En Colombia en el año 2012 se tiene una mayor prevalencia de riesgo en mujeres que en hombres con una relación 4:1 en la población adulta joven para desarrollar un TCA y estos son más frecuentes en adolescentes; situación similar con los datos

expuestos en nuestro país, lo cual resalta una situación equivalente en ambos países latinoamericanos ⁽³⁴⁾.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, estima una prevalencia de vida de 2.5% para la bulimia y no encontró casos de anorexia, en la población adolescente escolar estima cifras de 2.8% en mujeres y 0.9% en varones como posibles casos de algún trastorno alimentario aunque no provean diagnósticos. Lo cual demuestra una situación bastante similar si se compara con las cifras en Costa Rica, por lo cual se observa que nuestra situación con respecto de los trastornos alimenticios no es extraña al compararla con países con población mayores a la nuestra ⁽²⁸⁾.

Para el 2007 en Madrid se cuenta con una tasa de prevalencia global de trastornos alimenticios de 3,43% en mujeres y del 0,64% en varones, nuevamente se observa como rasgos generales estas cifras son similares en tendencia con las de Costa Rica, pero al verlas más de cerca España tiene números mucho más altos que nuestro país, situación esperada al considerar la alta población del país europeo en comparación con la nuestra ⁽²⁹⁾.

Basado en un estudio del año 2011 realizado en la población adolescente de Chile, la prevalencia de los TCA presenta la misma alta tendencia de que las mujeres presentan mayor número de casos de TCA, atribuido a un mayor significado a temas estéticos como verse bien, a la búsqueda incesante de la delgadez y con una mayor preocupación al peso y un mayor miedo a engordar; este estudio con relación a la edad muestra como los adolescentes entre 13 a 14 años presentan mayor obsesión por la delgadez, miedo a la madurez e ineficacia respecto de los adolescentes mayores, lo cual puede ser explicado por características propias de la etapa evolutiva. Por otro lado, al hablar de bulimia, es el grupo entre 15 a 16 años el cual presenta mayor prevalencia de este trastorno, pues este es el grupo que presenta una mayor cantidad de sujetos en riesgo. Al comparar los datos de prevalencia de los TCA en Costa Rica para el año 2011 en la población adolescente se observan

coincidencias significativas con el estudio realizado en Chile, aquí observamos mayor prevalencia en el sexo femenino y mayores cifras en la población con la misma edad ⁽³¹⁾.

Dentro de Costa Rica al comparar los datos de prevalencia de anorexia nerviosa en los grupos etarios de 5-14 años y 15-49 años, logramos observar que las cifras epidemiológicas son mucho más significativas en la población de mayor edad, lo cual se puede explicar gracias a que la anorexia comienza comúnmente en la niñez pero sobresale clínicamente en la adolescencia y adultez temprana ⁽³³⁾.

Al hablar de la incidencia en anorexia nerviosa los principales países afectados para el año 2017 son España, Nueva Zelanda, Australia; en bulimia nerviosa se nombra a los países de Australia, Nueva Zelanda y Ecuador ⁽²⁵⁾.

Estudios en el año 2006 en Argentina, la incidencia de los trastornos de alimentación es 3 veces mayor que en Estados Unidos y el 8% de las adolescentes argentinas llegan a padecer de anorexia y bulimia nerviosa, de igual manera el 2% de los hombres argentinos padecen estos trastornos por igual ⁽³⁵⁾.

Cuando se observan detenidamente las tasas de incidencia de anorexia nerviosa entre las mujeres de 15-19 años de Holanda y Reino Unido entre los años de 1995 al 1999, se obtiene que estas son más altas para las mujeres, donde constituyen aproximadamente el 40% de todos los casos, lo que deriva en una tasa de 109,2 por 100 000 mujeres, por otra parte la incidencia de AN entre los hombres fue menor, de 1 por 100 000 hombres. Al comparar estas tasas con las de nuestro país se observa que son muy similares, ya que existen más casos entre la población femenina, solamente que las cifras son menores en nuestro país, dato que se explica dado el volumen poblacional de los diferentes países comparados ⁽³²⁾.

En el Reino Unido, la tasa general ajustada de incidencia para bulimia nerviosa por edad y sexo disminuyó durante la segunda mitad de la década de 1990 de 12.2 por

100 000 personas en 1993 a 6.6 por cada 100 000 personas en 2000. Si comparamos los datos con los expuestos en Costa Rica se puede observar que estas cifras más bien han ido en aumento con el paso de los años a diferencia del Reino Unido, de igual manera resalta que las cifras en mujeres para el país europeo son mayores (40 por 100 000 personas en el año de 1993 y en 2000) que en hombres, situación contraria en nuestro país, ya que contamos con cifras mayores en hombres que en mujeres ⁽³²⁾.

Al analizar los datos de incidencia en nuestro país para anorexia nerviosa observamos que las cifras son muy similares para los distintos grupos etarios en estudio, pero al comparar los números con los de prevalencia, estos son menores, ya que los pacientes con TCA tienden particularmente a minimizar y encubrir su sintomatología, también afecta el hecho de que muchos de los afectados no son totalmente conscientes de padecer una enfermedad, influyendo de igual manera la particular forma de vivir la enfermedad ⁽³⁰⁾.

A lo largo de la investigación sobre los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa) en Costa Rica se ve como estos predominan en la población femenina a lo largo de los distintos grupos etarios en estudio, esta tendencia se ve para cuando se habla de prevalencia, años vividos con discapacidad y años de vida ajustados con discapacidad. Situación que cambia cuando hablamos de la incidencia en la bulimia nerviosa, ya que en esta se observa el predominio del sexo masculino a lo largo de todos los grupos etarios en estudio. Lo antes planteado se puede explicar si nos basamos en los datos de mortalidad que el Instituto Internacional de Métricas en Salud proveen a lo largo de 1990-2017, a pesar de que estas cifras son de menos de uno por cien mil habitantes, razón por lo cual no se incluyen como parte de la investigación actual, de igual manera nos permite observar que estos datos son mayores en la población de sexo masculino en comparación con el sexo femenino, lo que nos explica por qué las cifras de incidencia en bulimia nerviosa son mayores en hombres y porqué las cifras de prevalencia en bulimia nerviosa son mayores en mujeres ⁽²⁵⁾.

El aumento de las cifras de incidencia y prevalencia de los TCA se le atribuyen a varios factores, esto según el servicio de psiquiatría de Madrid , entre los que se destacan: la mejora de los procedimientos de evaluación diagnóstica y de screening, el establecimiento de criterios diagnósticos específicos, el cambio en los valores estéticos de la sociedad fomentándose un cuerpo esbelto y delgado como ideal de vida, situación que predispone a la realización de dietas y al consumo de productos, la turbia e inconsciente influencia ejercida por los medios de comunicación, las propias asociaciones de familiares que presionan socialmente, propiciando cambios de actitud en la sociedad general, en los dispositivos sanitarios y por último la creación de unidades específicas que provocan una mayor demanda de atención y tratamiento ⁽³⁰⁾.

Dentro de los países principalmente afectados con anorexia nerviosa para el año 2017 en cuestión de los años vividos con discapacidad se encuentran España, Alemania, Nueva Zelanda; en bulimia nerviosa designa a los países de Australia, España y Nueva Zelanda ⁽²⁵⁾.

Cuando se plantean los datos de años vividos con discapacidad vemos como nuevamente los mujeres cuentan con números mayores que los hombres y como estas cifras aumentan en la población con edad de 15-49 años. Estas cifras se saben que van en función de principalmente la incidencia de los distintos trastornos alimenticios, por lo cual la tendencia que muestra es equivalente a las ejemplificadas en la incidencia antes explicada.

En México se plantea para anorexia nerviosa una tasa de 4,12 por 100000 habitantes de AVD para el año de 2017 en hombres, dato que al compararlo con Costa Rica vemos como este es menor, ya que nuestro país maneja una tasa de 3,97 por 100000 habitantes para el mismo año; situación similar con las cifras en mujeres, donde en México se cuenta con una tasa de 15,11 por 100000 habitantes y nuestro país con 14,98 por 100000 habitantes ⁽²⁵⁾.

En España al hablar de los AVD en bulimia nerviosa se cuenta con una tasa de 43,09 para el año 2017 en hombres y en mujeres de 170,03 por 100000 habitantes, nuestro país que maneja cifras de 27,58 en hombres y de 68,32 por 100000 habitantes en mujeres; estos datos nos ilustran como el país europeo aparte de tener cifras mucho más altas que nuestro país si sigue con el patrón de mayoría de casos en el sexo femenino, esto a pesar de las diferencias numéricas poblacionales ⁽²⁵⁾.

Por otra parte en el Reino Unido se cuentan con cifras de AVD en bulimia nerviosa de 47 en hombres y 113,74 en mujeres por 100000 habitantes esto para el año 2017, tasas mucho más altas que Costa Rica pero que presentan el mismo patrón de mayor número de casos en la población femenina. Cuando hablamos de anorexia nerviosa observamos tasas de 7,79 en hombres y 43,27 en mujeres por 100000 habitantes para el año 2017 en el país europeo y en nuestro país contamos con cifras de 3,97 en hombres y de 14,98 en mujeres esto por 100000 habitantes; lo que plantea un situación epidemiológica bastante similar para ambos trastornos en los dos países ⁽²⁵⁾.

Al nombrar los países con las cifras más altas de años de vida ajustados con discapacidad para anorexia nerviosa en el año 2017 nombra a España, Alemania y Holanda; para bulimia nerviosa designa a Australia, España y Nueva Zelanda ⁽²⁵⁾.

Cuando se plantean los datos de años de vida ajustados con discapacidad, estos no se pueden explicar a cabalidad debido a la falta de datos de mortalidad y años de vida perdidos por enfermedad, lo cuales se excluyen de esta investigación por razones anteriormente planteadas; dicho esto observamos como las cifras para anorexia nerviosa nuevamente son mayores en el sexo femenino y en la población con edad entre 15-49 años, en el caso de la bulimia nerviosa vemos como se continua con el mismo patrón ejemplificado en la anorexia. Datos que si se

comparan con los ilustrados en años vividos con discapacidad siguen un patrón equivalente.

En nuestro país las tasas por 100000 habitantes de los AVAD en los TCA para el año 2017 van de 3,97 en hombres y 14,99 en mujeres, esto para anorexia nerviosa; en bulimia nerviosa vemos tasas de 27,58 en hombres y 68,35 en mujeres. Al comparar estos datos con el Reino Unido se observan tasas de 7,8 en hombres y 44,66 en mujeres en anorexia y de 45,01 en hombres y 114,71 en mujeres en bulimia; por su parte en España se plantean tasas de 8,44 en hombres y 64,88 en mujeres en anorexia y de 43,09 en hombres y 170,08 en mujeres en bulimia, datos para el 2017 en ambos países. Esta comparación nos plantea un panorama similar para ambos trastornos en los tres países, panorama en donde las mujeres nuevamente tienen cifras mayores que los hombres y donde en países europeos reiteradamente presentan cifras más altas tanto para anorexia como para bulimia en comparación con las de Costa Rica ⁽²⁵⁾.

Por otra parte en México observamos para anorexia nerviosa tasas por 100000 en habitantes de AVAD en el año 2017 de 4,12 en hombres y 15,29 en mujeres, y para bulimia nerviosa de 29,8 en hombres y 77,14 en mujeres; con este país Costa Rica llega a tener cifras un poco más similares a diferencia del Reino Unido, en donde el patrón de mayoría de mujeres afectadas en comparación con los hombres se repite ⁽²⁵⁾.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- A lo largo de los años en estudio se observa como la prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica para las edades de 5 a 14 y de 15 a 49 años de edad ha ido en un incremento paulatino, principalmente en el segundo grupo etario mencionado. De igual manera vemos como se resalta que existen mayores cifras en la población femenina del país a diferencia del sexo masculino, en donde las cifras tampoco se tienen que menospreciar.

Para el caso de la bulimia nerviosa en Costa Rica del año de 1990 al 2017 se observa una prevalencia bastante similar a la de anorexia nerviosa, donde de igual manera la mayoría de casos son en la población femenina en el grupo etario de 15 a 49 años de edad, también se observa un incremento en las cifras de casos a lo largo de los años en estudio.

- La incidencia en el caso de la anorexia nerviosa en nuestro país en el grupo etario de 15 a 49 años de edad, durante los años de 1990-2017, se observa con cifras relativamente estables; también se resalta que esta afecta mayormente en nuestra sociedad al sexo femenino, claramente sin dejar de lado los casos en el sexo masculino.

En el caso de la incidencia de bulimia nerviosa las mayores cifras epidemiológicas se ven en el sexo masculino en el grupo etario de 15 a 49 años, siendo este el único parámetro epidemiológico actual donde existe este comportamiento a lo largo de todos los años en estudio de la investigación y que pudimos explicar gracias a las cifras de mortalidad del trastorno planteadas por el Instituto Internacional de Métricas en Salud.

- A la hora de hablar de los años vividos con discapacidad de la anorexia nerviosa en Costa Rica a lo largo de 1990 al 2017 vemos mayor afectación en el sexo femenino con énfasis en el grupo etario de 15 a 49 años de edad, de igual manera podemos prestar atención al hecho de que las cifras

epidemiológicas no son tan altas como en los parámetros epidemiológicos anteriores.

Los años vividos con discapacidad en bulimia nerviosa en el país para los años en estudio en comparación con los datos de anorexia nerviosa, presenta cifras más altas y nuevamente afecta mayor y significativamente al sexo femenino principalmente en el grupo etario de 15 a 49 años, en comparación con el sexo masculino.

- Cuando se plantean los años de vida ajustados con discapacidad en anorexia nerviosa en Costa Rica, vemos como el comportamiento a lo largo de los años en estudio es de mayor afectación para el sexo femenino en el grupo etario de 15 a 49 años, pero de nuevo se observa cifras no tan altas en comparación con otras enfermedades y su afectación en la vida de los implicados.

Los años de vida ajustados con discapacidad de bulimia nerviosa en Costa Rica para los años de 1990 al 2017 permiten prestar mayor atención a que las cifras son nuevamente más altas que las presentadas en anorexia nerviosa pero que continúan con el comportamiento de mayor afectación en el sexo femenino en las edad de 15 a 49 años, en comparación con el sexo masculino.

6.2 RECOMENDACIONES

- La información y los resultados de esta investigación generan una línea importante de información con respecto de la afectación en el tema de la anorexia nerviosa en la población costarricense; en cuestión de la prevalencia de este trastorno alimenticio como médicos debemos tener en cuenta que el seguimiento y abordaje que le demos a cada paciente es determinante para el desarrollo de la enfermedad y para que las cifras epidemiológicas al respecto disminuyan con el paso de los años, por lo que se recomienda la implementación de actividades de capacitación, como por ejemplo la impartición de seminarios por parte de personal reconocido y especializado en el tema de TCA; seminarios que se le darán al personal en salud en los distintos EBAIS y hospitales, para que así cada miembro del equipo de atención sepa cómo identificar un posible paciente con un trastorno de este tipo.
- En cuestión de la prevalencia de la bulimia nerviosa en el territorio nacional, al contar con personal de salud capacitado en el tema de los TCA, esto gracias a los seminarios anteriormente comentados, se podría realizar charlas en los diferentes centros de salud tipo EBAIS de las distintas zonas del país, actividad que permitiría que las personas se eduquen más sobre el tema y así le sea más sencillo al entorno familiar de las personas más propensas a desarrollar un TCA detectar conductas de riesgo que lleven o puedan llevar a la aparición o desarrollo de un trastorno alimenticio.
- Al hablar de la incidencia de la anorexia nerviosa en Costa Rica, es transcendental como sociedad darle mayor importancia a este tipo de trastorno, esto se podría lograr realizando por ejemplo talleres centrados principalmente en factores de riesgo sobre todo a los grupos ya conocidos epidemiológicamente más afectados, para así llevarlos a darse cuenta de sus propias actitudes que potencialmente los puedan llevar a desarrollar un TCA.

- Cuando se plantea el problema de la incidencia en bulimia nerviosa en Costa Rica es importante tener presente que el abordaje que se le dé a estos pacientes tiene que ser tanto para la población femenina como para la masculina; esto se podría lograr por medio de la realización por parte del personal de salud de ferias de la salud centradas en el tema, ferias realizadas en las distintas zonas de atracción de los EBAIS, actividad donde por ejemplo el uso de carteles o videos centrados en el trastorno alimentario permitan llegar a ambos sexos sin temor a discriminar y también sin temor por parte de los afectados a ser señalados por los demás asistentes.
- En relación con los años vividos con discapacidad en anorexia nerviosa, se sabe que la incidencia es parte de la conformación de este parámetro epidemiológico, por lo cual las personas inicialmente afectadas o propensas a desarrollar este TCA serán el mayor punto de atención por parte de los médicos tratantes, por lo cual una recomendación sería la implementación de grupos de apoyo o de conciencia en las distintas zonas de atracción de los EBAIS, grupos principalmente conformados por personal de salud capacitado en el tema de TCA y también por personas ya afectadas o en tratamiento que puedan dar su testimonio y así brindar un ambiente seguro en el cual las personas afectadas y no diagnosticadas pueden llegar y ser parte, para así darse cuenta de su problema y buscar la ayuda necesaria. De igual manera, esta serviría para que el personal de salud que asista pueda también identificar a las poblaciones en riesgo y brindar una atención oportuna.
- Los datos de años vividos con discapacidad en bulimia nerviosa en Costa Rica van en aumento por lo cual es importante plantear en los distintos centros educativos (escuelas y colegios) de las zonas de atracción de los EBAIS la realización de cursos de conciencia e identificación de factores o conductas de riesgo, impartidos por personal de salud capacitado en el tema

de TCA; ya que al tener una sociedad informada puede ser más fácil para los médicos tratantes dar un abordaje rápido y conciso a cada persona propensa a desarrollar un trastorno alimentario.

- Al hablar de los años de vida ajustados con discapacidad en anorexia nerviosa estrategias como la impartición de seminarios basados en el correcto abordaje médico de los TCA, dados por personal de salud capacitado en el tema, pueden brindar al médico general las herramientas necesarias para un preciso abordaje de próximos casos afectados con este trastorno alimentario y así pueden originar una diferencia significativa en las personas afectadas.
- Por último, los años de vida ajustados con discapacidad para bulimia nerviosa tienen por igual cifras bastante significativas de afectación en nuestra sociedad, por lo cual tácticas como el uso, entendimiento y conocimiento por parte del médico tratante y equipo de apoyo de múltiples técnicas de tratamiento para este tipo de pacientes pueden marcar la diferencia del desarrollo de la enfermedad en los afectados; conocimiento que se podría tener con la implementación de coloquios en los EBAIS y hospitales como parte de las actividades mensuales de las instituciones, coloquios mediados principalmente por personal previamente capacitado con los seminarios anteriormente comentados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruzat Mandich, Claudia V., Cortez Carbonell. EXPRESIÓN EMOCIONAL, AFECTO NEGATIVO, ALEXITIMIA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES JÓVENES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: UNA REVISIÓN TEÓRICA. Revista Argentina de Clínica Psicológica. abril de 2018;XVII(Número 1):5-17.
2. M.Sc. Zaida Salazar Mora. ADOLESCENCIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS: INFLUENCIA DE LOS MODELOS TELEVISIVOS. Serie Informes Finales de Investigación. San José, CR.: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. ISSN 1659-4584.
3. Ana Oliva Ruiz Martínez, Rosalía Vázquez Arévalo, Juan Manuel Mancilla Díaz y Eva María Trujillo Chi Vacuán. INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN MUJERES JOVENES Y SUS PADRES EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. Universidad Nacional Autónoma de México-FES Iztacala, División de Investigación y Posgrado, Proyecto de Nutrición. Julio-diciembre de 2010; Vol. 20 (Núm. 2): 169-177.
4. Morales Alberto, Ramírez Walter, Ureña María Elena, Sevilla Vargas Ángela, Umaña Pamela, Chaves Víquez Rocío. ANOREXIA Y BULIMIA: CARACTERIZACIÓN Y SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN DE LA CLÍNICA DE ADOLESCENTES. Revista Scielo, Acta pediátrica costarricense. Enero 2002; Vol.16 (Núm. 3):93-108.
5. Analía Verónica Losada, Eduardo Leonardelli y Martina Magliola. INFLUENCIA SOCIOCULTURAL Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES. Universidad Nacional Autónoma de México. Marzo 2015; Vol.18 (Núm.1): 380-410.
6. María Jesús Flores-Fresco, María del Carmen Blanco-Gandía y Marta Rodríguez-Arias. ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS. Colegio

- Oficial de Psicólogos de Madrid, Clínica y Salud. 2018; Vol. 29, (Núm. 3): 125-132
7. M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M.^a Raich. LA EPIDEMIOLOGIA Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA; UNA REVISION. Departamento Ciencia de Nutrición. Escuela de Nutrición/Universidad Federal de Bahía. 2012; Vol. 27(Núm. 2):391-401.
 8. Guillermo Gloss Abdalá, Carlos Lijtszain Sklar, Elizabeth Salazar, Francisco Javier Schnaas Arrieta. ANOREXIA NERVIOSA, ENFERMEDAD CON REPERCUSIONES CARDIACAS. REPORTE DE UN CASO. Medicina Interna de México 2011;Vol 27(Núm. 6):616-620
 9. Esteban Montenegro M. Tatiana Blanco A. Pablo Almengor M. Cristina Pereira C. TRANSTORNOS ALIMENTICIOS, ANSIEDAD Y DEPRESION EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTS DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. Revista electrónica de estudiantes, Escuela de psicología, Universidad de Costa Rica. 2009;Vol 4 (Núm. 1): 31-40.
 10. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: Mc Graq Hill; 2010.
 11. Ronald Evans Meza, R.E.M. CARGA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD: BREVE REVISÓN DE LOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud. 2015;Vol 1(Núm. 2): 107-116.
 12. William Valdez, Jorge Antonio Miranda Monzón. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN EL PERÚ, ESTIMACIÓN DE LOS AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS 2012. (Primera Edición ed.). Perú: Políticas en Salud/ USAID; junio 2014.
 13. María Jesús Vargas baldares. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013;Vol 607(Núm. LXX): 475 - 482.
 14. L Kathleen Mahan, Silvia Escott-Stump, Janice I Raymond, KRAUSE DIETOTERAPIA. (13 edición ed.). Barcelona, España: Elsevier España, SL; 2013.

15. Franco Diez, Eduardo Ruiz Mateos, Borja Campos Pavón, Jaime Suárez Barrientos, Aida Arreo del Val. MANUAL AMIR PSIQUIATRÍA. (11° edición ed.). Barcelona, España: Academia de Estudios MIR, SL; 2019.
16. Manuel Romero Placeres. IMPORTANCIA DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD DEBIDA A FACTORES AMBIENTALES. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2014;Vol 52(Núm. 2): 149-151.
17. Zaida Salazar Mora. EL TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION EN COSTA RICA: PRIMERAS EVIDENCIAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD. Actualidades en Psicología. 2016;Vol 26 (ISSN 0258-6444): 51-71.
18. Laura Rodríguez Santos. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO: ANOREXIA Y BULIMIA, DOCUMENTO DE APOYO A LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD 2. (2 edición ed.). Mérida- México: Junta de Extremadura-Consejería de Sanidad y Consumo; 2006.
19. Rosalía Vázquez Arévalo, Xochitl López Aguilar, María Trinidad Ocampo Tellez-Girón. EATING DISORDERS DIAGNOSTIC: FROM THE DSM-IV TO DSM V. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2015;Vol 6 (Núm. 1523): 108-120.
20. Especialistas en salud mental (ITA). TRATAMIENTO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. [en línea]. Available from: <https://itasaludmental.com/tratamientos/tca> [Acceso 30 July 2019].
21. Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (NIMH). TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION. Publicación de NIMH. Agosto 2011; Núm. SP 11-4901.
22. S. Márquez. TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN EL DEPORTE: FACTORES DE RIESGO, CONSECUENCIA SOBRE LA SALUD, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN. Departamento de Educación Física y Deportiva e Instituto de Biomedicina. Universidad de León. España. 2008; Vol. 23 (Núm. 3):183-190

23. Carmina Saldaña. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. Universidad de Oviedo, España. 2001; Vol. 13 (Núm. 3): 381-392.
24. PS. Carolina López C. Ximena Raimann T., M. Verónica Gaete P. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ERA DE LA OBESIDAD: ROL DEL CLÍNICO. Centro de Adolescentes y Jóvenes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015; Vol. 26 (Núm. 1): 24-33
25. Universidad de Washington, GBD. INSTITUTO INTERNACIONAL DE MÉTRICAS EN SALUD. 2017 [Online]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Acceso 4 septiembre 2019].
26. M. Ángeles Peláez Fernández, Francisco J. Labrador Encinas, Rosa M. Raich Escursell. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2005. Vol. 5, (Núm. 2): 135-148.
27. M. Fernanda Rava, Tomás J. Silber. BULIMIA NERVIOSA (PARTE 1) HISTORIA, DEFINICION, EPIDEMIOLOGIA, CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES. Archivo Argentino Pediátrico. 2004; Vol. 10 (Núm. 5): 353-363.
28. Corina Benjet, Enrique Méndez, Guilherme Borges, María Elena Medina-Mora. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE ADOLESCENTES. Salud Mental. Noviembre-diciembre 2012. Vol. 35, (Núm. 6): 483-490.
29. María Ángeles Peláez Fernández, Rosa María Raich Escursell y Francisco Javier Labrador Encinas. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESPAÑA: REVISIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2010; Vol. 1: 62-75.
30. Guerra-Prado D., Barjau Romero J.M. y Chinchilla Moreno A. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

ALIMENTARIA E INFLUENCIA MEDIÁTICA: UNA REVISION DE LA LITERATURA. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. 2001; Vol. 29 (Núm. 6): 403-410.

31. Alfonso Urzúa M., Sandy Castro R., América Lillo O., Carolina Leal P. PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL NORTE DE CHILE. Escuela de Psicología Universidad Católica del Norte. Antofagasta, Chile. Junio 2011. Vol. 38 (Núm. 2): 128-135.
32. Frédérique R. E. Smink & Daphne van Hoeken. EPIDEMIOLOGY OF EATING DISORDERS: INCIDENCE, PREVALENCE AND MORTALITY RATES. Springer Nature Switzerland AG. Part of Springer Nature. 2012; Vol. 14:406-414.
33. Melissa Lenoir, Tomas J. Silber. ANOREXIA NERVIOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (PARTE 1) CRITERIOS DIAGNOSTICOS, HISTORIA, EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD. Archivo Argentino Pediátrico. 2006; Vol. 104 (Núm. 3): 253-260.
34. Angela María Domínguez Ardila, Antonio Luis Baena Rivero. PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES QUE INICIAN LA VIDA UNIVERSITARIA. [Internet]. [Facultad de Medicina]: Universidad de la Sabana; 2012. Disponible en: https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3485/Angela%20Mar%c3%ada%20Dom%c3%adnguez%20Ardila_152783.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Jorge Luis Colombo. COMER TODO O COMER NADA: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS. Lumen; 2006. 96 p.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

AN: anorexia nerviosa.

BN: bulimia nerviosa.

AVAD: años de vida ajustados con discapacidad.

AVD: años vividos con discapacidad.

TUS: trastorno por uso de sustancias.

APA: asociación americana de psiquiatras.

DSM: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

IMC: índice masa corporal.

FDA: administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos de América.

TCC: terapia cognitiva conductual.

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Dalma Nayiba Solís Barrantes, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 402050311 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Carga de la enfermedad por Trastornos alimenticios (anorexia y bulimia nerviosa) en Costa Rica, de 1990 al 2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 6 (seis) días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.

Dalma Solís Btes 402050311

Firma del estudiante Cédula

CARTAS DE APROBACIÓN

San José, 06 de diciembre del 2019

Dirección de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante Dalma Nayiba Solís Barrantes, cédula de identidad número 4-0205-0311, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) EN COSTA RICA, DE 1990 AL 2017", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

| | | | |
|----|---|------|-----|
| A) | ORIGINAL DEL TEMA | 10% | 08% |
| B) | CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES | 20% | 20% |
| C) | COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION | 30% | 30% |
| D) | RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 20% | 17% |
| E) | CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO | 20% | 17% |
| | TOTAL | 100% | 92% |

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,


Médico General Cod. 1. 91.2
Nutricionista Cod. 10.17.2

Dra. Valeria Delgado Bermúdez
Cédula: 1-1336-0934
CMC: 15625

San José, 20 de enero de 2020

Srs. Departamento de Registro
Carrera Medicina y Cirugía
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Dalma Nayiba Solis Barrantes, cédula de identidad número 402050311 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) EN COSTA RICA, DE 1990 AL 2017", el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación.

Por consiguiente, he verificado que el trabajo cumple con los requisitos para su defensa pública y cuenta con el aval para ser presentado.

Atentamente,



Jorge Mauricio Falles Rojas
Médico Cirujano
Céd. N 114020726
Cod. 12782

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 28 de enero del 2020

Señores
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
Facultad de Ciencias de la Salud

Estimados señores:

La estudiante Dalma Nayiba Solís Barrantes, cédula número 402050311 me ha presentado para efectos de corrección de estilo, el trabajo de investigación denominado CARGA DE LA ENFERMEDAD POR TRASTORNOS ALIMENTICIOS (ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA) EN COSTA RICA, DE 1990 AL 2017 el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción que se traducen al escrito y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe que este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente



Prof. Mario Boza Chacón
Filólogo. Cédula 103580444
Carné Colegio de Licenciados y
Profesores Número 5034

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN

San José, 12 de febrero del 2020

Señores:
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Dalma Nayiba Solís Barrantes con número de identificación 402050311 autor (a) del trabajo de graduación titulado *Carga de la enfermedad por Trastornos Alimenticios (Anorexia y Bulimia Nerviosa) en Costa Rica, de 1990 al 2017*, como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía; Si autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

Dalma Solís Btes 402050311

Firma y Cédula de Identidad