

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

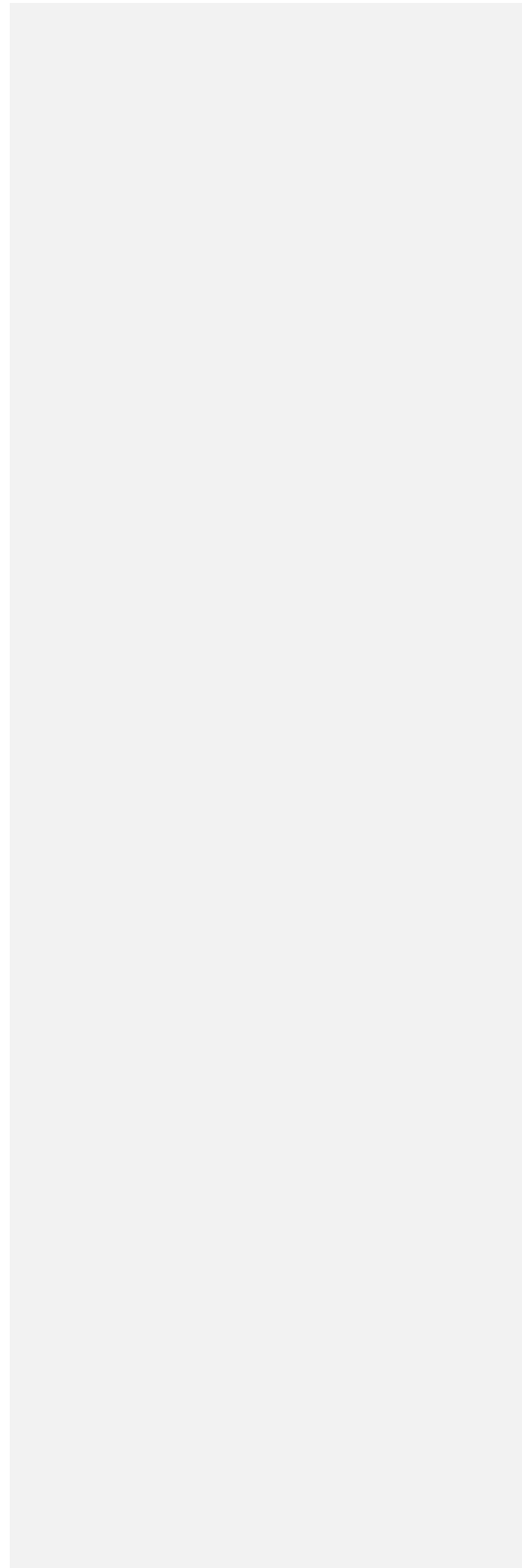
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
SALUD**

*TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA*

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS  
DE LA ANOREXIA NERVIOSA  
RELACIONADO CON MORTALIDAD Y  
CARGA DE LA ENFERMEDAD COSTA  
RICA 2000 – 2019**

**KATHERINE GARCÍA MARÍN**

SEPTIEMBRE, 2023



## INDICE DE CONTENIDO

INDICE DE CONTENIDO .....	3
INDICE DE FIGURAS.....	5
INDICE DE TABLAS .....	6
DEDICATORIA .....	7
RESUMEN .....	8
ABSTRACT.....	9
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN .	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPITULO II: MARCO TEORICO .....	20
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	21
2.1.1 Carga de la enfermedad .....	21
2.1.2 Mortalidad.....	25
2.2 Anorexia Nerviosa.....	28
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	40
3.1.1 Población .....	40
3.1.2 Muestra .....	41
3.1.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	41
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA .....	41
INFORMACIÓN .....	41
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	42
3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	48
3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS .....	49

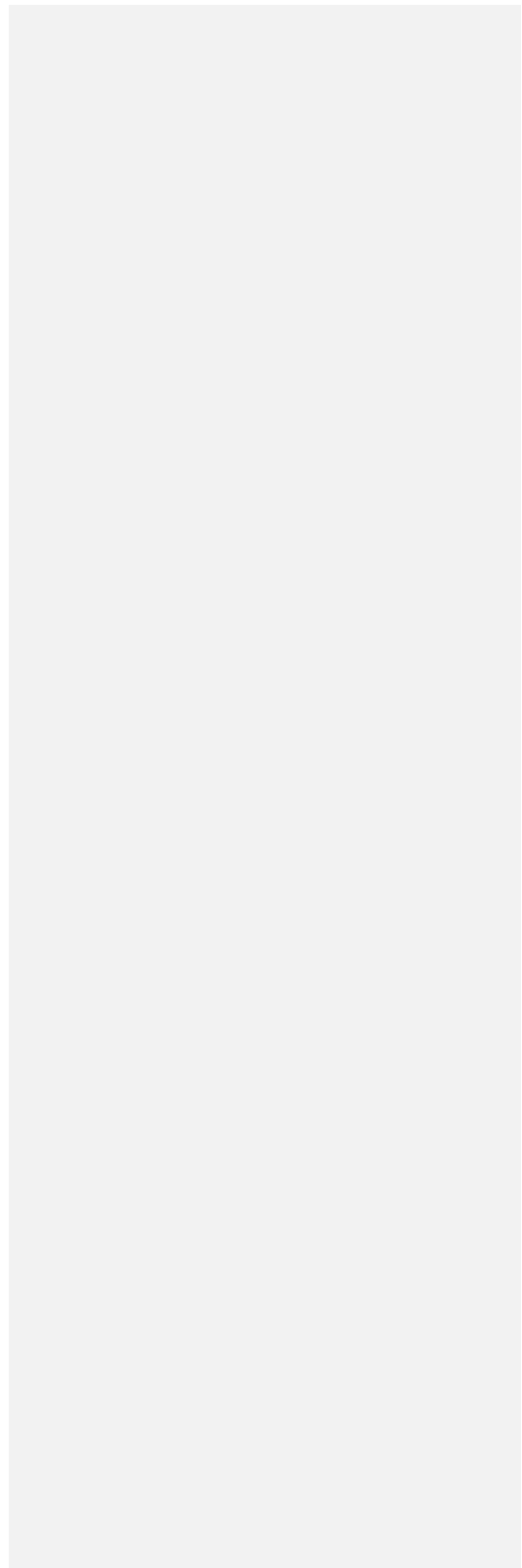
	4
3.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	49
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	50
4.1 PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA .....	51
4.2 INCIDENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA .....	53
4.3 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD DE ANOREXIA NERVIOSA .....	55
4.4 AÑOS DE VIDA AJUSTADOS CON DISCAPACIDAD DE ANOREXIA NERVIOSA.....	57
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	59
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	60
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	66
6.1 CONCLUSIONES .....	67
6.2 RECOMENDACIONES .....	69
BIBLIOGRAFÍA .....	71
GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	76
ANEXOS .....	78
DECLARACIÓN JURADA .....	79
CARTA DE APROBACIÓN.....	80

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 5 a 14 años (tasa por 100 habitantes).....	51
FIGURA 2: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes).....	52
FIGURA 3: Incidencia de anorexia en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 5- 14 años (tasa x 100 habitantes).....	53
FIGURA 4: Incidencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes).....	54
FIGURA 5: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad 5 - 14 años (tasa x 100 habitantes).....	55
FIGURA 6: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes).....	56
FIGURA 7: Años de vida ajustados con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 5 a 14 años (tasa x 100 habitantes).....	57
FIGURA 8: Años de vida ajustados con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes).....	58

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	41
Tabla 2: VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	43



## **DEDICATORIA**

*A Dios, esta tesis ha sido un testimonio de perseverancia, bondad y misericordia, te entrego este trabajo con mi humildad y gratitud.*

*A mis padres, cada página de este trabajo lleva impreso su amor ... A ustedes, que me han dado tanto sin pedirme nada a cambio, les dedico este logro con todo mi corazón., los amo.*

*A mi compañero de vida, gracias por ser mi motivación, y por nunca soltar mi mano en este viaje.*

*A mis hermanos con todo mi amor y mi corazón, en agradecimiento por cada sonrisa, lagrimas, abrazos y por cada momento que me ayudaron a superar.*

## **RESUMEN**

### **Introducción**

Es a través de los años, donde se han descrito diferentes indicadores epidemiológicos que han llegado a formar parte del concepto de la carga de la enfermedad en relación con el tema de Anorexia Nerviosa. Actualmente, se conocen distintos tipos de trastornos relacionados con la alimentación en el nivel del sector médico. La Nerviosa es una 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 de años vividos con discapacidad (AVD) y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD); para la Anorexia Nerviosa

### **Objetivo general**

Determinar las características epidemiológicas, mortalidad y carga de la enfermedad de la anorexia nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019.

### **Metodología**

Se utilizará como fuente para la recolección y análisis los datos Global Burden of Disease (GBD), periodo que abarca del 2000 – 2019, 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.

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

## **ABSTRACT**

**Introduction.** It is through the years that different epidemiological indicators have been described that have become part of the concept of the burden of the disease in relation to the issue of Anorexia Nervosa. Currently, different types of eating disorders are known at the medical sector level. Nervousness is one of the main disorders 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 disability and disability-adjusted life years are taken into consideration, for Anorexia Nervosa.

**General objective.** Determine the epidemiological characteristics, mortality and disease burden of anorexia nervosa in Costa Rica 2000 – 2019.

**Methodology.** The Global Burden of Disease (GBD) data will be used as a source for collection and analysis, a period that covers 2000 – 2019, taking into account prevalence, incidence, disability-adjusted life years, years lived with disability, indicators that They are divided by sex and age group (from 5 years of age to 49 years of age); which are subsequently tabulated to create graphs and analyze each of the data collected.

*Keywords.* Burden of disease, disability-adjusted life years, years lived with disability, prevalence, incidence, anorexia nervosa.

## **CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.1 Antecedentes del problema

- **Antecedentes Internacionales**

La Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2012 respalda, que la Anorexia Nerviosa ataca al sexo femenino de manera tan preponderante que se dice que debe ser por una afección ligada al género, sin embargo en los últimos años se ha visto un creciente aumento de pacientes varones. Este trastorno que se desencadena durante la adolescencia y que su curso tiende a la cronicidad, no obstante disminuye la severidad de la sintomatología con el correr de los años. (Figueroa, 2012)

Para (Peña, Rodríguez, Villalobos, 2014) de Acta médica Colombiana, hablan de las complicaciones de la AN, que entre ellas se encuentran las cardiovasculares (arritmias cardíacas, hipotensión, bradicardia) endocrinas y metabólicas (alteraciones hidroelectrolíticas, acidosis y alcalosis metabólica, disminución en la producción de hormonas tiroideas, avitaminosis, osteoporosis), gastrointestinales (esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, ruptura gástrica y esofágica), inmunológicas (infecciones) y hematológicas (pancitopenia), entre otras.

(Murgía, Unikel, Blum, Taracena, 2015), consideran que entre otros estudios la Anorexia Nerviosa es “un escape de agitación interna y una maniobra defensiva contra los sentimientos de fracaso y de fragmentación interna, más que la expresión deliberada de un deseo de llegar a ser más popular, bella y deseable”.

(Behar, Arancibia, 2015), define que la insatisfacción corporal en el hombre deriva en el así llamado “trastorno dismórfico muscular (TDM), anorexia inversa, complejo de Adonis, vigorexia o dismorfia muscular (dismorfia o dimorfismo define a una malformación anatómica), por cuanto el término psicopatológicamente apropiado para definir la condición clínica subyacente es el de dismorfia muscular”.

Para (J Hay, Claudino, Elbaky, 2017), hacen mención de la importancia de la terapia psicológica, ya que tiene más probabilidades de ayudar a los pacientes a recuperarse, ya que son el tratamiento principal. Se utilizan diferentes tipos de terapias, desde las “dinámicas (en las que se exploran los problemas del pasado) hasta terapias cognitivo-conductuales muy directivas (en las que se dan consejos específicos y se le exige a los pacientes que mantengan un registro de su comportamiento alimentario”).

Para (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016), hacen mención de que la Anorexia Nerviosa es un trastorno de prevalencia creciente, con una mortalidad con tasas elevadas dentro de los trastornos psiquiátricos. Al igual que en otras patologías psiquiátricas graves, recientemente se han dado propuestas y abordajes quirúrgicos para pacientes resistencia al tratamiento conservador de AN, con resultados esperanzadores psiquiátricos.

(Fisher, Skicic, Rutherford, Hetrick, 2019), hablan sobre los enfoques de terapia familiar para la AN. Este trastorno psiquiátrico alimenticio en donde los pacientes experimentan complicaciones médicas y psicológicas relacionadas y el riesgo de fallecimiento por esta patología (mortalidad) es relativamente alto. Los enfoques de terapia familiar son una forma de tratamiento empleada en la AN.

- **Antecedentes Nacionales**

Colegio de Profesionales de en Psicología en Costa Rica, 2019 comentan nuevamente que la anorexia nerviosa tiene una de las tasas de mortalidad general más altas y la tasa de suicidio más alta que cualquier otro trastorno psiquiátrico y que el riesgo de muerte aumenta tres veces mas que en la depresión, esquizofrenia o alcoholismo y 12 veces mayor que en la población general. Menciona que hasta el 10% de las mujeres con AN pueden morir debido a causas relacionadas con la anorexia. (Prado Calderón, Salazar Mora, 2019).

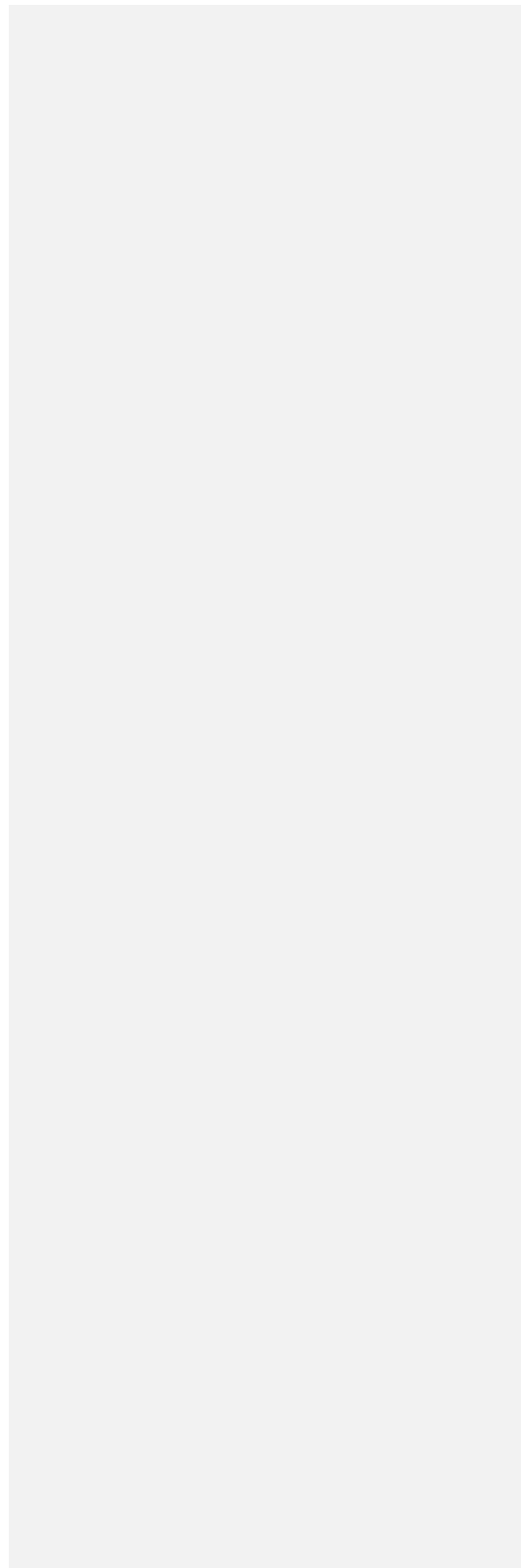
(Prado Calderón, Salazar Mora, 2019), menciona que los varones representan el 25% de las personas con dicha patología y tienen un mayor riesgo de morir, debido a que se diagnostica más tarde, ya que muchas personas asumen que los hombres no tienen trastornos de la alimentación.

Para (Morales López, 2019) en la Revista Médica Legal de Costa Rica comenta que con un trastorno alimenticio con tan elevados riesgos y con evidencias farmacológica con menor eficacia de la que se desea, es importante recalcar la recuperación de los pacientes como pieza fundamental en el abordaje interdisciplinario, con el fin de poder brindar atención más integral al paciente y con ello disminuir las consecuencias negativas y las complicaciones que el trastorno pueda traer.

(Pereira-Chaves, Salas-Meléndez, 2017), señalan que hay que incentivar buenos hábitos alimenticios y promover en adolescentes y adultos el autoanálisis sobre las posibles consecuencias de dicho trastorno, por lo cual será una excelente oportunidad para poder así prevenir las posibles enfermedades e incentivar la salud en la población, sumado a esto brindar un abordaje integral de nutrición, en especial en etapas con tantos cambios y hormonales como que sucede en la adolescencia.

**1.1.2 Delimitación del problema**

Totalidad de la población costarricense del periodo comprendido de 2000 - 2019 que tengan el diagnóstico de Anorexia



### 1.1.3 Justificación

El objetivo de la investigación es corroborar con datos estadísticos el impacto de la anorexia nerviosa en Costa Rica.

Actualmente se considera los trastornos alimenticios tabú social y anteriormente no fue foco de investigación actual, pero en el pasar de los años ha ido tomando importancia por eso el motivo de este trabajo de investigación, en donde también se estudiará el impacto en la población en hombres ya que su diagnóstico es tardío

En cuanto a la anorexia nerviosa, se menciona que es una enfermedad únicamente que pueden llegar a padecer solo las “mujeres”, pero en algunos casos minoritarios se habla también de dicha enfermedad en hombres ya que hoy en día también se logra observar la presión en la sociedad masculina, que ha ido en aumento tras el impacto de las redes sociales, que influye directamente en el autoconcepto que se tienen esas personas y en la insatisfacción corporal, por ende afectando así en la autoestima.

Los medios de comunicación y las redes sociales representan una parte importante en la vida de las personas vemos como niños, adolescentes desde pequeños ya manejan sus propias redes sociales y por consiguiente se está creando una gran influencia en las distintas decisiones que toman; es común ver tantas noticias y publicaciones respecto a la imagen corporal, alimentación y rutinas de ejercicio de “influencers”, las artistas internacionales, sobre que les queda mejor, sobre como vestirse.

Como conclusión, la comparación entre el desarrollo de AN y el uso constante de redes sociales, sumado a los cambios corporales en el adolescente, se detalla como día día se busca la aprobación de su identidad con respecto al entorno, sin saber que se encuentran en una

situación de vulnerabilidad. Las redes sociales son arma de doble filo debido a que como pueden ser un factor para esa validación, pueden también ayudar a constituir un factor

de riesgo que puede llegar a desencadenar un trastorno alimenticio, particularmente la AN, en adolescentes.

Esto llega a aumentar significativamente la presión sobre las personas que desean tener su cuerpo de esa manera o de vestirse igual a ellos, de seguir esos patrones de dieta y de seguir rutinas de ejercicios excesivos al punto de llegar a obsesionarse con ese tema de la apariencia física, llevando desafortunadamente a investigar por su propia cuenta sobre información en internet de como bajar de peso llevándolos a experimentar trastornos alimenticios como la Anorexia Nerviosa.

En el entorno como órganos de cambio los médicos deben de tener información y conocimiento acerca de este trastorno que pueden afectar de una u otro forma la vida de los individuos que nos rodean y que eventualmente pueden convertirse en nuestros pacientes, debido a esto la importancia de la realización de este tipo de investigaciones, en este caso como lo es el estudio de investigación de Anorexia Nerviosa.

Cabe destacar que no todos dan la misma ven de la misma manera este problema, 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**

¿Cuáles son las características epidemiológicas, mortalidad y carga de la de la enfermedad de Anorexia Nerviosa en Costa Rica, durante el período 2000 - 2019?.

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las características epidemiológicas, mortalidad y carga de la enfermedad de la anorexia nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Indicar la incidencia por Anorexia nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 por sexo y grupo etario.
- Especificar la prevalencia para anorexia nerviosa en Costa Rica 2000- 2019 por sexo y grupo etario.
- Analizar la mortalidad y morbilidad de Anorexia Nerviosa en Costa Rica, durante el periodo 2000 - 2019.
- Identificar los años vividos con discapacidad por Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 por sexo y grupo etario.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

## 2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### 2.1.1 Carga de la enfermedad

- **Historia**

Su definición hace su primera aparición en 1992, por medio del Banco Mundial, fue presentada la definición en 1993, donde se mejoró siendo publicado en el mismo año, con ayuda y participación de la Organización mundial de la salud (OMS) en conjunto con otras universidades como por ejemplo Harvard. Chris Murray, funcionario de la OMS (1998 y el 2003), realizó revisiones y actualizaciones del estudio original de la definición carga de la enfermedad publicadas en informes anuales de salud.

Seguidamente con apoyo del sector privado, los grandes aportes iniciales del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, así como varios aportes que han continuado a través del tiempo, se ha agregado el Instituto de Métricas de Salud, que cuenta en este momento con la participación del funcionario Murray, donde se han hecho amplios informes de la GBD (Global Burden of Disease), que han ayudado a expandir el panorama del proceso salud - enfermedad en el mundo.

En Latinoamérica, destaca el aporte que ha brindado el Observatorio de la Salud, junto con aportes del Instituto CARSO de la salud en asociación con la Fundación Mexicana para la Salud. “El estudio que se realizó sobre la carga de la enfermedad fue el primer intento de relevancia por querer

cuantificar el impacto de carga de la enfermedad a nivel mundial, lo que permitió además, medir el costo-efectividad de una intervención de salud, tanto a nivel nacional como internacional”. (Evans Meza, 2015).

- **Principales objetivos de la carga de la enfermedad: (Evans Meza, 2015)**

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

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

Se desarrollaron nuevos indicadores de salud para así lograr realizar comparaciones entre las diferentes enfermedades y los factores de riesgo entre los que el más importante fue los DALYs (Disability Adjusted Life Year) en inglés o AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) en español, estos conceptos fueron definidos como la combinación de la mortalidad prematura y la incapacidad resultante de una enfermedad o de una lesión.

- Se calcula realizando la suma de años de vida perdidos (YLL, siglas en inglés) más los años vividos con discapacidad (YLD). 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). (Evans Meza, 2015)
- Años de vida perdidos + años de vida vividos con discapacidad dando como resultados; los años de vida ajustados con discapacidad. Para evitar confusiones, se prefiere emplear en adelante, solamente el término en español AVAD, un año “AVAD” es un año de vida saludable perdido por morir prematuramente y / o por vivir con discapacidad (Evans Meza, 2015)
- Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP), se define como la duración del tiempo perdido entre la edad de muerte de cada fallecido y un límite de edad arbitrario. Para su cálculo se utilizan los diferentes datos de mortalidad, morbilidad y discapacidad de cada enfermedad para el país correspondiente. (Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología, 2015)
- Años Vividos con Discapacidad (AVD), se define como el tiempo perdido a consecuencia del padecimiento de una enfermedad o sus secuelas. Se expresan en unidad de tiempo y 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 (Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología, 2015)

Los AVAD al inicio fueron empleados para tres grandes grupos de enfermedades, estos mismos fueron utilizados para el estudio de carga de la enfermedad en Costa Rica, su clasificación se divide en tres aspectos: (Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología, 2015)

- GRUPO I. Transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales
- GRUPO II: Enfermedades No Transmisibles
- GRUPO III: Lesiones
- **Ventajas del “AVA”. (Evans Meza, 2015)**
  - “Incorpora la medición de problemas de salud no fatales”.
  - “Mide la carga de enfermedad y lesiones en unidades que pueden ser usadas para hacer evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en términos de costo por año recuperado o ganado”.
  - “Logra medir en un solo único valor los años perdidos por muerte “prematura” más los años vividos con “discapacidad”, con severidad y duración especificada”.
- **Relevancia de la carga de la enfermedad**

**A nivel mundial:** la carga de la enfermedad a nivel mundial se considerada un indicador entre el estado de salud actual y el estado de salud ideal, en donde la persona vive hasta la vejez, libre de enfermedad y algún tipo de discapacidad. Lo que permite estas medidas es el comparar la carga de la enfermedad de diferentes regiones, naciones o localidades donde también se han utilizado para realizar un pronóstico en los posibles impactos de las intervenciones realizadas para mejorar así la salud de la población general. (Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología, 2015)

**A nivel general:** la carga de la enfermedad, un aporte muy importante que permite un mejor entendimiento en el nivel mundial, nacional y regional de las causas principales de la mortalidad, incidencia, prevalencia y de la duración de las discapacidades más importantes, al igual que sus factores de riesgo principales y el porcentaje de

enfermedades que se atribuyen a las mismas. (Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología, 2015)

**A nivel ambiental:** la carga de la enfermedad permite múltiples asistencias, las cuales permiten mayor atención para prioridades del área, por ejemplo: (Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología, 2015)

- Fijar las prioridades de los servicios de salud (tanto curativos como preventivos).
- Ofrecer una medida en común que permita medir la magnitud de diferentes problemas de salud, para así evaluar, planificar las intervenciones.
- Comparar y cuantificar las desigualdades en las condiciones de salud o el estado de salud entre dos poblaciones o de la misma población en el tiempo.
- Identificar a los grupos que se encuentran desfavorecidos y enfocar las intervenciones en materia de salud.
- Inclusión de los resultados sanitarios no mortales para así asegurar que estos reciban la atención adecuada del gobierno.
- Analizar los beneficios en las intervenciones de salud para el estudio de costo-efectividad y suministrar información para ayudar a establecer prioridades para la planificación en salud.

### **2.1.2 Mortalidad**

La mortalidad tiene un gran interés debido a varios motivos. El primero de ellos, es que la muerte es la última experiencia por la que todo ser humano esta destinado a pasar. La muerte

tiene una tremenda importancia para cada persona, incluyendo preguntas sobre dónde y cómo ocurrirá y si existe alguna forma de retrasarla. Desde un punto de vista de estudio, expresar la mortalidad en términos cuantitativos puede señalar diferencias en el riesgo de morir de una enfermedad entre las personas de diferentes áreas geográficas y subgrupos de la población. (Celentano & Edición, 2019.)

Con respecto a las tasas de mortalidad, estas sirven para medir la gravedad de la enfermedad y así nos pueden orientar a determinar si el tratamiento de una enfermedad se ha vuelto más efectivo con el paso del tiempo. Además, debido al problema que a menudo surge a la hora de identificar nuevos casos de una enfermedad, las tasas de mortalidad pueden servir de sustitutos de las tasas de incidencia cuando la enfermedad estudiada es grave y mortal. (Celentano & Edición, 2019.)

- **Tasas de mortalidad.** (Celentano & Edición, 2019.)

- Tasa de mortalidad anual por todas las causas (por 1.000 habitantes) =

$$\frac{\text{N.º total de muertes por todas las causas en 1 año}}{\text{N.º de personas en la población a mitad de año}} \times \text{amplificador}$$

N.º de personas en la población a mitad de año

- Tasa de letalidad (se calcula en % entre mayor sea la tasa de letalidad, mayor es la gravedad de la enfermedad)

Se debe diferenciar entre tasa de mortalidad y tasa de letalidad. La tasa de letalidad se calcula del siguiente modo:

N.º de personas que mueren durante un período de tiempo específico tras el  
comienzo o el diagnóstico de la enfermedad x amplificador

N.º de sujetos con la enfermedad específica

- Tasa bruta de mortalidad =

Total de muertes x amplificador

Población a mitad de período

- Tasa de mortalidad específica por grupo etario / sexo / causa / patología =

N.º de muertes en personas de x edad o de sexo x amplificador

Población a mitad de período para esa edad o sexo

- Tasa de mortalidad proporcional en mayores de 50 años =

N.º de muertes > 50 años x amplificador

Total de muertes

- Tasa de mortalidad infantil (Se expresa por base 1000 en esta tasa este SIEMPRE es el amplificador)

N.º de muertes en < 1 año x amplificador

Nacidos vivos

- Tasa de mortalidad anual por todas las causas en menores de 10 años  
(por 1.000 habitantes) =

N.º de muertes por todas las causas en un año en niños menores de 10 años x1000

N.º de niños < de 10 años en la población a mitad de año

## 2.2 Anorexia Nerviosa

- **Historia**

A través de la historia se encuentran casos similares a la anorexia nerviosa, al principio en mujeres religiosas que ayunaban con frecuencia entre los siglos XIII y XV, a lo que se le denomina Época de Anorexia “Santa” (Holy Anorexia) . 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 . Por último se habla de un tercer período denominado Anorexia Histórica (siglo XVIII y XIX) y es hasta el siglo XIX que Lasague y Gull describen por primera vez la anorexia nerviosa. (Behar, Arancibia, 2015)

- **Definición**

- Se define Anorexia Nerviosa (AN) como restricción de la ingesta con repercusión nutricional y pérdida de peso. En adultos se considera que un IMC  $<17,5$  o un peso inferior al 85% de lo esperable; en población infantojuvenil, un peso menor de lo esperable. La anorexia nerviosa también se caracteriza por un miedo intenso a la ganancia de peso o un comportamiento que impide que la persona aumente de peso, o ambas cosas. Con frecuencia el pronóstico a largo plazo es deficiente, con complicaciones del desarrollo, médicas y psicosociales graves, así como tasas altas de recaída y mortalidad. (ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L, s.f.)
- Estos pacientes de forma voluntaria ponen en práctica 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). 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. (Lopez-Ibor Alino, J. J. 1941-. et al., 2003.)

- a. **Criterios diagnósticos.** (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.)  
“Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud- física. peso significativamente bajo que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado”.
- b. “Miedo intenso a ganar peso o a 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”.

Se debe especificar si: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.)

**En remisión parcial:** después de haberse cumplido todos los criterios mencionados anteriormente para la AN, “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)”. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.)

**En remisión total:** viene después de haberse cumplido con anterioridad los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Se debe Especificar la gravedad actual: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p 339)

La gravedad mínima se basa, en adultos, en el índice de masa corporal (IMC) o, en niños y adolescentes, en el percentil de lIMC.

Según la (OMS ) para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión:

- Leve: IMC >17 kg/m<sup>2</sup>
- Moderado: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

- **Epidemiología**

Afecta a 0,5-1% de personas a través de sus vidas . 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 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.)

- **Etiología**

Sobre la etiología de la AN según lo investigado aún se desconoce, aunque en varios artículos investigados se cree que es multifactorial. Lo que se quiere explicar con lo

anterior es que la etología se puede dar ya sea por factores genéticos, sociales o bien culturales y familiares (esto último hace énfasis en familias exigentes y rígidas). (Vargas Baldares, 2013). Sin embargo hay un factor muy importante que sería el de personalidad (que es aquí en donde el paciente se ve así mismo como un defecto que debe “repara”).

Comentado [DJ1]: Plasme su propio estilo

Se denota más en personas responsables, con alta autoexigencia y rendimiento, con miedo a la pérdida de control de hormonas sexuales, a modo de expresar emociones, aprendizaje, historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la existencia con otros trastornos psiquiátricos, como lo es el componente depresivo, obsesivo-compulsivo, el trastornos de ansiedad y la pérdida del control del impulso. (Vargas Baldares, 2013)

Se acepta actualmente que la etiología de trastornos alimentarios como la Anorexia Nerviosa es multifactorial, con la participación de factores genéticos, neurobiológicos y vulnerabilidades temperamentales, que pueden interactuar con otros factores ambientales. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)

- **Curso clínico.** (ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L, s.f.)

Comentado [DJ2]: Haga una lista de la sintomatología  
Esto hace que no use tantas referencias

- LA AN tiende a ser crónica
- Responde a los tratamientos especializados y hospitalarios
- Mas del 50% recuperan su peso
- Un 20% mejoran con pesos bajos
- Un 20% no presentan cambios
- 5% presentan obesidad
- En todos los casos anteriores persiste el miedo a engordar

- En los cinco primeros años de restricción el paciente ciclos de tipo compulsivo/purgativo
- En ocasiones se presenta ganancia ponderal y cambio de diagnóstico a bulimia.
- Presenta una alta mortalidad, de un 6% siendo así consecuencia fundamental como consecuencia de la inanición o por suicidio.

- **Tipos clínicos**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) especifican 2 tipos de anorexia. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.)

- **Tipo restrictivo:** hace mención a los últimos tres meses, donde el paciente no ha tenido episodios con recurrencia de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). El subtipo de AN describe eventos en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y el ejercicio excesivo
- **Tipo con atracones/purgas:** en los últimos tres meses, la persona ha tenido eventos recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

- **Características clínicas**

A continuación se presenta la clínica más común vista en la AN: (ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L, s.f.)

- Debilidad y laxitud generales, dificultad para la concentración y rendimiento intelectual, apatita.
- Edemas por hipoproteinemia, lanugo, fragilidad de piel: hiper胡萝卜素emia.
- Distensión abdominal y enlentecimiento del vaciado gástrico.
- Hipotermia e intolerancia al frío.
- Bradicardia, arritmias, prolongación Q-T (signo de riesgo).
- Frialdad y cianosis en extremidades.
- Anemia, neutropenia, trombopenia, linfocitosis, baja VSG.
- Osteoporosis en amenorreas prolongadas.
- Hormonas en el aumento de cortisol y de GH y la disminución de hormonas tiroideas, descenso de estrógenos en mujeres, de testosterona en hombres y regresión del eje hipofisogonadal.
- Alteraciones bioquímicas en deshidratación con urea alta, con disminución de aclaramiento de creatinina por hipovolemia, descenso de magnesio, zinc, fósforo, vómitos (alcalosis metabólica con aumento de bicarbonato, por pérdida de ácido clorhídrico gástrico, hipocloremia, hipopotasemia e hiperamilasemia)
- Laxantes pueden causar; acidosis metabólica por pérdida en las diarreas, hipercolesterolemia por déficit en síntesis de ácidos biliares, elevación de GOT, GPT, GGT y enzimas musculares, por destrucción tisular.
- **Triada clínica:**
  1. Amenorea
  2. Anorexia
  3. Adelgazamiento

- **Marcadores diagnósticos**

En AN se pueden observar anomalías en las pruebas de laboratorio; su presencia puede servir para aumentar la fiabilidad del diagnóstico. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p 342 - 343)

- Hematología la leucopenia es muy frecuente
- Bioquímica sérica en donde se puede evidenciar la deshidratación
- Es frecuente la hipercolesterolemia, los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados, puede observarse ocasionalmente hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia
- El vómito autoinducido llevando a producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloretnia e hipopotasemia
- Endocrino los niveles de tiroxina (T4) en el suero están normalmente en un nivel normal-bajo; los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados. Las mujeres presentan niveles bajos de estrógenos en el suero, mientras que los hombres tienen niveles séricos bajos de testosterona.
- EKG es notable la bradicardia sinusal y rara vez se detectan arritmias. En algunos individuos se observa una prolongación significativa del intervalo QTc.
- Masa ósea a menudo se observa una baja densidad mineral ósea, con áreas específicas de osteopenia u osteoporosis. El riesgo de fractura es significativamente elevado.
- Electroencefalograma se pueden producir anormalidades difusas que reflejen una encefalopatía metabólica, a causa de alteraciones hidroelectrolíticas significativas.

- Gasto energético en reposo. A menudo se produce una reducción significativa del gasto energético en reposo.
- **Diagnósticos diferenciales.** (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p 344)
  - Afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA))
  - Trastorno depresivo mayor
  - Esquizofrenia
  - Trastorno por consumo de sustancias
  - Trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal.
  - Bulimia nerviosa
  - Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

- **Tratamiento**

El tratamiento va dirigido principalmente a recuperar la nutrición del paciente, para lograr normalizar el peso paulatinamente, esto con la ayuda del paciente pactando un peso mínimo de mantenimiento; revertir la amenorrea y mejorar el dimorfismo corporal (sobre autoestima, imagen corporal): . (ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L, s.f.)

Comentado [DJ3]: Redactado con sus propias palabras

- **Fase aguda el tratamiento:** la estabilización médica (donde se corrigen los electrolitos o problemas cardíacos).

Las variaciones rápidas de peso, la restricción de ingesta calórica severa, atracones y conductas purgativas se asocian normalmente con arritmias cardíacas, síntomas musculoesqueléticos y neurológicos.

- **El tratamiento crónico:** en hospitalizados o ambulatorios se centra en el cambio de comportamiento y abordar factores subyacentes. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016).

Aun con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, aproximadamente un 20% de los pacientes adquieren un curso crónico de la enfermedad, con serias consecuencias para la salud del paciente e importantes repercusiones familiares y sociales en su entorno. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)

- **Intervenciones psicoterapéuticas:** se menciona; terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar. La TCC esta se sugiere después de recuperar peso, ya que se menciona que podría ser eficaz en la reducción del riesgo de recaída en adultos con AN, pero aún la eficacia de esto se desconoce en los pacientes con bajo peso.
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS):** no son eficaces para la reducción de síntomas o para restaurar el peso, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría no los recomienda para pacientes de bajo peso con AN. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)

- **Criterios de hospitalización**

- Pesos inferiores de 20% en fracaso del tratamiento ambulatorio nutricional, o si hay trastornos hidroelectrolíticos. Se recurre al ingreso involuntario por orden

judicial sólo en casos de elevado riesgo de muerte debido a las complicaciones de la desnutrición o en presencia de conducta suicida. (ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L, s.f.)

- En la bulimia nerviosa, la mayor parte de pacientes no necesitan ser ingresados. (ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L, s.f.)

- **Complicaciones de Anorexia Nerviosa se encuentran:**

- **Síndrome de realimentación:** donde se engloba múltiples disfunciones orgánicas debido al uso de nutrición por vía parenteral, oral o enteral, esto debido a la incapacidad de producción de adenosin trifosfato (ATP). (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)
- **Cardiovasculares:** el 80% de los pacientes llegan a desarrollar; arritmias, hipotensión, derrame pericárdico, prolapso de la válvula mitral, disminución del gasto cardiaco, disminución del tamaño del ventrículo izquierdo que puede llevar a bradicardia y a disfunción sistólica. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)
- **Óseas:** osteopenia en 90% de las personas y un 30 – 40% osteoporosis. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)
- **Metabólicas y endocrinas:** la principal complicación es la amenorrea secundaria. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)
- **Renales:** deshidratación, lesión renal por restricción hídrica, vómitos, pérdida de la capacidad de la concentración renal que llevaría a una elevación del gasto urinario. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)

- **Dermatológicas:** laguno, resequedad de piel, prurito que se relaciona con la inanición e inclusive se puede llegar a dar carotenodermia. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)
- **Gastrointestinales:** en un 50% se presenta gastroparesia puede implicar un enlentecimiento del vaciamiento gástrico, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal, sensación de llenura, disfagia, dispepsia.

Los cambios en la permeabilidad gastrointestinal, la disbiosis y la disautonomía mientérica se han descrito entre los factores que contribuyen a la afectación gástrica e intestinal en la AN.

En un 40% se presenta debilidad muscular del suelo pélvico y esfínteres anales se. AN se ha asociado a la presencia de hepatitis por un mecanismo subyacente de apoptosis celular con signos de autofagia (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)

- **Carencia de vitaminas y minerales:** trastornos de conducta alimentaria, déficit de hierro, vit D, calcio, depleción de zinc y tiamina. (Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, 2016)

## **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. (Métodos de investigación. Fundamentos de una práctica clínica basada en la evidencia, 2011.)

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación de este trabajo es descriptivo ya que consiste que el investigador recolecte una serie de variables y después de obtenida la información sobre diversos conceptos, comunidades, procesos, aspectos o dimensiones del fenómeno que se investiga, para poder analizarlos. (Hernández Sampieri, Mendoza Torres, 2018.)

### **3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

El área de estudio de investigación de este trabajo es la población costarricense del periodo 2000 – 2019 que padecen de Anorexia Nerviosa

- Fuente primaria: No se tienen fuentes de tipo primario por el tipo de investigación que se está desarrollando

#### **3.1.1 Población**

Se toma la totalidad de la población de Costa Rica durante el periodo de 2000 - 2019.

### 3.1.2 Muestra

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

### 3.1.3 Criterios de inclusión y exclusión

*Tabla 1: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN*

Criterios inclusión	Criterios exclusión
Población Costarricense	Población no Costarricense
Pacientes de ambos sexos	
Pacientes entre los 5 y 49 años	Pacientes < 5 años y > 50 años

**Fuente:** elaboración propia

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

## 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Global Burden of Disease (GBD) para la obtención de los datos sobre incidencia, prevalencia y mortalidad en Costa Rica durante el periodo 2000 – 2019 así como información de libros, artículos y otras páginas web de alta confiabilidad. Los cuales se utilizará posteriormente para la recolección de información por medio de la base de datos GBD para ser analizado por medio de gráficos.

## 3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, longitudinal y ecológica mixta. La investigación de tipo no experimental tiene como definición; aquellos estudios donde no se varia en forma intencional las variables independientes para poder observar así su efecto sobre otras variables, lo que pretende es observar características tal como se muestran en su entorno natural, para posteriormente ser analizados. (Hernández Sampieri, Mendoza Torres, 2018.)

Una investigación de tipo longitudinal se define como la recolección de datos a través de tiempo en puntos o periodos, para realizar deducciones con respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias . (Hernández Sampieri, Mendoza Torres, 2018.). 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 LAS VARIABLES**

**Tabla 2: VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Instrumento</b>
Especificar la prevalencia para anorexia nerviosa en Costa Rica 2000- 2019 por sexo y grupo etario.	Prevalencia	número de casos totales de una enfermedad o evento en una población, incluye casos nuevos y casos existentes	Indicador epidemiológico	Tasa de prevalencia para Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019	Global Burden of Disease (GBD)
	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Hombre Mujer	Tasa de prevalencia para Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 por sexo	Global Burden of Disease (GBD)
	Grupo etario	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	Grupo etario entre 5 - 14 años Grupo etario entre 15- 49 años	Tasa de prevalencia para Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 por grupo etario	Global Burden of Disease (GBD)

		comienzo de los primeros 12 meses de vida			
Indicar la incidencia por Anorexia nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 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 por Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019	Global Burden of Disease (GBD)
	Sexo	Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población	Hombre Mujer	Tasa de incidencia por Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 - 2019 por sexo	Global Burden of Disease (GBD)
	Grupo etario	Se refiere a la edad por el tiempo que transcurre desde el inicio del nacimiento y el	Grupo etario entre 5 - 14 años	Tasa de incidencia por Anorexia Nerviosa en	Global Burden of Disease (GBD)

		periodo presente que se calcula en años, desde el comienzo de los primeros 12 meses de vida	Grupo etario entre 15-49 años	Costa Rica 2000 – 2019 por grupo etario	
Analizar la mortalidad y morbilidad de Anorexia Nerviosa en Costa Rica, durante el periodo 2000 - 2019.	Mortalidad	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población	Mortalidad en hombres por Anorexia Nerviosa Mortalidad en mujeres por Anorexia Nerviosa Mortalidad total por Anorexia Nerviosa	Investigar en las bases de datos del GBD, en el cual se obtiene la mortalidad de los pacientes con Anorexia Nerviosa	Global Burden of Disease (GBD)

	Morbilidad	Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población	Morbilidad en hombres por Anorexia Nerviosa Morbilidad en mujeres por Anorexia Nerviosa Morbilidad total por Anorexia Nerviosa	Investigar en las bases de datos del GBD, en el cual se obtiene la morbilidad de los pacientes con Anorexia Nerviosa	Global Burden of Disease (GBD)
Señalar los años vividos con discapacidad por Anorexia Nerviosa en	Años vividos con discapacidad (AVD)	Se refiere a los 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 por Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019	Global Burden of Disease (GBD)

Costa Rica 2000 – 2019 por sexo y grupo etario.	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Hombre Mujer	Tasa de años vividos con discapacidad por Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 por sexo	Global Burden of Disease (GBD)
	Grupo etario	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 etario entre 5 - 14 años Grupo etario entre 15- 49 años	Tasa de años vividos con discapacidad por Anorexia Nerviosa en Costa Rica 2000 – 2019 por grupo etario	Global Burden of Disease (GBD)

**Fuente:** elaboración propia, 2

### 3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para los datos estadísticos de esta investigación se utilizará la herramienta Global Burden of Disease (GBD), además de utilizar conceptos como la prevalencia, mortalidad, morbilidad y los años de vida ajustados por discapacidad.

La metodología empleada para este proyecto se basa en la recolección y análisis de datos referentes a años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), años vividos con discapacidad (AVD), prevalencia e incidencia que se obtendrán de la GBD, 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.

A pesar de centrarse en la carga de la en Anorexia Nerviosa se ejemplificará los datos de mortalidad y años de vida perdidos (AVP); estos indicadores epidemiológicos son ejemplificados en cifras menores de uno por cada cien mil habitantes para la población de Costa Rica en el periodo 2000 – 2019 en todos los grupos poblacionales en estudio en relación con el tema por desarrollar.

Para obtener los datos referentes a la tasa de prevalencia se utiliza la siguientes fórmulas:

Datos para obtener la fórmula de tasa de prevalencia:

**Número de casos de enfermedad "X" x100000**

**Total de la población a mitad del periodo**

Datos para obtener la fórmula de la tasa de incidencia:

**Número de casos nuevos de enfermedad “X” x 100000**

**Total de la población a mitad del periodo**

Datos para obtener la tasa de años vividos con discapacidad (AVD):

**Número de casos en periodo de referencia X Peso asignado a la discapacidad X**

**Promedio de tiempo de duración de la incapacidad medido en años**

Datos para obtener la tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD):

**Años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura + Años perdidos por enfermedad/discapacidad (AVD)**

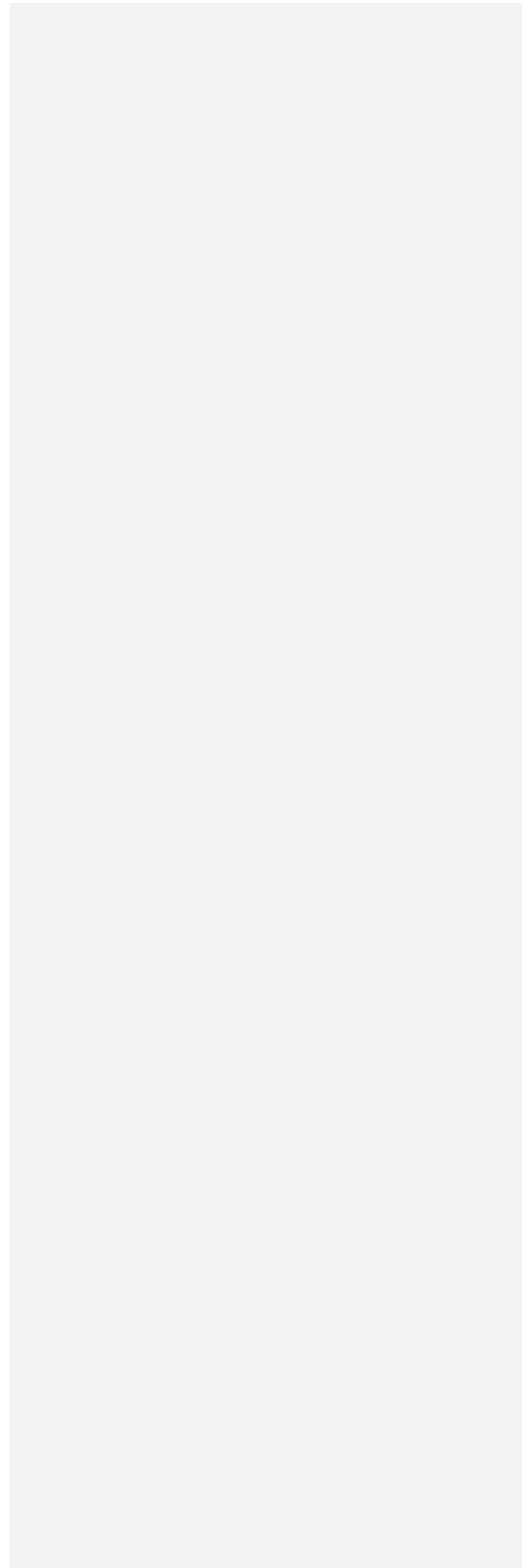
### **3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

Seguidamente después de la recolección de los datos de investigación de los anteriores conceptos mencionados, se organizará en sexo y grupo etario, esto con la ayuda de la herramienta de Excel, también se utilizarán gráficos, y tablas con los cuales posteriormente se tabularán para la realización de gráficos y el análisis de cada uno de los datos recolectados.

### **3.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS**

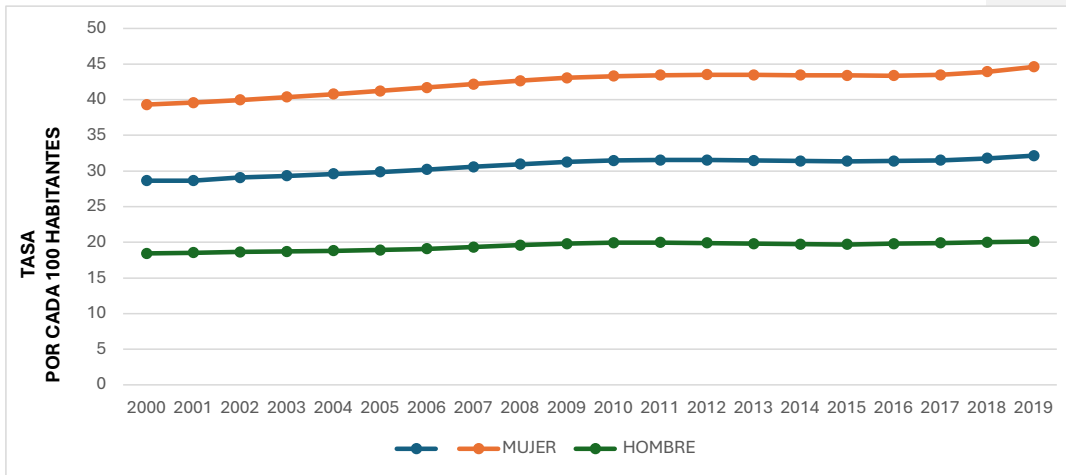
Para el análisis de los datos de esta investigación de tipo descriptivo, se tomará en cuenta la información recopilada en la tabla de Excel, la tabulación de los gráficos para así determinar las Características epidemiológicas de la Anorexia Nerviosa relacionado con la mortalidad y carga de la enfermedad, Costa Rica 2000 – 2019.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**



#### 4.1 PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA.

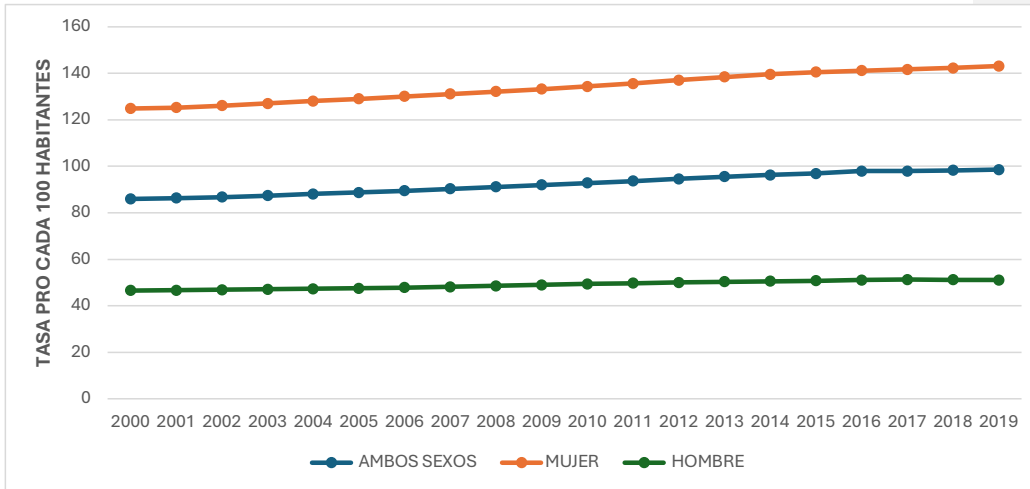
**FIGURA 1: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 5 a 14 años (tasa por 100 habitantes)**



**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

En el gráfico anterior se observa una tendencia constante a lo largo de los años en estudio para la prevalencia de anorexia nerviosa en el sexo masculino con un leve aumento en 2009, al igual que en ambos sexos se observa la tendencia constante entre los años 2000 – 2019; por otra parte en el sexo femenino se observa una tendencia en incremento de menos de 1 por 100 habitantes principalmente en las cifras a partir del año 2019. En el año 2019 vemos como el sexo femenino presenta una tasa de 44,6 y el sexo masculino una de 20,10 por cada 100 habitantes, lo cual permite ver una mayor prevalencia en el sexo femenino, situación que marca el comportamiento de las tasas a lo largo de los años de 2000-2019.

**FIGURA 2: Prevalencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes)**

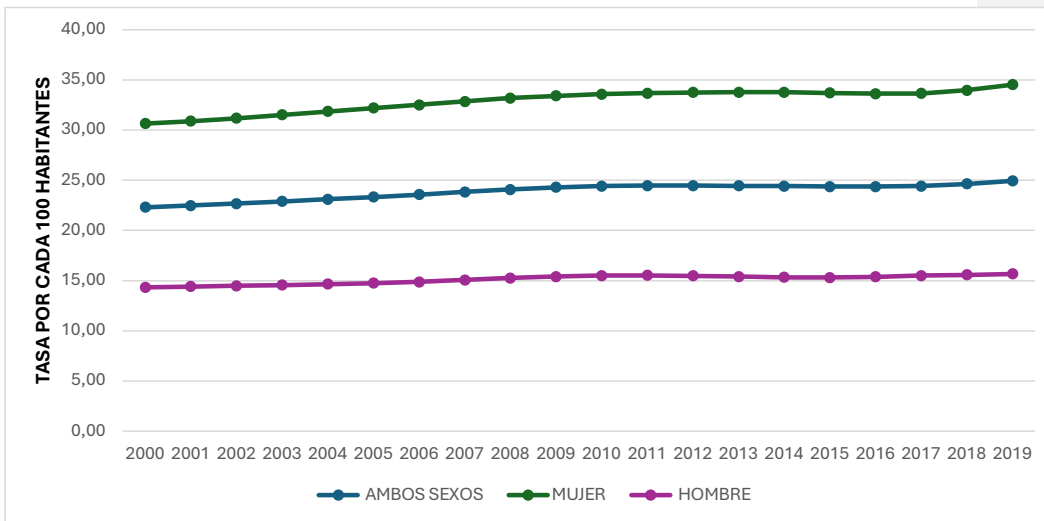


**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

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 100 habitantes principalmente a partir del año 2009 en comparación con datos de los hombres, donde las datos expuestos son con una tendencia constante, al igual que el gráfico de ambos sexos. A partir del año 2019 vemos como las mujeres presentan una tasa de 143,15 y los hombres una de 51,04 por cada 100 habitantes; lo que ejemplifica una mayor presencia en el sexo femenino, comportamiento que se repite a lo largo de los años de 2000-2019.

## 4.2 INCIDENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA.

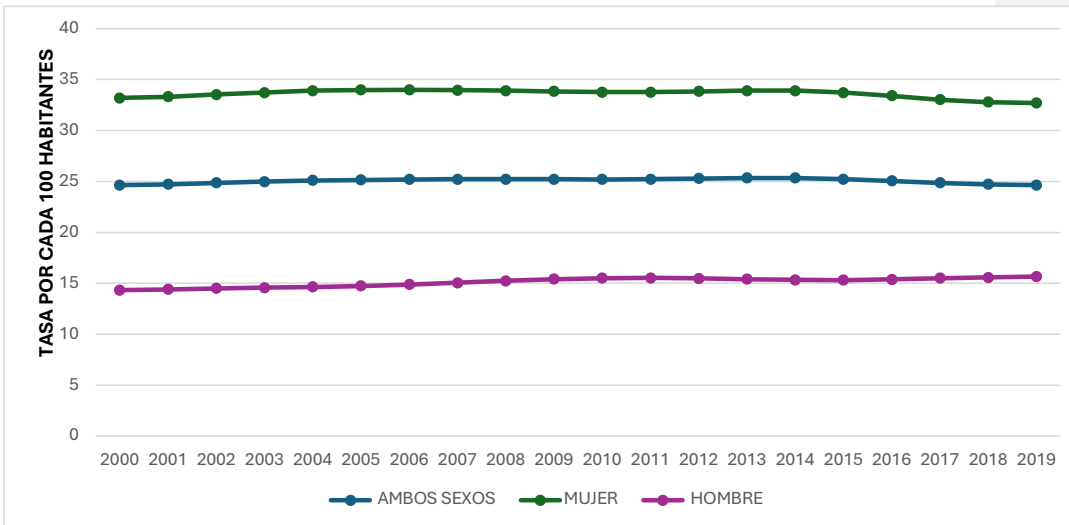
**FIGURA 3: Incidencia de anorexia en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 5- 14 años (tasa x 100 habitantes)**



**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

Como se observa en el gráfico, la incidencia para la anorexia nerviosa presenta una tendencia al incremento de menos de 1 en el sexo femenino, principalmente a partir del año 2019 y una tendencia de carácter constante en el sexo masculino y ambos sexos teniendo un leve incremento en el año 2019 con una tasa de 24,94. Al comparar los dos sexos vemos como las mujeres presentan cifras mayores a partir del año 2019 con una tasa de 34,52 en comparación con la de los hombres de 15,66 por 100000 habitantes, comportamiento que se repite a lo largo de los años en estudio en ambos sexos.

**FIGURA 4: Incidencia de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes)**

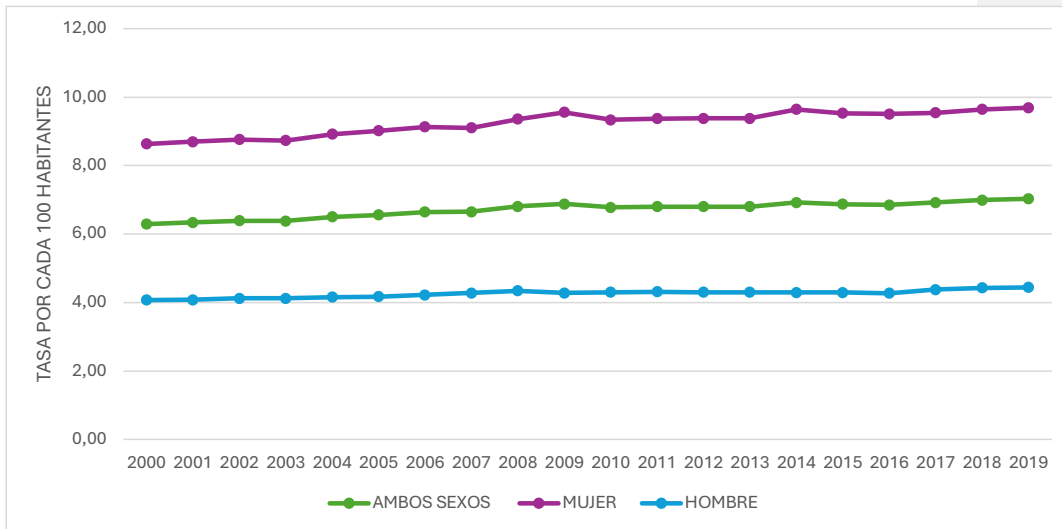


**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

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 mujer, hombre así como en ambos sexos, pero resalta que las mujeres presentan cifras mayores en comparación directa con los hombres. Esta situación se observa desde el año 2014 donde el sexo femenino presenta una tasa de 33,92 en comparación con el sexo masculino con una tasa de 15,44 por 100 habitantes, conducta que se repite a lo largo del periodo de 2000 – 2019.

### 4.3 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD DE ANOREXIA NERVIOSA

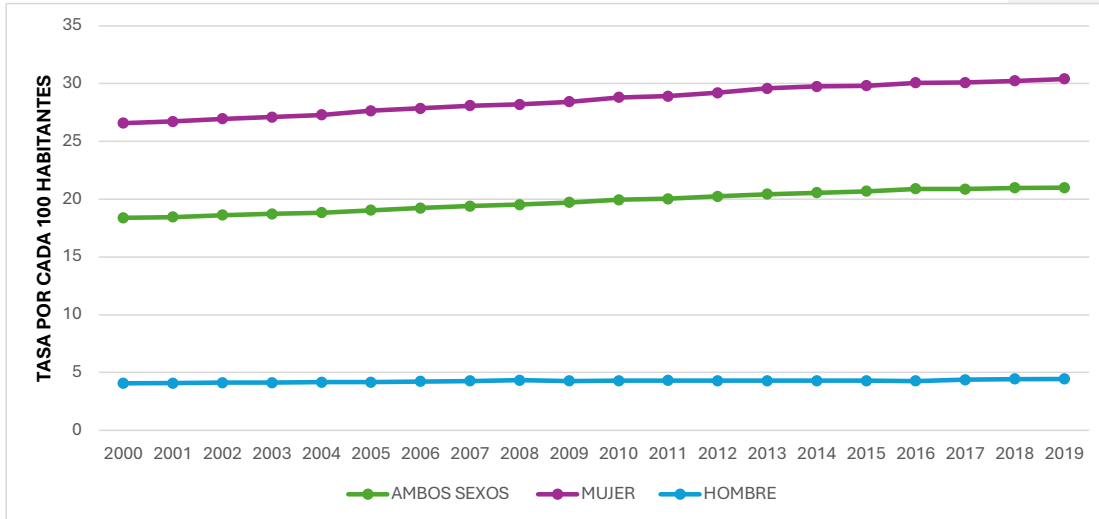
**FIGURA 5: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad 5 - 14 años (tasa x 100 habitantes)**



**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

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 2000 al 2019, este comportamiento en la población masculina se mantiene con una tendencia constante al igual que en el gráfico de ambos sexos con un leve aumento en el 2019 con tasa de 7,03 y en la población femenina se observa una tendencia en aumento de menos de uno a partir del año 2009 con una tasa de 9,56, mientras que en hombres de un 4,28 presentando una tasa por 100 habitantes.

**FIGURA 6: Años vividos con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes)**

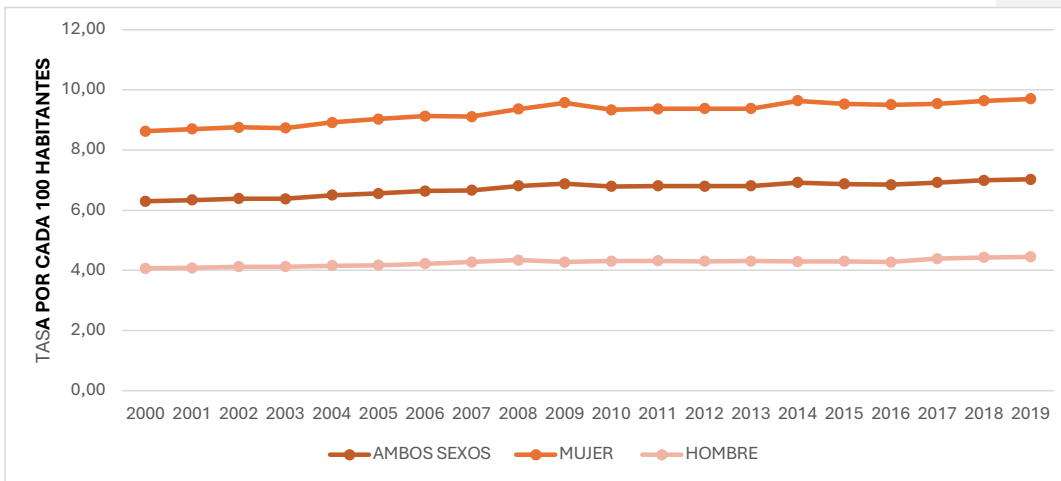


**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

Nuevamente se observa en los datos de años vividos con discapacidad en la población con edades de 15 a 49 años afectados con anorexia nerviosa una tendencia muy marcada de manera constante en sexo masculino; por otra parte se observa que en ambos sexos se inicia un ascenso a partir del año 2012 con una tasa de 20,24. Los datos también ejemplifican como las mujeres son reiteradamente más afectadas que los hombres, desde el año 2013 vemos un ascenso con una tasa por 100 habitantes de 29,75 para el sexo femenino y de 4,3 para el sexo masculino en este parámetro epidemiológico, conducta que continua durante el periodo de tiempo de 2000 al 2019.

#### 4.4 AÑOS DE VIDA AJUSTADOS CON DISCAPACIDAD DE ANOREXIA NERVIOSA

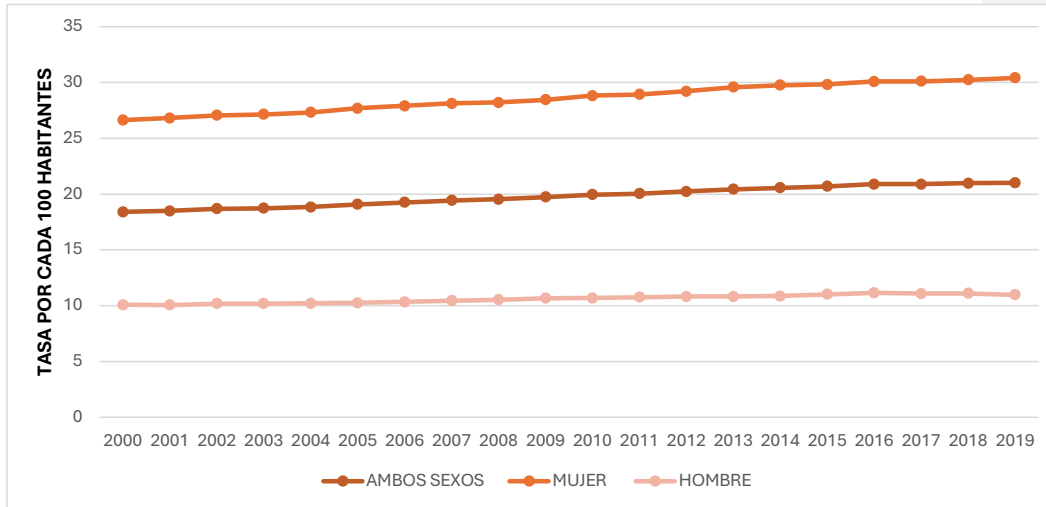
**FIGURA 7: Años de vida ajustados con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 5 a 14 años (tasa x 100 habitantes)**



**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

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 2000 y 2019 se presta atención en que la actitud epidemiológica tiene una tendencia constante a los largo de los años tanto en hombres como en ambos sexos. No así la población femenina que presenta cifras mayores en comparación con los datos de la población masculina, esto presente desde el año 2009 hasta el 2019, donde se inicia con una tasa por 100 habitantes de 9,57 para el sexo femenino y de 4,28 para el sexo masculino; conducta que se reitera durante los distintos años en estudio.

**FIGURA 8: Años de vida ajustados con discapacidad de anorexia nerviosa en Costa Rica de 2000 - 2019, edad de 15 a 49 años (tasa x 100 habitantes)**



**Fuente:** elaboración propia datos tomados de GBD Results. (2019, 6 de marzo).

En los datos anteriormente planteados para años de vida ajustados por discapacidad en Costa Rica, afectada con anorexia nerviosa podemos plantear una tendencia constante en la población masculina. Se puede observar como en el gráfico de ambos sexos se inicia un ascenso a partir del año 2010. 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 2012 la tasa por 100 habitantes para el sexo femenino es de 29,22 y para el sexo masculino es de 10,81; conducta que nos permite ejemplificar mayores cifras en las mujeres, comportamiento que se repite a lo largo de los años de 2000 al 2019.

**CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE  
RESULTADOS**

## 5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En Costa Rica se puede observar que la presencia de Anorexia Nerviosa en nuestra la población no es algo anómalo, ya que las cifras basadas en tasas de cien habitantes planteadas en esta investigación son demostrativas del impacto de estos en la población costarricense a lo largo de los años de 2000 – 2019

La Universidad de Costa Rica realizó un estudio con una muestra de población adolescente en etapa escolar donde se menciona el riesgo evidente de que las mujeres de nuestro país puedan desarrollar un cuadro clínico de anorexia nerviosa.

Es muy importante recalcar que es un valor muy elevado comparándolo así por ejemplo; España e Italia, donde son países aún más desarrollados donde este trastorno alimenticio recibe mucho más atención en cuanto a investigación, prevención y tratamiento (Zalasar Mora, 2014). Siendo Argentina el segundo país con más prevalencia de AN, después de Japón.

La directora del Centro Especializado en Desórdenes Alimentarios (CEDA) Olga Ricciardi, psicóloga y psicoanalista, comenta que “tres décadas de trabajo junto a pacientes, ve que la posmodernidad empuja a modelos estéticos basados en la delgadez (el mortífero ideal del “cuerpo Barbie”)”. (Bazán, 2023). Según para la psicóloga, esta enfermedad no se centra únicamente en la cultura.

En nuestro país el riesgo de padecer anorexia nerviosa, en mujeres es de 9,4%, siendo cuatro veces mayor que en hombres, que resultó ser solo el 2,3%. Estos resultados al ser comparados con otros estudios parecidos entre colegiales de otros países se determinó que la prevalencia de riesgo es un poco mayor en Costa Rica que en países como Italia que su prevalencia es del 6,7% y 9,3% respectivamente. Sin embargo es menor que en la población colegial mexicana (19.7%). (Zalasar Mora, 2014).

Jorge Esteban Prado Calderón, licenciado en psicología, explica que los resultados se pueden proyectar a nuestros adolescentes del país, pues “la muestra es probabilística y refleja la realidad de toda la población de la cual se extrajo la muestra”. (Zalasar Mora, 2014). No obstante el nivel de riesgo de adolescentes costarricenses, también es alarmante.

Lo quiere decir que en Costa Rica la población, por ejemplo se toman 350 mil estudiantes de colegio, cerca de 22 mil están en riesgo de sufrir trastornos de alimentación. El especialista explica que estos resultados concuerdan con las correlaciones que establece la literatura a nivel mundial.

Se realizaron investigaciones en proyecciones exploratorias por cantón en Costa Rica, dicha investigación refleja que los cantones donde hay mayor riesgo de padecer de AN es Guanacaste: Nicoya, Cañas y Santa Cruz. Seguido de las dos zonas periféricas en los cantones de Pérez Zeledón y Sarapiquí. Zona central del país; Alajuela, Grecia, Atenas, Flores y el cantón de Moravia.

La prevalencia de adultos de anorexia nerviosa en nuestro país es de un 0.6%, se considera que ha ido en aumento en la población adolescente. La edad donde se encuentra la mayor presentación de AN es de 18 años, sin embargo es alarmante ya que se presenta cada vez más en edades más jóvenes. La incidencia de adolescentes mujeres es de 0.3 a 2.6%.

La mortalidad en Costa Rica, se presenta 6,5 veces mayor en los pacientes con anorexia nerviosa en comparación con la población general y con un aumento importante en la incidencia de suicidio. (Morales López, 2019).

Al hacer una comparación de datos de prevalencia de anorexia nerviosa en los grupos etarios de 5 - 14 años y 15 - 49 años, se logra 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 durante la niñez pero su clínica resalta en la adolescencia y adultez temprana. (Lenoir, Silber, 2006).

La Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Gastroenterología, Nutrición Pediátrica y Hepatología, mencionan que dicha incidencia en los adolescentes con anorexia nerviosa es de 1.

Seguidamente Keski-Rahkonen y Silén refieren que la incidencia en las mujeres y niñas es proporcional a su edad. En Holanda un estudio que se hizo durante los años 2005 al 2009 hace referencia a una tasa de anorexia nerviosa de 20 por cada 100 000 habitantes en edades de 10 y 14 años, en comparación con una tasa de 100 por cada 100 000 habitantes de 15 y

19 años. Según estos registros, la incidencia del trastorno se ha duplicado del año 1995 al 2010.

Como punto importante cabe destacar que Japón cuenta con una tasa elevada de mujeres con AN, sumado a Chile con una mortalidad de 10%, el número de pacientes en control por esas enfermedades, que se muestra en el Programa de Salud Mental, menciona que hubo un aumento en dos años del 97%. “Si en 2005 alrededor de 1.686 personas se atendieron en el sistema público por bulimia, anorexia, comer compulsivo y trastornos de alimentación atípicos, en 2007 la cifra aumentó a 3.321”. (Biblioteca de congreso nacional de Chile, 2009).

Argentina y Japón son los dos países del mundo con mayor índice de anorexia. Según la investigación en el ámbito internacional las estadísticas indican que aproximadamente el 20% de las anoréxicas mueren a causa de su enfermedad, o se suicidan. Se dice que el suicidio de las anoréxicas es particular ya que indica el deseo definido de morir. Estos índices, en los países nórdicos, son aún mayores, aunque es menor la cantidad de anoréxicas. (Masaki, Gómez, 2008).

Los datos de años vividos con discapacidad, se puede observar cómo nuevamente los mujeres cuentan con números más elevados que los hombres y como estas cifras aumentan en la población entre los 15 - 49 años.

En México se plantea datos de anorexia nerviosa con una tasa de 11.08 por 100 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 4.38 por 100 habitantes para el mismo

año; situación que cambia en mujeres, donde en México se cuenta con una tasa de 29.95 por 100 habitantes y nuestro país con 30.9 por 100 habitantes.

Cuando se habla de AN en los años de vida con discapacidad (AVD), en la región Europea se observan tasas por ejemplo en el año 2019 de un 8.00 en hombres y 24.51 en mujeres por 100 habitantes, y en nuestro país contamos con cifras de 30.4 en hombres y de 4.44 en mujeres esto por 100 habitantes; lo que plantea un situación epidemiológica bastante diferenciada entre dichos países.

Al nombrar los países con las cifras más altas de años de vida ajustados con discapacidad (AVAD) para anorexia nerviosa en el año 2019 encontramos a Alemania con una tasa de 25.44 en hombres y 92.64 en mujeres por 100 habitantes, por otro lado México presenta tasas de 20.94 en hombres y mujeres de 30.23 por cada 100 habitantes, en comparación con Argentina que presenta tasas de 15,09 en hombres y 52.07 en mujeres por cada 100 habitantes. Se presenta Japón con tasas de 18,62 en hombres y 81.43 en mujeres por cada 100 habitantes.

En nuestro país las tasas por 100 habitantes de los AVAD en la AN para el año 2014 de 5-14 años ,15 – 49 años van de 4,29 y 10,88 en hombres respectivamente y 9,64 y 29.75 en mujeres respectivamente , esto para anorexia nerviosa. Al comparar estos datos con Argentina se observan tasas de 4,70 y 15,03 en hombres y 13,35 y 51,86 en mujeres respectivamente; por su parte en Japón se plantean tasas de 6,66 y 19,94 en hombres y 21,21 y 97,00 en mujeres.

Esta compasión nos plantea un panorama bastante diferente que se observa en los tres países antes mencionados, panorama en donde las mujeres nuevamente tienen cifras mayores que los hombres, de igual manera se esclarece como en Costa Rica a comparación de estos países cuenta con tasas relativamente bajas en cuanto a Anorexia Nerviosa se habla.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa como se menciona es un trastorno de la conducta alimenticia que es caracterizada por una distorsión visual y en la valoración del volumen, que lleva los pacientes a llevar una dieta estricta, esto llevándolos a un adelgazamiento excesivo, tentado contra su propia vida . Este trastorno se ha ido presentando con más frecuencia en la población pediátrica y en pacientes cada vez más jóvenes.

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 tenido un incremento paulatino, principalmente en el segundo grupo etario antes mencionado. De igual manera vemos como claramente se resaltan cifras mayores en la población femenina a diferencia del sexo masculino, en donde las cifras tampoco se tienen que menospreciar.

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 2000 - 2019, se observa con cifras relativamente estables; también se resalta que nuevamente afecta mayormente al sexo femenino, sin obviar al sexo masculino, a lo largo de todos los años en estudio de la investigación y que se pudo explicar gracias a las cifras de mortalidad del trastorno planteadas por el Instituto Internacional de Métricas en Salud.

Al mencionar los años vividos con discapacidad de la anorexia nerviosa en Costa Rica a lo largo de los años 2000 al 2019 se observa una mayor afectación en el sexo femenino con

énfasis en el grupo etario de 15 a 49 años de edad, en comparación con los hombres donde las tasa son mucho **menores**.

**Comentado [DJ4]: Faltan al menos 3 conclusiones, recuerde muy importante hablar de que esta patología no se pone como la causa principal de muerte puede obviarse o ponerse como secundaria**

Un aspecto muy importante a destacar es que en la patología de AN la causa directa de muerte no se debe a la enfermedad como tal sino a las complicaciones medicas que se presentan y que anteriormente fueron mencionadas. A lo largo de la investigación queda claro que la mayoría de los casos se dan en la adolescencia temprana y media donde se inicia los cambios de pubertad ya que en la adolescencia es cuando construyen su identidad y su personalidad, y por ende el paciente tiene una mayor fijación y conciencia de su propio cuerpo.

Como aspecto importante cabe destacar que la percepción del peso como excesivo que el paciente creer tener es un hallazgo que se destaca incluso antes de que la enfermedad aparezca y lo convierte así en un factor premórbido.

En cuanto al tratamiento de AN se requiere un enfoque multidisciplinario e integral, esto ya que se deben de abordar aspectos claves como médicos, psicológicos incluso familiares del trastorno, ya que con una intervención temprana y una buena red de apoyo continuo se puede lograr una buena recuperación.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- La información y los resultados mostrados en esta investigación genera una línea importante de información con respecto de la afectación en el tema de Anorexia Nerviosa en la nuestra población costarricense; en cuestión de la prevalencia de AN como médicos se debe tener en cuenta que el seguimiento y abordaje que se le brinda 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.
- Implementación de actividades de capacitación del personal en general; como por ejemplo la impartición de talleres por parte de personal reconocido y especializado en el tema de TCA; capacitaciones que se le puedan brindar 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 AN.
- Talleres centrados principalmente en factores de riesgo sobre todo a los grupos ya conocidos epidemiológicamente más afectados, para así que puedan darse cuenta de sus propias fallas que potencialmente los puedan llevar a desarrollar AN.
- Las personas afectadas o propensas a desarrollar este trastorno serán el mayor punto de atención por parte de los médicos tratantes, por lo cual una recomendación sería la enfocarse en brindar ayuda de manera más urgente y temprana por medio de grupos de apoyo o de conciencia en las distintas zonas de atracción de los EBAIS.
- Estos grupos principalmente conformados por personal de salud capacitado en el tema de AN y también por personas ya afectadas o que estén en tratamiento que

puedan ayudar a los demás en brindar su testimonio y servir de acompañamiento para las personas afectadas y aun no diagnosticadas, 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.

- Implementar estrategias como la impartición de cursos basados en el correcto abordaje médico, brindados por personal de salud capacitado en el tema, pueden brindar al médico general las herramientas necesarias ya que es importante recalcar que la detección se debe y un buen abordaje se debe de dar en la atención primaria.

**Comentado [DJ5]: Las recomendaciones se ponen en viñetas y deben ser muy concretas**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher, Skicic, Rutherford, Hetrick, C. A. S. K. A. S. E. (2019, 1 de mayo). Enfoques de terapia familiar para la anorexia nerviosa - Fisher, CA - 2019 | Cochrane Library. Cochrane Reviews | Cochrane Library. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub4/full/es?highlightAbstract=nerviosa|anorexia|anorexi|nervios>
2. Evans Meza, R. (2015, 7 de julio). *Carga global de la enfermedad: breve revisión de aspectos más importantes.* REV HISP CIENC SALUD. <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/58/21>
3. Revista Cubana de Higiene y. Epidemiología. (2015, 4 de mayo). *Importancia de la carga de enfermedad debida a factores ambientales.* SciELO - Scientific Electronic Library Online. <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v52n2/hig01214.pdf>
4. Celentano, D., & Edición, D. (2019). *Gordis. Epidemiología.* Elsevier España, S.L.U.
5. ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR S.L. (s.f.). *MANUAL AMIR PSIQUIATRÍA (14.a edición)* (14ª ed.). Iceberg Visual Diseño, S.L.N.E.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES* (5ª ed.). Editorial medica paramericana.
7. Pereira-Chaves, Salas-Meléndez, J. M. M. d. l. Á. (2017, 1 de septiembre). *Análisis de los hábitos alimenticios con estudiantes de décimo año de un Colegio Técnico en Pérez Zeledón basados en los temas transversales del programa de tercer ciclo de*

8. *educación general básica de Costa Rica*. Redalyc. <https://www.redalyc.org/journal/1941/194154512011/194154512011.pdf>
9. J Hay, Claudino, Elbaky, P. A. S. G. (2017, 27 de julio). *Psicoterapia individual para el tratamiento ambulatorio de adultos con anorexia nerviosa - Hay, PJ - 2015* | *Cochrane Library*. Cochrane Reviews | Cochrane Library. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003909.pub2/full/es?highlightAbstract=nerviosa|anorexia|anorexi|nervios>
10. Behar, Arancibia, R. M. (2015, 23 de noviembre). *Body image disorders: anorexia nervosa versus reverse anorexia (muscle dysmorphia)*. scielo.org. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00121.pdf>
11. Figueroa, G. (2012, 8 de julio). *El análisis existencial de la anorexia nerviosa: de la ciencia psiquiátrica a su fundamentación*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425741617006.pdf>
12. Peña, Rodríguez, Villalobos, D. J. W. (2014, 3 de julio). *Bulas y neumotórax espontáneo en anorexia nerviosa*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163132480013>
13. Murgía, Unikel, Blum, Taracena, S. C. B. B. E. (2023, 2 de octubre). *Anorexia nerviosa: el cuerpo y los mandatos sociales-superyóicos*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77340728027>
14. Torres Díaz, Martín Peña, Ezquiaga, Navas García, García de Sola, C. G. E. M. R. (2016, 20 de mayo). *Tratamiento quirúrgico de la anorexia nerviosa resistente al tratamiento médico Surgical treatment of medication-resistant anorexia nervosa*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309246480034>

15. Prado Calderón, Salazar Mora, J. Z. (2019, 2 de octubre). *Ponencia: Validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test en Costa Rica*. Repositorio Kérwá. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/9247/Validez%20y%20confiabilidad%20del%20Eating%20Attitudes%20Test%20en%20Costa%20Rica.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
16. Morales López, M. J. (2019, 10 de agosto). *Anorexia nerviosa en población pediátrica*. SciELO - Scientific Electronic Library Online. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-46.pdf>
17. Vargas Baldares, M. J. (2013, 9 de octubre). *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. Medigraphic - Literatura Biomédica. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
18. Behar, Arancibia, R. M. (2015a, 3 de julio). *Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico*. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58239891010>
19. *Métodos de investigación. Fundamentos de una práctica clínica basada en la evidencia*. (2011b). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
20. Hernández Sampieri, Mendoza Torres, R. C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.
21. Lucciarini, Losada, Moscardi, F. A. V. R. (5, mayo). *ANOREXIA Y USO DE REDES SOCIALES EN ADOLESCENTES*. Página de inicio | DSpace-CRIS @ UCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12354/1/anorexia-uso-redes-sociales.pdf>

22. *GBD Results*. (2019, 6 de marzo). Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
23. Zalar Mora, Z. (2014, 6 de junio). *Estudio revela riesgo de anorexia nerviosa en adolescentes ticas*. Portal de la Investigación - Universidad de Costa Rica. <https://vinv.ucr.ac.cr/es/noticias/estudio-revela-riesgo-de-anorexia-nerviosa-en-adolescentes-ticas>
24. Bazán, J. (2023, 30 de noviembre). *¿Es Argentina el segundo país con más casos de anorexia nerviosa del mundo?* elDiarioAR.com. [https://www.eldiarioar.com/sociedad/argentina-segundo-pais-casos-anorexia-nerviosa-mundo\\_1\\_10731913.html](https://www.eldiarioar.com/sociedad/argentina-segundo-pais-casos-anorexia-nerviosa-mundo_1_10731913.html)
25. Morales López, M. J. (2019, 18 de diciembre). *Anorexia nerviosa en población pediátrica*. SciELO - Scientific Electronic Library Online. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152019000200046#:~:text=Su%20prevalencia%20mundial%20es%20de.presentará%20un%20trastorno%20de%20alimentación](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200046#:~:text=Su%20prevalencia%20mundial%20es%20de.presentará%20un%20trastorno%20de%20alimentación).
26. Biblioteca de congreso nacional de Chile. (2009, 22 de enero). *Aumentan los desordenes alimenticios en Chile y el Asia Pacífico - Programa Asia Pacífico*. Observatorio Asiapacífico. <https://www.bcn.cl/observatorio/asiapacifico/noticias/aumentan-los-desordenes-alimenticios-en-chile-y-el-asia-pacifico>
27. Masaki, Gómez, T. D. (2008, 9 de enero). *Trastornos alimentarios en Japón*. Acta Académica. <https://www.aacademica.org/000-032/162.pdf>
28. Lenoir, Silber, M. T. J. (2006, 23 de marzo). *Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología,*

- fisiopatología, morbilidad y mortalidad.* Sociedad Argentina de Pediatría. [https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2006/arch06\\_3/v104n3a11.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2006/arch06_3/v104n3a11.pdf)
29. University of Washington, I. f. H. M. a. E. (2019, 14 de marzo). *GBD Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
30. University of Washington, I. f. H. M. a. E. (2019, 21 de marzo). *GBD Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
31. University of Washington, I. f. H. M. a. E. (2019a, 13 de marzo). *GBD Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
32. University of Washington, I. f. H. M. a. E. (2019, 18 de abril). *GBD Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

**AN:** anorexia nerviosa

**GBD:** Global Burden of Disease

**TCA:** trastornos de la conducta alimentaria.

**AVAD:** años de vida ajustados con discapacidad.

**AVD:** años vividos con discapacidad.

**AVP:** Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura.

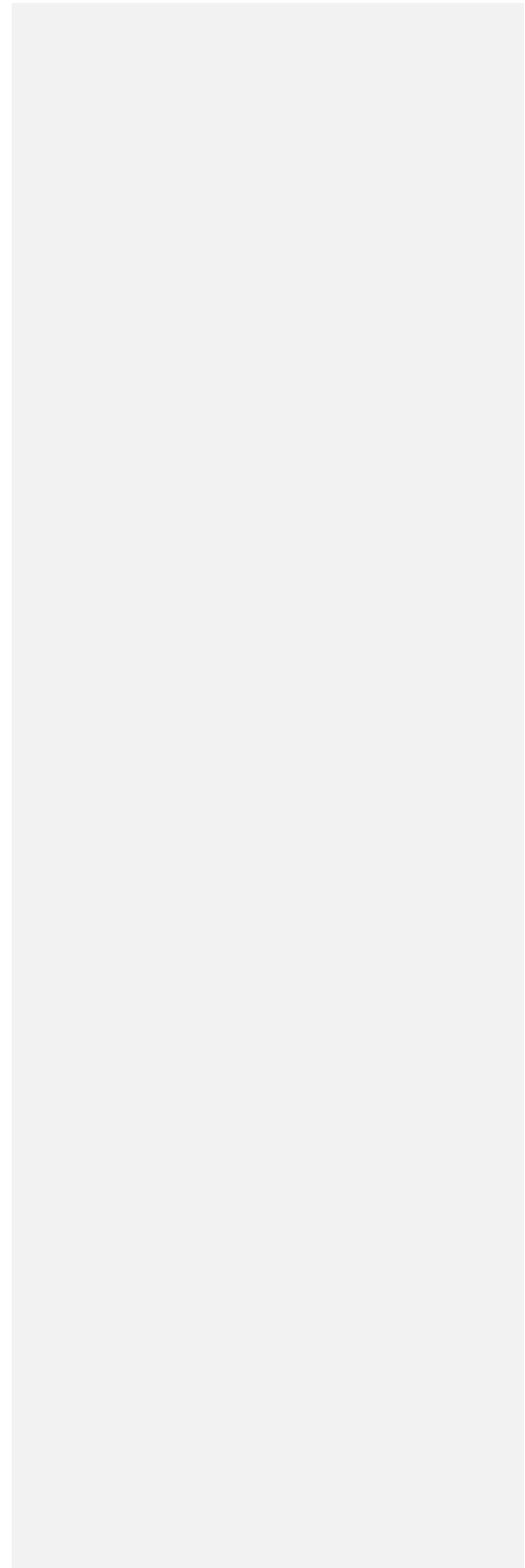
**DSM:** manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

**TCC:** terapia cognitiva conductual

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**IMC:** Índice de masa corporal

## **ANEXOS**




# DECLARACIÓN JURADA

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Katherine Garcia Marin, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 3-0498-0529 egresado de la carrera de Medicina y Cirugia 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: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ANOREXIA NERVOSA RELACIONADO CON MORTALIDAD Y CARGA DE LA ENFERMEDAD COSTA RICA 2000 - 2019

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 8 (ocho) días del mes de Mayo del año dos mil veinticuatro.

  
Firma del estudiante  
Cédula 3-0498-0529

## CARTA DE APROBACIÓN

San José, Sábado 1 junio 2024

Señores

Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Katherine García Marín, cédula de identidad número 3-0498-0529, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación el trabajo de **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA RELACIONADO CON MORTALIDAD Y CARGA DE LA ENFERMEDAD COSTA RICA 2000 – 2019**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

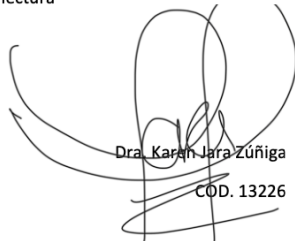
He verificado que se ha incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones. texto

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A.	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8%
B.	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C.	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	28%
D.	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17%
E.	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	20%
F.	TOTAL		93%

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

Atentamente

  
Dra. Karan Jara-Zúñiga  
COD. 13226

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, \_\_\_\_28 junio de 2024\_\_\_\_\_

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) \_\_Katherine García Marín\_\_\_\_\_ con número de identificación \_\_\_\_304980529\_\_\_\_\_ autor (a) del trabajo de graduación titulado **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA RELACIONADO CON MORTALIDAD Y CARGA DE LA ENFERMEDAD COSTA RICA 2000 – 2019** presentado y aprobado en el año \_\_\_\_2024\_\_\_\_\_ como requisito para optar por el título de \_\_\_\_\_Medicina y Cirugía\_\_SI\_\_\_\_\_; (SI / NO) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) 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,  
  
\_\_\_\_\_  
Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)  
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y  
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

**Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional**

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.

San José, 27 de junio de 2024

**Señores**  
**Departamento de Registro Universidad**  
**Hispanoamericana**

Estimados señores:

Me permito saludarles.  
Procedo a indicar lo siguiente:

La estudiante **KATHERINE GARCÍA MARÍN**, me ha remitido por primera vez, para efectos de revisión y aprobación por lectura, el trabajo de investigación para Tesis denominado: **“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA RELACIONADO CON MORTALIDAD Y CARGA DE LA ENFERMEDAD COSTA RICA 2000 – 2019”** para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He verificado 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, su congruencia y cumplimiento de objetivos.

Tras realizar la lectura, **procedo a avalar el traslado de la tesis al proceso siguiente de defensa de su trabajo**, reiterando de antemano, el cumplimiento de la tramitología pertinente y demás requerimientos para este proceso por el estudiante.

La investigación leída por mi persona logra cumplir con los objetivos planteados, proporcionando una visión detallada de la epidemiología de la anorexia nerviosa en Costa Rica. Las recomendaciones están bien fundamentadas en los resultados obtenidos, y la metodología aplicada fue adecuada para responder a la pregunta de investigación. Hubiese sido interesante dirigir la discusión un poco más al ámbito educativo principalmente a un mayor énfasis en la prevención mediante programas en escuelas y comunidades para reducir la incidencia de la anorexia nerviosa en la población joven según los datos analizados. En la parte de justificación hubiese sido interesante ver el comportamiento nacional mediante una comparación internacional para identificar prácticas efectivas y posibles áreas de mejora en el manejo del trastorno, que se hubieran incluido en recomendaciones.

Saludos cordiales,

**ALLAN EMILIO** Firmado digitalmente  
**RIMOLA RIVAS** por ALLAN EMILIO  
**(FIRMA)** RIMOLA RIVAS (FIRMA)  
Fecha: 2024.06.28  
09:14:32 -06'00'

Dr. Allan Rímola Rivas

Código Médico: 8533

Cédula: 110870329