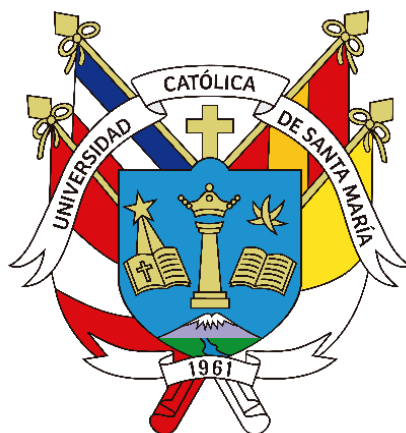


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Síntomas de depresión y ansiedad asociados a posible trastorno de la
conducta alimentaria en adolescentes mujeres en una institución educativa
particular de Arequipa, 2024.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Begazo Villanueva, Antuanet Aylin

ORCID: 0009-0002-6939-9809

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Nuñez Zevallos, Gladys Edith

ORCID: 0000-0003-3812-7632

Arequipa - Perú

2025

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 10 de Marzo del 2025

Dictamen: 014688-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 014688, presentado por:

2017240982 - BEGAZO VILLANUEVA ANTUANET AYLIN

Titulado:

**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR
DE AREQUIPA, 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29389055 - DEL CASTILLO SOLORZANO NOEMI
DICTAMINADOR**



**29719524 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



Síntomas de depresión y ansiedad asociados a posible trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	10%	8%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
2	acontecerpsiquico.files.wordpress.com	1%
	Fuente de Internet	
3	ladybird.emt.ee	1%
	Fuente de Internet	
4	prezi.com	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	1%
	Trabajo del estudiante	
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María	1%
	Trabajo del estudiante	
7	www.elsevier.es	1%
	Fuente de Internet	
8	www.npunto.es	1%
	Fuente de Internet	
9	www.adolescere.es	1%
	Fuente de Internet	
10	www.barcelona.cat	1%
	Fuente de Internet	

DEDICATORIA

A mis padres Jorge y Rosario

A mi hermano Jorge Andre

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme disfrutar de este proceso y esta carrera tan maravillosa junto a mi familia, sacando de ello una experiencia positiva.

A mis papas Jorge y Rosario por influir en mi forma de ser, trabajaron duro para poder verme cumplir mis metas y estaré eternamente agradecida por ello, son mi inspiración.

A mi hermano Jorge por enseñarme la nobleza y empatía hacía los que me rodean y ser siempre mi ancla a tierra, jamás hubiese podido avanzar en mi camino si no fuera por su apoyo y cariño.

A la Universidad Católica de Santa María, a mis doctores y docentes por inspirarme a dar lo mejor de mí y enseñarme a querer la carrera que soñe.

A mis amigos, que hicieron de esta experiencia más amena, siempre estuvieron en las buenas, las malas y las peores.

A mi mascota de la infancia Peluchín, quien falleció en 2023 y llevo su recuerdo a mi lado siempre, mi compañero de desveladas y mi eterno acompañante en los momentos difíciles.



EPÍGRAFE

*“Lo importante no es lo que nos hace el destino,
sino lo que nosotros hacemos de él”*

Florence Nightingale

RESUMEN

La adolescencia es un período en la vida en donde existen factores de riesgo a desarrollar trastornos de la salud mental. La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes y son las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes. Los trastornos de la conducta alimentaria han mostrado un incremento de prevalencia, siendo las mujeres más afectadas. Existen múltiples estudios que demuestran la relación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con otros trastornos de la salud mental, contribuyendo a un peor pronóstico y siendo de importancia detectarlos. Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo identificar la existencia de síntomas de depresión y/o ansiedad y su asociación con un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes mujeres pertenecientes a una Institución Educativa Particular de Arequipa en el año 2024. Metodología: La metodología es la correspondiente a un estudio de campo, transversal de asociación simple. La investigación se realizó con una muestra conformada por 86 adolescentes mujeres pertenecientes a una institución educativa particular de la ciudad de Arequipa en el años 2024, se les aplico dos cuestionario validados los cuales son la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y el Cuestionario de EAT-26 para TCA. Una vez obtenidos los datos, fueron recogidos en una matriz del programa Microsoft Excel y luego procesados de manera estadística en el programa SPSS 29.0 para su interpretación, utilizando el método chi cuadrado (χ^2) para su comparación. Resultados: Los resultados obtenidos indicaron que el 75.58% de las adolescentes presentaron síntomas de ansiedad, mientras que el 76.74% mostraron signos de depresión. Asimismo, se identificó una probable presencia de casos de TCA en el 24.42% de la muestra. Se evidenció una asociación significativa y directa entre los síntomas de depresión y/o ansiedad y la posibilidad de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria así como la presencia de un posible TCA. Conclusiones: Los hallazgos de esta investigación resaltan la importancia de abordar la salud mental en adolescentes, considerando la alta prevalencia de ansiedad y depresión en esta población y su posible relación con los TCA. Se recomienda la implementación de programas de prevención y detección temprana en entornos educativos para reducir el impacto de estos trastornos en la juventud.

Palabras claves: Síntomas de depresión y ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, adolescentes mujeres.

ABSTRACT

Adolescence is a period in life where there are risk factors to develop mental health disorders. Depression and anxiety are the most common disorders and are the leading causes of illness and disability in adolescents. Eating disorders have shown an increase in prevalence, with women being the most affected. There are multiple studies that demonstrate the relationship of eating disorders with other mental health disorders, contributing to a worse prognosis and being important to detect them. Objective: The present study aimed to identify the existence of symptoms of depression and/or anxiety and their association with a possible Eating Behavior Disorder (ACT) in female adolescents belonging to a Private Educational Institution of Arequipa in 2024. Methodology: The methodology is that corresponding to a field study, transversal of simple association. The research was carried out with a sample of 86 adolescent women belonging to a particular educational institution in the city of Arequipa in 2024, Two validated questionnaires were applied, namely the Goldberg Anxiety and Depression Scale and the EAT-26 Questionnaire for TCA. Once the data were obtained, they were collected in a matrix of the Microsoft Excel program and then processed statistically in the SPSS 29.0 program for interpretation, using the chi square method (χ^2) for comparison. Results: The results indicated that 75.58% of the adolescents presented anxiety symptoms, while 76.74% showed signs of depression. In addition, a probable presence of TCA cases was identified in 24.42% of the sample. There was a significant and direct association between the symptoms of depression and/or anxiety and the possibility of developing an eating disorder as well as the presence of a possible TCA. Conclusions: The findings of this research highlight the importance of addressing mental health in adolescents, considering the high prevalence of anxiety and depression in this population and its possible relationship with TCA. Prevention and early detection programs in educational settings are recommended to reduce the impact of these disorders on youth.

Keywords: Symptoms of depression and anxiety, eating disorders, adolescent women.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3

1.1. Determinación del problema 3

1.2. Enunciado del problema 3

1.3. Descripción del Problema 3

1.4. Área del Conocimiento..... 4

1.5. Variables del estudio 4

1.6. Análisis u operacionalización de variables 4

1.7. Interrogantes Básicas..... 5

1.8. Tipo de investigación 5

1.9. Diseño de Investigación 5

1.10. Nivel de investigación 5

1.11. Justificación 5

1.11.1. Justificación científica 5

1.11.2. Justificación social 6

1.11.3. Justificación personal..... 6

1.11.4. Originalidad 7

1.11.5. Factibilidad 7

2. OBJETIVOS..... 7

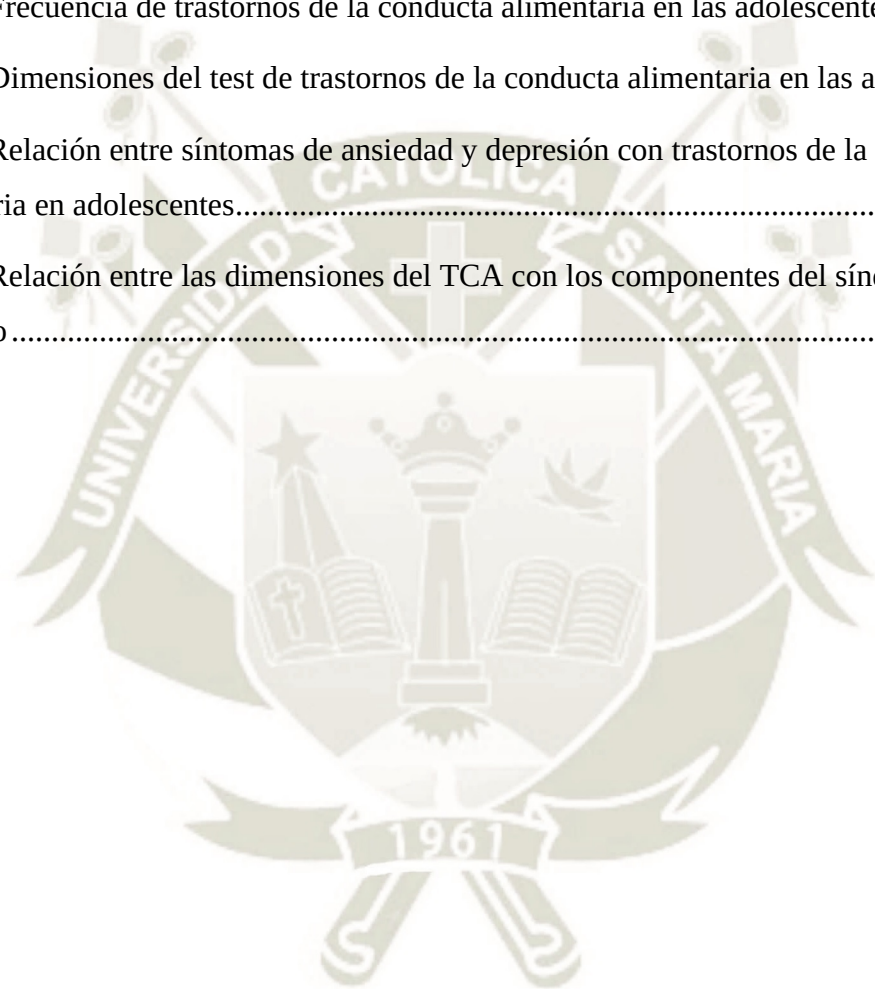
2.1. Objetivo General	7
2.2. Objetivos Específicos	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. ADOLESCENCIA	8
3.1.1. Fases de la adolescencia.....	8
3.1.2. Neuropsicología en la adolescencia	9
3.2. ANSIEDAD	11
3.2.1. Etiología.....	11
3.2.2. Epidemiología y tasas de prevalencia	12
3.2.3. Clasificación según el DSM-5 (15).....	12
3.2.4. Trastorno de Ansiedad Generalizado	13
3.2.5. Ansiedad en el adolescente	14
3.2.6. Tratamiento en los Trastornos de Ansiedad.....	16
3.3. DEPRESIÓN	20
3.3.1. Etiología.....	20
3.3.2. Epidemiología	20
3.3.3. Factores de riesgo	21
3.3.4. Clasificación	22
3.3.5. Tratamiento	25
3.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	26
3.4.1. Definición	26
3.4.2. Epidemiología	26
3.4.3. Clasificación	27
3.4.4. Factores de riesgo	28
3.4.5. Anorexia Nerviosa (AN).....	31
3.4.6. Bulimia Nerviosa (BN):.....	36

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	41
4.1. A NIVEL LOCAL.....	41
4.2. A NIVEL NACIONAL	42
4.3. A NIVEL INTERNACIONAL	43
5. HIPÓTESIS	44
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	45
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE APLICACIÓN	46
1.1. Técnicas.....	46
1.2. Instrumentos	46
1.3. Materiales de verificación	46
2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN	46
2.1. Ubicación espacial.....	46
2.2. Ubicación temporal	46
2.3. Unidades de estudio	46
2.4. Criterios de Selección.....	47
2.4.1. Criterios de inclusión	47
2.4.2. Criterios de exclusión	47
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.1. Organización	47
3.2. Recursos	48
3.2.1. Humanos	48
3.2.2. Materiales.....	48
3.2.3. Financiamiento.....	48
3.3. Validación de instrumentos	48
3.3.1. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (ANEXO 2)	48
3.3.2. Cuestionario EAT-26 (ANEXO 3)	48

3.4. Aspectos éticos de la investigación.....	49
3.5. Criterios o estrategias para el manejo de datos y resultados	49
3.5.1. Recolección de datos.....	49
3.5.2. BSistematización de datos	49
3.5.3. Análisis de datos	49
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	50
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	72
ANEXO 1: Consentimiento informado	73
ANEXO 2 Test de Golbert.....	75
ANEXO 3 Cuestionario EAT-26.....	76
ANEXO 4: Matriz de datos.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes participantes.....	51
Tabla 2 Frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en las estudiantes.....	52
Tabla 3 Severidad de síntomas de ansiedad en las adolescentes	53
Tabla 4 Severidad de síntomas de depresión en las adolescentes.....	54
Tabla 5 Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes.....	55
Tabla 6 Dimensiones del test de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes ...	56
Tabla 7 Relación entre síntomas de ansiedad y depresión con trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.....	57
Tabla 8 Relación entre las dimensiones del TCA con los componentes del síndrome ansioso-depresivo	58



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de intensos cambios físicos, psíquicos y sociales que transforma al niño en adulto. Aunque es el periodo más saludable desde un punto de vista orgánico, también es el más problemático y de mayor riesgo psicosocial. Los actuales cambios socioculturales, como la moda, la tecnología, la cultura del ocio, acceso a sustancias nocivas, descoordinación entre escuela y trabajo, inestabilidad familiar e inmigración, tienen importantes repercusiones en el desarrollo y salud integral del adolescente (1).

Uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años presenta algún tipo de trastorno mental. Estas condiciones representan el 15% de la carga mundial de morbilidad y mortalidad en adolescentes. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento son algunas de las principales causas de enfermedad y discapacidad en este grupo etario. El suicidio constituye la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 29 años. La falta de tratamiento oportuno de los trastornos de salud mental en adolescentes puede tener repercusiones negativas en la adultez, afectando tanto su salud física como mental y limitando sus oportunidades de llevar una vida plena en el futuro. Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosas, suelen aparecer durante la adolescencia. Afectan al 0,1% de los jóvenes de 10 a 14 años y al 0,4% de los de 15 a 19 años, siendo más frecuentes en chicas que en chicos. Se manifiestan con conductas alimentarias anormales y preocupación por el peso y la figura. Los afectados suelen sufrir también depresión, ansiedad y problemas de consumo indebido de sustancias. La anorexia nerviosa puede causar muerte prematura por complicaciones médicas o suicidio, y tiene la mortalidad más alta entre los trastornos mentales (2).

Las personas con trastornos de la alimentación a menudo también sufren de otros trastornos mentales, como depresión o ansiedad, o problemas con el consumo de sustancias. Altos niveles de depresión y ansiedad aumentan la probabilidad de trastornos alimentarios. Numerosos estudios muestran una fuerte asociación entre trastornos alimentarios y otros problemas de salud mental, especialmente depresión y ansiedad. Los adolescentes, expuestos a diversos factores de riesgo, son un grupo clave en el estudio de estas asociaciones (3,4).

CAPÍTULO 1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Determinar los síntomas de depresión y/o ansiedad y su asociación a un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes mujeres pertenecientes a una Institución Educativa Particular de Arequipa, 2024.

1.2. Enunciado del problema

¿Existen síntomas de depresión y/o ansiedad asociados a un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes mujeres pertenecientes a una Institución Educativa Particular de Arequipa, 2024?

1.3. Descripción del Problema

La adolescencia es aquella etapa del desarrollo que está marcada por cambios en diferentes ámbitos de la vida del ser humano como son físicos, emocionales y sociales, los cuales junto a factores de riesgo como la violencia intrafamiliar, el bullying, la pobreza, el abuso sexual, etc hacen al adolescente un individuo vulnerable y por tanto de riesgo a presentar un Trastorno de la Salud Mental.

Según la OMS 1 de cada 7 adolescentes de entre 10 y 19 años padece de un trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad los más comunes, los cuales son las causas principales de enfermedad y discapacidad en adolescentes. Así mismo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) van en aumento en su prevalencia e incidencia, la OMS indica que afectan a un 0,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y un 0,4% de aquellos entre los 15 a 19 años, siendo las mujeres jóvenes una población en riesgo, por el aumento de su frecuencia comparada con los varones (2).

Múltiples estudios indican una relación estrecha entre los TCA y otros trastornos de la salud mental; distintos síntomas psiquiátricos presentes en los trastornos de ansiedad, depresión, así como también en trastornos del abuso de sustancias pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA. Y a su vez los TCA parecen compartir características psicopatológicas con otros trastornos (5).

Debido a lo previamente mencionado en este estudio se buscó identificar la problemática presente en las adolescentes al ser una población de riesgo y establecer la relación entre las patologías existentes.

1.4. Área del Conocimiento

- Área General: Ciencias de la salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud Mental en adolescentes mujeres de una institución educativa particular

1.5. Variables del estudio

- Variable Independiente: Ansiedad y Depresión
- Variable Dependiente: Trastorno de la Conducta Alimentaria

1.6. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Ansiedad	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	- 0-4 No ansiedad - >4 Ansiedad	Nominal
Depresión	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	- 0-2 No depresión - <2 Depresión	Nominal
VARIABLES DEPENDIENTES			
Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	Cuestionario EAT-26	- Sin TCA - Con TCA	Nominal
	Edad	- 14-15 años - 15-16 años - 16-17 años	De razón
	Peso	kg	De razón
	Talla	m	De razón
	IMC	- Bajo peso: <18.5 - Peso normal: 18.5 y 24.9 - Sobrepeso: 25 y 29.9 - Obesidad grado I: 30 y 34.9 - Obesidad grado II: 35 y 39.9 - Obesidad grado III: <40	Ordinal

	Frecuencia de ejercicio	- 1 vez por semana - 2-4 veces por semana - Más de 4 veces por semana	Ordinal
--	-------------------------	---	---------

1.7. Interrogantes Básicas

- ¿Existen síntomas de ansiedad en adolescentes mujeres de una institución educativa particular de Arequipa en el año 2024?
- ¿Existen síntomas de depresión en adolescentes mujeres de una institución educativa particular de Arequipa en el año 2024?
- ¿Hay la probable presencia de casos de TCA en adolescentes mujeres de una institución educativa particular de Arequipa en el año 2024?
- ¿Existe una relación entre la presencia de síntomas de depresión y ansiedad y la presencia de un probable caso de TCA en adolescentes mujeres de una institución educativa particular de Arequipa en el año 2024?

1.8. Tipo de investigación

- Según su finalidad: Relacional
- Según su secuencia temporal: Transversal
- Según la cronología de los hechos: Prospectivo
- Según el control de asignación de los factores de estudio: Observacional

1.9. Diseño de Investigación

Relacional, de campo

1.10. Nivel de investigación

Relacional

1.11. Justificación

1.11.1. Justificación científica

La salud mental es un tema al cual le ponemos atención en el campo médico cada vez más y se toma en cuenta en todas las etapas de la vida, principalmente en la adolescencia que es aquella etapa con mayor riesgo a desarrollar Trastornos de la Salud mental.

La depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuente en la población a nivel mundial y también en el adolescente; múltiples estudios han demostrado que muestran una relación estrecha ambos trastornos y que a su vez pueden ir ligados

con otros como son los TCA, estos últimos mencionados con un tipo de trastorno que en los últimos años debido a múltiples factores han mostrado un incremento importante, siendo las mujeres jóvenes la población con mayor riesgo.

Este estudio pretende aportar información y conocer el riesgo presente en la población estudiada a desarrollar trastornos de ansiedad, depresión y TCA identificando los síntomas de los mismos en ellas y a su vez se buscó establecer la asociación entre las patologías ya mencionadas con el fin de fomentar el diagnóstico temprano de todas ellas y que sirva como referencia para otras investigaciones.

1.11.2. Justificación social

Los Trastornos de la Salud Mental no afectan solo al individuo sino también a su entorno cercano y a la sociedad en conjunto, por ello que es tan importante tomarles atención desde múltiples campos. La depresión, la ansiedad y los TCA son trastornos que en la actualidad muestran un incremento en la población adolescente siendo afectadas en mayor frecuencia las mujeres.

Al revisar los resultados e identificar la problemática presente, podemos promover el diagnóstico temprano de estos y a su vez un tratamiento adecuado, así mismo nos sirvió para trabajar junto al entorno educativo a promover conductas de detección oportuna y de prevención en los estudiantes, evitando consecuencias futuras para los estudiantes y su entorno.

1.11.3. Justificación personal

Considero de gran importancia este estudio ya que me identifico como mujer y empatizo con mis menores teniendo en cuenta el incremento de estos trastornos en la población de mujeres jóvenes. Para mí es importante identificar la problemática de manera temprana e implementar en las escuelas un mecanismo de soporte para aquellos adolescentes tanto hombres como mujeres que lo necesiten. Nosotros como médicos tenemos la responsabilidad de estar pendiente de problemáticas actuales que entran en nuestro campo, creo que este estudio nos puede ayudar a tener una idea del nivel de riesgo al que nos enfrentamos y puede servir como referencia para estudios posteriores que busquen ayudar a nuestra población más vulnerable en este aspecto y que muchas veces son dejados de lado, que son los adolescentes.

1.11.4. Originalidad

Múltiples estudios indican la relación existente entre la depresión, la ansiedad y otros trastornos de la salud mental como son los TCA, así como también hay múltiples estudios que nos indican la prevalencia de depresión, ansiedad o TCA presentes en una población adolescente; sin embargo, no hay un estudio que nos especifique el riesgo existente de estos tres trastornos en una población de mayor riesgo como son las adolescente mujeres y que a su vez establezca una relación directa entre los trastornos pudiendo ver si es que de alguna manera la presencia de ambos de asocia.

1.11.5. Factibilidad

El presente estudio es viable debido a la fácil accesibilidad del investigador a la población en estudio que en este caso son adolescentes pertenecientes a una institución particular de mujeres, la cual se muestra de acuerdo con realizar la investigación; así como la disponibilidad en las escalas de evaluación validadas como son la Escala de ansiedad y depresión de Golberg y el cuestionario EAT-26, todo lo mencionado nos permite tener un diseño de estudio factible con una correcta metodología, lo cual permite su ejecución de forma adecuada.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Identificar la existencia de síntomas de depresión y/o ansiedad y su asociación a un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes mujeres pertenecientes a una Institución Educativa Particular de Arequipa, 2024.

2.2. Objetivos Específicos

- Detectar los síntomas de ansiedad y de depresión en adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.
- Descubrir la probable presencia de casos de TCA en adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.
- Identificar y establecer la relación entre las dimensiones de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión con las dimensiones de un probable caso de TCA en adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADOLESCENCIA

La adolescencia, del latín «adolescere» (crecer hacia la adultez), es la etapa entre la infancia y la adultez. Durante esta fase, se experimenta una maduración física, psicológica y social que transforma al individuo en adulto. Este desarrollo psicosocial resulta de la interacción entre el progreso previo, factores biológicos como la pubertad y cambios hormonales, y determinantes sociales y culturales (6).

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. A pesar de la dificultad para establecer un rango exacto de edad, es relevante reconocer el valor adaptativo, funcional y decisivo de esta etapa (7).

3.1.1. Fases de la adolescencia

No existe un único esquema de desarrollo psicosocial para todos los jóvenes, pues la adolescencia es un proceso muy variable en el crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social. Las edades de inicio y fin de la adolescencia varían, así como el avance individual por sus etapas. Este proceso puede ser asincrónico en aspectos biológicos, emocionales, intelectuales y sociales, con períodos de regresión ante estresores (6).

Además, muestra diferencias derivadas de múltiples factores; sin embargo se plantea un lineamiento universal de etapas, las cuales son:

- **Adolescencia temprana:** Se toma en cuenta desde los 10 a 13 años en donde él o la adolescente se ajusta a los cambios puberales. Empieza un distanciamiento afectivo hacia los padres, prefiere socializar con los “pares” del mismo género, conserva un pensamiento concreto con planes del futuro muy vagos, inicia la curiosidad sexual y explora la rigidez o flexibilidad del sistema moral de sus padres.
- **Adolescencia media:** Abarca de los 14-16 años, hay mayor distanciamiento de sus padres, explora diferentes imágenes para expresarse, inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual, explora varios roles de adultos, socializa con pares de diferente género, se fascina por la capacidad de pensar diferente, y se centra más en sí mismo.

- **Adolescencia tardía:** Desde los 17-19 años, independiente, integra la imagen corporal a la personalidad, relaciones basadas en el cuidado, respeto y la intimidad, prefiere relaciones sociales más individuales que con grupos, define planes y metas específicas, es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología (8).

3.1.2. Neuropsicología en la adolescencia

Durante la adolescencia debido a la maduración de la glándula pineal y de otras zonas del cerebro implicadas en el control del ritmo circadiano, este ciclo se altera. La somnolencia nocturna se inicia más tarde y en la mañana el cuerpo y el cerebro también comienzan a activarse más tardíamente. El retraso del ritmo circadiano combinado con los horarios produce una falta de descanso lo cual conlleva a una disminución del rendimiento cognitivo y un incremento de estrés. Se producen cambios en tres zonas clave del cerebro, llamadas el triángulo de la adolescencia el cual está conformado por la amígdala encargada de las respuestas emocionales, la corteza prefrontal encargada del control de funciones ejecutivas y el estriado encargado de la búsqueda de recompensas; en la adolescencia se ve una baja en la función de la corteza prefrontal y un aumento en la función del estriado y la amígdala (9).

La amígdala que es el núcleo neuronal que genera las emociones, se vuelve hiperreactiva, esto implica que responde más rápidamente y con mayor intensidad de forma emocional ante cualquier situación. Esto tiene una explicación biológica; los adolescentes deben enfrentarse a situaciones de adultos sin tener experiencia en la vida de adulto, esto implica que ante una situación nueva la perciban como amenaza y necesitan reaccionar con rapidez como un simple mecanismo de autoprotección, esta es precisamente la función del sistema emocional, generar respuestas rápidas ante situaciones que se perciben como urgentes. De forma paralela, la corteza prefrontal se reorganiza y adquiere muchas conexiones nuevas y elimina otras que tenía, esto hace que pierda temporalmente eficiencia de funcionamiento (10).

La función de la corteza prefrontal es permitir y gestionar la reflexión, la planificación, la toma de decisiones basadas en el razonamiento y la gestión de los estados emocionales y otros procesos cognitivos; por lo que a los adolescentes les

cuesta más esfuerzo y más tiempo realizar funciones cognitivas. Las emociones hiperreactivas y la dificultad para razonar y gestionárselas genera estrés, el cual especialmente cuando es crónico y de intensidad moderada o aguda dificulta aún más la corteza prefrontal lo que conlleva, a generar a un más estrés, por ello es importante saber que el nivel de estrés en adolescentes es superior al de otras etapas en nuestro desarrollo de vida. Los adolescentes también buscan de forma instintiva romper los límites establecidos como forma de cuestionar lo aprendido durante la infancia y de reubicarse entre sus iguales para entrarse en el mundo de los adultos. Este hecho se debe a la maduración de una zona del cerebro, llamada el estriado. El estriado es el encargado de generar sensaciones de recompensa y de anticipar recompensas futuras para las acciones que se aprenden ahora, por lo que está íntimamente relacionado con la motivación y el optimismo, y al hecho de buscar novedades que pueden ser recompensadas. Este hecho les impulsa a probar nuevas experiencias y sensaciones, a romper con los límites establecidos y a valorar muy intensamente los refuerzos que les llegan de su entorno tanto de los adultos como de sus iguales y con independencia de qué sean positivos o negativos. Esta búsqueda de nuevas sensaciones puede generar sensaciones placenteras y recompensas lo cual no encuentra un contrapeso adecuado en la capacidad de controlar los impulsos y emociones durante esta etapa, por la pérdida de eficiencia en el funcionamiento de la corteza prefrontal y la hiperreactividad emocional. La hiperreactividad emocional combinada con la búsqueda de nuevas sensaciones recompensables y con una baja capacidad de control ejecutivo de los impulsos y de la conducta en general, genera las contradicciones y altibajos típicos de la adolescencia, los cuales son inevitables; pero el principal problema surge cuando una adolescente o un grupo de adolescentes perciben como recompensas actitudes que les pueden terminar resultando lesivas para sí mismos o para la sociedad como es el caso de iniciarse en el consumo de sustancias tóxicas (9).

Todo lo anteriormente mencionado refuerza al concepto de que los adolescentes son una población en riesgo a desarrollar trastornos de la salud mental como son la ansiedad, depresión, abuso de sustancias, etc.

3.2. ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Aunque se solapan, el miedo suele estar asociado a activación autonómica para defensa o fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida; la ansiedad se asocia más con tensión muscular, vigilancia ante un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal porque son excesivos o persistentes más allá de lo esperado en el desarrollo. A diferencia de la ansiedad transitoria inducida por el estrés, son persistentes, generalmente duran 6 meses o más (10).

La ansiedad patológica es desproporcionada y prolongada. La ansiedad fisiológica es una defensa frente a amenazas diarias, mejora el rendimiento, es leve y no requiere atención psiquiátrica. En cambio, la ansiedad patológica bloquea respuestas adecuadas, empeora el rendimiento y demanda atención psiquiátrica (11).

La ansiedad patológica es persistente y se presenta como un estado de aprensión continua, que incluye miedo, percepción de peligro, incontrollabilidad, incertidumbre y vulnerabilidad. Aparece de forma espontánea, inesperada y recurrente sin un estímulo amenazante. Es provocada por diversas situaciones o señales inocuas, cuya amenaza es relativamente baja (12).

Los trastornos de ansiedad son los diagnósticos psiquiátricos más comunes, con una prevalencia global del 7.3%. Según el DSM-5, estos trastornos exageran dos respuestas adaptativas: el miedo y la ansiedad (13).

3.2.1. Etiología

Los trastornos de ansiedad tienen una génesis compleja y una variabilidad genética estimada entre el 30% y el 50%. Factores temperamentales, sociales y ambientales influyen en su desarrollo. Según Williams, los biotipos de depresión y ansiedad se basan en la disfunción de circuitos neuronales, con alteraciones en el procesamiento de amenazas que involucran la amígdala y la circunvolución del cíngulo anterior. La amígdala muestra sobre reactividad a estímulos de amenaza en diversos trastornos ansiosos y depresivos. Esta hiperreactividad también está ligada a la ansiedad por rasgos y al neuroticismo en personas sanas. Además, se ha

observado una hipoactivación de la circunvolución del cíngulo anterior en la ansiedad generalizada y social (14).

3.2.2. Epidemiología y tasas de prevalencia

Para entender la epidemiología de los trastornos de ansiedad, debemos diferenciar entre estudios comunitarios y clínicos, así como considerar la procedencia geográfica. La prevalencia global varía entre 3,8% y 25%, según el país y la metodología. La OMS estima que el 3,6% de la población sufre ansiedad generalizada anualmente y el 2,7% experimenta un trastorno de pánico en algún momento. El 6,6% padece trastorno de ansiedad (19).

3.2.3. Clasificación según el DSM-5 (15).

3.2.3.1. TA por separación

La ansiedad de separación se caracteriza por una preocupación intensa y persistente relacionada con la separación de una persona con la que se tiene un vínculo estrecho. Se manifiesta en al menos tres síntomas, como preocupación, malestar psicológico, rechazo a quedarse solo en casa o trasladarse a otros lugares (como escuela o trabajo), y/o la presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación o su anticipación.

3.2.3.2. Mutismo selectivo

Incapacidad persistente de hablar o responder en situaciones sociales específicas donde se espera, aunque sí lo hace en otras situaciones, como en casa con familiares inmediatos.

3.2.3.3. Fobia específica

Miedo o ansiedad intensa y persistente ante un objeto o situación específica, que se evita o soporta con intenso miedo o ansiedad.

3.2.3.4. TA Social

Intenso miedo o ansiedad en situaciones sociales donde la persona puede ser observada y juzgada negativamente por otros, temiendo actuar de cierto modo o mostrar síntomas de ansiedad.

3.2.3.5. Trastorno de Angustia

Se presentan crisis de angustia recurrentes. Al menos una debe ir seguida durante un mes por preocupación persistente, nuevas crisis o sus consecuencias, y/o un cambio significativo en el comportamiento relacionado con las crisis.

3.2.3.6. Agorafobia

La agorafobia se caracteriza por un miedo o ansiedad intensos en dos o más situaciones, como el uso de transporte público, espacios abiertos, lugares cerrados, hacer colas, estar en multitudes o salir solo. Estas situaciones se evitan, requieren un acompañante o se soportan con gran miedo por temor a la incapacidad de escapar o recibir ayuda en caso de síntomas de angustia u otros síntomas incapacitantes o vergonzosos.

3.2.4. Trastorno de Ansiedad Generalizado

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva sobre diversos eventos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de esta ansiedad no corresponde a la probabilidad real del evento anticipado. La persona no puede controlar la preocupación, lo que interfiere con su atención a las tareas inmediatas (10).

3.2.4.1. Criterios Diagnósticos

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses).

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio) (10).

La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes. Esta alteración no se puede atribuir a sustancias (p. ej., drogas, medicamentos) ni a afecciones médicas (p. ej., hipertiroidismo). Tampoco se explica mejor por otros trastornos mentales (p. ej., trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de estrés postraumático, anorexia nerviosa, trastorno de síntomas somáticos, trastorno dismórfico corporal, trastorno de ansiedad por enfermedad, esquizofrenia o trastorno delirante) (10).

3.2.5. Ansiedad en el adolescente

La adolescencia implica un sobreesfuerzo individual por afrontar cambios. Para ello, se desarrollan diversos tipos de comportamientos, dentro de los cuales, algunos les ayudarán, mientras otros tendrán consecuencias negativas, produciendo un desarrollo disarmonico entre las áreas biológicas, psicológicas y sociales, provocando dificultades adaptativas e incluso determinadas alteraciones

psicopatológicas, dentro de las cuales se encuentra la ansiedad. Los trastornos de ansiedad aparecen cuando se rebasa la capacidad de adaptación. Cuando éstos se encuentran muy estresados (como puede ser la presión por los exámenes o la tan conocida “selectividad”), pero la ansiedad puede agravarse y convertirse en un estado emocional permanente por lo tanto convertirse en patológica y también puede asociarse como ya se mencionó anteriormente a otros trastornos

La adolescencia implica un esfuerzo significativo para afrontar cambios. En este proceso, se desarrollan diversos tipos de comportamientos; algunos son beneficiosos, mientras que otros pueden tener consecuencias negativas, resultando en un desarrollo desequilibrado entre las áreas biológicas, psicológicas y sociales, lo cual puede causar dificultades adaptativas e incluso determinadas alteraciones psicopatológicas, como la ansiedad. Los trastornos de ansiedad aparecen cuando se excede la capacidad de adaptación. Cuando los adolescentes están muy estresados (por ejemplo, debido a la presión por los exámenes o la "selectividad"), la ansiedad puede agravarse y convertirse en un estado emocional permanente, volviéndose patológica y asociándose con otros trastornos (16).

Dentro de los diversos síntomas que se pueden producir en el trastorno de ansiedad, los más comunes son:

- Síntomas físicos: o Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Palpitaciones, dolor precordial, disnea.
- Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Micción frecuente.
- Problemas en la esfera sexual

Síntomas psicológicos: o Preocupación, aprensión, sensación de agobio.

- Miedo a perder el control, sensación de muerte inminente.
- Dificultades para la concentración, quejas de pérdidas de memoria.
- Irritabilidad, desasosiego, inquietud.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición psicomotora, obsesiones o compulsiones

Síntomas conductuales: o Tensión muscular.

- Frecuentes bloqueos.

- Respuestas desproporcionadas a estímulos externos (16).

3.2.6. Tratamiento en los Trastornos de Ansiedad

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad busca aliviar síntomas, prevenir recaídas, evitar secuelas y restaurar la funcionalidad del paciente con la mayor tolerancia posible a la medicación. Para una mejor respuesta, el médico debe considerar: edad del paciente, tratamientos previos, riesgo de suicidio, tolerancia, interacciones con otros medicamentos, posibilidad de embarazo y preferencias del paciente (17).

3.2.6.1. Abordaje del área biopsicosocial

El modelo biopsicosocial de la ansiedad es un enfoque integral para comprender y tratar los trastornos de ansiedad. Reconoce que la ansiedad resulta de factores biológicos, psicológicos y sociales. La evaluación considera la historia clínica, síntomas físicos y emocionales, factores de estrés, patrones de pensamiento y apoyo social. Los factores biológicos incluyen alteraciones químicas y predisposición genética. A nivel psicológico, se consideran experiencias traumáticas y pensamientos catastrofistas. Los factores sociales abarcan el entorno familiar, laboral y de amistad.

Un plan de tratamiento basado en este enfoque puede incluir fármacos, terapia cognitivo-conductual, terapia de exposición, técnicas de relajación, cambios de estilo de vida y apoyo social. El objetivo es abordar los síntomas físicos y psicológicos y ayudar a manejar y reducir la ansiedad. En resumen, este modelo integral permite una comprensión completa de la ansiedad y ofrece tratamientos más efectivos y personalizados (20).

3.2.6.2. Tratamientos Psicológicos

3.2.6.2.1. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TCC es una de las mejores opciones para tratar la ansiedad. Cambia la forma en que las personas interpretan los eventos y reaccionan. Además, aborda la relación entre pensamientos, emociones y conductas, y ofrece estrategias prácticas para mejorar la salud mental (18).

3.2.6.2.2. **Mindfulness y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

Estos enfoques se centran en la conciencia plena del presente y en aceptar los pensamientos y sentimientos sin juzgar, ayudando así a las personas a desarrollar una relación diferente con sus pensamientos ansiosos. La atención plena permite reconocer y aceptar estos pensamientos sin sentirse abrumados. En lugar de evitarlos o suprimirlos, se anima a observarlos con curiosidad y comprensión, reduciendo la intensidad de la ansiedad (18).

3.2.6.2.3. **Terapia Dialéctica Conductual (DBT)**

Es útil para tratar el trastorno límite de la personalidad, combinando técnicas de mindfulness con habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar. La ACT, en este contexto, permite a los individuos observar sus pensamientos y sentimientos sin reaccionar impulsivamente, ayudando a romper el ciclo de impulsividad y reacciones emocionales intensas (18).

3.2.6.2.4. **Terapia Psicodinámica**

Este enfoque explora las influencias inconscientes en el comportamiento, útil para tratar las causas de la ansiedad. La terapia ayuda al paciente a conectar patrones de pensamiento, emociones y comportamiento con experiencias pasadas. Al ser consciente de estos factores, el paciente comprende mejor su ansiedad y desarrolla estrategias efectivas para manejarla (18).

3.2.6.3. **Modificaciones de los estilos de vida**

Alimentación: Una dieta equilibrada puede ayudar a controlar la ansiedad. Evita excitantes y aumenta nutrientes beneficiosos para la ansiedad.

Ejercicio: Practicar deporte regularmente mejora la autoestima y la capacidad de enfrentar problemas, reduciendo la ansiedad. En atención primaria, se recomienda el ejercicio por sus efectos en la liberación de endorfinas y otras hormonas que disminuyen el estrés y la ansiedad. Además, socializar al hacer ejercicio en grupo también es beneficioso.

Higiene de sueño: Los adolescentes con ansiedad suelen tener una peor calidad del sueño, lo cual afecta su aprendizaje y aumenta la ansiedad. Mantener una buena higiene del sueño mejora la calidad del descanso y reduce la ansiedad (20).

3.2.6.4. Tratamientos Farmacológicos

3.2.6.4.1. Antidepresivos

Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram y fluvoxamina:

Los ISRS son el tratamiento inicial para el trastorno de ansiedad generalizada. Mejoran el ánimo y reducen la preocupación excesiva al potenciar la transmisión serotoninérgica. Se recomiendan si los síntomas interfieren significativamente en la vida diaria y la terapia psicológica no es suficiente. El tratamiento debe durar entre 6 meses y un año. Si un ISRS no es efectivo o bien tolerado, se debe cambiar a otro ISRS. Si tras 8-12 semanas no hay mejora, se puede considerar un ISRSN o un ADT. La retirada del tratamiento debe hacerse gradualmente para evitar el síndrome de discontinuación (21).

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) o «duales»: Venlafaxina, duloxetina y desvenlafaxina:

Su acción es similar a los antidepresivos tricíclicos, pero son más selectivos y tienen menos efectos adversos. Sin embargo, no muestran ventajas significativas en eficacia o seguridad frente a otros antidepresivos y tienen menor tolerabilidad. La duloxetina y venlafaxina son los que más interrumpen el tratamiento entre los ISRS debido a sus efectos adversos (20).

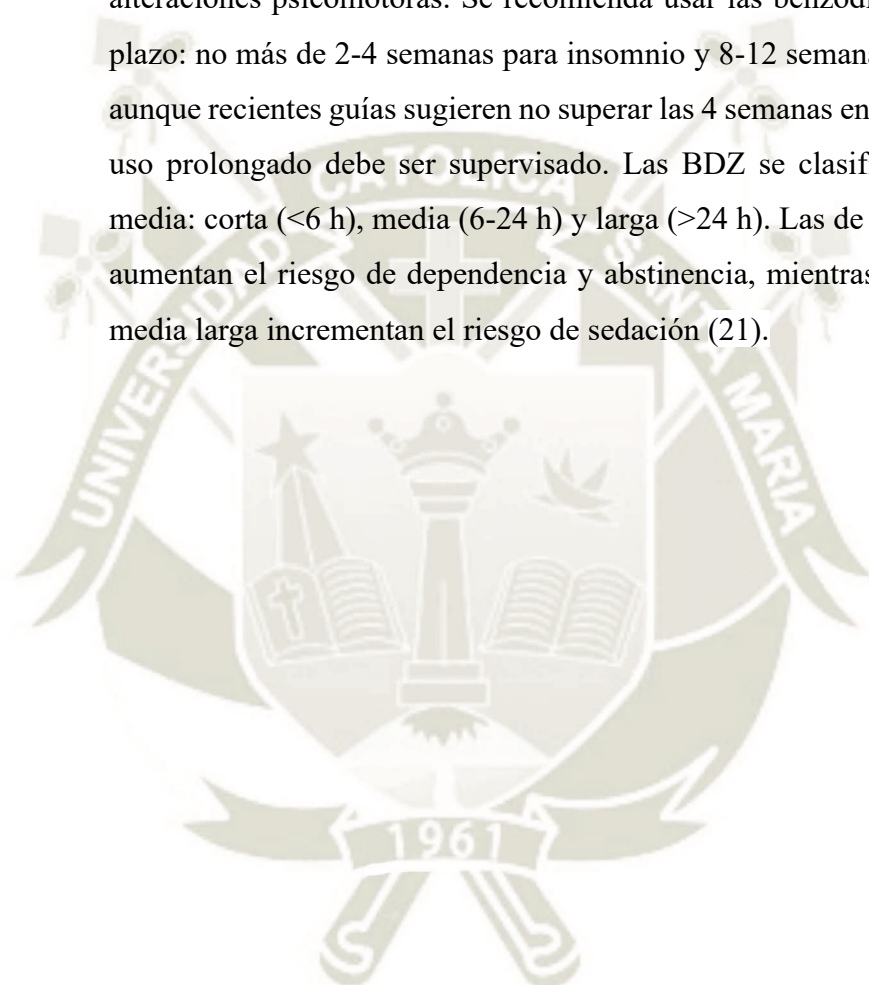
Antidepresivos tricíclicos (ADT): amitriptilina, clomipramina, imipramina y

Nortriptilina:

Son los más antiguos. Aunque siguen siendo eficaces, no son usados como primera opción debido a sus efectos adversos. Tienen muchas interacciones con otros fármacos, por lo que se recomienda un periodo de lavado de al menos 3 semanas antes de introducirlos. Antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT (ASIR). Trazodona. En dosis terapéuticas, tiene un potente efecto antihistamínico y sedante. Se usa principalmente en combinación con otros medicamentos para tratar trastornos de ánimo y problemas de insomnio (21).

3.2.6.4.2. Ansiolíticos

Las benzodiacepinas (BDZ) y los fármacos Z, como zolpidem y zopiclona, se usan para tratar ansiedad e insomnio. Los fármacos Z tienen un perfil farmacocinético mejor, actuando rápido y reduciendo la latencia del sueño sin alterar su estructura ni dejar efectos residuales diurnos. Sin embargo, ambos presentan efectos secundarios similares, como deterioro cognitivo y alteraciones psicomotoras. Se recomienda usar las benzodiacepinas a corto plazo: no más de 2-4 semanas para insomnio y 8-12 semanas para ansiedad, aunque recientes guías sugieren no superar las 4 semanas en ambos casos. Su uso prolongado debe ser supervisado. Las BDZ se clasifican por su vida media: corta (<6 h), media (6-24 h) y larga (>24 h). Las de vida media corta aumentan el riesgo de dependencia y abstinencia, mientras que las de vida media larga incrementan el riesgo de sedación (21).



3.3. DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos, como el episodio de depresión mayor y la distimia según el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se caracterizan por afectar el humor y el afecto, e impactan en otras áreas de la vida como el apetito, la fatiga, el sueño, las dificultades cognitivas, la culpa excesiva y la ideación suicida (22).

3.3.1. Etiología

Algunos estudios destacan factores individuales como la genética, los traumas psíquicos y las patologías crónicas, mientras que otros enfatizan factores psicosociales como eventos de vida y crisis económicas o políticas. La interacción de estos factores es compleja y no puede abordarse únicamente a nivel individual (22).

3.3.2. Epidemiología

Se calcula que el 3,8% de la población padece depresión, lo que incluye al 5% de los adultos, con una prevalencia del 4% en los hombres y del 6% en las mujeres. Entre las personas mayores de 60 años, la tasa asciende al 5,7%. A nivel global, alrededor de 280 millones de individuos sufren esta enfermedad. La depresión es aproximadamente un 50% más común en mujeres que en hombres. Además, más del 10% de las mujeres embarazadas y aquellas que han dado a luz recientemente presentan síntomas depresivos. Anualmente, más de 700 000 personas fallecen por suicidio, siendo esta la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años (23).

Es un trastorno mental común que representa la principal causa de discapacidad a nivel global y afecta la morbilidad de quienes lo padecen. Además, se reconoce que la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. En Perú, la presencia de síntomas depresivos alcanza el 14% en áreas urbanas y el 12,5% en zonas rurales. Sumado a ello, las posibilidades de acceder a tratamiento para dichos síntomas son altamente limitadas en países de ingresos bajos y medianos, ya que, en términos estadísticos, solo 1 de cada 27 personas con trastorno depresivo grave puede recibir atención adecuada (24).

3.3.3. Factores de riesgo

3.3.3.1. Individuales

3.3.3.1.1. Biológicos:

- ✓ Factores genéticos: Antecedentes familiares de depresión o trastorno bipolar. La evidencia actual indica que la influencia genética en la aparición de la depresión es menor durante la infancia en comparación con la adolescencia
- ✓ Sexo y edad: Antes de la pubertad, la prevalencia de los trastornos depresivos es similar en niños y niñas; sin embargo, en la adolescencia, su frecuencia es entre dos y tres veces mayor en mujeres
- ✓ Enfermedades crónicas: Incluye condiciones médicas persistentes, discapacidades físicas y dificultades en el aprendizaje (16).

3.3.3.1.2. Psicológicos:

- ✓ Presencia de otros trastornos psicológicos: Especialmente aquellos relacionados con la ansiedad, trastornos de conducta, TDAH o disforia de género
- ✓ Orientación sexual: La homosexualidad puede estar asociada con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos debido a factores sociales y psicológicos
- ✓ Factores temperamentales y cognitivos: Incluyen una tendencia a experimentar emociones negativas, acompañadas de características cognitivas como baja autoestima, mayor sensibilidad a estímulos adversos, estilo de pensamiento rumiativo y dificultades en habilidades sociales (16).

3.3.3.2. Ambientales

3.3.3.2.1. Acontecimientos vitales estresantes

Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.

3.3.3.2.2. Familiares:

- ✓ Trastorno psíquico en los padres: Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.

- ✓ Conflictos en las relaciones familiares: Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
- ✓ Estilos educativos negativos: Nula afectividad o muestra de rechazo, negligencia en cuanto a la crianza.
- ✓ Maltrato/abuso: De forma sexual, emocional o física (16).

3.3.3.2.3. Sociales:

- ✓ Problemas académicos.
- ✓ Conflictos interpersonales.
- ✓ Acoso (Bullying).
- ✓ Otras circunstancias adversas: Personas refugiadas, emigrantes, sin hogar o en centro de acogida (16).

3.3.4. Clasificación

Los trastornos depresivos incluyen diversas manifestaciones, entre ellas el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, que abarca el episodio depresivo mayor, y el trastorno depresivo persistente (distimia). También se encuentran el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, y el trastorno depresivo asociado a otra afección médica. Además, se consideran el otro trastorno depresivo especificado y el otro trastorno depresivo no especificado (10).

3.3.4.1. Trastorno de Depresión Mayor

3.3.4.1.1. Criterios diagnósticos

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o

disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (10).

3.3.4.1.2. **Riesgo suicida**

La posibilidad de una conducta suicida persiste durante toda la duración de los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo más sistemáticamente identificado son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, aunque es importante considerar que la mayoría de los suicidios consumados no han sido precedidos por intentos fallidos. Otros factores asociados a un mayor riesgo de suicidio incluyen ser hombre, estar soltero o vivir solo, y experimentar sentimientos intensos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad también incrementa significativamente la probabilidad de futuros intentos de suicidio (10).

3.3.4.2. Trastorno Depresivo Persistente (distimia)

3.3.4.2.1. Criterios diagnósticos

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 - 2. Insomnio o hipersomnia
 - 3. Poca energía o fatiga
 - 4. Baja autoestima
 - 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
 - 6. Sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (10).

3.3.5. Tratamiento

3.3.5.1. Psicoterapia

La psicoterapia es un método de tratamiento que implica la colaboración con un terapeuta especializado para abordar los pensamientos, comportamientos y emociones que influyen en la depresión

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Se enfoca en reconocer y modificar patrones de pensamiento y conducta negativos que favorecen la depresión. Además, ayuda a desarrollar habilidades para gestionar el estrés, resolver problemas y fortalecer las relaciones interpersonales. Diversos estudios han demostrado su eficacia en la reducción de síntomas depresivos y en la prevención de recaídas
- Terapia Interpersonal (TIP): Su objetivo principal es mejorar las relaciones interpersonales y resolver conflictos que pueden estar relacionados con la depresión. Esta terapia permite identificar y modificar patrones problemáticos en las relaciones, además de fomentar estrategias más efectivas para manejar dificultades interpersonales (26).

3.3.5.2. Terapia farmacológica

Los antidepresivos son fármacos ampliamente utilizados en el tratamiento de la depresión, ya que contribuyen a regular los niveles de neurotransmisores en el cerebro, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, los cuales desempeñan un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Representan uno de los grupos de antidepresivos más recetados. Entre ellos se encuentran la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft) y el citalopram (Celexa). Son generalmente bien tolerados y presentan menos efectos secundarios en comparación con otros tipos de antidepresivos
- Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN): Fármacos como la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta) actúan aumentando la disponibilidad de serotonina y noradrenalina en el cerebro
- Antidepresivos Tricíclicos (ATC): Medicamentos como la amitriptilina y la nortriptilina forman parte de uno de los grupos más antiguos de antidepresivos. Aunque pueden ser altamente efectivos, su uso ha

disminuido debido a la presencia de efectos secundarios considerables y al riesgo de toxicidad en caso de sobredosis (26).

3.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.4.1. Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se definen por una alteración persistente en los hábitos alimenticios o en los comportamientos asociados a la alimentación, lo que provoca cambios en el consumo o la absorción de los alimentos. Estas alteraciones generan un impacto significativo en la salud física y en el funcionamiento psicosocial de la persona (10).

3.4.2. Epidemiología

Estos trastornos figuran entre los problemas psiquiátricos más comunes a nivel global, con una mayor prevalencia en mujeres. En los países occidentales, se encuentran entre las tres principales enfermedades crónicas que afectan a adolescentes y mujeres jóvenes. La tasa de prevalencia varía entre el 1% y el 5% en la mayoría de las poblaciones, aunque en ciertos grupos puede llegar hasta el 15%. De acuerdo con el estudio de Peláez, la bulimia es más habitual que la anorexia, afectando a 2 de cada 10 adolescentes. Además, se ha identificado que el 33% de las personas con bulimia consumen alcohol o estimulantes en exceso, mientras que más de la mitad presentan algún tipo de trastorno de la personalidad (30).

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan altas tasas de morbilidad y letalidad. En el caso de la anorexia nerviosa, se ha observado que tres de cada cuatro personas logran una recuperación completa, con un tiempo promedio de 80 meses, mientras que un 10% solo alcanza una mejoría parcial. En cuanto a la bulimia nerviosa, aproximadamente la mitad de los pacientes logra recuperarse por completo, mientras que un 23% mantiene un curso crónico de la enfermedad. Además, se ha identificado que la anorexia nerviosa presenta una mayor tasa de letalidad en comparación con otros trastornos de la conducta alimentaria. La incidencia estimada de la anorexia nerviosa es de entre 20 y 30 casos por cada 100.000 mujeres menores de 25 años, con una prevalencia de entre 0,5 y 1 por cada 100.000 habitantes. Por otro lado, la bulimia nerviosa presenta una incidencia de entre el 4% y el 8%, y una prevalencia que oscila entre el 1% y el 3% (31).

3.4.3. Clasificación

La categorización de estos trastornos mentales a nivel mundial está determinada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), elaborado por la American Psychiatric Association, y por la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10), establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (31).

Según ambos manuales de clasificación diagnóstica, los TCA se agrupan de la siguiente manera:

- **Pica:** La principal característica de la pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes. . Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, chicles, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo (9).
- **Trastorno de rumiación:** La principal característica del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes. La comida tragada previamente, que puede estar parcialmente digerida, se devuelve a la boca aparentemente sin náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. La comida se puede volver a masticar para después escupirse de la boca o tragarse. La regurgitación en el trastorno de rumiación debería ser frecuente y producirse por lo menos bastantes veces por semana, típicamente a diario (10).
- **Anorexia Nerviosa (AN):** La anorexia nerviosa es un trastorno mental complejo y grave, caracterizado por una imagen corporal distorsionada, miedo a aumentar el peso y una extrema restricción de la ingesta de alimentos, acompañada de una severa pérdida de peso y comorbilidades psiquiátricas (32).
- **Bulimia Nerviosa (BN):** La BN es un TCA en el que una persona presenta episodios de ingesta exagerada de alimentos en periodos cortos de tiempo acompañadas de conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida que eviten el aumento de peso por los atracones. El malestar físico (p. Ej. Dolor abdominal o náuseas) dan fin al atracón, que a menudo va seguido por sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo

(33).

- Trastorno por Atracón (TPA): La característica principal del trastorno de atracones son los episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. Un "episodio de atracón" se define como la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas (10).

3.4.4. Factores de riesgo

Dada la complejidad de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y las dificultades para determinar sus causas específicas, se han identificado tres categorías principales de factores de riesgo: predisponentes, precipitantes y perpetuadores o de mantenimiento. Estos factores interactúan y se refuerzan mutuamente, siendo necesaria la influencia de elementos de cada grupo para que un TCA pueda desarrollarse (34).

3.4.4.1. Factores predisponentes

3.4.4.1.1. Factores individuales

- Predisposición genética
- Falta de autonomía
- Necesidad de satisfacer al entorno
- Baja autoestima
- Tendencia al perfeccionismo
- Miedo a madurar, crecer, y a manejar la independencia que esto implica (34).

a) Factores individuales de tipo biológico

Los factores de riesgo más reconocidos incluyen el género femenino y el inicio del trastorno durante la adolescencia o juventud. Además, se ha encontrado una relación con la obesidad premórbida y el desarrollo puberal precoz, condiciones que suelen estar vinculadas con un mayor grado de insatisfacción corporal y una mayor prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (35).

b) Factores individuales de tipo psicológico

Diversos estudios han demostrado la presencia de síntomas que, aunque se consideran comórbidos, también pueden estar en el origen de los trastornos de la conducta alimentaria. Entre ellos se incluyen trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos del control de impulsos. Asimismo, existen otros factores relacionados con la percepción individual, como la insatisfacción personal, la distorsión de la imagen corporal, la baja autoestima y el retraimiento social. Además de estas características, se han identificado ciertos rasgos de personalidad o temperamento que pueden influir en el desarrollo de estos trastornos, tales como la baja autodirección y el perfeccionismo (36).

c) Factores individuales de tipo conductual

Ciertas conductas pueden incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), entre ellas las denominadas conductas alimentarias de riesgo, que incluyen dietas restrictivas, ayunos, consumo de laxantes o diuréticos, así como la práctica de deportes de alto rendimiento o aquellos en los que el cuerpo está constantemente expuesto. Además, el desarrollo de bulimia nerviosa (BN) o trastorno por atracón ha sido asociado con el consumo previo de sustancias tóxicas, como alcohol, anfetaminas o cocaína, y con conductas impulsivas, tales como las autolesiones o el juego patológico (37).

3.4.4.1.2. Factores Familiares

- Escasa comunicación familiar
- Incapacidad de resolución de conflictos
- Sobreprotección por parte de los padres
- Familias con excesivo cuidado de su imagen externa
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto a los hijos
- Antecedentes familiares de depresión y/o alcoholismo
- Antecedentes de anorexia en hermanas/os
- Abusos sexual y/o maltrato (35).

3.4.4.1.3. Factores precipitantes

- Inicio de una dieta para perder peso (destaca este como el factor precipitante más frecuente e importante)
- Cambios físicos y psicológicos propios de la pubertad
- Incremento rápido de peso, seguido de comentarios de la familia y/o las amistades
- Enfermedad somática previa
- Exceso de ejercicio físico
- Acontecimientos vitales estresantes (como, por ejemplo: cambio de casa o centro académico, muerte de un familiar, nacimiento de un hermano, separación de los padres, primeras relaciones sexuales, etc) (35).

3.4.4.2. Factores mantenedores

- Las consecuencias psicológicas de la inanición
- La propia purga (conocer que puede deshacerse de los efectos engordantes después de la ingesta proporciona la seguridad necesaria para llevarla a cabo)
- La reducción progresiva de las relaciones sociales
- El medio social, que valora la delgadez (34).

3.4.4.3. Factores socioculturales: Medios de comunicación

Las investigaciones han enfatizado principalmente factores vinculados con la idealización sociocultural de la delgadez en las mujeres, entre los que destacan la exposición a los medios de comunicación, la presión social para perder peso, la internalización del ideal de delgadez y las expectativas asociadas a la pérdida de peso. Estos factores tienen un impacto particularmente significativo en adolescentes de sexo femenino, quienes son más vulnerables a la influencia de estos estándares (35).

Entre los factores de riesgo más relevantes y con mayor relación con la sintomatología de los trastornos alimentarios se encuentran los mensajes difundidos por los medios de comunicación, los cuales promueven la delgadez como estándar de belleza y generan una creciente insatisfacción corporal en las personas, lo que puede derivar en una disminución de la autoestima. Este último

aspecto se considera tanto un factor predisponente como un síntoma posterior de estos trastornos. La industria mediática ha establecido y popularizado un ideal de belleza difícil de alcanzar, lo que ha generado múltiples repercusiones en la sociedad. Además, existe un fuerte interés económico en la perpetuación de este canon estético, ya que impulsa el consumo de productos de belleza, ropa, alimentos, cirugías estéticas y otros bienes relacionados con la imagen personal (36).

3.4.5. Anorexia Nerviosa (AN)

La anorexia nerviosa se caracteriza por tres aspectos fundamentales: restricción persistente de la ingesta calórica, miedo intenso a aumentar de peso o conductas que impiden el incremento de peso, y distorsión en la percepción del propio peso y constitución corporal. La persona afectada mantiene un peso corporal inferior al mínimo adecuado según su edad, sexo, etapa de desarrollo y estado de salud física (10).

3.4.5.1. Epidemiología

La anorexia nerviosa (AN) es el trastorno psiquiátrico más común en mujeres jóvenes y se considera la tercera enfermedad crónica más prevalente en adolescentes, después del asma y la obesidad. Además, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son reconocidos como el principal problema psiquiátrico durante la pubertad y adolescencia en ambos sexos. El inicio de la enfermedad ocurre con mayor frecuencia en la mitad de la adolescencia, entre los 14 y 18 años, aunque en aproximadamente el 5% de los casos, su aparición se da en los primeros años de la tercera década de vida. Se estima que la prevalencia de la AN se encuentra entre el 0,5% y 1% de las adolescentes, siendo 10 a 20 veces más frecuente en mujeres que en hombres (33).

3.4.5.2. Criterios diagnósticos

A. Restricción en la ingesta de alimentos en comparación con las necesidades del organismo, lo que resulta en un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el desarrollo y el estado de salud física. En niños y adolescentes, este peso se encuentra por debajo del mínimo esperado

- B. Miedo extremo a ganar peso o a engordar, o la presencia de conductas persistentes que impiden el aumento de peso, aun cuando la persona ya presenta un peso corporal considerablemente bajo
- C. Distorsión en la percepción del propio peso o constitución corporal, atribuyendo un valor excesivo al peso en la autoimagen y autoestima, o una negación constante de la gravedad del bajo peso actual (33).

3.4.5.2.1. Subtipos

- Tipo restrictivo: En los últimos tres meses, la persona no ha presentado episodios recurrentes de atracones o purgas. Este subtipo se caracteriza por una pérdida de peso atribuida principalmente a dietas estrictas, ayunos y/o ejercicio físico excesivo
- Tipo con atracones/purgas: En los últimos tres meses, la persona ha experimentado episodios recurrentes de atracones o purgas, lo que implica conductas como el vómito autoinducido, el uso de laxantes, diuréticos o enemas para controlar el peso (34).

3.4.5.2.2. Especificar si

- En remisión parcial: Tras haber cumplido previamente con todos los criterios de anorexia nerviosa, la persona ya no presenta un peso corporal significativamente bajo (Criterio A) durante un período continuo. Sin embargo, aún persiste el miedo intenso a ganar peso o las conductas que interfieren en el aumento de peso (Criterio B), o la alteración en la percepción del peso y la constitución corporal (Criterio C)
- En remisión total: Después de haber cumplido anteriormente con todos los criterios de anorexia nerviosa, la persona ya no presenta ninguno de los criterios diagnósticos durante un período prolongado, lo que indica una recuperación completa (34).

3.4.5.2.3. Especificar la gravedad actual

La gravedad mínima de la anorexia nerviosa se determina, en adultos, a partir del índice de masa corporal (IMC) y, en niños y adolescentes, a través del percentil del IMC. Los valores de referencia para adultos se basan en las categorías establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para

la delgadez, mientras que en niños y adolescentes se consideran los percentiles correspondientes.

Además, la gravedad puede aumentar en función de la intensidad de los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión médica. Los grados de gravedad establecidos son los siguientes:

- Leve: IMC 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m² (10).

3.4.5.3. Comorbilidad

En términos generales, la anorexia nerviosa se asocia con depresión en el 65% de los casos, fobia social en el 34% y trastorno obsesivo-compulsivo en el 26%. Además, otros trastornos psiquiátricos comúnmente vinculados incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo, ataques de pánico, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno bipolar, abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático (TEPT) (33).

3.4.5.4. Riesgo suicida

El riesgo de suicidio en la anorexia nerviosa es considerablemente alto, con tasas registradas de 12 por cada 100.000 personas al año. Por ello, la evaluación integral de los individuos con este trastorno debe incluir un análisis detallado de las conductas e ideas suicidas, así como la identificación de otros factores de riesgo, entre ellos antecedentes de intentos previos de suicidio (10).

3.4.5.5. Manifestaciones clínicas

3.4.5.5.1. Alteraciones de la conducta

Las personas con anorexia nerviosa suelen mostrar hiperactividad, sintiendo la necesidad de moverse constantemente, caminar o involucrarse en diversas actividades. Muchas de las conductas extremas para perder peso se llevan a cabo en secreto, y es común que eviten comer con familiares o en espacios públicos. A menudo, estos pacientes desarrollan una obsesión por la comida, lo que los lleva a coleccionar recetas y disfrutar de preparar alimentos para los demás sin ingerirlos ellos mismos. En algunos casos, la restricción

extrema no puede mantenerse de manera continua, lo que da lugar a episodios de atracones, en los que consumen grandes cantidades de comida en poco tiempo. Estos episodios suelen ocurrir en secreto, generalmente por la noche, y con frecuencia van seguidos de vómito autoinducido. Además, presentan estrategias para evitar la ingesta de alimentos, como esconder la comida durante las comidas, ocultarla en servilletas o bolsillos, o cortarla en trozos pequeños y reorganizarla repetidamente en el plato para dar la impresión de que están comiendo (38).

3.4.5.5.2. Alteraciones cognitivas

La distorsión de la imagen corporal es la alteración cognitiva más destacada en la anorexia nerviosa. A lo largo de su evolución, las personas afectadas pueden optar por usar ropa ajustada en las primeras etapas, pero al alcanzar un estado de gran delgadez, tienden a vestirse con varias capas de ropa para ocultar su peso y dar la impresión de no estar perdiendo más peso. En general, presentan síntomas de obsesión compulsiva relacionados con la comida. Además, los pacientes con este trastorno suelen exhibir rasgos de perfeccionismo, rigidez, obsesividad, y una fuerte tendencia a cumplir con normas. También pueden mostrar características de dependencia y competitividad en su personalidad (38).

3.4.5.6. Tratamiento

El tratamiento de la anorexia nerviosa debe incluir un enfoque integral que combine psicoeducación sobre el trastorno, control del peso, evaluación de la salud física y mental, y la participación de equipos multidisciplinarios que trabajen junto con los pacientes y sus familias. En la gestión del peso, es importante reflexionar sobre la conveniencia de compartir los resultados con familiares y cuidadores, ya que un enfoque excesivo en este aspecto puede dificultar la recuperación. Los principales objetivos del tratamiento son la estabilización médica, la recuperación del peso corporal, la corrección de patrones de conducta y emocionales inadecuados, así como el abordaje de comorbilidades médicas y psiquiátricas (38).

3.4.5.6.1. Estabilización médica

Para evaluar la necesidad de hospitalización por motivos médicos en pacientes con anorexia nerviosa, es fundamental descartar otras posibles causas de fluctuación de peso o conductas de purga, además de valorar el grado de malnutrición, deshidratación y alteraciones electrolíticas. Dentro de las directrices de tratamiento, se deben establecer parámetros como el peso mínimo aceptable, el objetivo de recuperación ponderal y la velocidad recomendada de aumento de peso, que en pacientes con bajo peso oscila entre 0,5 y 1 kg por semana, garantizando también el mantenimiento de niveles electrolíticos seguros. En casos de bajo peso y amenorrea, se recomienda realizar una densitometría ósea para evaluar el impacto en la salud ósea (38).

3.4.5.6.2. Tratamiento psicológico

- Terapia cognitivo-conductual: centrada en el trastorno de la alimentación individual; tratamiento de la anorexia nerviosa de Maudsley para adultos; y manejo clínico de apoyo especializado.
- Terapia psicodinámica focal: centrada en el trastorno de la alimentación.
- Terapia familiar: Indicada cuando el paciente es un niño o un adolescente, el tratamiento de elección es la terapia familiar, y en caso de no conseguir los resultados esperados, se debe intentar la terapia cognitivo-conductual individual o la terapia centrada en el adolescente con anorexia nerviosa.
- Terapia de grupo: ofrece apoyo a los pacientes con trastornos de la alimentación que se sienten aislados, al tiempo que les aporta un escenario distinto en el que explorar el trastorno.
- Terapia de familia: es eficaz en la anorexia de comienzo temprano y corta evolución (38).

3.4.5.6.3. Tratamiento farmacológico

En pacientes con anorexia nerviosa que no logran una ganancia de peso mediante el tratamiento estándar, que incluye psicoterapia y rehabilitación nutricional, se puede considerar la farmacoterapia adyuvante. Estudios han demostrado que la olanzapina tiene un efecto positivo en la recuperación

ponderal, con una dosis recomendada de 2,5 a 10 mg diarios. En casos de comorbilidad depresiva o ansiosa, si el tratamiento convencional no es efectivo, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) puede ser una opción razonable. Sin embargo, los antidepresivos tricíclicos no deben utilizarse debido a su potencial cardiotoxico, y el bupropión está contraindicado por su riesgo de reducir el umbral convulsivo. Además, es importante considerar que estos pacientes tienen un mayor riesgo de efectos adversos, por lo que se recomienda iniciar con dosis bajas y realizar ajustes progresivos para minimizar complicaciones médicas asociadas a la enfermedad (38).

3.4.6. Bulimia Nerviosa (BN):

La bulimia nerviosa (BN) es un síndrome caracterizado por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, acompañado de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, seguidos de vómitos autoinducidos y uso de purgantes (39).

3.4.6.1. Epidemiología

En mujeres, la prevalencia de la bulimia nerviosa (BN) se encuentra entre 0,59% y 0,6%, mientras que en hombres es casi nula y la prevalencia combinada entre ambos sexos alcanza el 2,4%. Este trastorno es más frecuente en adultos jóvenes, con un pico de aparición en la adolescencia tardía y la adultez temprana. Aunque se dispone de poca información sobre la prevalencia exacta en hombres, se sabe que es mucho menos común en comparación con las mujeres, con una proporción estimada de 10 mujeres por cada hombre afectado (10).

3.4.6.2. Criterios diagnósticos

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 1. Ingestión, en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período 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 compensatorios inapropiados 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 (10).

3.4.6.2.1. Especificar si

- 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 período 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 período continuado (10).

3.4.6.2.2. Especificar la gravedad actual

- 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 (10).

3.4.6.3. Etiología

La bulimia nerviosa (BN), al igual que la anorexia nerviosa (AN), tiene una etiología multifactorial, resultado de la interacción entre factores genéticos, influencias ambientales y rasgos psicológicos. La familia, como primer agente de socialización, desempeña un papel clave en la adaptación de los hijos a la sociedad, influyendo en su desarrollo físico y psicológico. A nivel social, las personas con BN suelen mostrar un alto rendimiento y una gran sensibilidad a

la presión cultural en favor de la delgadez. Además, muchos pacientes presentan síntomas depresivos y antecedentes de depresión en el entorno familiar, como ocurre en la AN, aunque en la BN las dinámicas familiares suelen ser menos cercanas y más conflictivas (33).

3.4.6.4. Desarrollo y curso

La bulimia nerviosa suele manifestarse en la adolescencia o en la adultez temprana, siendo poco común su aparición antes de la pubertad o después de los 40 años. Los atracones suelen iniciarse durante o después de una dieta para perder peso, y en muchos casos, la exposición a eventos estresantes puede actuar como desencadenante. En un alto porcentaje de los casos clínicos, los patrones de ingesta alterados persisten durante varios años, pudiendo seguir un curso crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con recurrencias de atracones (10).

3.4.6.5. Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio en la bulimia nerviosa es considerablemente alto, por lo que la evaluación de los pacientes debe incluir un análisis detallado de las conductas e ideas suicidas, así como la identificación de otros factores de riesgo, entre ellos los antecedentes de intentos previos de suicidio (10).

3.4.6.6. Manifestaciones clínicas

3.4.6.6.1. Alteraciones conductuales

En la bulimia nerviosa, el atracón es la conducta predominante y suele estar acompañado de prácticas de purga, siendo el vómito autoinducido el método más común. Generalmente, los pacientes provocan el vómito introduciendo los dedos en la garganta, aunque algunos logran hacerlo de manera espontánea. Esta conducta reduce el malestar abdominal y la sensación de saciedad, permitiendo que continúen comiendo sin el temor a ganar peso. Tanto los atracones como el vómito generan un alivio temporal de la ansiedad, lo que refuerza su repetición. Sin embargo, estos episodios suelen ir seguidos de sentimientos de culpa y síntomas depresivos. Durante los atracones, los pacientes suelen preferir alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono, y la sensación de pérdida de control contribuye a su baja autoestima y aislamiento social. La mayoría de las personas con bulimia

nerviosa tienen un peso dentro de la normalidad, aunque algunos pueden estar por encima. Además del vómito autoinducido, otras conductas compensatorias incluyen el uso de laxantes y diuréticos, ayunos prolongados, consumo de anorexígenos y ejercicio físico excesivo (38).

3.4.6.6.2. Alteraciones cognitivas

Las alteraciones cognitivas en los pacientes con bulimia nerviosa son similares a las observadas en la anorexia nerviosa. Presentan un temor intenso a la obesidad, una preocupación constante por el peso corporal, una distorsión en la percepción de su imagen corporal, un deseo persistente de delgadez y la presencia de creencias erróneas sobre la alimentación y las dietas (38).

3.4.6.7. Tratamiento

La hospitalización no suele ser necesaria en la mayoría de los casos de bulimia nerviosa no complicada. El tratamiento se enfoca en restablecer un patrón alimentario saludable, eliminando el ciclo de atracón y vómito. También busca corregir los patrones cognitivos disfuncionales y las alteraciones emocionales que perpetúan el trastorno. Además, es fundamental abordar tanto las complicaciones médicas derivadas de la enfermedad como la comorbilidad psiquiátrica asociada (38).

3.4.6.7.1. Tratamiento psicológico

- El tratamiento de la bulimia nerviosa puede iniciarse con material cognitivo-conductual específico para los trastornos alimentarios, complementado con breves sesiones de apoyo.
- Terapia cognitivo-conductual individual: Se recomienda cuando el tratamiento inicial no muestra eficacia después de cuatro semanas y debe estar centrada en el trastorno alimentario
- Terapia familiar: Indicado en niños y adolescentes, con una duración aproximada de seis meses, enfocándose en la bulimia nerviosa. Sus objetivos incluyen fortalecer la relación terapéutica entre el paciente y su familia, fomentar la implicación en la recuperación del ser querido, y establecer una colaboración entre padres e hijos para promover patrones de alimentación saludables y reducir conductas compensatorias. Durante todo el tratamiento, es recomendable realizar

reuniones periódicas con el paciente de manera individual. En caso de que esta terapia no sea aceptada, esté contraindicada o no resulte efectiva, se debe considerar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trastorno alimentario (38).

3.4.6.7.2. Tratamiento farmacológico

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Son eficaces en el tratamiento de la bulimia nerviosa, ya que reducen la frecuencia de los atracones y las purgas, independientemente de la presencia de comorbilidad depresiva o ansiosa. Las dosis necesarias para disminuir los episodios de atracones suelen ser más altas que las utilizadas en el tratamiento de la depresión. La fluoxetina en una dosis de 60 mg al día ha demostrado una reducción significativa de los atracones y conductas purgativas. Para pacientes que no toleran o no responden a la fluoxetina, se pueden considerar sertralina, escitalopram o fluvoxamina. No se recomienda el uso de paroxetina debido a su potencial efecto de aumento de peso, ni el citalopram, ya que las alteraciones hidroelectrolíticas causadas por las purgas pueden afectar el sistema cardíaco
- Antidepresivos tricíclicos (ATC) y otros fármacos: Entre ellos, la nortriptilina y la desimipramina, así como el antidepresivo trazodona y el antiepiléptico topiramato. La elección del fármaco debe basarse en la comorbilidad presente en cada paciente. Se prefieren los ATC en pacientes con un peso normal bajo (IMC entre 18,5 y 22 kg/m²) que además presentan síntomas de ansiedad o depresión, mientras que el topiramato es la mejor opción en caso contrario. El bupropión está contraindicado, ya que disminuye el umbral convulsivo, lo que aumenta el riesgo de convulsiones en estos pacientes.
- Mantenimiento y recaídas: La recaída en la bulimia nerviosa ocurre en aproximadamente 30% de los casos. Para aquellos que han respondido favorablemente o alcanzado una remisión con tratamiento psicofarmacológico, se recomienda mantener la farmacoterapia durante un período de 6 a 12 meses después de la mejoría o remisión para reducir el riesgo de recaída (38).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. A NIVEL LOCAL

AUTOR: Mamani Palaco, Carmen Gabriela.

TÍTULO: Creencias nucleares en trastornos alimenticios y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes preuniversitarias.

RESUMEN: El estudio del documento revisa la correlación entre las principales creencias nucleares de los trastornos alimenticios y los padecimientos de ansiedad y depresión. Se usa una muestra del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, compuesta por 517 alumnas entre los 15 y 22 años. Se les evalúa en la escala HADS (Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria) para medir su posible nivel de ansiedad y depresión, luego se realizó un Cuestionario de Creencias Nucleares de los Trastornos Alimenticios y así medir los niveles de 5 creencias nucleares de estos. Se identificó una gran correlación entre 4 creencias de los trastornos y los síntomas de la ansiedad. Además de una alta correlación positiva entre 4 de los trastornos y una negativa entre 1 de los trastornos y los síntomas de la depresión. Los resultados indicarían que efectivamente existe una asociación entre estas creencias y síntomas. En el análisis de regresión lineal aparece que 2 creencias de trastornos predicen la ansiedad y 3 creencias predicen la depresión (41).

AUTOR: Mamani Cutipa, Morella Mónica.

TÍTULO: Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 1° y 5° año de secundaria del centro educativo Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, Arequipa 2016.

RESUMEN: Los objetivos de la investigación fueron: Precisar la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes entre el primer y quinto año de secundario en el colegio de muestra y determinar las manifestaciones de estos trastornos. La hipótesis plantea fue: Dado que los trastornos se caracterizan por una obsesión con adelgazar y alcanzar la perfección hasta el punto de consecuencias negativas como la depresión y la ansiedad, afectando el funcionamiento biopsicosocial del estudiante. Es probable que en la institución de muestra existan síntomas de estos trastornos. Para la metodología se utilizó el método de corte transversal, al igual que una encuesta y formulario. La muestra fue de 310 estudiantes, de 12 años a más, los cuadros terminaron en 11 tablas estadísticas. Las conclusiones fueron: Los resultados

muestran que los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en estos estudiantes existen, pero la frecuencia es en menos de $\frac{1}{4}$ de la población. Los síntomas de los trastornos de mayor prevalencia en los estudiantes por subescalas es la impulsividad. Más de $\frac{3}{4}$ de la población con síntomas de los trastornos, son de sexo femenino y con familias de ambos padres casados e ingresos mensuales del mínimo vital, casi la mitad de los estudiantes se encuentran entre los 15 y 17 años. Se le recomienda al director de la institución que se realicen las coordinaciones correspondientes para que se realicen pruebas de tamizaje que complementen al diagnóstico de los estudiantes y saber si se encuentran en condición de riesgo; se le recomienda al director de la institución establecer relaciones con instituciones de salud que promuevan acciones por la salud mental y así reducir los niveles de morbilidad en los estudiantes, relacionadas a estos trastornos (42).

4.2. A NIVEL NACIONAL

AUTOR: Jimenez Segura, Alexandra Judith; Bach. Marlo Manayay, Liang Zoila Takky

TÍTULO: Depresión y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la Universidad Señor de Sipán, 2023.

RESUMEN: En el estudio el objetivo fue: Determinar si la depresión y la ansiedad tienen asociación al riesgo de un trastorno de conducta alimentaria en los internos de medicina en la institución de muestra. El trabajo tuvo un planeamiento cuantitativo, investigación de tipo descriptivo correlacional, un diseño de corte transversal, además del uso de una muestra probabilística intencional de 89 participantes, aplicando el cuestionario “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)” con un grado de confiabilidad y validez de expertos. Los resultados significativos al tener un valor de Rho de Spearman menor al 0.01, indicando que efectivamente existe una relación directa y fuerte entre la depresión y ansiedad con el riesgo de trastornos de conducta alimentaria, concluyendo que a mayor sea el nivel de depresión y ansiedad también aumentará el riesgo de uno de estos trastornos en los internos de medicina de la universidad de muestra (43).

AUTOR: Armes Tejada, Allison Elizabeth.

TÍTULO: Autoestima y desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos jóvenes.

RESUMEN: Debido a su relevancia en la salud, tanto física como mentalmente, los TCA son enfermedades mentales de gran impacto en la calidad de vida de la persona, cada vez siendo más comunes. Su incidencia a pasado de 3,4% a 7,8% de la población general en los últimos 20 años (Galmiche et al., 2019). Entre el 7% y 11% de los adolescentes del Perú presentan un TCA (Chumpitaz, 2020). Los estudios sugieren una fuerte relación entre la autoestima de un individuo y estas enfermedades. Por lo que en este estudio se buscó describir dicha relación en adolescentes y adultos jóvenes. Según la información recolectada en un proceso de revisión aplicada con la estrategia PRISMA (Matthew, 2020). Los datos provienen de Proquest y Scopus. Los resultados muestran que efectivamente la autoestima puede ser un factor de riesgo o protector para las TCA, especialmente el grado de valía personal propia, además de otros factores como la depresión o la ansiedad. Concluyendo que la baja autoestima genera preocupación por la imagen propia y se extiende a la comida que se vaya a consumir, pudiendo generar un TCA (44).

4.3. A NIVEL INTERNACIONAL

AUTOR: Mercado-Ríos, Maritex; Yadel González Lydin; Romero-Acosta, Kelly.

TÍTULO: Relación entre síntomas internalizados (ansiedad y depresión) y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes.

RESUMEN: Las TCA pueden provocar afectación o aumentar el riesgo de ansiedad o depresión. Este estudio tuvo como objetivo el analizar la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad y el riesgo de un trastorno de conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad Sincelejo-Sucre, Colombia. La investigación fue de enfoque cuantitativo, correlacional, de corte transversal. La muestra fue de 791 personas, provenientes de 10 instituciones educativas de la ciudad, que encajaban en el criterio de: estudiantes entre 14 y 19 años, sin problemas del neurodesarrollo y sin ninguna discapacidad que impidiera la correcta utilización de los cuestionarios. Los instrumentos utilizados fueron 3: evaluación de actitudes alimentarias y posible presencia de TCA, un cribado para medir síntomas de ansiedad y un cribado para medir síntomas de depresión. Los resultados revelaron que los síntomas de depresión y ansiedad generalizada se

relacionan positivamente al riesgo de padecer un TCA en adolescentes sucreños; 32,7% de la muestra presenta riesgo de TCA, pero no se encontraron diferencias significativas entre chicos y chicas (45).

AUTOR: Llanos Román, Gabriela Andrea; Villalba Guallichico, Melanie Verenice.

TÍTULO: Relación de los trastornos de la conducta alimentaria con la ansiedad y la depresión en mujeres adolescentes en Iberoamérica: una revisión sistemática.

RESUMEN: Los trastornos de la conducta alimentaria, suelen manifestarse mayormente en mujeres adolescentes, la cual es una etapa crítica para el desarrollo emocional. Los trastornos suelen venir acompañados de depresión y ansiedad, lo que agrava su impacto. La metodología usada en la investigación se basó en la revisión de artículos científicos obtenidos de bases de datos como Scopus, Redalyc y Ebsco, los cuales se centraron en estudios dentro de los últimos 15 años y en español e inglés. Los resultados obtenidos indicaron que la ansiedad y la depresión tenían una gran asociación con el comportamiento alimentario. Conclusiones obtenidas: Existe una conexión entre la depresión, ansiedad y TCA, considerando a la ansiedad un factor crucial en el posible desarrollo del trastorno, especialmente en adolescentes, igualmente con la depresión que puede variar según el tipo de trastorno y otros factores emocionales (46).

5. HIPÓTESIS

Al ser una población en riesgo es posible la presencia de síntomas de ansiedad y depresión y de posibles casos de TCA, a su vez es posible la existencia de una relación directa entre dichos síntomas de ansiedad y depresión con la presencia de un posible caso de TCA en adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE APLICACIÓN

1.1. Técnicas

Esta investigación se basó en la técnica de aplicación de cuestionarios validados en forma presencial. (Anexo 1, Anexo 2)

1.2. Instrumentos

- Consentimiento informado (ANEXO 1)
- Escala de ansiedad y depresión: Test de Goldberg (ANEXO 2)
- Cuestionario para TCA: Cuestionario EAT-26 (ANEXO 3)
- Base de datos en Excel

1.3. Materiales de verificación

- Laptop
- Hojas de consentimiento informado
- Cuestionarios impresos: Test de Goldberg y Cuestionario EAT-26
- Matriz de datos en Excel
- Materiales de escritorio

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

- El presente estudio se realizó en una institución educativa particular en Arequipa-Perú

2.2. Ubicación temporal

- El estudio se realizó durante el período de diciembre 2024 a febrero 2025

2.3. Unidades de estudio

- **Población:** Adolescentes mujeres de una institución educativa particular de Arequipa, 2024.
- **resultados**

2.4. Criterios de Selección

2.4.1. Criterios de inclusión

- Estar cursando el tercer, cuarto o quinto año de secundaria dentro de la institución educativa particular a estudiar durante el período 2024 en Arequipa.
- Sexo femenino
- Estudiantes que desearon intervenir en el estudio a través del consentimiento informado proporcionado y aceptado por sus padres o cuidadores mayores de edad.

2.4.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que desarrollaron de forma incompleta dicho cuestionario, así como los que marcan doble respuesta para una sola interrogante.
- Estudiantes que actualmente lleven tratamiento psiquiátrico para ansiedad, depresión y/o cuenten con diagnóstico de TCA.
- Estudiantes que no aceptaron a través del consentimiento informado (1).

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se pidió permiso a la institución educativa particular para poder realizar el presente estudio en su alumnado femenino perteneciente al tercer, cuarto y quinto de secundaria.
- Se repartió el consentimiento informado impreso a las adolescentes mujeres para que lo firmaran sus respectivos padres.
- Se verifico que casos cumplieran con los criterios de inclusión.
- Se procedió a dar la información necesaria y las instrucciones a las estudiantes
- Se repartió los cuestionarios impresos a las alumnas
- A continuación se pasaron los datos recolectados a un sistema de datos para analizarlos y procesarlos de forma estadística.
- Los resultados se plasmaron en tablas y gráficos y se procedió a sacar las conclusiones finales.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora: Antuanet Aylin Begazo Villanueva
- Asesora: Dra. Gladys Edith Núñez Zevallos

3.2.2. Materiales

- Hojas de cuestionarios
- Hojas de consentimiento informado
- Impresora
- Computadores personal con programas de procesamiento y base de datos
- Materiales de escritorio

3.2.3. Financiamiento

- Autofinanciado

3.3. Validación de instrumentos

3.3.1. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (ANEXO 2)

El test de depresión de Goldberg fue creado por Ivan K. Goldberg, un destacado psiquiatra estadounidense, como una forma de evaluar de manera rápida y sencilla la presencia de síntomas depresivos en individuos (27).

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades. El Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18) (28).

3.3.2. Cuestionario EAT-26 (ANEXO 3)

El EAT-26 es un instrumento multidimensional con excelentes valores de confiabilidad, sensibilidad y especificidad, ideal para cribado de posibles TCA en población de riesgo, y podría ser de utilidad en atención primaria para la detección temprana (29).

3.4. Aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio de investigación, se tuvo presente los principios éticos de Belmont; fundamentales para la investigación en seres humanos, los cuales son:

- Respeto a las personas, para proteger su autonomía, ya que la participación de los estudiantes en el trabajo científico fue totalmente voluntaria, informándoles sobre la investigación a realizar, y cada participante era anónimo.
- Principio de beneficencia: Mediante este estudio se buscó la información solo con fines de investigación. En este sentido la información obtenida no busca dañar de ninguna forma a los participantes.
- Principio de Justicia: Implicó brindar un trato equitativo a todos los participantes con respeto y amabilidad antes, durante y después de la participación en la investigación (1).

3.5. Criterios o estrategias para el manejo de datos y resultados

3.5.1. Recolección de datos

Se realizó mediante cuestionarios impresos los cuales fueron entregados y recolectados de forma presencial por la investigadora.

3.5.2. Sistematización de datos

La información recopilada fue procesada en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2019.

3.5.3. Análisis de datos

Los datos fueron analizados en programa estadístico SPSS 29.0 (Statistical Package for the Social Sciences) el cual permitió procesar la información estadísticamente utilizando a prueba de Chi cuadrado (χ^2).

CAPÍTULO III
RESULTADOS

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 1

Características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes participantes

		N°	%
Edad	14 años	11	12.79%
	15 años	36	41.86%
	16 años	28	32.56%
	17 años	11	12.79%
Estado nutricional	Adelgazado	14	16.28%
	Normal	65	75.58%
	Sobrepeso	6	6.98%
	Obeso	1	1.16%
Frecuencia de ejercicio	1 v/sem	43	50.00%
	2-4 v/sem	27	31.40%
	> 4 v/sem	16	18.60%
Total		86	100.00%

Interpretación: Se incluyeron 86 adolescentes de un total de 104, puesto que 18 no cumplieron los criterios de selección, haciendo una participación del 82.69%. De los 86 casos, 12.79% tuvieron 14 años, 41.86% 15 años, 32.56% 16 años y 12.79% 17 años, con una edad promedio de 15.45 ± 0.88 años. El 16.28% de adolescentes fueron adelgazadas, 6.98% tenían sobrepeso y 1.16% obesidad. En cuanto al ejercicio, 50% lo realiza una vez por semana, 31.40% dos a cuatro veces por semana y 18.60% más de 4 veces por semana.

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 2

Frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en las estudiantes

	N°	%
Normal	13	15.12%
Solo ansiedad	7	8.14%
Solo depresión	8	9.30%
Ansiedad y depresión	58	67.44%
Total	86	100.00%

Interpretación: Al aplicar el test de Goldberg para evaluar a las adolescentes, se encontró que 8.14% tiene solo síntomas de ansiedad, 9.30% solo síntomas de depresión, y 67.44% tanto síntomas de ansiedad como de depresión.

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 3
Severidad de síntomas de ansiedad en las adolescentes

	N°	%
Sin ansiedad	21	24.42%
A. leve	19	22.09%
A. moderada	29	33.72%
A. severa	17	19.77%
Total	86	100.00%

Interpretación: Se encontraron síntomas de ansiedad en 75.58% de adolescentes, siendo leve en 22.09%, moderada en 33.72% y severa en 19.77%.

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 4

Severidad de síntomas de depresión en las adolescentes

	N°	%
Sin depresión	20	23.26%
D. leve	31	36.05%
D. moderada	25	29.07%
D. severa	10	11.63%
Total	86	100.00%

Interpretación: Se encontraron síntomas de depresión en 76.74% de adolescentes, siendo leve en 36.05%, moderada en 29.07% y severa en 11.63%

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 5

Frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes

	N°	%
Sin TCA	50	58.14%
Riesgo de TCA	15	17.44%
TCA probable	21	24.42%
Total	86	100.00%

Interpretación: Al aplicar el test TCA-26 se encontraron síntomas de riesgo de trastorno de la conducta alimentara en 17.44% y un TCA probable en 24.42%.

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 6

Dimensiones del test de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes

	N°	%
Sin síntomas	72	83.72%
Sínt. de bulimia	7	8.14%
Vigilancia de la dieta	11	12.79%
Preocupac. por la comida	11	12.79%
Control oral	2	2.33%

Interpretación: Las dimensiones presentes en los trastornos de la conducta alimentaria fueron: síntomas de bulimia en 8.14%, vigilancia de la dieta en 12.79%, preocupación por la comida en 12.79%, y control oral de la ingesta en 2.33%.

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 7

**Relación entre síntomas de ansiedad y depresión con trastornos de la conducta
alimentaria en adolescentes**

	Total	Sin TCA		Riesgo de TCA		TCA probable	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	13	12	92.31%	1	7.69%	0	0.00%
Ansiedad	7	5	71.43%	1	14.29%	1	14.29%
Depresión	8	7	87.50%	0	0.00%	1	12.50%
Ansiedad y depresión	58	26	44.83%	13	22.41%	19	32.76%
Total	86	50	58.14%	15	17.44%	21	24.42%

Chi² = 14.33

G. libertad = 6

p = 0.03

Spearman R =0.4618

p < 0.01

Interpretación: Se encontró que entre adolescentes mujeres sin síntomas de ansiedad o depresión, no hubo síntomas de TCA probable, mientras que en las adolescentes con síntomas de ansiedad, el 14.29% tuvo síntomas probables de TCA, y las adolescentes con síntomas de depresión los tuvieron en 12.50%, y el 32.76% de las adolescentes con síntomas de ansiedad y de depresión tuvieron TCA probable. Las diferencias fueron significativas (chi², p < 0.05), y hubo una relación directa y de moderada intensidad (R > 0.30).

**“ SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ASOCIADOS A POSIBLE TRASTORNO DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR DE AREQUIPA, 2024”**

Tabla 8

**Relación entre las dimensiones del TCA con los componentes del síndrome ansioso-
depresivo**

		Ansiedad		Depresión	
		N°	%	N°	%
Bulimia	Presente	6	6.98%	7	8.14%
	Ausente	59	68.60%	59	68.60%
Vig. Dieta	Presente	10	11.63%	10	11.63%
	Ausente	55	63.95%	56	65.12%
Preocup. por comida	Presente	10	11.63%	10	11.63%
	Ausente	55	63.95%	56	65.12%
Control oral	Presente	2	2.33%	2	2.33%
	Ausente	63	73.26%	64	74.42%
Total		65	75.58%	66	76.74%

Chi² = 0.06

G. libertad = 3

p = 1.00

Interpretación: Las dimensiones de los TCA valorados en el test fueron similares tanto en adolescentes con síntomas de ansiedad como en adolescentes con síntomas de depresión, sin diferencias significativas ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la existencia de síntomas de depresión y/o ansiedad y su asociación con un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes mujeres pertenecientes a una Institución Educativa Particular de Arequipa en el año 2024.

Se tomó una población de 104 estudiantes y se terminó con una muestra conformada por 86 adolescentes mujeres ya que algunas no cumplían con los criterios de inclusión teniendo una participación del 82.69%, estas cursaban tercero, cuarto y quinto de secundaria dentro de la institución educativa seleccionada. Una vez obtenidos los datos, fueron recogidos en una matriz del programa Microsoft Excel y luego procesados de manera estadística en el programa SPSS 29.0 para su interpretación, utilizando el método chi cuadrado (χ^2) para su comparación.

Se obtuvo una edad promedio de 15.45 años $\pm$ 0.88 años; el 16.28% de adolescentes fueron adelgazadas, 6.98% tenían sobrepeso y 1.16% obesidad y en cuanto al ejercicio, 50% lo realiza una vez por semana, 31.40% dos a cuatro veces por semana y 18.60% más de 4 veces por semana; lo que podemos ver en estos resultados es que desde una edad temprana, en las mujeres hay cierta preocupación por mantenerse en un peso “adecuado” o aceptable para una sociedad en que el bajo peso es el ideal.

Con el consentimiento informado firmado por sus padres, se les aplicó dos cuestionarios validados los cuales son la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y el Cuestionario de EAT-26 para depresión y ansiedad y para TCA respectivamente.

Al aplicar el test de Goldberg para evaluar a las adolescentes, se encontró que 8.14% tiene solo síntomas de ansiedad, 9.30% solo síntomas de depresión, y 67.44% tanto síntomas de ansiedad como de depresión. Múltiples estudios previos demuestran la estrecha relación que tienen ambos trastornos; aquí podemos mencionar al estudio “Asociación entre ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el año 2021” donde en sus resultados nos indican que relación al análisis bivariado, la probabilidad de padecer de depresión en el grupo de estudiantes que padecen ansiedad fue 4.5 veces con respecto al grupo de estudiantes que no padecen de ansiedad y que con respecto al análisis multivariado, la probabilidad de depresión en aquellos que padecen de ansiedad es 4,52 veces con respecto a aquellos que no padecen ansiedad (48).

Otro estudio que hace referencia a este tema es aquel con el nombre de “Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas” quienes mencionan que la

diferenciación de síntomas entre ansiedad y depresión constituyen una preocupación puesto a que ambas patologías se encuentran implicadas, citan a investigaciones anteriores y nos indican que los datos epidemiológicos, por su parte, corroboran la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión. Así, los resultados del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), en Holanda, mostraron que el 92% de los encuestados había experimentado síntomas de depresión, en igual proporción al porcentaje que también había experimentado ansiedad; esto dejó clara evidencia de la alta concurrencia entre ambos trastornos (49).

Con los resultados obtenidos en la presente tesis confirmamos dicha asociación y detectamos un porcentaje alto de síntomas de un Trastorno de Ansiedad y Trastorno de depresión en las adolescentes que participaron en el estudio; a su vez se encontró que en cuanto síntomas de ansiedad el 22.09% de adolescentes los tenía con una severidad leve, el 33.72% moderada y un 19.77% severa. En cuanto a la depresión y su severidad se muestra una severidad de síntomas de depresión leve en 36.05% de las adolescentes, moderada en 29.07% y severa en 11.63%. El total del porcentaje de mujeres adolescentes con síntomas de ansiedad es de 75.58% y de depresión un 76.74%, estos resultados ya mencionados nos hace tomar en cuenta que existe una problemática que debe ser estudiada y atendida lo más pronto posible puesto a la existencia de una prevalencia alta y la comprobación de un riesgo, identificarlos de manera temprana y enfocarnos en su salud integral es vital dado que la depresión y la ansiedad son aquellos trastornos que causan mayor discapacidad en los adolescentes, afectándolos en múltiples esferas de su vida diaria, siendo importante así que las instituciones educativas hagan este tipo de descartes y brinden la mejor asistencia para aquellos casos en potencial riesgo.

Además, se identificó que el 24.42% de las participantes tendrían un probable Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en donde el 8.14% presentaba síntomas de bulimia, un 12.9% vigilaba su dieta, un 12.79% presentaba preocupación por la comida y un 2.33% aplicaba un control oral de la ingesta de alimentos.

En cuanto a la relación entre los síntomas de ansiedad y depresión y la posible presencia de un TCA se identificó que entre adolescentes mujeres sin síntomas de ansiedad o depresión, no hubo síntomas de TCA probable, mientras que en las adolescentes con síntomas de ansiedad, el 14.29% tuvo síntomas probables de TCA, y las adolescentes con síntomas de depresión los tuvieron en 12.50%, y el 32.76% de las adolescentes con síntomas de ansiedad y de depresión tuvieron TCA probable, esto quiere decir que existe una relación directa de moderada

intensidad, lo que coincide con estudios previos que han reportado una relación estrecha entre la ansiedad, la depresión y la presencia de TCA.

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan, a menudo, psicopatología asociada: trastornos de ansiedad (como fobia social, trastorno obsesivo compulsivo o ansiedad generalizada), depresión, alteraciones del control de los impulsos (como abuso de alcohol, robos o conductas agresivas), entre otros (47).

Los trastornos cognitivos y conductuales de la anorexia nerviosa van unidos, casi de forma inseparable, a trastornos de ansiedad, a trastornos afectivos de tipo depresivo y a trastornos obsesivos. Los efectos de la desnutrición y de la pérdida de peso pueden contribuir y acrecentar los trastornos psicopatológicos concomitantes.

En cuanto a un trastorno de ansiedad y uno de la conducta alimentaria se pueden relacionar también por el hecho que los trastornos de ansiedad como la fobia social pueden aparecer en los pacientes al sentirse incómodos cuando comen en público, como en el caso de la anorexia nerviosa. En la bulimia nerviosa la ansiedad se suele relacionar mucho con las actitudes típicas del cuadro clínico en estos pacientes ya que presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso, y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporal lo que los lleve luego a las conductas purgantes.

Los pacientes con anorexia nerviosa puedan tener muchos de los síntomas depresivos incluidos en la depresión mayor, la cual tiene un alto riesgo de suicidio (38).

Los síntomas específicos del trastorno de la conducta alimentaria, son sólo la punta del iceberg. Para la intervención con estas pacientes es necesario el trabajo a diferentes niveles y de otras dificultades que pueden explicar estos síntomas y que están en la base de los síntomas que son motivo de consulta, es importante identificar los distintos trastornos que están asociados, para un mejor manejo, evitación de complicaciones y un mejor pronóstico y mejor calidad de vida (47).

Comparando estos resultados con investigaciones previas, encontramos en primer lugar similitudes en cuanto a la prevalencia alta en sintomatología de Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes, podemos mencionar al estudio local de Mamani Cutipa en donde se observa un porcentaje del 83.08% de la población femenina entre el primer y el quinto año de secundaria con sintomatología de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, de lo que se deduce que más de las 3 / 4 partes de los trastornos de la conducta alimentaria se

presenta en niñas en progreso a la adolescencia lo que puede afectar a su desarrollo psicosocial (42).

Por otro lado; también a nivel local, está el estudio de Mamani Palaco quien demuestra una relación entre creencias, pensamientos y conductas relacionadas con la presencia de un Trastorno de la conducta Alimentaria, también se relacionan con la presencia de ansiedad y depresión; nos indica que en resumen, se puede decir que la sintomatología depresiva y ansiosa esta positivamente relacionada con la mayoría de las creencias nucleares de los trastornos alimenticios. Este hallazgo es consistente con nuestros resultados, ya que se observa una asociación significativa entre los síntomas de ansiedad y depresión y un posible TCA en adolescentes (41).

A nivel nacional, tenemos los hallazgos de Jimenez Segura y Manayay quienes si bien es cierto toman una población distinta a la nuestra al aplicar su estudio en internos de medicina y no en adolescentes, de todas maneras refuerzan la relación directa entre depresión, ansiedad y el riesgo de TCA. En su estudio se evidencia que a mayor grado de depresión y ansiedad entonces habrá mayor riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria. Se observa aquí que el 51.7% de internos de medicina se encontraban con ansiedad, un 48.3% y un 56.2% presentaba un riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria; ellos concluyen que existe una relación directa significativa entre depresión y ansiedad el riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria. Nuestro estudio concuerda con esta asociación, aunque las poblaciones analizadas son diferentes (43).

Otro estudio a nivel nacional es la investigación de Armes Tejada que enfatiza la importancia de la autoestima como un factor de riesgo o protección frente a los TCA, lo que podría ser un aspecto a considerar en futuras investigaciones en nuestra población de estudio. Como sabemos la autoestima también es un factor importante que llega a influir en el desarrollo de alguno de los tres trastornos ya expuestos como son la depresión, ansiedad y un TCA. Ellos nos indican que como principal hallazgo, la mayoría de las investigaciones señalaron una relación negativa y estadísticamente significativa entre la autoestima y el desarrollo de los TCA, lo cual aporta a las conclusiones que podemos llegar en nuestra investigación (44).

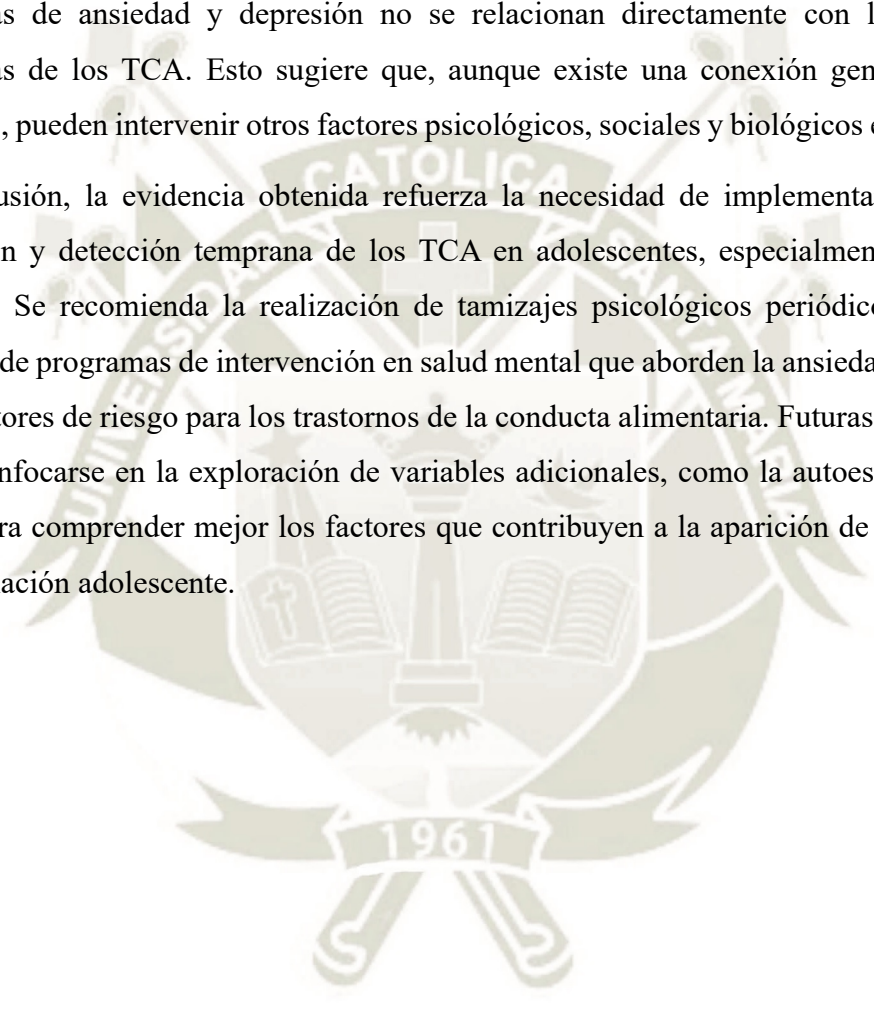
En el ámbito internacional, Mercado, González y Romero-Acosta reportaron que los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad generalizada, se asociaron positivamente al riesgo del trastorno de la conducta alimentaria, lo que coincide con nuestros hallazgos. Además se halló

que el 32.7% de los adolescentes en Sincelejo-Sucre, Colombia, presentaban riesgo de TCA, una cifra ligeramente superior a la encontrada en nuestro estudio (44).

De manera similar, Llanos Román y Villalba Guallichico destacaron que la ansiedad es un factor clave en el desarrollo de los TCA en adolescentes (46).

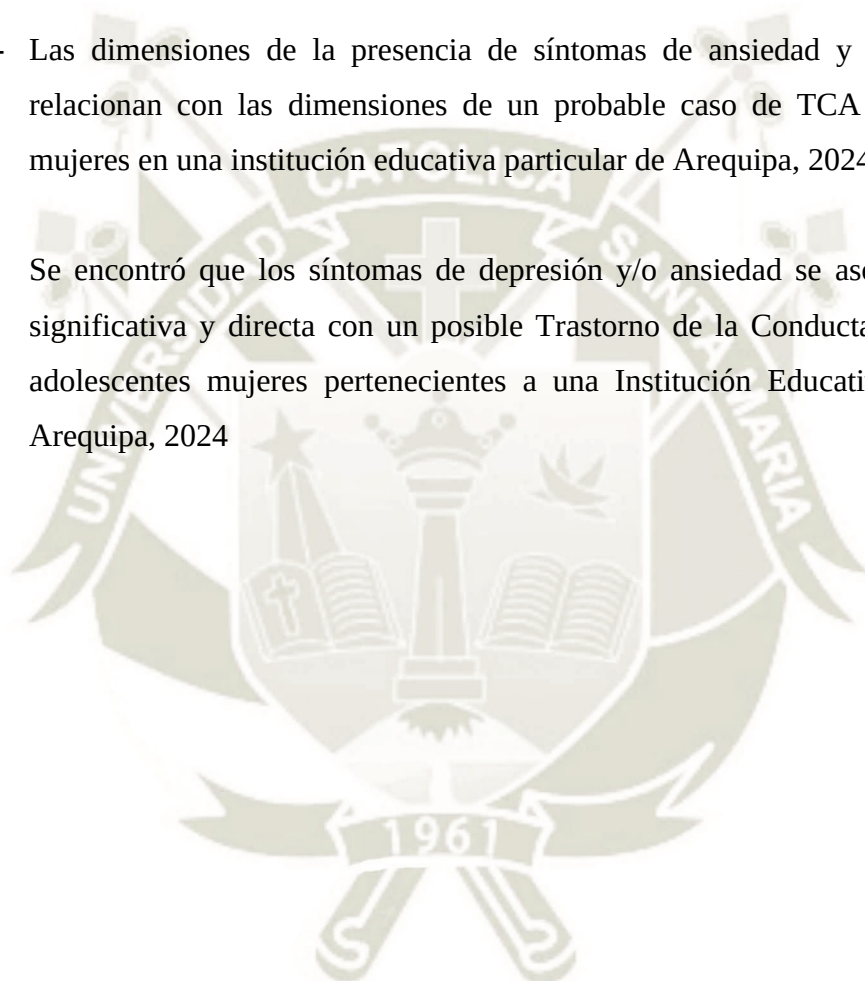
Si bien los resultados de este estudio muestran una correlación significativa entre los síntomas de ansiedad, depresión y la presencia de posibles TCA, también se observó que las dimensiones específicas de ansiedad y depresión no se relacionan directamente con las dimensiones específicas de los TCA. Esto sugiere que, aunque existe una conexión general entre estos trastornos, pueden intervenir otros factores psicológicos, sociales y biológicos en su desarrollo.

En conclusión, la evidencia obtenida refuerza la necesidad de implementar estrategias de prevención y detección temprana de los TCA en adolescentes, especialmente en contextos escolares. Se recomienda la realización de tamizajes psicológicos periódicos, así como la inclusión de programas de intervención en salud mental que aborden la ansiedad y la depresión como factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria. Futuras investigaciones podrían enfocarse en la exploración de variables adicionales, como la autoestima y el apoyo social, para comprender mejor los factores que contribuyen a la aparición de estos trastornos en la población adolescente.



CONCLUSIONES

- Primera.-** Se encontraron síntomas de ansiedad en 75.58% y de depresión en 76.74% de adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.
- Segunda.-** Se encontró una probable presencia de casos de TCA en 24,42% de adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.
- Tercera.-** Las dimensiones de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión no se relacionan con las dimensiones de un probable caso de TCA en adolescentes mujeres en una institución educativa particular de Arequipa, 2024.
- Cuarta.-** Se encontró que los síntomas de depresión y/o ansiedad se asocian de manera significativa y directa con un posible Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes mujeres pertenecientes a una Institución Educativa Particular de Arequipa, 2024



RECOMENDACIONES

1. A la directora de la institución educativa particular, hacer conocimiento de la problemática y establecer estrategias junto a las distintas áreas como son psicología, tutoría y demás personal para establecer programas que puedan ayudar a las estudiantes en riesgo de padecer trastornos de ansiedad, depresión y/o de la conducta alimentaria.
2. Al área de psicología, se recomienda realizar un tamizaje con herramientas validadas para hacer un descarte y poder brindar asistencia para aquellos casos en potencial riesgo, haciendo un manejo integral de forma más enfocada e individualizada.
De igual manera es necesario educar al personal involucrado con el alumnado sobre los conceptos más importantes acerca de estos trastornos, así como también importancia de identificarlos y las consecuencias de los mismos en su desarrollo; de esta manera se debe aprender a identificar posibles conductas de riesgo o factores que pueden disponer a la alumna a desarrollarlos.
3. A la institución educativa particular, se recomienda realizar campañas y programas o actividades grupales en donde se pueda concientizar al alumnado sobre estos trastornos de la Salud Mental, como son las manifestaciones clínicas de estos, sus factores de riesgo y las complicaciones y comorbilidades que pueden llegar a causar; se puede invitar a profesionales de la salud en ciertas actividades para así dar un enfoque más fidedigno.
4. Al área de tutoría, se recomienda realizar un conversatorio con los padres de familia en donde se pueda exponer con la ayuda de un profesional la problemática detectada en el alumnado y la información necesaria para que desde casa puedan identificar un potencial riesgo en sus hijas que nos ayude a hacer una detección temprana.
5. Al Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para que tomen en cuenta y le pongan mayor importancia a la salud mental de nuestros jóvenes, realizando tamizajes, programas de concientización, verificando que haya un profesional en el área en cada colegio y brindando la información necesaria para identificar de manera temprana distintos trastornos de la salud mental enmascarados que pueden llegar a estar afectando a nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hidalgo M, Ceñal M. Adolescencia: aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contin [Internet]. 2014 [citado 2025 feb 7]; 12(1):42-6. Disponible en: DOI: 10.1016/S1696-2818(14)70167-2.
2. Organización Mundial de la Salud. La salud mental de los adolescentes. WHO [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 7]; Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health?utm_source=chatgpt.com
3. National Institute of Mental Health. Eating Disorders: What You Need to Know. NIH [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 7]; Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders>
4. Torres M. Asociación entre depresión y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios de 22 a 26 años de una universidad peruana durante el 2023. [tesis de titulación en Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2024 [citado 2025 feb 7]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a7639f1f-77b3-49fd-b605-09d398067a8f/content>
5. Fernández A, Jáuregui I. Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). JONNPR [Internet]. 2016 [citado 2025 feb 11]; 1(2):43-80. Disponible en: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.2.1011>
6. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chill Pediatr [Internet]. 2015 [citado 2025 feb 11]; 86(6):436---443. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF [Internet]. 2020 ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. www.unicef.org. 2020 [citado 2025 feb 11]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
8. Castillo J. Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la disfuncionalidad familiar en adolescentes del colegio 27 de febrero en el periodo enero-junio 2016. . [tesis de titulación en Internet]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [citado 2025 feb 11]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19478>
9. Bueno D, Torrens I. El Cerebro adolescente: época de cambio y transformación. ADOLESCERE [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 11]; XI (2): 78-83. Disponible en: https://www.ub.edu/neuroedu/wp-content/uploads/2023/11/23-06_El_cerebro_adolescente-ADOLESCERE.pdf

10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Navas W, Vargas M. Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Rev Med Costa Rica Cent. [Internet]. 2012 [citado 2025 feb 11]; 69(604):497-507. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
12. Díaz Iliana, De la Iglesia G. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica UST [Internet]. 2019 [citado 2025 feb 11]; 16(1):42-50. Disponible en: doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
13. Reyes R, De Portugal E. Trastornos de ansiedad. Programa de Formación Médica Continuada Acreditada. [Internet]. 2019 [citado 2025 feb 11]; 12(84):4911-4917. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.001>
14. Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. Generalidades sobre el Trastorno de Ansiedad. Rev Cúpula. [Internet]. 2021 [citado 2025 feb 11]; 35(1): 23-36. Disponible en: https://www.udocz.com/apuntes/1036096/generalidades-sobre-trastorno-de-ansiedad?shared_by=4261782
15. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Cuad Med Psicosom Psiquiatr. [Internet]. 2014 [citado 2025 feb 11]; (110):62-69. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
16. Díaz Santos C, Santos Vallín L. La ansiedad en la adolescencia. RqR Enferm Comunitaria. [Internet]. 2018 [citado 2025 feb 11]; 6(1): 21-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6317303.pdf>
17. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México: Secretaría de Salud; [Internet]. 2010 [citado 2025 feb 13]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-392-10/ER.pdf>
18. Ramirez Cuervo L, Ramirez Jaimes A. Efectividad de Los Tratamientos/ Técnicas Psicológicas En La Disminución de la Sintomatología de Los Trastornos de Ansiedad En Adultos. [trabajo de grado en Internet]. Santander, España: Universidad de Santander (UDES); 2024 [citado 2025 feb 13]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/c6a960ea-a2b1-4b80-8adc-f5641591c8cc/content>
19. Domínguez Domínguez JA, Expósito Duque V, Torres Tejera E. Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. Aten Primaria Práct. [Internet]. 2024 [citado 2025 feb 13]; 6(2):100194. Disponible en: doi: 10.1016/j.appr.2024.100194.

20. Rodríguez Tejada, Torres Tejera ME. Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. *Aten Primaria Práct.* [Internet]. 2024 [citado 2025 feb 13]; 6(2):100193. Disponible en doi: 10.1016/j.appr.2024.100193.
21. Also Fontanet A, Echiburu Salinas N, Pinto Asenjo J. Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. *Aten Primaria Práct.* [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 13]; 6:100189. Disponible en: doi: 10.1016/j.appr.2023.100189
22. González-Forteza C, Hermosillo de la Torre AE, Vacio-Muro MA, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex.* [Internet]. 2015 [citado 2025 feb 13]; 72(2):149-155. Disponible en: doi: 10.1016/j.bmhmx.2015.05.006.
23. Organización Mundial de la Salud. Depresión. WHO [Internet]. 2023 [citado 2025 feb 14]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. Instituto Peruano de Orientación Psicológica. Tendencias de la prevalencia y el tratamiento de los síntomas depresivos en el Perú [Internet]. Lima: IPOPS; 2020 Aug 12 [actualizado 2022 Sep 03; citado 2025 Feb 13]. Disponible en: https://ipops.pe/depresion_en_peru/
25. Guías de Práctica clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. [Internet]. 2018 [citado 2025 Feb 14]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/01/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl_caduc.pdf
26. Cortez Gutiérrez HÓ, Cortez Gutiérrez MM. Análisis de Depresión a partir de un enfoque de estilo de vida. *Eur Public Soc Innov Rev.* 2025; 10:1-22. DOI: 10.31637/epsir-2025-1103.
27. Mentes Abiertas Psicología. Test de Depresión de Goldberg: uso y características [Internet]. 2023 Abr 22 [citado 2025 Feb 14]. Disponible en: <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/test-de-depresion-de-goldberg-uso-y-caracteristicas>
28. EspectroAutista.Info. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) [Internet]. 2024 [citado 2025 Feb 14]. Disponible en: <https://espectroautista.info/GADS-es.html>
29. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MA, et al. Validación de la PHQ-9 en un grupo de pacientes con diagnóstico de depresión en Colombia. *Aten Primaria* [Internet]. 2017; 49(1):10-17. doi: 10.1016/j.aprim.2016.02.016.
30. Guerrero-Castellón MP, Barajas-Cortés LL, Aguiar-Fuentes EG, Negrete-Castellanos MA, Gutiérrez-Rojo JF. Manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta

- alimentaria: anorexia y bulimia. *Rev Tamé*. 2019; 8(23):951-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tam-2019/tam1923n.pdf>
31. García M, López J. Efectos de la terapia cognitiva en pacientes con depresión. *Rev Mex Psic*. 2019; 35(2):123-130. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/15611>
 32. Loria-Kohen V, Montiel Fernández N, López-Plaza B, Aparicio A. Anorexia nerviosa, microbiota y cerebro. *Nutr Hosp*. 2023; 40(N. ° Extra 2):46-50. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v40nspe2/0212-1611-nh-40-nspe2-46.pdf>
 33. Bermúdez Durán LV, Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Rev Méd Sinerg*. 2021; 6(8):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.753>
 34. Sirvent Segovia AE. Trastornos de la conducta alimentaria: detección precoz, aspectos médicos y abordaje multidisciplinar. *NPunto*. 2024 Jul; VII (76): 42-62. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/66aa07de955bbart2.pdf>
 35. Gismero González ME. Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Rev Psicoter*. [Internet]. 2020 [citado 2025 Feb 16]; 31(115):33-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279508>
 36. López Herrera I. Factores de riesgo y vulnerabilidad en TCA [Trabajo de Fin de Grado]. Jaén: Universidad de Jaén; 2017. Disponible en: <https://crea.ujaen.es/server/api/core/bitstreams/2e35fdb0-f44e-40d1-858b-18af4464dfd3/content>
 37. García M, López J. Efectos de la terapia cognitiva en pacientes con depresión. *Rev Med Valdecilla*. 2019; 35(2):123-130. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/13792/Rev%20Med%20Valdecilla_Trastorno%20conducta%20alimentaria.pdf?sequence=1
 38. Rubio Valladolid G, Rodríguez-Jiménez R, Lahera Forteza G, Molina Martín JD. Experto Universitario en Psiquiatría y Salud Mental para Atención Primaria. Madrid: Médica Panamericana; [2020]. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_U_Psiquiatra_AP/M3T13_Textos.pdf
 39. Lozano-Muñoz N, Borrallo-Riego A, Guerra-Martín MD. Efectividad de las intervenciones para mitigar la influencia de las redes sociales en la anorexia y bulimia nerviosa: una revisión sistemática. *An Sist Sanit Navar*. 2024; 47(1):1-13. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v47n1/1137-6627-asisna-47-01-e1074.pdf>

40. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp.* 2022; 39(N. ° Extra 2):8-15. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v39nspe2/0212-1611-nh-39-nspe2-8.pdf>
41. Mamani Palaco CG. Creencias nucleares en trastornos alimenticios y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes pre-universitarias [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2018. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9c360e97-f452-4d6c-be15-b26f1c94d475/content>
42. Mamani Cutipa MM. Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 1° y 5° año de secundaria del Centro Educativo Juan Pablo Vizcardo y Guzmán, Arequipa 2016 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d7a2d4a7-5326-4a07-a3f9-69bf9664fa8e/content>
43. Jiménez Segura AJ, Marlo Manayay LZT. Depresión y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la Universidad Señor de Sipán, 2023 [tesis]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10842/Jimenez%20Segura,%20Alexandra%20&%20Marlo%20Manayay,%20Liang.pdf?sequence=11>
44. Ames Tejada AE. Autoestima y desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos jóvenes [tesis]. Lima: Universidad de Lima; 2022. Disponible en: https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15830/Ames-Tejada_Autoestima-Desarrollo-Trastornos.pdf?sequence=3&isAllowed=y
45. Mercado-Ríos M, González LY, Romero-Acosta K. Relación entre síntomas internalizados (ansiedad y depresión) y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicol Caribe.* 2022; 39(1):1-12. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/12943>
46. Llanos Román GA, Villalba Guallichico MV. Relación de los trastornos de la conducta alimentaria con la ansiedad y la depresión en mujeres adolescentes en Iberoamérica: Una revisión sistemática [Tesis para optar el título de Psicología]. Ecuador: Universidad Internacional SEK; 2024. Disponible en: <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5372>
47. López Moya B, Baños Martín I, Vilariño Besteiro P, Unzeta Conde B, Pérez Franco C. Ansiedad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. En: XXI Congreso Virtual

- Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental; 2020 may 25-jun 5; Virtual. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-44-POS20.pdf>
48. Vilariño-Besteiro MP, López-Moya B, Baños-Martín I, Pérez-Franco C. Ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. Rev Fac Med Hum. 2022; 22(4):735-742. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n4/2308-0531-rfmh-22-04-735.pdf>
49. Graziano MP, García SE. Ansiedad y depresión: ¿una sola o dos entidades? Salud Ment. 2007; 30(2):33-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-33.pdf>



ANEXOS



ANEXO 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

El presente documento contiene la información necesaria para comprender el estudio que se realizará y por su decisión autorice la participación de su menor hijo en esta investigación.

I. Acerca de la investigación

- Título de la investigación: Síntomas de Depresión y Ansiedad asociados a posible Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes mujeres en una Institución Educativa Particular, Arequipa-Perú 2024.
- Investigadores principales: Begazo Villanueva, Antuanet Aylin.

II. Acerca de la participación en el estudio

- Objetivo del estudio: La presente investigación tiene como objetivo identificar síntomas y factores de riesgo para Depresión, Ansiedad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, los cuales son comunes en la sociedad y en los últimos años su prevalencia en menores de edad ha incrementado. No se busca diagnosticar los mismos si no identificar el porcentaje de población en riesgo.
- Herramientas utilizadas:
 - Test de Goldberg: La escala de Goldberg es un Test validado que muestra una escala de cribado para ansiedad y depresión en población general. Plantea preguntas sobre síntomas asociados a ansiedad y depresión que hayan sido experimentados en las últimas 2 semanas.
 - Cuestionario EAT-26: Es un Test validado que facilita la detección temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria, tiene como población diana a la población general femenina. Consta de 26 reactivos que son puntuados en una escala de 6 puntos (desde el siempre hasta el nunca)
- Beneficios del estudio: Los datos adquiridos en la investigación nos mostraran si existe un presente riesgo en los adolescentes, lo cual nos permitirá orientarnos dentro de la institución educativa y poder aplicar medidas integrales.
- Riesgos del estudio: La naturaleza de la presente investigación aplicada en menores de edad requiere un consentimiento informado por parte de los padres para la obtención de información. Es un estudio que no involucra ningún tipo de riesgo físico, mental o social para los participantes.
- Confidencialidad: Las herramientas utilizadas en el estudio son aplicadas de forma anónima, el investigador tiene como responsabilidad proteger la identidad de los menores participantes.
- Renuncia: Usted podrá revocar la autorización para utilizar los datos obtenidos con fines de investigación en cualquier momento si así lo considera necesario.
- Participación voluntaria: Todas las personas que acepten participar en la investigación, lo harán de forma totalmente voluntaria y luego de haber firmado el consentimiento informado.

III. Consentimiento de participación:

Declaro que:

- He leído la información que el investigador me ha proporcionado.
- He recibido información correcta y por el investigador sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es completamente voluntaria buscando apoyar la investigación médica.
 - Que es un estudio con herramientas anónimas, mi identificación personal y la de mi menor hija es de estricta confidencialidad.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo).
 - Que sé y entiendo mis derechos dentro de la participación de esta investigación.

FIRMA

NOMBRE

DNI

AL FIRMAR ESTE FORMATO, AUTORIZO A LOS INVESTIGADORES AL USO DE LA INFORMACION OBTENIDA POR MEDIO DE LAS HERRAMIENTAS YA DESCRITAS.

ANEXO 2

Test de Golbert

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Instrucciones para el encuestador:

A continuación, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: EspectroAutista.Info, (28)

ANEXO 3

Cuestionario EAT-26

Cuestionario EAT-26

EL SIGUIENTE CUESTIONARIO ES ANONIMO Y PERSONAL

Edad:

Peso:

Talla:

Gimnasio al que asiste:

¿Qué tan frecuente acudes al gimnasio?

Marca con X

() 1 vez por semana

() 2-4 veces por semana

() Más de 4 veces a la semana

		Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procura no comer, aunque tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	A veces me he “atrachado” de comida, sintiendo que era incapaz de para de comer						
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de régimen						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo en las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y culpándome de la comida						
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer régimen						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Marca con X

Fuente: Constaín, (29)

ANEXO 4: Matriz de datos

N°	Edad	Peso	Talla	imc	Cat IMC	Gimnasio	Frecuencia	EAT 1	EAT 2	EAT 3	EAT 4
1	16	56	1.73	18.7109492	Normal	Revo Sport	2-4 v/sem	MA	AV	AV	S
2	15	80	1.68	28.3446712	Sobrepeso	?	1 v/sem	AV	AV	A	R
3	16	47	1.59	18.5910367	Normal	?	2-4 v/sem	A	AV	AV	N
4	15	52	1.64	19.3337299	Normal	?	1 v/sem	S	S	N	N
5	16	51	1.63	19.1953028	Normal	?	1 v/sem	R	N	N	N
6	16	52	1.62	19.8140527	Normal	Club inter	2-4 v/sem	S	A	A	R
7	16	58	1.72	19.605192	Normal	?	1 v/sem	S	R	A	AV
8	16	70	1.67	25.0995016	Sobrepeso	Revo Sport	1 v/sem	S	MA	S	S
9	16	54	1.65	19.8347107	Normal	Su casa	> 4 v/sem	S	S	MA	MA
10	15	49	1.56	20.1347798	Normal	?	> 4 v/sem	MA	MA	S	AV
11	16	49	1.54	20.661157	Normal	Club inter	1 v/sem	S	MA	AV	S
12	16	54	1.7	18.6851211	Normal	Revo Sport	1 v/sem	S	S	S	S
13	16	49	1.55	20.3954214	Normal	Club inter	1 v/sem	A	A	A	A
14	15	56	1.62	21.3382106	Normal	Revo Sport	2-4 v/sem	S	MA	S	S
15	16	54	1.55	22.4765869	Normal	Revo Sport	> 4 v/sem	AV	R	MA	N
17	16	56	1.73	18.7109492	Normal	Ninguno	1 v/sem	R	R	R	N
18	15	56	1.64	20.8209399	Normal	?	1 v/sem	AV	R	N	N
19	16	54	1.66	19.5964581	Normal	?	1 v/sem	A	AV	AV	N
20	15	40	1.53	17.087445	Adelgazado	?	1 v/sem	A	AV	A	N
21	16	53	1.58	21.230572	Normal	Club inter	> 4 v/sem	MA	AV	A	R
22	16	50	1.57	20.2847986	Normal	Club inter	2-4 v/sem	R	R	R	N
23	16	43	1.55	17.8980229	Adelgazado	?	1 v/sem	R	AV	R	N
25	16	46	1.61	17.7462289	Adelgazado	?	2-4 v/sem	A	AV	R	N
26	16	57	1.74	18.8267935	Normal	?	> 4 v/sem	S	S	S	S
27	15	55	1.64	20.4491374	Normal	?	2-4 v/sem	S	AV	A	N
28	16	64	1.68	22.675737	Normal	?	1 v/sem	R	R	R	R
29	14	50.6	1.55	21.0613944	Normal	?	2-4 v/sem	A	R	AV	AV
30	16	55	1.65	20.2020202	Normal	Revo Sport	> 4 v/sem	A	R	R	N
31	16	40	1.5	17.7777778	Adelgazado	Ninguno	> 4 v/sem	R	N	R	R
32	16	45	1.56	18.4911243	Adelgazado	?	1 v/sem	N	N	N	N
33	16	54	1.63	20.3244383	Normal	?	1 v/sem	A	R	N	N
34	15	46	1.67	16.4939582	Adelgazado	?	1 v/sem	AV	AV	R	N
37	17	54	1.6	21.09375	Normal	?	> 4 v/sem	N	N	N	N
39	16	60	1.63	22.5827092	Normal	?	> 4 v/sem	S	S	S	S
41	17	63	1.68	22.3214286	Normal	?	1 v/sem	S	S	S	R
43	17	50	1.59	19.7776987	Normal	?	1 v/sem	A	R	R	N
44	17	47	1.53	20.0777479	Normal	?	1 v/sem	A	R	R	AV
46	17	49	1.69	17.156262	Adelgazado	Club inter	> 4 v/sem	AV	N	R	N

47	16	62	1.65	22.7731864	Normal	Ninguno	2-4 v/sem	S	S	S	S
48	17	49	1.66	17.7819713	Adelgazado	Su casa	2-4 v/sem	MA	A	MA	R
49	17	62	1.65	22.7731864	Normal	?	1 v/sem	N	R	R	N
50	17	56	1.68	19.8412698	Normal	?	1 v/sem	AV	AV	MA	R
51	17	68	1.6	26.5625	Sobrepeso	Gym Medina	> 4 v/sem	S	MA	MA	AV
52	17	57	1.75	18.6122449	Normal	Ninguno	2-4 v/sem	N	N	N	N
53	17	50	1.64	18.5901249	Normal	Ninguno	1 v/sem	R	N	AV	S
54	16	58	1.75	18.9387755	Normal	Revo Sport	> 4 v/sem	AV	AV	R	R
56	16	59	1.67	21.1552942	Normal	Ninguno	1 v/sem	R	R	R	N
57	14	83	1.68	29.4075964	Sobrepeso	Romero Funcional	2-4 v/sem	S	N	AV	MA
58	15	48	1.65	17.630854	Adelgazado	?	1 v/sem	MA	S	A	N
59	14	53	1.65	19.4674013	Normal	Ninguno	1 v/sem	R	AV	N	N
60	15	47	1.5	20.8888889	Normal	Ninguno	1 v/sem	A	MA	R	N
61	16	57	1.75	18.6122449	Normal	?	2-4 v/sem	A	MA	MA	N
62	15	46	1.52	19.9099723	Normal	?	1 v/sem	A	A	AV	N
63	15	56	1.63	21.0771952	Normal	?	1 v/sem	S	MA	A	N
65	15	53	1.65	19.4674013	Normal	Ninguno	1 v/sem	N	S	MA	N
67	14	38	1.58	15.2219196	Adelgazado	?	2-4 v/sem	MA	R	R	N
68	15	54	1.53	23.0680507	Normal	?	> 4 v/sem	MA	MA	MA	AV
69	14	63	1.7	21.799308	Normal	Club inter	1 v/sem	R	R	R	N
70	15	65	1.6	25.390625	Sobrepeso	Imperium	1 v/sem	S	R	A	AV
71	15	52	1.66	18.8706634	Normal	?	> 4 v/sem	R	AV	R	N
72	14	61	1.62	23.243408	Normal	?	1 v/sem	MA	A	A	AV
73	14	68	1.64	25.2825699	Sobrepeso	Ninguno	1 v/sem	A	N	R	AV
74	15	54	1.66	19.5964581	Normal	?	2-4 v/sem	R	R	N	N
75	15	55	1.6	21.484375	Normal	Ninguno	1 v/sem	S	AV	MA	R
76	15	62	1.65	22.7731864	Normal	Club deportivo	> 4 v/sem	S	S	S	S
77	15	45	1.6	17.578125	Adelgazado	?	2-4 v/sem	S	S	S	A
78	15	47	1.48	21.4572681	Normal	?	2-4 v/sem	A	AV	AV	A
79	15	46	1.49	20.7197874	Normal	?	1 v/sem	R	N	R	N
80	15	44	1.56	18.0802104	Adelgazado	?	2-4 v/sem	S	R	A	AV
81	15	46	1.6	17.96875	Adelgazado	Ninguno	> 4 v/sem	AV	R	N	AV
82	15	55	1.56	22.600263	Normal	?	2-4 v/sem	AV	A	AV	R
84	15	59	1.67	21.1552942	Normal	?	1 v/sem	A	AV	A	S
86	15	55	1.73	18.3768252	Adelgazado	Revo Sport	1 v/sem	AV	R	R	AV
87	15	90	1.66	32.6607635	Obeso	?	2-4 v/sem	A	AV	A	R
89	14	50.6	1.55	21.0613944	Normal	Ninguno	2-4 v/sem	AV	AV	R	R
91	14	59	1.6	23.046875	Normal	?	1 v/sem	R	N	R	N
92	15	54.5	1.56	22.394806	Normal	Ninguno	1 v/sem	MA	AV	A	N
95	15	57	1.74	18.8267935	Normal	Smart Fit	2-4 v/sem	S	MA	MA	R
96	15	55.9	1.65	20.5325987	Normal	?	2-4 v/sem	MA	AV	S	N
97	15	47	1.54	19.8178445	Normal	?	2-4 v/sem	N	N	N	N
98	14	52	1.64	19.3337299	Normal	Ninguno	2-4 v/sem	A	R	R	N
99	15	47	1.55	19.5629553	Normal	?	1 v/sem	R	N	AV	N
100	15	50	1.57	20.2847986	Normal	Ninguno	2-4 v/sem	AV	N	N	N

101	15	55	1.58	22.0317257	Normal	?	1 v/sem	N	N	R	N
103	15	61	1.62	23.243408	Normal	?	1 v/sem	R	R	AV	N
104	14	60	1.63	22.5827092	Normal	?	2-4 v/sem	AV	R	AV	N

EAT 5	EAT 6	EAT 7	EAT 8	EAT 9	EAT 10	EAT 11	EAT 12	EAT 13	EAT 14	EAT 15	EAT 16
R	R	R	N	R	A	R	AV	N	MA	N	R
AV	R	A	R	N	AV	R	R	N	AV	A	AV
MA	N	AV	R	N	R	R	N	R	R	A	N
MA	N	AV	N	N	N	AV	N	N	AV	S	N
N	N	N	N	N	N	N	N	R	N	R	N
MA	R	R	AV	MA	A	S	MA	A	A	AV	R
AV	AV	AV	AV	N	N	R	R	AV	AV	AV	AV
S	S	MA	S	S	S	S	A	R	S	MA	MA
MA	AV	A	AV	N	A	S	MA	AV	MA	MA	MA
AV	S	A	AV	N	AV	A	MA	AV	MA	S	AV
S	AV	S	AV	AV	S	A	MA	S	AV	A	A
S	S	S	MA	A	MA	S	MA	A	A	A	A
A	AV	AV	A	N	N	A	A	AV	AV	AV	N
S	S	MA	A	N	N	S	S	AV	S	N	MA
MA	A	MA	R	N	N	AV	AV	N	N	A	AV
MA	N	N	N	N	N	N	R	N	N	A	R
S	R	R	N	N	R	N	N	N	AV	A	R
S	AV	AV	N	N	N	N	AV	N	A	MA	AV
R	R	AV	R	N	N	AV	R	N	R	AV	AV
R	R	R	R	N	A	S	S	N	AV	S	R
A	N	N	N	N	N	N	N	R	N	AV	N
AV	N	N	N	N	N	N	N	AV	R	AV	R
AV	N	N	N	N	N	R	AV	A	AV	A	N
MA	S	A	MA	S	S	S	S	S	MA	A	MA
N	AV	A	A	N	A	MA	A	AV	MA	N	A
S	R	R	R	R	R	R	R	R	R	AV	R
N	N	N	N	N	R	MA	AV	N	R	N	N
N	N	A	N	N	N	AV	R	N	N	MA	A
AV	N	R	A	N	N	N	N	N	N	AV	N
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
S	AV	R	R	N	R	N	S	N	A	S	MA
AV	N	N	N	N	N	R	MA	AV	N	AV	R
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
S	S	S	R	N	AV	S	A	AV	S	S	S
S	AV	A	AV	N	R	A	AV	AV	A	AV	N
A	N	R	R	N	N	A	MA	AV	AV	AV	A
A	N	N	A	N	N	R	N	MA	AV	MA	AV
R	N	N	A	N	R	A	S	MA	AV	S	N
R	S	S	AV	N	S	S	A	N	S	MA	S

S	A	MA	R	N	MA	MA	A	A	MA	R	S
AV	R	AV	AV	N	N	AV	N	R	N	A	R
S	AV	R	R	N	N	AV	MA	AV	AV	R	AV
AV	S	A	R	N	AV	S	A	N	MA	A	S
N	N	N	N	N	N	N	AV	N	N	N	N
N	N	S	N	N	MA	R	MA	R	N	N	N
N	AV	AV	N	N	R	AV	A	N	R	N	R
N	R	N	N	N	R	R	R	AV	A	N	N
AV	N	N	N	N	AV	MA	A	N	A	R	R
AV	N	A	AV	N	N	N	MA	N	AV	N	A
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
AV	N	N	AV	N	N	AV	R	R	N	MA	A
S	A	AV	R	N	R	A	S	AV	MA	N	N
R	A	A	N	N	R	AV	AV	N	R	R	AV
AV	R	R	R	N	N	N	R	N	S	MA	AV
AV	R	R	N	N	N	N	N	N	N	N	N
MA	N	R	AV	N	N	N	R	A	R	A	R
AV	R	MA	AV	N	A	MA	A	AV	AV	MA	A
AV	R	R	N	N	N	N	R	N	N	N	N
AV	R	R	N	N	AV	MA	R	N	AV	A	A
A	N	R	A	R	N	AV	R	A	R	A	R
N	A	A	R	N	R	AV	R	R	A	N	MA
R	R	R	R	N	AV	AV	A	N	AV	AV	AV
A	R	R	N	N	N	N	A	A	R	A	AV
AV	A	AV	AV	N	A	MA	AV	R	MA	R	A
A	S	S	AV	R	S	MA	S	R	S	MA	S
S	MA	S	AV	R	S	S	A	N	A	S	S
AV	AV	AV	R	R	R	A	AV	AV	A	AV	R
R	N	N	N	N	N	R	R	N	N	N	N
MA	S	S	N	AV	MA	MA	A	N	MA	AV	A
A	N	N	AV	N	N	N	R	MA	N	AV	R
N	N	R	AV	N	N	MA	AV	R	AV	A	A
N	R	S	N	S	S	S	A	N	MA	N	R
S	N	R	A	N	R	R	R	A	N	R	R
AV	AV	AV	R	N	AV	N	AV	N	AV	AV	AV
N	A	R	AV	N	R	A	R	AV	AV	AV	R
N	R	N	N	N	N	N	N	N	R	N	N
R	R	R	N	N	R	MA	A	N	S	A	S
S	R	MA	A	N	AV	R	A	R	A	R	AV
A	A	MA	R	N	R	S	S	A	S	S	S
N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	R	N
N	N	N	N	N	R	A	R	AV	R	R	N
AV	AV	R	AV	N	N	N	N	AV	R	R	N
N	N	N	N	N	N	R	N	N	R	N	N
MA	N	N	N	N	N	R	R	S	AV	AV	N

AV	R	R	N	N	N	N	AV	N	N	AV	R
AV	AV	AV	S	N	R	R	R	N	R	AV	R

EAT 17	EAT 18	EAT 19	EAT 20	EAT 21	EAT 22	EAT 23	EAT 24	EAT 25
R	N	AV	N	AV	R	S	R	AV
AV	A	R	R	AV	A	A	AV	MA
R	N	AV	N	N	N	N	AV	MA
N	N	N	N	N	N	N	N	S
N	N	N	N	N	N	N	N	R
R	AV	R	AV	R	R	AV	AV	S
R	R	A	AV	A	MA	AV	R	S
S	S	S	S	S	S	S	S	MA
MA	A	MA	MA	MA	A	MA	S	S
AV	AV	MA	AV	N	A	AV	AV	AV
S	A	AV	S	MA	MA	S	S	S
MA	S	MA	A	MA	S	MA	A	MA
R	N	N	AV	AV	AV	AV	AV	AV
A	R	MA	R	MA	S	MA	S	S
AV	R	A	N	AV	N	AV	N	MA
N	N	N	N	N	N	N	R	N
R	N	R	N	N	R	R	R	A
N	N	S	N	N	N	AV	R	A
R	N	AV	R	AV	AV	R	N	S
R	R	A	AV	A	A	AV	MA	S
AV	N	N	N	N	R	A	N	MA
N	N	N	N	N	N	N	N	MA
N	N	N	R	N	N	R	N	S
S	A	MA	A	A	A	MA	A	AV
AV	AV	MA	A	A	A	AV	AV	MA
R	R	R	R	R	R	R	R	R
N	N	A	N	AV	N	N	N	S
R	N	R	N	N	N	AV	N	S
N	N	N	N	N	N	N	N	A
N	N	N	N	N	N	N	N	N
A	N	N	N	N	N	AV	R	A
N	N	R	AV	N	N	N	R	S
N	N	N	N	N	N	N	N	N
S	MA	S	A	S	S	S	S	MA
N	N	AV	N	R	R	R	S	S
R	N	R	N	N	R	R	R	S
N	N	N	MA	AV	N	N	N	S
AV	N	N	MA	AV	AV	R	N	S
MA	S	S	AV	S	S	MA	S	AV
MA	AV	S	R	AV	MA	A	MA	MA

R	N	R	R	N	N	N	N	A
N	N	MA	N	N	R	S	R	S
MA	A	S	R	MA	S	MA	MA	A
N	N	N	N	N	N	N	N	S
N	N	N	N	N	N	N	N	S
R	N	N	N	N	N	AV	R	S
N	N	A	N	N	R	R	N	MA
R	MA	R	R	MA	MA	R	N	MA
N	N	R	N	N	N	N	R	S
R	N	S	N	N	N	S	N	S
AV	R	MA	A	R	R	R	R	MA
S	R	S	N	N	N	S	N	S
A	R	MA	N	R	R	A	R	A
R	N	MA	N	N	R	R	MA	AV
N	N	N	N	N	N	N	N	S
R	N	N	R	R	R	N	N	AV
A	AV	AV	A	A	A	A	AV	MA
N	R	N	N	N	R	N	AV	MA
AV	AV	R	N	R	R	AV	R	A
R	R	R	A	N	R	R	A	A
AV	A	R	N	MA	MA	A	N	R
R	R	AV	N	AV	AV	R	AV	A
A	N	A	N	AV	N	AV	R	AV
AV	A	R	AV	MA	A	AV	A	AV
MA	MA	S	A	MA	S	S	MA	AV
AV	AV	S	N	S	S	A	S	S
R	AV	AV	AV	MA	A	AV	AV	AV
R	N	A	N	N	N	R	N	MA
AV	A	R	N	S	S	S	A	MA
N	N	AV	AV	N	R	N	N	A
AV	A	AV	R	R	R	R	AV	A
AV	S	A	N	S	S	S	S	N
AV	N	R	N	AV	N	A	R	S
AV	A	AV	R	A	A	AV	AV	R
R	N	A	AV	R	AV	A	AV	A
N	N	N	N	N	N	N	AV	MA
AV	MA	S	N	AV	S	A	S	S
A	R	S	A	MA	R	MA	MA	AV
S	S	S	AV	S	A	S	S	AV
N	N	N	N	N	N	N	N	MA
N	N	AV	N	N	R	N	N	R
N	N	R	N	N	N	N	N	S
N	N	N	N	N	N	N	N	S
N	N	R	N	N	N	N	R	A
N	R	AV	N	R	N	R	N	AV

R	R	A	N	R	R	R	R	AV
EAT 26	1	2	3	4	5	6	7	8
R	2	0	0	3	0	0	0	0
MA	0	0	1	0	0	0	1	0
N	1	0	0	0	2	0	0	0
N	3	3	0	0	2	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
S	3	1	1	0	2	0	0	0
N	3	0	1	0	0	0	0	0
S	3	2	3	3	3	3	2	3
N	3	3	2	2	2	0	1	0
N	2	2	3	0	0	3	1	0
S	3	2	0	3	3	0	3	0
S	3	3	3	3	3	3	3	2
AV	1	1	1	1	1	0	0	1
AV	3	2	3	3	3	3	2	1
R	0	0	2	0	2	1	2	0
N	0	0	0	0	2	0	0	0
N	0	0	0	0	3	0	0	0
N	1	0	0	0	3	0	0	0
N	1	0	1	0	0	0	0	0
AV	2	0	1	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	1	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	1	0	0	0	0	0	0	0
S	3	3	3	3	2	3	1	2
N	3	0	1	0	0	0	1	1
R	0	0	0	0	3	0	0	0
N	1	0	0	0	0	0	0	0
N	1	0	0	0	0	0	1	0
N	0	0	0	0	0	0	0	1
N	0	0	0	0	0	0	0	0
AV	1	0	0	0	3	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
A	3	3	3	3	3	3	3	0
R	3	3	3	0	3	0	1	0
N	1	0	0	0	1	0	0	0
N	1	0	0	0	1	0	0	1
N	0	0	0	0	0	0	0	1
MA	3	3	3	3	0	3	3	0
R	2	1	2	0	3	1	2	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0

N	0	0	2	0	3	0	0	0
R	3	2	2	0	0	3	1	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	3	0	0	3	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	3	0	0	2	0	0	0	0
N	2	3	1	0	0	0	1	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	1	2	0	0	0	0	0	0
N	1	2	2	0	3	1	0	0
N	1	1	0	0	0	1	1	0
N	3	2	1	0	0	0	0	0
N	0	3	2	0	0	0	0	0
N	2	0	0	0	2	0	0	0
AV	2	2	2	0	0	0	2	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
R	3	0	1	0	0	0	0	0
S	0	0	0	0	1	0	0	1
N	2	1	1	0	0	1	1	0
AV	1	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	1	0	0	0
R	3	0	2	0	0	1	0	0
AV	3	3	3	3	1	3	3	0
R	3	3	3	1	3	2	3	0
R	1	0	0	1	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
A	3	0	1	0	2	3	3	0
N	0	0	0	0	1	0	0	0
R	0	1	0	0	0	0	0	0
S	1	0	1	3	0	0	3	0
N	0	0	0	0	3	0	0	1
A	1	0	1	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	1	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	2	0	1	0	0	0	0	0
R	3	2	2	0	3	0	2	1
S	2	0	3	0	1	1	2	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	1	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	2	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	3

9	10	11	12	13	14	15	16	17
0	1	0	0	0	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	3	2	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	3	3	1	0	3	2	2	3
0	1	3	2	0	2	2	2	2
0	0	1	2	0	2	3	0	0
0	3	1	2	3	0	1	1	3
1	2	3	2	1	1	1	1	2
0	0	1	1	0	0	0	0	0
0	0	3	3	0	3	0	2	1
0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	1	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	3	3	0	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	1	0	0
3	3	3	3	3	2	1	2	3
0	1	2	1	0	2	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	2	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	0	1	3	2	1
0	0	0	2	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	1	0	3	3	3	3
0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	1	2	0	0	0	1	0
0	0	0	0	2	0	2	0	0
0	0	1	3	2	0	3	0	0
0	3	3	1	0	3	2	3	2
0	2	2	1	1	2	0	3	2
0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	2	0	0	0	0	0

0	0	3	1	0	2	1	3	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	2	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	2	1	0	1	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	2	1	0
0	0	1	3	0	2	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	3	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	1	0	0
0	1	2	1	0	0	2	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	1	1	0
0	0	0	0	1	0	1	0	0
0	0	0	0	0	1	0	2	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	1	1	0	1	0	1
0	1	2	0	0	2	0	1	0
0	3	2	3	0	3	2	3	2
0	3	3	1	0	1	3	3	0
0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	2	1	0	2	0	1	0
0	0	0	0	2	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	1	1	0
3	3	3	1	0	2	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	1	0	3	1	3	0
0	0	0	1	0	1	0	0	1
0	0	3	3	1	3	3	3	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

18	19	20	21	22	23	24	25	26	Puntaje	TCA
0	0	0	0	0	3	0	1	0	12	Riesgo de TCA
1	0	0	0	1	1	0	0	2	8	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	3	20	TCA probable
0	1	0	1	2	0	0	0	0	8	Sin TCA
3	3	3	3	3	3	3	0	3	66	TCA probable
1	2	2	2	1	2	3	0	0	40	TCA probable
0	2	0	0	1	0	0	1	0	23	TCA probable
1	0	3	2	2	3	3	0	3	45	TCA probable
3	2	1	2	3	2	1	0	3	54	TCA probable
0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	Sin TCA
0	2	0	2	3	2	3	0	0	44	TCA probable
0	1	0	0	0	0	0	0	0	9	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	3	0	6	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Sin TCA
0	3	0	0	0	0	0	0	0	10	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sin TCA
0	1	0	1	1	0	2	0	0	18	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Sin TCA
1	2	1	1	1	2	1	1	3	56	TCA probable
0	2	1	1	1	0	0	0	0	18	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	Sin TCA
0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	Sin TCA
2	3	1	3	3	3	3	0	1	56	TCA probable
0	0	0	0	0	0	3	0	0	18	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Sin TCA
0	0	2	0	0	0	0	0	0	9	Sin TCA
0	0	2	0	0	0	0	0	0	12	Riesgo de TCA
3	3	0	3	3	2	3	1	2	55	TCA probable
0	3	0	0	2	1	2	0	0	32	TCA probable
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Sin TCA
0	2	0	0	0	3	0	0	0	12	Riesgo de TCA

1	3	0	2	3	2	2	0	0	36	TCA probable
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Sin TCA
0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Sin TCA
2	0	0	2	2	0	0	0	0	15	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	Riesgo de TCA
0	3	0	0	0	3	0	0	0	6	Sin TCA
0	2	1	0	0	0	0	0	0	9	Sin TCA
0	3	0	0	0	3	0	0	0	24	TCA probable
0	2	0	0	0	1	0	0	0	8	Sin TCA
0	2	0	0	0	0	2	1	0	16	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	Sin TCA
0	0	1	1	1	1	0	0	0	20	TCA probable
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	Sin TCA
0	0	1	0	0	0	1	0	3	9	Sin TCA
1	0	0	2	2	1	0	2	0	17	Riesgo de TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Sin TCA
0	1	0	0	0	0	0	1	0	7	Sin TCA
1	0	0	2	1	0	1	1	0	18	Riesgo de TCA
2	3	1	2	3	3	2	1	0	54	TCA probable
0	3	0	3	3	1	3	0	0	45	TCA probable
0	0	0	2	1	0	0	1	0	8	Sin TCA
0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	Sin TCA
1	0	0	3	3	3	1	0	1	32	TCA probable
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Sin TCA
1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	Sin TCA
3	1	0	3	3	3	3	3	3	42	TCA probable
0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	Sin TCA
1	0	0	1	1	0	0	2	1	8	Sin TCA
0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
2	3	0	0	3	1	3	0	0	25	TCA probable
0	3	1	2	0	2	2	1	0	27	TCA probable
3	3	0	3	1	3	3	1	3	48	TCA probable
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	Sin TCA
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	Sin TCA
0	1	0	0	0	0	0	1	0	5	Sin TCA

A) Bulimia	SE bulimia	B) Dieta	SE dieta	C) Preocup. Comida	SE Preoc comida	D) Control oral	SE control oral	GA 1	GA 2
3	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	8	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
4	Sin S. bulimia	2	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	6	Sin preocup. comida	5	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
6	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	11	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	2	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
18	Con S. bulimia	16	Con vig. dieta	18	Con preocupac. Comida	11	Con control oral	1	1
7	Sin S. bulimia	9	Sin vig. dieta	16	Con preocupac. Comida	6	Sin control oral	1	1
3	Sin S. bulimia	5	Sin vig. dieta	9	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
9	Sin S. bulimia	12	Con vig. dieta	14	Con preocupac. Comida	10	Con control oral	1	1
15	Con S. bulimia	13	Con vig. dieta	16	Con preocupac. Comida	8	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	4	Sin preocup. comida	2	Sin control oral	1	1
8	Sin S. bulimia	14	Con vig. dieta	16	Con preocupac. Comida	4	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	3	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	4	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	2	Sin preocup. comida	5	Sin control oral	1	1
1	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	3	Sin vig. dieta	9	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	2	Sin control oral	1	1
14	Con S. bulimia	11	Sin vig. dieta	19	Con preocupac. Comida	9	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	3	Sin vig. dieta	9	Sin preocup. comida	2	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	2	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	2	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	3	Sin vig. dieta	5	Sin preocup. comida	6	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	2	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
12	Con S. bulimia	18	Con vig. dieta	16	Con preocupac. Comida	7	Sin control oral	0	0
3	Sin S. bulimia	4	Sin vig. dieta	8	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	4	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	8	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	4	Sin preocup. comida	8	Sin control oral	1	1
14	Con S. bulimia	17	Con vig. dieta	18	Con preocupac. Comida	2	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	12	Con vig. dieta	11	Sin preocup. comida	4	Sin control oral	1	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	5	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1

5	Sin S. bulimia	14	Con vig. dieta	13	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
3	Sin S. bulimia	3	Sin vig. dieta	4	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
6	Sin S. bulimia	2	Sin vig. dieta	7	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
1	Sin S. bulimia	2	Sin vig. dieta	7	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	0	1
2	Sin S. bulimia	4	Sin vig. dieta	12	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	3	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
1	Sin S. bulimia	2	Sin vig. dieta	8	Sin preocup. comida	2	Sin control oral	1	1
2	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	2	Sin preocup. comida	4	Sin control oral	1	1
3	Sin S. bulimia	5	Sin vig. dieta	9	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
1	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	5	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	0	0
3	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	5	Sin control oral	1	1
4	Sin S. bulimia	6	Sin vig. dieta	5	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	2	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	1	1
5	Sin S. bulimia	4	Sin vig. dieta	8	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
10	Sin S. bulimia	16	Con vig. dieta	20	Con preocupac. Comida	4	Sin control oral	1	1
7	Sin S. bulimia	14	Con vig. dieta	15	Con preocupac. Comida	6	Sin control oral	1	1
3	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
6	Sin S. bulimia	11	Sin vig. dieta	13	Sin preocup. comida	2	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	0	0
1	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	3	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	0	1
16	Con S. bulimia	9	Sin vig. dieta	13	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	5	Sin control oral	1	1
4	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	1	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	1	Sin vig. dieta	2	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
3	Sin S. bulimia	9	Sin vig. dieta	9	Sin preocup. comida	1	Sin control oral	1	1
4	Sin S. bulimia	5	Sin vig. dieta	9	Sin preocup. comida	5	Sin control oral	1	1
12	Con S. bulimia	13	Con vig. dieta	14	Con preocupac. Comida	5	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	2	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	1	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	5	Sin control oral	0	0
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	0	Sin control oral	0	1
0	Sin S. bulimia	0	Sin vig. dieta	0	Sin preocup. comida	3	Sin control oral	0	1

GA 3	GA 4	GA 5	GA 6	GA 7	GA 8	GA 9	Puntaje ansiedad	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	1	0	0	1	1	0	6	Ansiedad
0	1	1	1	1	0	1	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
0	1	1	1	1	1	1	8	Ansiedad
0	1	1	1	1	0	1	7	Ansiedad
1	1	1	1	1	0	1	8	Ansiedad
1	1	0	1	0	0	1	6	Ansiedad
0	1	1	0	1	1	1	7	Ansiedad
1	1	1	0	0	1	1	7	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	0	8	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
0	1	1	1	1	0	0	6	Ansiedad
1	1	1	1	0	0	0	6	Ansiedad
1	1	0	1	1	1	0	7	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
1	1	0	1	1	1	0	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
1	1	0	1	0	0	1	6	Ansiedad
1	1	0	0	1	1	0	6	Ansiedad
1	1	0	1	1	1	0	7	Ansiedad
1	1	0	1	1	1	0	5	Ansiedad
1	1	1	1	1	0	0	7	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	0	8	Ansiedad
0	1	1	0	0	0	1	4	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
1	1	1	1	0	0	1	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
1	0	0	0	1	0	1	5	Ansiedad
0	1	-	-	-	-	-	1	Normal
0	0	1	0	0	1	1	5	Ansiedad
1	1	0	0	0	0	1	5	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	1	1	1	1	0	0	7	Ansiedad
1	0	0	1	0	1	1	5	Ansiedad
1	1	1	0	0	0	0	5	Ansiedad
0	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	0	7	Ansiedad
1	0	0	1	0	1	1	5	Ansiedad
1	1	1	0	0	0	0	5	Ansiedad
0	1	1	1	1	1	0	7	Ansiedad

1	1	0	1	0	1	0	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
1	1	1	1	1	1	0	8	Ansiedad
1	1	1	0	0	1	0	6	Ansiedad
1	0	1	1	1	0	1	6	Ansiedad
1	0	0	0	1	0	0	4	Ansiedad
0	1	0	0	0	0	1	4	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
1	0	0	0	0	1	0	3	Normal
0	1	1	1	1	1	1	7	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
1	1	0	1	1	0	0	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
0	0	0	1	1	0	0	4	Ansiedad
0	1	0	1	1	1	0	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
1	1	1	0	0	1	1	5	Ansiedad
1	1	0	0	1	0	0	5	Ansiedad
1	1	1	1	1	0	1	7	Ansiedad
1	0	1	1	1	0	0	6	Ansiedad
0	0	1	1	1	0	0	5	Ansiedad
1	0	0	1	1	0	0	5	Ansiedad
0	1	0	0	1	0	0	4	Ansiedad
0	1	1	1	1	0	1	7	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	0	8	Ansiedad
1	1	0	1	0	0	0	4	Ansiedad
1	1	1	1	1	0	1	8	Ansiedad
1	0	-	-	-	-	-	1	Normal
0	1	1	1	0	0	1	5	Ansiedad
0	1	1	1	1	1	0	7	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	0	8	Ansiedad
1	1	1	1	1	1	1	9	Ansiedad
1	0	0	1	1	1	0	6	Ansiedad
0	0	1	0	0	0	1	3	Normal
1	1	1	0	1	1	1	8	Ansiedad
1	1	1	1	1	0	1	8	Ansiedad
1	1	0	0	1	1	0	6	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
1	0	0	0	1	0	0	3	Normal
1	1	1	0	0	0	0	5	Ansiedad
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
0	0	-	-	-	-	-	0	Normal
0	0	-	-	-	-	-	1	Normal
0	1	1	1	0	0	1	5	Ansiedad

GD 10	GD 11	GD 12	GD 13	GD 14	GD 15	GD 16	GD 17	GD 18	Puntaje depresión	Depresión	grupo	Puntaje total
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Depresión	Ansiedad y depresión	18
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Depresión	Ansiedad y depresión	18
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	6
0	1	0	0	0	1	0	0	1	3	Depresión	Ansiedad y depresión	9
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	1
1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	Depresión	Ansiedad y depresión	15
0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	Depresión	Ansiedad y depresión	9
1	1	0	0	1	0	1	1	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	13
1	0	1	1	1	0	0	1	1	6	Depresión	Ansiedad y depresión	12
1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Depresión	Ansiedad y depresión	9
1	1	0	0	1	0	0	0	1	4	Depresión	Ansiedad y depresión	11
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Depresión	Ansiedad y depresión	18
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Depresión	Ansiedad y depresión	18
1	0	0	1	1	1	0	1	1	6	Depresión	Ansiedad y depresión	14
1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	12
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
1	1	0	1	1	0	0	1	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	11
1	0	0	0	0	0	1	1	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	9
1	1	0	0	1	0	1	1	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	12
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
0	1	0	1	0	1	1	0	1	5	Depresión	Ansiedad y depresión	11
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
1	1	0	1	0	0	1	1	1	6	Depresión	Ansiedad y depresión	12
1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	9
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Depresión	Ansiedad y depresión	16
1	0	0	0	1	0	0	1	1	4	Depresión	Ansiedad y depresión	9
0	0	0	1	1	0	0	1	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	10
1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	Depresión	Ansiedad y depresión	16
1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	Depresión	Ansiedad y depresión	6
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	1
1	0	0	0	1	0	0	1	1	4	Depresión	Ansiedad y depresión	10
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
0	0	1	0	1	0	0	0	1	3	Depresión	Ansiedad y depresión	8
1	0	0	1	1	1	0	0	0	4	Depresión	Depresión	5
1	1	1	1	1	0	0	1	0	6	Depresión	Ansiedad y depresión	11
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	5
1	0	0	0	1	0	1	0	0	3	Depresión	Depresión	4
1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	Depresión	Ansiedad y depresión	16
1	0	1	1	1	0	0	1	1	6	Depresión	Ansiedad y depresión	13
1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	Depresión	Ansiedad y depresión	11
1	0	1	1	1	0	0	1	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	10
1	0	0	1	1	0	1	0	0	4	Depresión	Ansiedad y depresión	11
0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	9

0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Depresión	Ansiedad y depresión	17
1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	11
1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Depresión	Ansiedad y depresión	8
1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	Depresión	Ansiedad y depresión	9
0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	Depresión	Ansiedad y depresión	6
1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	Depresión	Depresión	3
0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	Depresión	Depresión	5
0	0	0	1	1	0	1	1	1	5	Depresión	Ansiedad y depresión	12
1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	Depresión	Depresión	3
1	0	1	1	1	0	0	0	1	5	Depresión	Ansiedad y depresión	11
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	4
0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	9
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	1
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	5
1	0	1	0	1	1	0	0	0	4	Depresión	Ansiedad y depresión	9
1	1	0	1	1	0	0	1	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	12
0	1	0	1	1	1	1	1	0	6	Depresión	Ansiedad y depresión	12
1	0	0	0	1	1	0	0	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	8
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	5
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	4
1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	10
1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	Depresión	Ansiedad y depresión	14
1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	Depresión	Ansiedad y depresión	7
0	0	1	1	1	0	1	0	0	4	Depresión	Ansiedad y depresión	12
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal	Normal	2
1	0	0	0	0	1	1	1	0	4	Depresión	Ansiedad y depresión	9
1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	Depresión	Ansiedad y depresión	15
1	1	1	1	1	0	0	1	1	7	Depresión	Ansiedad y depresión	15
1	0	0	1	0	1	1	1	0	5	Depresión	Ansiedad y depresión	14
1	0	1	1	1	1	1	0	0	6	Depresión	Ansiedad y depresión	12
1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Depresión	Depresión	5
1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	Depresión	Ansiedad y depresión	16
1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	Depresión	Ansiedad y depresión	16
1	1	1	1	1	0	1	1	0	7	Depresión	Ansiedad y depresión	13
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Depresión	Depresión	5
0	1	0	0	1	0	1	0	1	4	Depresión	Ansiedad y depresión	9
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	0
0	0	1	1	1	0	1	0	1	5	Depresión	Depresión	5
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Normal	1
0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	Normal	Ansiedad	5