

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



Relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes de una Institución Educativa Nacional, Arequipa, 2016

Tesis presentada por

Bechiller de Medicina Humana:

ÁNGELA DANIELA ORTIZ ARCE

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

DR. CARLOS SAAVEDRA HERRERA

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primero a Dios, el Todo que nos apoya e impulsa a realizar cada uno de nuestros objetivos.

A mi madre, que en todo este recorrido fue mi motor, el ángel que Dios envió a la tierra para cuidarme.

A mi familia y amigos, que fueron la luz que guio y guiara este largo camino.

A la persona que me motivo a escoger este tema, por su valentía para enfrentar esta enfermedad y su lucha diaria para poder vencerla.

Epígrafe



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	9
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	18
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	30
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	31
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	34
Anexo 3 Proyecto de investigación	35

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa.

Métodos: Encuesta a una muestra de adolescentes de tercero a quinto de secundaria que cumplieron criterios de selección, aplicando la escala EAT-26 para la detección de trastornos de la conducta alimentaria, y el Apgar familiar de Smilkstein. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y relacionan variables con coeficiente de correlación de Spearman y de Pearson.

Resultados: Se estudiaron 323 estudiantes, 43.65% tenían 15 años, 36.84% 16 años, 17.96% 17 años, y 1.55% tenía 18 años. La función familiar fue buena en 11.46%, con disfunción leve en 33.44%, moderada en 33.13% y con disfunción severa el 21.98%. En la aplicación de la escala EAT-26, no mostraron síntomas el 57.89%, el 22.91% mostró conductas de dietas de evitación, el 14.24% muestra manifestaciones de bulimia y preocupación por la comida, y 30.03% practica control oral; esto resulta en que 17.34% de estudiantes manifiesta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. El riesgo de TCA se incrementa con la disfunción familiar pasando de 5.41% en estudiantes con buena función familiar a 13.89% en aquellas con disfunción leve, 14.02% si hay disfunción moderada, y llega a 33.80% si hay disfunción severa ($p < 0.05$) y mostró una asociación inversa y de regular intensidad entre las valoraciones de ambas variables (rho de Spearman $\rho = -0.2051$).

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de disfunción familiar y bajo riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, y una buena función familiar puede disminuir el riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes.

PALABRAS CLAVE: adolescentes – función familiar – trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between family function and eating disorders in adolescent females of a National Educational Institution of Arequipa.

Methods: A survey of a sample of adolescents from third to fifth high school who met selection criteria, using the EAT-26 scale for the detection of eating disorders, and the Smilkstein family Apgar. Results are shown by descriptive statistics and relate variables with Spearman and Pearson correlation coefficient.

Results: 323 students were studied, 43.65% were 15 years old, 36.84% were 16 years old, 17.96% were 17 years old, and 1.55% were 18 years old. The family function was good in 11.46%, with mild dysfunction in 33.44%, moderate in 33.13% and severe dysfunction in 21.98%. In the application of the EAT-26 scale, 57.89% did not show symptoms, 22.91% showed avoidance diet behaviors, 14.24% showed manifestations of bulimia and concern about food, and 30.03% practiced oral control; This results in 17.34% of students manifesting risk of eating disorders. The risk of ACT increases with family dysfunction from 5.41% in students with good family function to 13.89% in those with mild dysfunction, 14.02% in moderate dysfunction, and reaches 33.80% in severe dysfunction ($p < 0.05$) And showed an inverse association and regular intensity between the assessments of both variables (Sperman $\rho = -0.2051$).

Conclusions: There is a high frequency of family dysfunction and low risk of eating disorders, and a good family function may reduce the risk of eating disorders in adolescent women.

KEY WORDS: adolescents - family function - eating disorders.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de alteraciones que son característicos de los adolescentes y jóvenes, relacionados a una alteración en la autopercepción de la imagen corporal, que pueden llevar a severos cambios en la alimentación con consecuencias de desnutrición e incluso muerte.

La función de la familia en los adolescentes cobra gran importancia debido a su rol formativo para dar sentimientos de seguridad, de estimación personal, de respeto a la individualidad y autoestima de los adolescentes. No obstante, en las familias también pueden darse entornos de inseguridad personal, sentimientos de rechazo o incluso violencia.

Durante los años de pregrado y en el internado he tenido la oportunidad de ver de cerca a adolescentes víctimas de estos trastornos de la conducta alimentaria, que las conducen a serios riesgos en su salud, con la consiguiente preocupación de la familia y muchas veces formando un círculo vicioso de rechazo y mayor inseguridad en estas mujeres.

Por ello es importante evaluar la relación que tiene la función de la familia en la prevención de trastornos de la adolescencia, en especial con la conducta alimentaria. El papel del médico de familia es central, por su función de detectar entornos de riesgo y prevenir la aparición de enfermedades y trastornos sobre todo en grupos de riesgo.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existe una alta prevalencia de disfunción familiar a predominio leve y moderado, así como un bajo riesgo de trastornos de conducta alimentaria similar a otros estudios realizados en la localidad en una población mixta. Las conductas que tienen mayor prevalencia en el estudio son las de control oral de la comida, a diferencia de otros estudios donde se encontró mayor prevalencia de conductas bulímicas y de preocupación por la comida. Además se encontró una relación inversa entre el grado de disfunción familiar y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria. De esta manera esperamos contribuir con nuestro estudio a un mejor enfoque de esta problemática, tomando como punto de partida a las familias, que son pilar fundamental para la formación de la personalidad de sus miembros, realizando una prevención primaria que puede ser dada desde las instituciones educativas para que de esta manera disminuya el riesgo a padecer cualquier tipo de trastornos de conducta alimentaria.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos que contenía el El cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria Eating Attitudes Test (EAT) (Anexo 1), para medir la funcionalidad familiar se empleó el APGAR familiar de Smilkstein (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de edición de textos, base de datos y software estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Nacional Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el último bimestre del 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Nacional Arequipa.

2.4. **Población**: Total de adolescentes de 3er a 5to años de educación secundaria de la Institución Educativa Nacional Arequipa, constituida de la siguiente manera:

- 3er año: **164 estudiantes**
- 4to año: **157 estudiantes**
- 5to año: **143 estudiantes**

2.5. **Muestra**: no se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.6. **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**
 - Matriculada en educación secundaria de tercero a quinto años
 - Edad entre 15 y 18 años
 - Participación voluntaria en la investigación
- **Exclusión**
 - Adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados y/o en tratamiento
 - Ficha de encuesta mal llenada e incompleta.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la dirección de la Institución Educativa para obtener la autorización para realizar el estudio.

Se realizaron charlas a las estudiantes acerca de la importancia de la familia y los trastornos de la conducta alimentaria para lograr su sensibilización y lograr la participación voluntaria y anónima. Se aplicó una encuesta consistente en el APGAR familiar de Smilkstein y el cuestionario EAT-26 para detectar trastornos de la conducta alimentaria.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

El cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria Eating Attitudes Test (EAT) se desarrolló como respuesta a la preocupación surgida en un panel de Consenso del Instituto Nacional de Salud Mental Norteamericano en 1976, donde se consideró que se podría mejorar la detección temprana de la AN mediante cribado poblacional. En 1979, se publicó el primer test de 40 ítems, que fue reducido luego a 26. El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a

veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral, que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20.

La prueba de 26 ítems presenta una correlación de 0,98 con el cuestionario de 40. La fiabilidad test-retest para 2 a 3 semanas la correlación fue de 0.84. La validez concurrente ha mostrado utilidad para diferenciar TCA de población normal, así como trastorno por atracón de la AN y BN, pero no diferencia entre AN y BN. La validez predictiva muestra que es sensible a cambios terapéuticos, o a cambios en la sintomatología de pacientes anoréxicas. Su validez discriminante muestra que la puntuación total clasifica correctamente al 83,6% de los casos (16).

El instrumento utilizado para medir la funcionalidad familiar es el APGAR familiar, diseñado en 1978 por Smilkstein; ha sido ampliamente validado y es considerada una escala sencilla de autorreporte. Es un cuestionario de cinco preguntas que evalúa el estado funcional de la familia, cuyo acrónimo hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: *adaptation* (adaptación), *partnership* (asociación/ cooperación), *growth* (crecimiento), *affection* (afecto), *resolve* (capacidad de resolución).

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (12).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades educativas.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se

transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La asociación de variables categóricas se realizó con la prueba chi cuadrado y con el coeficiente de correlación de Spearman para variables ordinales y nominales, y con el coeficiente de correlación lineal de Pearson para los valores numéricos. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.

CAPÍTULO II

RESULTADOS



**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Tabla 1

Distribución de estudiantes según año de estudio

Año	N°	%
3er año	62	19.20%
4to año	139	43.03%
5to año	122	37.77%
Total	323	100.00%

De las 323 estudiantes, 19.20% estaban en tercer año, 43.03% en cuarto año y 37.77% en quinto año de secundaria.

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Tabla 2

Distribución de estudiantes según edad

Edad	N°	%
15 años	141	43.65%
16 años	119	36.84%
17 años	58	17.96%
18 años	5	1.55%
Total	323	100.00%

El 43.65% de participantes tenían 15 años, 36.84% 16 años, 17.96% 17 años, y 1.55% tenía 18 años.

RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL, AREQUIPA, 2016

Tabla 3

Distribución de los componentes de la función familiar en las estudiantes

Componente	0 puntos		1 punto		2 puntos		3 puntos		4 puntos	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adaptación	17	5.26%	22	6.81%	102	31.58%	97	30.03%	85	26.32%
Participación	12	3.72%	28	8.67%	117	36.22%	108	33.44%	58	17.96%
Ganancia	20	6.19%	34	10.53%	110	34.06%	89	27.55%	70	21.67%
Afecto	21	6.50%	52	16.10%	117	36.22%	80	24.77%	53	16.41%
Recursos	23	7.12%	33	10.22%	107	33.13%	75	23.22%	85	26.32%

Se muestran las dimensiones de la función familiar evaluados; considerando los puntajes de 0 a 4 (0 nunca, 4 siempre), la dimensión de adaptación tuvo un puntaje predominante de 2 (31.58%), al igual que la participación (36.22%), la ganancia (34.06%), el afecto (36.22%) y los recursos (33.13%).

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Tabla 4

Distribución de la función familiar percibida por las estudiantes

Apgar	N°	%
Buena función	37	11.46%
Disfunción Leve	108	33.44%
Disfunción Moderada	107	33.13%
Disfunción Severa	71	21.98%
Total	323	100.00%

La función familiar fue buena en 11.46%, con disfunción leve en 33.44%, moderada en 33.13% y con disfunción severa el 21.98%.

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Tabla 5

**Distribución de los componentes de los trastornos de la conducta
alimentaria en las estudiantes**

Componente	N°	%
Sin síntomas	187	57.89%
Dietas de evitación	74	22.91%
Bulimia y preocupación por la comida	46	14.24%
Control oral	97	30.03%

No mostraron síntomas el 57.89% de estudiantes, mientras que el 22.91% hace dietas de evitación, 14.24% muestra manifestaciones de bulimia y preocupación por la comida, y 30.03% practica control oral de la comida.

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Tabla 6

**Distribución de las estudiantes según riesgo de trastorno de la conducta
alimentaria**

TCA	N°	%
Sin trastorno	267	82.66%
Con trastorno	56	17.34%
Total	323	100.00%

El 17.34% de estudiantes manifiesta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Tabla 7

Influencia de la función familiar sobre el riesgo de TCA en las estudiantes

Función	Total		TCA			
	N°	%	Con trastorno		Sin trastorno	
	N°	%	N°	%	N°	%
Buena función	37	11.46%	2	5.41%	35	94.59%
Disfunción Leve	108	33.44%	15	13.89%	93	86.11%
Disfunción Moderada	107	33.13%	15	14.02%	92	85.98%
Disfunción Severa	71	21.98%	24	33.80%	47	66.20%
Total	323	100.00%	56	17.34%	267	82.66%

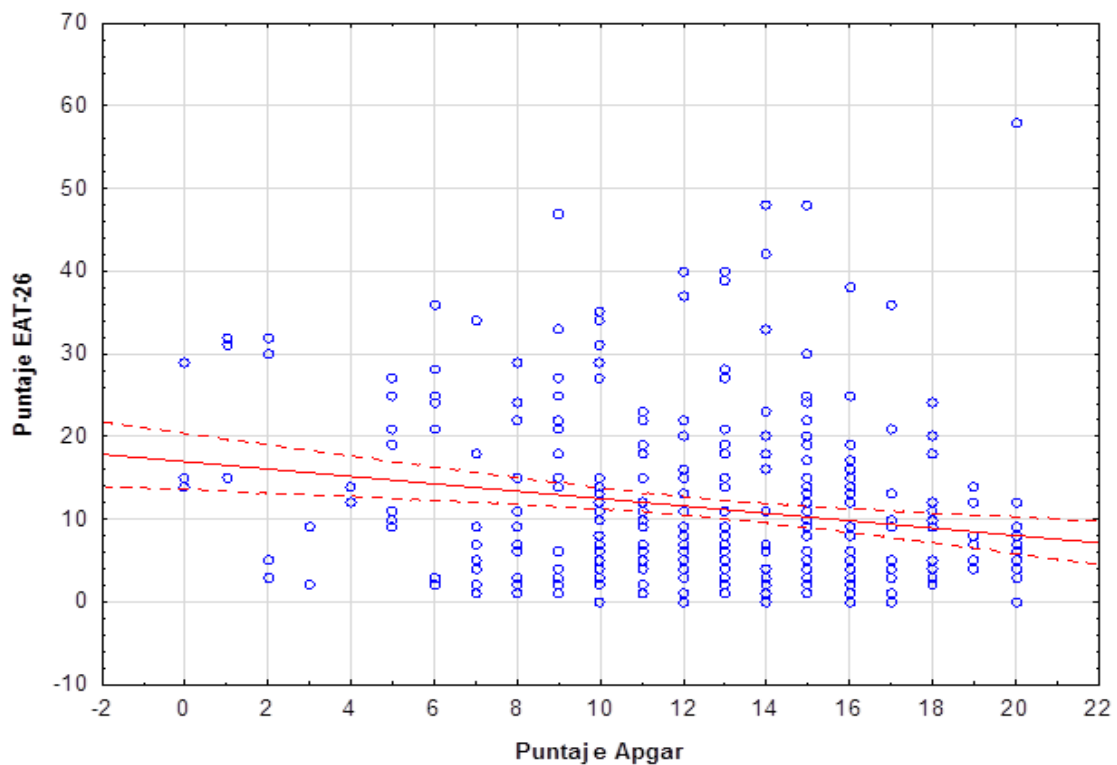
Chi² = 18.83 G libertad = 3 p = 0.0003
Spearman ρ = -0.2051 p = 0.0001

El riesgo de TCA se incrementa de 5.41% en estudiantes con buena función familiar a 13.89% en aquellas con disfunción leve, 14.02% si hay disfunción moderada, y llega a 33.80% si hay disfunción severa. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y mostró una asociación inversa y de regular intensidad entre las valoraciones de ambas variables (rho de Spearman $\rho = -0.2051$).

**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN FAMILIAR Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MUJERES ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
NACIONAL, AREQUIPA, 2016**

Gráfico 1

**Relación entre los puntajes de función familiar y de riesgo de TCA en las
estudiantes**



Ecuación de regresión: $y = 16.9723 - 0.4471(x)$

Coefficiente regresión: $r = -0.1875$

Coefficiente Determinación = $r^2 = 0.0352$ $p = 0.0007$

Se verifica la relación inversa: a mayor puntaje de función familiar (mejor función), el puntaje de la escala EAT-26 disminuye (menor riesgo de TCA), con una intensidad baja ($r < 0.20$); el coeficiente de determinación muestra que el riesgo de TCA depende solo en un 3.52% de la función familiar.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer la relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que no se encontraron estudios locales de relación entre la función familiar y el riesgo de padecer un trastorno de conducta alimentaria en mujeres jóvenes de nuestra ciudad. Basándonos en la importancia que ha tomado la salud mental en los últimos años, así como la creciente prevalencia de anorexia y bulimia a partir de las últimas dos décadas del siglo XX, la influencia creciente de la cultura occidental en nuestro medio, y el culto a la delgadez que esta trae consigo, siendo un grupo vulnerable las adolescentes. Así mismo enfocándonos en el rol importante que cumple la familia, dando las bases para la formación de la personalidad de sus miembros. Con la finalidad de beneficiar a un grupo importante de la población como son las mujeres adolescentes y sus familias.

Para tal fin se encuestó a todas las adolescentes de tercero a quinto de secundaria que cumplieron criterios de selección, aplicando la escala EAT-26 para la detección de trastornos de la conducta alimentaria, y la escala de Apgar familiar de Smilkstein. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y relacionan variables con coeficiente de correlación de Spearman y de Pearson

En la **Tabla 1** se muestra la distribución de la muestra estudiada; de un total de 436 estudiantes, 323 cumplieron los criterios de selección, constituyendo un 74.08% de participación. De las 323 estudiantes, 19.20% estaban en tercer año, 43.03% en cuarto año y 37.77% en quinto año de secundaria. En el estudio titulado “Estado nutricional y percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Adolescentes del nivel secundario de la I.E. 40058 Ignacio Álvarez Thomas, Arequipa 2013.” Por Del Carpio CP, Delgado JV, en el 2013, utilizado como antecedente de investigación de nuestro estudio, podemos observar que se realiza en una población adolescente de nivel secundario con la diferencia de ser una población mixta y de menor cantidad.(14)

En la **Tabla 2** se muestra la edad de las participantes; 43.65% tenían 15 años, 36.84% 16 años, 17.96% 17 años, y 1.55% tenía 18 años. Se utilizó como un criterio de selección las edades entre 15 y 18 años, dado que es en esta edad donde se realiza la definición de la personalidad, y existe mayor susceptibilidad para el inicio de TCA, además tomando como antecedentes diversos estudios locales e internacionales en los cuales el grupo de estudio son adolescentes en edad escolarizada, como en el estudio realizado en Medellín en el 2003 donde se encontró que el 33% presentaba alto riesgo de presentar trastornos de conducta alimentaria y la prevalencia total de casos entre las adolescentes tanto en alto riesgo como en bajo riesgo fue de 31,46% (2).

En la **Tabla 3** se muestra las dimensiones de la función familiar evaluados; considerando los puntajes de 0 a 4 (0 nunca, 4 siempre), la dimensión de adaptación tuvo un puntaje predominante de 2 (31.58%), al igual que la participación (36.22%), la ganancia (34.06%), el afecto (36.22%) y los recursos

(33.13%). Se encontró que el puntaje predominante en las dimensiones del test fue (2 = algunas veces), lo que denota un regular nivel de satisfacción en todas las funciones familiares de manera aislada, por las adolescentes, por lo que las funciones de adaptación, participación, ganancia, afecto y recompensa no están siendo cumplidas de manera adecuada por las familias, generando así el sentimiento de insatisfacción de sus integrantes, pudiendo alterar de esta manera del desarrollo de la personalidad y autoestima de los integrantes de la familia, perjudicando su respuesta ante situaciones de estrés desencadenando una serie de problemas psicológicos, como la ansiedad, depresión o trastornos de conducta alimentaria.

En la (**Tabla 4**) se observa que la función familiar fue buena en 11.46%, con disfunción leve en 33.44%, moderada en 33.13% y con disfunción severa el 21.98%. Se encontró que existe una alta prevalencia de disfunción familiar, a predominio de disfunción leve y moderada en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa. Con lo que concluimos la prevalencia de insatisfacción de las funciones familiares en las adolescentes, colocándolas en una situación de riesgo para poder contraer trastornos de conducta alimentaria, debido a la importancia de la función psicológica de la familia brindando confianza y seguridad a sus miembros para una adecuada formación de su personalidad. (8,10)

En la aplicación de la escala EAT-26, se identificaron sus componentes sobre las manifestaciones más importantes, cuyos resultados se muestran en la **Tabla 5**; se observa que al realizar el cuestionario hubo un 57.89% que

respondió desfavorablemente a los ítems de los tres factores, por lo que fueron catalogados como asintomáticos al no acumular puntaje suficiente para ser incluidos dentro de alguno, mientras tanto se encontró que varias participantes coincidieron en síntomas de más de un factor del test como se observa en los resultados donde 22.91% de estudiantes hace dietas de evitación, es decir evitar alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez; el 14.24% muestra manifestaciones de bulimia y preocupación por la comida, es decir, conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, y 30.03% practica control oral de la comida; consistente en autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso. En el estudio titulado: “Influencia de los factores socioculturales en la conducta alimentaria de los estudiantes de tercer año de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María 2014.”, por Espinoza, LK, en 2014, se encontró que la mayoría de participantes presenta manifestaciones de bulimia y preocupación por la comida (13), a diferencia de nuestro estudio donde se encuentra prevalencia en el control oral de la comida, esto se puede deber a la diferencia en el grado de instrucción de la población, ya que la población estudiada se trata de estudiantes de enfermería, las cuales poseen conocimiento sobre medicamentos como son los diuréticos o purgantes, a diferencia de nuestra población que se trata de estudiantes de nivel secundario.

En la (**Tabla 6**) se muestra que 17.34% de estudiantes manifiesta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mientras que un 82,66 % no presenta riesgo de trastorno de conducta alimentaria. En el estudio titulado “Estado nutricional y percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Adolescentes del nivel secundario de la I.E.

40058 Ignacio Álvarez Thomas, Arequipa 2013.” Por Del Carpio CP, Delgado JV, en el 2013. Que se utilizó como antecedente del estudio se encuentra igualmente que la mayoría de participantes no presenta riesgos de TCA, esto se puede deber a una similitud sociocultural de ambas poblaciones debido a que los estudios se realizaron en instituciones estatales de Arequipa, además de la similitud en edad y grado académico, además de a verse estudiado que esta enfermedad se presenta con mayor prevalencia en clase media y alta. (14)

En la **Tabla 7** se muestra la influencia de la función familiar en el riesgo de TCA; se puede apreciar que el riesgo se incrementa de 5.41% en estudiantes con buena función familiar a 13.89% en aquellas con disfunción leve, 14.02% si hay disfunción moderada, y llega a 33.80% si hay disfunción severa. Las diferencias fueron significativas (chi cuadrado; $p < 0.05$) y mostró una asociación inversa y de regular intensidad entre las valoraciones de ambas variables (rho de Spearman $\rho = -0.2051$).

Al relacionar los puntajes numéricos de las variables (**Gráfico 1**) se verifica la relación inversa: a mayor puntaje de función familiar (mejor función), el puntaje de la escala EAT-26 disminuye (menor riesgo de TCA), con una intensidad baja ($r < 0.20$); el coeficiente de determinación muestra que el riesgo de TCA depende solo en un 3.52% de la función familiar. Se observa una relación inversa entre ambas variables, por lo que a mejor función familiar menor riesgo de sufrir un trastorno de conducta alimentaria, esto se explicaría por el adecuado cumplimiento de las funciones familiares satisfaciendo a los miembros brindando seguridad, independencia y buenos cimientos para la formación de una

personalidad, alejando así a sus integrantes de sufrir TCA, ya que uno de los factores de cronicidad de esta serían la estructura de la personalidad y la dinámica familiar(5). En el estudio titulado “Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios.” Por Berbel E, en el 2010. Se encontró que los cuidadores primarios, presentaban peores valores de malestar psicológico, ansiedad, depresión y síntomas psicopatológicos que cuidadores secundarios (15), esto en similitud con nuestro estudio nos llevaría a apreciar la importancia de la relación familiar, así como también tomar en cuenta la importancia hereditaria de esta enfermedad como la predisposición a sufrir de depresión o de ciertos rasgos de la personalidad que podrían ser desencadenantes para un trastorno de conducta alimentaria , así también para su cronicidad.

Por otro lado el coeficiente de determinación muestra que el riesgo de TCA depende solo en un 3.52% de la función familiar, esto se podría explicar por el origen multifactorial de esta enfermedad, en el cual intervienen factores biológicos, socioculturales, hereditarios, y otros que aún están en el campo de estudio, como, se encontró en el estudio titulado “Estado nutricional y percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Adolescentes del nivel secundario de la I.E. 40058 Ignacio Álvarez Thomas, Arequipa 2013.” Por Del Carpio CP, Delgado JV, en el 2013 donde se encuentra como factor de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria la obesidad, y la extrema preocupación por su imagen corporal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

Primera. Existe una relación inversa ($r = -0.18$) pero significativa ($p < 0.05$) de baja intensidad entre la función familiar y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa.

Segunda. Existe riesgo de trastornos de conducta alimentaria en 17.34% de adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa, con predominio de conductas de control oral de la comida.

Tercera.- La función familiar de las adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa fue buena en 11.46%, con disfunción leve en 33.44%, moderada en 33.13% y con disfunción severa el 21.98%.

RECOMENDACIONES

Al determinar la relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes de una Institución Educativa Nacional, podemos recomendar:

Primera.-

A las autoridades pertinentes para que realicen actividades de prevención primaria de salud con el fin de mejorar la función familiar y con ellos disminuir el riesgo de la presencia de trastornos de conducta alimentaria.

Segunda.-

Motivar a la realización de nuevos estudios de investigación, en Instituciones Educativas Privadas, para comparar resultados en distintas realidades en nuestra ciudad, y contribuir a mejorar la problemática familiar así como reducir el riesgo de sufrir estas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. Revista de Psicología de la PUCP 2003; 21(2): 234-269.
- 2) Peláez MÁ; Labrador FJ, Escursell RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 5, núm. 2, july, 2005, pp. 135-148
- 3) Ramírez L. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Sierra DM. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 5ª edición. Medellín-Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. 310-317.
- 4) American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Madrid España: Editorial Médica Panamericana. (2014).
- 5) López A. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Suarez Richards Manuel, Coordinador. Introducción a la Psiquiatría. 3ª edición. Buenos Aires-Argentina: Polemos S.A; 2006. 681-695.
- 6) García JM, Olvera P. Presentación clínica de los trastornos de conducta alimenticia: Anorexia nerviosa. En: Tinahones FJ. Anorexia y bulimia una experiencia clínica. 1ª edición. España Madrid: Díaz de Santos S.A; 2003. 51-62.

- 7) Tinahones FJ. Bulimia nerviosa. En: Tinahones FJ. Anorexia y bulimia una experiencia clínica. 1ª edición. España Madrid: Díaz de Santos S.A; 2003. 75-85.
- 8) PROMUDEH, Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. (PNAI) 2002 – 2010, Perú Abril 2002
- 9) Ministerio De Salud - Peru.: Su Salud es Primero – Adolescente. www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente
- 10) Instituto Nacional De Estadística E Informática.: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú 2010
- 11) Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA, 2006. 1(1):48-57
- 12) Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 12-31
- 13) Espinoza LK. Influencia de los factores socioculturales en la conducta alimentaria de los estudiantes de tercer año de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María 2014. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Santa María, 2014.
- 14) Del Carpio CP, Delgado JV. Estado nutricional y percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Adolescentes del nivel secundario de la I.E. 40058 Ignacio Álvarez Thomas, Arequipa 2013. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en

Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, 2013.

- 15) Berbel E, Sepúlveda AR, Graell M, Andres A, Carroble JA, Morandé G. Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2010; 15(3):179-192.
- 16) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha: N° _____

Edad: _____ años

Año de estudio: _____

Apgar familiar

A continuación encontrarás algunas preguntas acerca de tu familia; marca la que más se parezca a tu situación familiar

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad</i>					
<i>Me satisface la participación que mi familia brinda y permite</i>					
<i>Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades</i>					
<i>Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</i>					
<i>Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero</i>					

Cuestionario EAT-26

Responde a las siguientes preguntas marcando la alternativa que más se parezca a lo que sientes.

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupa por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como mas lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						
16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						

18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

Gracias por tu participación



Anexo 2

Matriz de sistematización de información



Base

N°	Año de estudi	Edad	A1	A2	A3	A4	
2	3ro		15	2	1	3	4
3	3ro		16	0	0	2	2
4	3ro		15	1	1	1	1
5	3ro		15	2	2	2	2
6	3ro		15	2	2	2	2
8	3ro		15	4	4	4	3
10	3ro		15	4	3	4	2
13	3ro		16	0	0	0	0
14	3ro		15	2	2	2	2
17	3ro		15	1	1	0	0
19	3ro		15	4	3	4	4
20	3ro		15	3	3	4	3
24	3ro		15	3	3	2	3
27	3ro		16	2	2	1	2
33	3ro		15	2	2	1	0
34	3ro		15	1	2	3	3
35	3ro		15	2	2	2	2
37	3ro		15	2	4	3	1
40	3ro		16	3	3	3	2
41	3ro		15	2	2	2	2
45	3ro		15	0	1	0	0
46	3ro		15	2	2	2	2
54	3ro		15	2	2	3	2
55	3ro		15	2	3	4	2
59	3ro		15	2	2	2	2
62	3ro		15	4	3	4	3
65	3ro		15	1	2	3	1
68	3ro		15	1	2	2	4
70	3ro		15	3	1	2	3
75	3ro		15	4	3	4	3
78	3ro		15	0	0	0	0
79	3ro		15	3	2	2	4
81	3ro		15	1	1	0	1
84	3ro		15	2	4	3	4
87	3ro		15	2	2	3	3
92	3ro		15	3	4	2	2
93	3ro		15	4	4	4	3
94	3ro		16	2	2	3	1
95	3ro		15	3	2	3	2
97	3ro		15	2	2	2	2
99	3ro		16	3	2	2	3
104	3ro		15	3	2	4	4
105	3ro		15	2	2	3	3
108	3ro		15	1	1	2	2
109	3ro		15	2	1	1	1
111	3ro		15	2	3	3	2
112	3ro		16	3	1	2	1
113	3ro		15	2	2	2	2
117	3ro		15	3	2	2	2
120	3ro		15	2	3	2	4
122	3ro		15	1	2	1	2
123	3ro		16	2	2	2	1
130	3ro		15	1	2	2	2
134	3ro		15	2	2	1	1

Base

135 3ro	15	2	0	2	0
137 3ro	15	2	2	2	2
138 3ro	16	1	2	2	2
143 3ro	15	4	3	2	0
145 3ro	15	1	2	3	2
148 3ro	16	3	3	3	3
155 3ro	15	3	4	2	2
163 3ro	15	4	4	4	4
164 4to	15	0	2	2	0
165 4to	16	2	3	2	3
166 4to	15	3	3	2	3
167 4to	16	2	3	3	3
168 4to	15	3	3	0	1
169 4to	15	2	2	2	3
170 4to	15	4	4	4	3
171 4to	16	4	3	3	2
172 4to	15	0	0	0	1
173 4to	16	1	0	2	1
174 4to	16	3	3	1	2
175 4to	16	3	2	1	2
176 4to	15	2	2	2	2
177 4to	15	4	4	3	3
178 4to	15	3	2	3	3
179 4to	15	0	0	0	1
180 4to	16	3	1	3	3
181 4to	16	2	2	2	2
182 4to	15	0	1	0	0
183 4to	15	1	2	2	1
184 4to	15	2	1	1	2
185 4to	16	2	1	2	2
186 4to	17	3	3	2	3
187 4to	15	3	3	4	2
189 4to	16	2	2	2	3
190 4to	15	2	2	3	1
192 4to	16	2	2	2	2
193 4to	15	3	2	3	2
194 4to	15	0	1	0	0
195 4to	15	1	1	2	1
196 4to	16	1	1	0	1
197 4to	15	4	4	4	4
198 4to	16	2	3	3	3
199 4to	15	3	3	4	3
200 4to	15	3	3	3	3
201 4to	15	4	3	3	2
202 4to	15	3	3	4	2
203 4to	16	3	2	4	4
204 4to	16	2	2	3	2
205 4to	15	4	3	2	3
206 4to	15	4	3	2	2
207 4to	16	4	4	3	2
208 4to	16	3	3	3	2
209 4to	16	1	0	4	2
210 4to	16	2	3	2	3
211 4to	15	3	3	4	4
212 4to	15	3	3	4	4

Base

213 4to	15	4	3	3	4
214 4to	15	3	4	4	4
215 4to	15	3	4	3	3
216 4to	16	3	4	3	2
217 4to	15	2	2	3	1
218 4to	15	2	2	3	1
219 4to	15	2	2	4	4
220 4to	15	4	4	4	4
221 4to	16	4	3	3	3
222 4to	16	3	2	1	1
223 4to	15	4	2	1	0
224 4to	17	4	2	1	1
225 4to	16	4	4	2	1
226 4to	16	4	3	3	3
227 4to	15	4	3	4	0
228 4to	15	3	4	3	2
229 4to	16	3	3	3	2
230 4to	16	0	2	1	4
231 4to	16	4	3	3	3
232 4to	15	3	2	4	2
233 4to	15	3	4	4	2
234 4to	15	3	3	4	3
235 4to	15	2	2	2	0
236 4to	15	4	3	2	1
237 4to	17	3	4	2	3
238 4to	16	2	2	1	0
239 4to	15	2	4	4	2
240 4to	16	2	2	1	1
241 4to	15	2	2	1	2
242 4to	15	2	4	2	2
243 4to	15	3	4	2	2
244 4to	16	2	2	2	1
245 4to	15	4	4	3	4
246 4to	15	4	4	2	4
247 4to	17	4	3	4	2
248 4to	15	4	3	2	2
249 4to	15	2	2	2	2
250 4to	15	3	3	2	2
251 4to	16	2	3	3	2
252 4to	16	4	3	3	0
253 4to	15	0	1	1	0
254 4to	15	2	4	4	4
255 4to	16	4	3	3	4
256 4to	15	2	2	2	1
257 4to	17	2	1	0	1
258 4to	15	2	2	2	2
259 4to	15	3	3	4	3
261 4to	16	3	3	3	2
262 4to	15	3	3	4	4
263 4to	16	3	2	1	2
264 4to	15	4	4	1	4
265 4to	16	2	2	3	1
266 4to	15	3	3	2	3
267 4to	15	4	4	3	2
268 4to	16	4	2	2	3

Base

269 4to	15	3	2	1	2
270 4to	15	4	4	3	3
271 4to	16	3	4	3	2
272 4to	17	2	3	2	4
273 4to	16	4	3	4	4
274 4to	15	2	2	2	3
275 4to	16	3	3	2	2
276 4to	15	4	3	3	2
277 4to	15	3	2	3	2
278 4to	16	3	3	3	4
279 4to	16	3	3	2	2
280 4to	15	4	3	2	2
281 4to	15	3	2	3	3
282 4to	16	4	4	4	3
284 4to	15	3	3	2	3
285 4to	15	3	3	4	3
286 4to	16	2	2	4	2
287 4to	15	1	2	1	2
288 4to	16	2	2	2	2
289 4to	15	3	3	3	2
290 4to	15	4	3	4	4
291 4to	15	3	3	2	3
292 4to	16	3	3	4	3
293 4to	15	3	3	2	2
294 4to	15	2	1	0	4
295 4to	15	4	4	3	3
297 4to	15	2	2	4	2
298 4to	16	2	3	3	1
299 4to	15	1	2	2	1
300 4to	15	4	2	3	2
301 4to	16	3	3	3	3
302 4to	15	2	1	2	2
303 4to	16	2	2	3	3
304 4to	16	2	2	1	2
305 4to	16	4	2	2	4
306 4to	15	2	3	2	3
307 4to	15	2	2	1	2
308 5to	16	2	2	3	2
309 5to	17	3	2	1	4
310 5to	17	3	3	3	4
311 5to	16	3	3	2	3
312 5to	16	3	2	3	2
313 5to	17	4	3	3	4
314 5to	17	3	2	4	2
315 5to	17	4	3	2	2
316 5to	16	4	4	4	4
318 5to	16	4	4	4	4
319 5to	16	4	4	2	3
320 5to	16	4	4	4	2
321 5to	16	4	3	4	4
322 5to	17	4	3	3	4
323 5to	17	4	3	4	3
324 5to	17	4	3	4	3
325 5to	16	4	4	2	3
326 5to	17	4	4	3	4

Base

327 5to	16	4	4	2	1
328 5to	17	2	2	3	2
329 5to	16	3	3	4	3
330 5to	16	2	2	2	2
331 5to	16	2	2	3	3
332 5to	16	4	4	4	4
334 5to	16	2	2	2	1
335 5to	16	2	2	2	1
336 5to	17	0	0	0	1
337 5to	18	1	1	1	0
338 5to	17	3	4	4	3
339 5to	17	4	2	2	3
340 5to	16	4	4	2	2
341 5to	18	4	4	4	3
342 5to	17	2	2	1	1
343 5to	17	2	3	2	4
344 5to	15	0	1	1	1
345 5to	16	2	1	1	1
346 5to	17	4	4	4	4
347 5to	17	2	2	3	1
350 5to	17	3	3	4	4
351 5to	16	0	1	0	2
352 5to	16	4	3	3	4
353 5to	16	2	2	0	1
354 5to	16	2	2	3	3
355 5to	17	1	2	1	2
356 5to	18	2	3	3	2
357 5to	16	2	3	3	2
358 5to	16	4	2	4	2
361 5to	17	4	2	4	2
362 5to	17	4	4	4	4
363 5to	16	4	4	4	4
364 5to	16	2	2	4	2
365 5to	16	4	3	2	3
366 5to	16	3	3	2	2
367 5to	16	2	3	2	3
368 5to	16	2	3	4	2
369 5to	16	4	3	3	4
370 5to	17	4	4	4	4
371 5to	17	3	3	2	3
372 5to	17	3	3	2	3
373 5to	16	2	3	1	3
374 5to	16	3	3	2	2
375 5to	17	3	2	4	2
376 5to	17	2	1	1	1
377 5to	17	0	1	0	2
378 5to	17	3	3	3	2
379 5to	16	3	2	1	3
380 5to	16	2	2	3	2
381 5to	16	4	4	4	3
382 5to	15	3	3	2	4
383 5to	16	2	2	2	2
384 5to	16	2	2	1	1
385 5to	17	3	2	2	3
386 5to	16	2	2	3	1

Base

387 5to	17	3	3	3	2
388 5to	16	3	3	3	2
389 5to	17	4	3	2	2
390 5to	15	3	3	2	3
391 5to	16	3	4	4	2
392 5to	17	2	2	3	2
394 5to	17	3	3	2	4
395 5to	16	2	2	2	1
396 5to	16	2	1	2	2
397 5to	17	4	4	4	4
398 5to	16	3	3	3	3
399 5to	17	3	3	3	2
400 5to	15	2	2	2	2
401 5to	17	4	3	4	3
402 5to	16	3	4	3	4
403 5to	17	3	3	2	3
404 5to	16	0	0	0	0
405 5to	17	4	4	4	4
406 5to	17	3	2	2	3
407 5to	17	3	4	2	2
408 5to	18	2	2	2	2
409 5to	17	4	3	3	2
410 5to	16	1	1	2	2
411 5to	15	3	4	3	1
412 5to	16	4	3	2	3
413 5to	16	2	2	2	1
414 5to	16	3	2	3	1
415 5to	17	4	4	4	3
416 5to	17	3	2	2	3
417 5to	15	2	2	2	2
418 5to	17	4	4	3	2
419 5to	17	1	2	1	0
420 5to	17	4	0	2	1
421 5to	16	2	2	0	1
422 5to	16	4	3	4	4
423 5to	16	4	4	3	3
424 5to	16	2	2	3	2
425 5to	17	4	4	2	2
426 5to	17	3	2	2	3
427 5to	18	0	0	0	0
428 5to	17	3	2	2	1
429 5to	17	3	3	4	3
430 5to	16	3	2	3	1
431 5to	16	4	2	4	1
432 5to	16	3	3	3	3
433 5to	17	4	4	4	0
434 5to	17	2	3	3	3
435 5to	16	3	3	4	4
436 5to	15	2	3	3	1

Base

A5	Puntaje Apgar	Nivel Apgar	EAT1	EAT6	EAT7	EAT10	
4	14	Disf. Leve		0	2	0	0
2	6	Disf. severa		0	0	0	0
1	5	Disf. severa		3	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		3	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		3	0	0	0
4	19	Buena funciór		0	0	0	0
4	17	Disf. Leve		0	0	0	0
0	0	Disf. severa		3	0	0	2
2	10	Disf. Moderad		3	3	2	0
0	2	Disf. severa		3	0	0	0
4	19	Buena funciór		3	3	0	0
2	15	Disf. Leve		0	0	0	0
3	14	Disf. Leve		2	2	2	0
3	10	Disf. Moderad		1	0	0	0
0	5	Disf. severa		0	2	3	0
2	11	Disf. Moderad		2	0	2	0
0	8	Disf. severa		0	0	0	0
4	14	Disf. Leve		0	0	0	0
3	14	Disf. Leve		1	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		0	0	0	0
1	2	Disf. severa		0	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		0	0	2	0
2	11	Disf. Moderad		0	2	0	0
2	13	Disf. Moderad		0	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		0	0	0	0
2	16	Disf. Leve		3	1	0	0
1	8	Disf. severa		0	2	1	0
2	11	Disf. Moderad		0	0	0	0
1	10	Disf. Moderad		0	0	0	0
3	17	Disf. Leve		3	2	2	0
0	0	Disf. severa		1	0	0	0
2	13	Disf. Moderad		0	0	0	0
2	5	Disf. severa		0	0	0	0
2	15	Disf. Leve		0	0	0	0
3	13	Disf. Moderad		3	0	0	0
4	15	Disf. Leve		2	0	0	0
3	18	Buena funciór		0	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		0	0	0	0
1	11	Disf. Moderad		3	0	0	0
4	12	Disf. Moderad		3	3	0	3
4	14	Disf. Leve		0	0	0	0
3	16	Disf. Leve		0	0	0	0
1	11	Disf. Moderad		0	0	0	0
0	6	Disf. severa		3	0	0	3
1	6	Disf. severa		0	0	0	0
3	13	Disf. Moderad		0	0	0	3
2	9	Disf. severa		0	0	0	0
2	10	Disf. Moderad		0	0	0	0
4	13	Disf. Moderad		3	3	0	0
3	14	Disf. Leve		3	1	0	0
0	6	Disf. severa		1	0	0	3
2	9	Disf. severa		0	3	0	0
1	8	Disf. severa		2	0	0	3
1	7	Disf. severa		0	0	0	0

		Base			
0	4 Disf. severa	3	1	0	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	9 Disf. severa	0	0	2	0
3	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	0	0	0	0
4	8 Disf. severa	1	0	1	0
4	14 Disf. Leve	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	3	0	0
2	13 Disf. Moderad	3	0	2	1
0	7 Disf. severa	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	2	1	0	0
3	18 Buena funciór	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	1	0	2	2
1	2 Disf. severa	2	1	1	1
2	6 Disf. severa	3	1	0	0
3	12 Disf. Moderad	0	1	0	0
3	11 Disf. Moderad	1	2	2	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	1	1	1
2	13 Disf. Moderad	3	0	0	0
1	2 Disf. severa	3	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	2	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
0	1 Disf. severa	2	1	0	0
2	8 Disf. severa	0	1	0	0
1	7 Disf. severa	1	1	1	0
1	8 Disf. severa	0	1	0	0
4	15 Disf. Leve	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	2	0	0	0
3	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	1	0	2	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	3	0
1	11 Disf. Moderad	3	3	1	0
0	1 Disf. severa	3	0	0	0
0	5 Disf. severa	2	0	0	0
0	3 Disf. severa	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	2	0	0	0
4	15 Disf. Leve	0	2	2	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	14 Disf. Leve	0	0	0	0
2	14 Disf. Leve	1	0	1	0
4	17 Disf. Leve	0	0	0	0
1	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	3	0	1	0
4	15 Disf. Leve	0	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	0	2	0	0
2	9 Disf. severa	3	1	2	2
4	14 Disf. Leve	3	0	0	0
4	18 Buena funciór	3	0	1	0
4	18 Buena funciór	0	1	1	0

Base

3	17 Disf. Leve	0	0	0	0
4	19 Buena funciór	0	0	0	0
4	17 Disf. Leve	2	0	0	0
4	16 Disf. Leve	2	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	2	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	2	0	0	0
2	14 Disf. Leve	3	3	3	2
4	20 Buena funciór	0	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
1	8 Disf. severa	3	0	0	0
3	10 Disf. Moderad	3	0	1	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	0	1	1
3	16 Disf. Leve	3	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	3	1	0
3	15 Disf. Leve	3	0	0	2
3	14 Disf. Leve	0	0	0	0
2	9 Disf. severa	3	0	0	1
2	15 Disf. Leve	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	0	3	0	1
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	15 Disf. Leve	0	0	0	0
0	6 Disf. severa	3	1	0	0
2	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	0	0	0	0
4	9 Disf. severa	1	3	2	0
4	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	8 Disf. severa	0	0	0	0
1	8 Disf. severa	0	0	0	0
0	10 Disf. Moderad	0	3	0	0
4	15 Disf. Leve	3	0	0	0
2	9 Disf. severa	3	1	2	0
2	17 Disf. Leve	0	0	0	0
2	16 Disf. Leve	0	0	0	0
0	13 Disf. Moderad	0	3	2	2
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	0	2	0	0
3	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	2	0	0	0
0	2 Disf. severa	2	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	2	1	2	0
4	11 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	7 Disf. severa	1	0	0	0
0	8 Disf. severa	0	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	16 Disf. Leve	3	0	0	0
1	9 Disf. severa	3	0	1	0
4	15 Disf. Leve	2	0	0	0
4	17 Disf. Leve	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	3	2	0	0

Base					
1	9 Disf. severa	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	1	0	0	0
3	15 Disf. Leve	3	3	0	0
4	15 Disf. Leve	3	3	3	2
3	18 Buena funciór	3	2	1	0
2	11 Disf. Moderad	3	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	2	0	0	0
3	15 Disf. Leve	0	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	3	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	1	0	0
3	13 Disf. Moderad	1	2	0	0
3	14 Disf. Leve	1	0	0	0
3	14 Disf. Leve	1	0	0	0
4	19 Buena funciór	3	0	0	0
4	15 Disf. Leve	2	0	0	0
2	15 Disf. Leve	3	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	3	0	1	0
2	8 Disf. severa	0	0	0	0
1	9 Disf. severa	1	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	0	0	0
4	19 Buena funciór	2	1	0	0
4	15 Disf. Leve	3	3	1	0
4	17 Disf. Leve	0	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	2	0	0	0
2	9 Disf. severa	3	2	1	1
3	17 Disf. Leve	2	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	3	0	0	0
3	9 Disf. severa	1	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	1	0	0	0
3	10 Disf. Moderad	1	0	0	0
1	11 Disf. Moderad	3	0	0	0
1	8 Disf. severa	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	1	0	0	0
4	14 Disf. Leve	0	0	0	0
2	9 Disf. severa	0	0	0	0
3	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	3	0	0	3
3	16 Disf. Leve	3	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	0	0	1	0
2	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	0	0	0
4	20 Buena funciór	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	0	1	0	0
4	17 Disf. Leve	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	1	0	0
4	19 Buena funciór	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	0	0	0
3	17 Disf. Leve	0	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
3	18 Buena funciór	0	0	0	0

Base

3	14 Disf. Leve	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	3	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	0	1	2	0
2	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	1	3	3	2
3	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	10 Disf. Moderad	2	0	0	2
0	1 Disf. severa	2	0	3	2
0	3 Disf. severa	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	0	0	0
3	14 Disf. Leve	2	2	3	1
4	16 Disf. Leve	1	0	0	0
3	18 Buena funciór	0	0	0	0
2	8 Disf. severa	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	5 Disf. severa	3	0	0	0
1	6 Disf. severa	2	0	2	0
4	20 Buena funciór	1	1	0	0
2	10 Disf. Moderad	3	3	1	0
2	16 Disf. Leve	2	0	0	0
1	4 Disf. severa	3	0	0	0
3	17 Disf. Leve	1	0	0	0
0	5 Disf. severa	3	3	0	0
2	12 Disf. Moderad	2	1	0	0
1	7 Disf. severa	0	0	0	0
1	11 Disf. Moderad	2	1	2	0
1	11 Disf. Moderad	2	1	2	0
2	14 Disf. Leve	3	3	0	0
2	14 Disf. Leve	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	0	0	0	0
1	11 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	14 Disf. Leve	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	0	0	0
2	16 Disf. Leve	2	0	0	0
4	20 Buena funciór	0	0	0	0
3	14 Disf. Leve	0	0	0	0
3	14 Disf. Leve	0	0	0	0
3	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
1	12 Disf. Moderad	0	1	0	0
2	7 Disf. severa	2	0	0	0
4	7 Disf. severa	3	0	1	2
4	15 Disf. Leve	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	12 Disf. Moderad	2	0	0	0
3	18 Buena funciór	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	0	1	2	0
2	10 Disf. Moderad	1	0	0	3
2	8 Disf. severa	2	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
1	9 Disf. severa	3	0	0	0

Base

2	13 Disf. Moderad	3	1	0	0
2	13 Disf. Moderad	3	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	15 Disf. Leve	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	9 Disf. severa	0	0	0	0
2	9 Disf. severa	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	3	0	0	0
3	15 Disf. Leve	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	0	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	17 Disf. Leve	2	0	0	0
4	18 Buena funciór	2	0	0	0
4	15 Disf. Leve	3	0	0	0
0	0 Disf. severa	0	0	0	0
4	20 Buena funciór	3	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	0	2	0	0
1	12 Disf. Moderad	0	3	1	0
2	10 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	2	0	0	0
3	9 Disf. severa	0	0	0	0
4	15 Disf. Leve	0	0	0	0
2	14 Disf. Leve	0	0	0	0
2	9 Disf. severa	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	0	2	0	0
2	17 Disf. Leve	0	0	0	0
3	13 Disf. Moderad	1	0	0	0
1	9 Disf. severa	0	0	0	0
3	16 Disf. Leve	3	0	0	0
1	5 Disf. severa	3	1	1	2
4	11 Disf. Moderad	0	3	3	0
2	7 Disf. severa	0	0	0	0
4	19 Buena funciór	2	0	0	0
3	17 Disf. Leve	3	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	14 Disf. Leve	0	0	0	0
2	12 Disf. Moderad	0	0	0	0
0	0 Disf. severa	3	0	0	0
2	10 Disf. Moderad	3	0	0	0
3	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	11 Disf. Moderad	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
3	15 Disf. Leve	0	0	0	0
4	16 Disf. Leve	0	0	0	0
2	13 Disf. Moderad	0	0	0	0
4	18 Buena funciór	0	0	0	0
4	13 Disf. Moderad	3	2	3	2

Base

EAT11	EAT12	EAT14	EAT16	EAT17	EAT22	EAT23	
0	0	1	2	0	0	3	0
0	1	1	0	1	0	0	0
3	0	0	3	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0
0	2	0	0	0	0	1	0
3	2	1	1	0	0	0	0
3	3	3	3	2	2	3	0
0	1	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	2	0	1
0	1	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	3	0	0	0	3	0
2	2	0	0	0	0	2	2
0	0	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	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	1	0	0	1	0
2	2	3	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	0	2
0	3	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
3	3	3	3	2	2	0	1
3	3	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	3	0	0	0	0	0	0
3	2	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	1	0	0	0	0	0
3	3	3	0	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
3	3	3	0	0	0	2	3
0	0	0	0	0	0	0	0
3	3	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0
2	3	3	0	0	0	0	1
0	2	2	1	0	0	1	0
3	3	1	0	0	0	1	0
0	2	2	0	0	2	0	2
0	0	2	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0	0

Base

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

Base

0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1
0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	3	3	2	2	3	3
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	1
3	1	3	3	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	3	2	3	1	3	2
0	0	0	1	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0	0
0	2	3	0	0	0	0
0	2	1	1	1	0	0
2	1	2	1	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	3	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	2	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	1
0	2	2	1	1	3	1
2	3	3	0	2	0	1
0	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	3	0
1	30	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
1	0	0	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
0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	1	2	0
0	0	0	1	0	0	0
0	2	2	0	0	3	1
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	1
3	3	3	0	0	3	2
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	3	0	0	0	0	0

Base

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

Base

EAT24	EAT25	Puntaje dieta	EAT3	EAT4	EAT9	EAT18
0	0	8	0	0	0	2
0	0	2	0	0	0	0
0	0	10	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	5	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	0	3	0	1	0	0
0	3	14	0	0	0	0
0	0	24	0	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0
0	0	11	1	0	0	0
0	1	2	0	0	0	0
0	2	14	2	0	0	0
0	2	3	0	0	0	0
0	3	19	0	0	0	0
2	0	14	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	2	4	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	0	0	0
0	0	2	2	0	0	0
0	2	8	2	0	0	2
2	0	9	0	0	0	0
0	3	6	3	0	0	3
0	3	9	3	0	0	1
0	0	9	0	1	0	0
0	3	6	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	21	3	0	0	2
2	0	11	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	1	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	8	0	1	0	0
1	0	7	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	2	2	3	0	0	0
0	0	8	1	0	0	0
3	1	28	0	3	0	3
0	1	1	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
0	0	20	0	0	0	0
0	0	0	0	3	0	0
0	0	9	3	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0
3	3	10	0	0	0	1
0	3	18	1	0	0	3
0	0	10	3	0	0	1
3	1	16	0	0	0	0
0	1	12	3	0	0	0
0	0	10	0	3	0	2
0	0	0	0	0	0	0

Base

2	0	9	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	1	10	0	0	0	1
0	2	4	1	0	0	0
0	2	4	0	0	0	0
0	0	0	3	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	2	2	2	0	0	0
0	0	11	2	0	0	3
0	0	0	0	2	0	0
0	3	11	2	0	0	0
0	1	11	1	0	0	1
0	0	0	1	0	0	3
0	0	6	3	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	2	17	3	0	0	0
1	0	13	3	1	1	1
0	3	13	0	0	0	1
1	0	3	0	0	0	0
0	0	6	2	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	0	10	1	1	1	1
0	0	6	0	0	0	0
0	3	18	0	3	0	1
0	2	4	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
2	1	20	2	0	0	3
0	0	1	0	0	0	0
0	0	7	0	0	0	0
0	2	7	0	0	0	0
0	0	0	1	2	0	0
0	0	5	2	0	0	0
2	0	5	3	0	0	0
0	0	3	2	0	0	0
0	0	12	1	2	0	0
0	3	10	0	0	0	2
3	0	12	3	1	0	2
0	2	2	0	0	0	0
0	0	5	0	0	0	0
0	0	4	3	2	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	3	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	0	24	3	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0
0	1	3	1	0	0	0
2	0	23	2	1	1	3
3	0	21	3	0	0	3
0	0	8	0	0	1	0
0	2	6	2	0	0	0

Base

0	1	1	2	0	0	0
0	1	1	2	0	0	0
0	0	3	2	0	0	0
0	0	3	3	0	0	0
0	0	2	1	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
3	3	28	3	0	2	0
0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
2	0	15	2	0	0	0
0	0	17	3	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	0	7	2	0	0	2
0	0	10	3	0	0	0
0	0	9	3	0	0	0
0	0	8	2	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
3	0	16	0	0	2	0
0	0	0	3	0	0	0
1	0	10	3	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
2	2	17	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0
0	2	3	0	0	0	0
0	1	11	3	0	0	0
0	2	3	0	3	0	0
0	1	1	3	0	0	0
0	3	7	0	0	0	0
0	3	15	3	3	0	0
0	0	3	0	0	0	3
1	2	24	0	0	0	0
0	0	8	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	0	26	2	0	3	0
0	1	3	0	0	0	0
0	0	7	2	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	1	3	1	0	0	0
0	0	3	3	0	0	0
0	3	5	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1
0	2	13	2	0	0	1
0	0	2	1	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	2	0	1
0	0	3	0	3	0	3
0	0	13	1	2	0	0
0	0	2	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0
3	2	16	2	3	0	0

Base

0	0	3	1	3	0	0
0	0	1	2	0	0	0
0	0	10	2	0	0	0
0	3	28	3	1	0	2
0	0	14	3	0	0	0
0	1	4	1	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0
1	0	4	0	0	0	0
0	0	3	1	3	0	3
0	1	4	0	0	0	0
0	2	3	1	0	0	0
0	0	4	3	0	0	0
0	0	7	2	0	0	0
0	0	8	3	1	0	0
1	0	12	2	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	2	5	0	0	0	0
0	2	8	1	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0
0	1	18	3	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	3	12	1	1	0	0
3	0	16	3	2	0	0
0	1	5	2	0	0	2
0	1	1	0	0	0	0
0	0	10	0	0	0	0
0	1	6	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	1	2	0	0	0	0
0	2	5	0	0	0	0
0	0	2	1	1	0	0
0	0	4	0	0	0	0
0	1	4	2	0	0	3
0	2	2	0	0	0	0
0	0	0	3	0	0	0
0	1	14	0	2	0	3
2	0	13	0	2	0	0
0	0	0	2	0	0	0
0	1	2	0	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	0
0	0	15	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	2
0	2	3	0	0	0	0
3	0	5	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	3	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	1	1	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0

Base

0	0	0	1	1	0	0
1	0	5	0	1	0	0
0	0	1	0	1	0	0
0	0	6	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	1	32	3	1	0	3
0	1	1	0	0	0	0
0	1	7	0	0	0	0
3	1	24	0	0	3	0
0	0	0	2	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	0	23	1	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
3	0	4	0	0	0	0
0	1	6	0	0	0	0
0	0	9	0	2	0	0
0	0	7	0	0	0	1
0	0	14	2	0	1	0
0	0	2	2	3	0	0
0	0	12	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	2	16	3	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	0	8	0	0	0	0
0	0	12	0	0	0	1
0	0	20	0	0	1	3
1	2	5	0	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0
0	1	2	2	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0
0	2	6	0	0	0	0
0	2	33	3	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
2	1	8	0	0	0	0
0	0	3	0	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	0	1	0	0	0	0
0	0	0	1	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0
2	1	10	1	0	0	0
0	3	6	0	0	0	0
3	0	17	3	2	1	0
0	0	0	3	0	0	0
0	0	0	2	2	0	0
0	0	2	3	0	0	0
0	1	3	0	0	0	0
0	0	5	3	1	0	1
2	0	20	3	3	0	3
0	3	5	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	6	3	0	0	3

Base

0	1	8	0	0	0	3
0	0	3	0	0	0	3
0	0	1	2	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0
0	1	3	0	1	0	1
0	1	2	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	1	3	0	0	0	0
0	0	0	1	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	3	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0
0	1	5	2	0	0	0
0	1	4	2	0	0	0
0	0	3	0	0	0	3
0	0	3	0	0	0	0
0	0	2	1	0	0	1
0	0	9	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
0	0	8	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
0	1	4	0	0	0	0
0	0	0	3	0	0	0
0	1	6	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
0	0	6	3	0	0	0
0	0	15	0	0	0	0
0	0	10	0	0	0	0
0	0	3	2	2	0	0
0	0	2	3	0	0	0
0	0	5	0	2	0	3
0	0	3	0	0	0	1
0	0	5	0	0	0	3
0	1	4	0	0	0	0
0	2	8	0	0	0	0
0	0	8	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0	0
0	2	3	0	0	0	0
0	3	10	0	0	0	1
0	0	3	0	0	0	0
0	0	0	3	3	0	3
0	0	25	2	3	0	1

Base

EAT21	EAT26	Puntaje bulin	EAT2	EAT5	EAT8	EAT13	
0	2	4	4	2	0	3	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	2	0	0	2	2	2
0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	1	0	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	3	0	1
0	0	0	0	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	2	2
0	0	0	0	0	0	3	3
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	3	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	2	0	0
0	0	4	0	0	0	3	2
0	0	0	2	1	0	0	0
0	0	6	0	0	0	0	3
0	0	4	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	6	3	0	0	2	0
0	2	2	1	3	3	1	2
0	0	1	0	0	0	0	3
1	3	4	0	0	1	3	0
2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0	3
0	0	1	0	0	0	0	0
0	2	8	0	0	0	2	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	1	1	0	0	3	0	0
0	0	3	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	2	0	1
2	1	7	0	0	3	0	0
0	0	4	0	0	2	0	0
1	1	2	3	1	0	0	0
0	1	4	0	3	0	0	0
2	0	7	3	0	0	0	0
2	0	2	0	0	0	0	0

Base

0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0
0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	2	0
0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0
0	0	5	0	0	3
0	0	2	0	1	0
0	0	2	0	0	0
0	0	2	0	1	3
0	0	4	0	0	0
0	0	3	0	2	0
0	0	0	0	3	0
0	0	3	0	0	2
1	1	8	3	1	1
0	0	1	2	3	1
0	0	0	2	0	0
2	0	7	0	3	0
0	0	0	0	0	1
1	0	5	3	1	1
0	0	0	0	0	0
0	1	5	0	1	2
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	5	0	2	0
0	0	0	0	1	0
0	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	1	0
0	0	1	0	0	0
0	0	2	0	3	0
0	0	3	0	0	2
0	0	2	0	0	0
2	0	5	1	0	1
0	2	4	0	1	0
0	3	9	0	3	3
0	0	0	0	0	0
3	0	3	0	0	0
0	0	5	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	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0
3	0	6	3	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	1
0	0	1	0	1	0
2	3	12	0	2	3
0	3	9	3	0	3
0	0	1	0	0	1
0	0	2	0	0	0

Base

0	0	2	0	0	0	0
0	0	2	0	3	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	1	0	2	0	0
0	0	0	0	2	0	0
0	2	7	2	3	0	0
0	0	1	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	3	5	2	0	3	0
0	0	3	2	3	3	0
2	0	2	0	0	1	1
3	0	7	0	0	3	0
0	0	3	0	0	3	0
0	0	3	0	3	3	1
0	0	2	0	0	2	2
0	0	0	0	0	0	0
0	2	4	0	0	0	0
0	0	3	0	2	0	0
1	0	4	0	0	3	0
0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
2	0	5	0	3	3	2
2	0	2	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	3	2
0	0	3	0	0	1	0
0	0	0	0	2	0	0
0	0	6	0	0	0	0
0	0	3	0	3	0	0
0	0	0	2	1	0	3
0	0	0	0	0	2	0
0	0	0	0	1	1	0
2	3	10	0	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	1
0	0	1	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	0
0	1	1	0	0	0	0
1	0	1	0	0	2	3
1	0	3	0	0	3	0
3	0	3	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	1
3	0	9	0	2	2	0
3	0	9	0	3	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	2	7	0	0	0	1

Base

0	0	4	0	3	3	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	2	0	2	1	3
0	0	6	2	3	3	0
0	0	3	0	0	0	1
0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	2
0	0	1	0	2	0	1
0	0	0	2	0	0	0
1	0	1	0	2	2	0
3	0	10	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	0	3	0	0	1	3
0	0	2	1	0	0	0
0	0	4	0	0	2	3
0	0	2	2	0	2	1
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0
0	0	1	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	1	2	0	2
0	0	0	0	1	0	0
0	0	2	0	0	2	3
2	0	7	2	2	3	0
2	0	6	2	0	2	3
0	0	0	0	1	2	2
0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0
3	0	3	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	0	3	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0
1	0	6	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	2	0
0	0	5	0	0	0	0
1	0	3	0	0	2	0
0	0	2	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	0	0	0	0
0	0	0	0	2	0	0
0	0	0	0	3	2	2
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	2	0	0
2	0	2	0	3	0	0
0	0	0	0	3	0	0
0	0	0	0	2	0	2
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	2

Base

0	0	2	0	1	0	0
0	0	1	0	0	2	1
0	0	1	0	2	0	0
0	0	0	0	3	0	3
0	0	0	0	1	0	0
2	0	9	2	2	3	1
3	0	3	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	3	6	0	0	0	0
3	0	5	0	1	3	0
0	0	0	0	2	0	0
0	2	3	0	1	1	2
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
1	0	1	0	0	3	0
1	0	3	1	3	3	3
0	0	1	0	1	0	1
0	0	3	2	2	2	2
0	0	5	0	2	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	3	0	0
0	0	3	0	0	0	0
0	0	0	0	2	0	0
0	0	0	0	0	2	0
0	0	1	0	2	0	0
0	0	4	1	0	3	0
1	0	1	0	1	0	0
0	0	2	0	2	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	2	0	3	0	0
0	0	3	0	0	3	0
0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	2	2	0	0
0	0	0	0	3	0	2
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	3	2
2	0	4	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	1
0	0	1	0	2	0	3
0	0	0	0	0	0	0
2	0	8	3	0	1	0
0	0	3	0	2	0	0
0	0	4	0	1	0	0
2	0	5	0	2	2	0
0	0	0	0	0	0	0
2	0	7	0	0	0	0
2	2	13	0	0	1	0
0	0	2	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	0
3	0	9	0	0	0	0

Base

0	0	3	0	0	0	0
0	0	3	0	2	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0
1	0	3	0	0	0	0
2	0	2	0	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	1	0	0
0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	2	3	1
0	0	3	0	2	3	2
0	0	1	0	2	0	0
0	0	2	0	2	0	0
0	0	2	0	1	0	0
0	0	3	0	0	3	3
0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
2	0	2	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0
1	0	1	0	2	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	3	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	3	0	2
1	0	3	0	3	0	0
0	0	0	0	3	2	2
2	0	6	0	3	0	0
0	0	3	0	0	0	0
3	0	8	0	0	0	0
1	0	2	0	0	0	0
3	0	6	0	3	3	3
0	0	0	0	3	0	0
0	0	0	0	3	0	0
0	0	0	0	0	3	2
0	0	2	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0
0	0	1	0	3	0	0
0	0	0	0	0	0	0
3	0	12	0	0	0	0
0	0	6	1	0	0	3

Base

EAT15	EAT19	EAT20	Control oral	Puntaje total	Riesgo TCS
	3	0	0	8	20 Sin trastorno
	0	0	0	0	2 Sin trastorno
	1	0	0	1	11 Sin trastorno
	2	0	0	8	13 Sin trastorno
	0	0	0	1	6 Sin trastorno
	3	0	0	3	4 Sin trastorno
	3	0	0	3	9 Sin trastorno
	0	0	0	0	14 Sin trastorno
	3	2	0	7	31 Con trastorno
	0	0	0	1	5 Sin trastorno
	0	0	0	2	14 Sin trastorno
	0	0	0	0	2 Sin trastorno
	0	0	0	0	16 Sin trastorno
	2	2	0	8	11 Sin trastorno
	3	0	0	6	25 Con trastorno
	2	0	2	8	22 Con trastorno
	0	0	0	6	6 Sin trastorno
	0	0	0	0	3 Sin trastorno
	1	0	1	2	7 Sin trastorno
	0	0	0	0	0 Sin trastorno
	0	0	0	0	3 Sin trastorno
	2	0	0	4	8 Sin trastorno
	3	0	3	11	23 Con trastorno
	2	1	0	6	15 Sin trastorno
	0	0	0	3	15 Sin trastorno
	0	0	0	0	13 Sin trastorno
	0	1	0	1	11 Sin trastorno
	0	0	0	1	9 Sin trastorno
	2	0	0	2	2 Sin trastorno
	2	2	0	9	36 Con trastorno
	3	3	3	16	29 Con trastorno
	0	0	0	3	3 Sin trastorno
	3	0	3	6	9 Sin trastorno
	3	0	3	10	17 Sin trastorno
	0	0	0	0	11 Sin trastorno
	0	0	0	0	10 Sin trastorno
	3	0	0	3	3 Sin trastorno
	0	0	0	3	8 Sin trastorno
	0	3	0	3	12 Sin trastorno
	0	0	2	4	40 Con trastorno
	0	0	0	0	1 Sin trastorno
	3	0	0	3	4 Sin trastorno
	0	0	0	0	2 Sin trastorno
	0	0	0	3	24 Con trastorno
	0	0	0	0	3 Sin trastorno
	0	3	0	6	18 Sin trastorno
	0	0	0	0	1 Sin trastorno
	0	0	0	3	14 Sin trastorno
	0	0	0	3	28 Con trastorno
	1	1	0	4	18 Sin trastorno
	3	0	3	10	28 Con trastorno
	0	3	0	6	22 Con trastorno
	0	2	0	5	22 Con trastorno
	0	0	0	0	2 Sin trastorno

Base

3	2	0	5	14 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
0	3	0	3	14 Sin trastorno
3	2	1	6	11 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	2	5 Sin trastorno
0	2	0	2	2 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
3	1	1	8	24 Con trastorno
1	0	2	4	6 Sin trastorno
0	0	0	0	13 Sin trastorno
0	2	0	6	19 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	2	11 Sin trastorno
3	0	0	6	9 Sin trastorno
0	3	0	5	25 Con trastorno
1	1	1	9	30 Con trastorno
1	0	0	7	21 Con trastorno
0	0	0	2	5 Sin trastorno
1	0	0	6	19 Sin trastorno
2	0	0	3	3 Sin trastorno
1	1	1	9	24 Con trastorno
1	0	0	1	7 Sin trastorno
0	3	0	9	32 Con trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
3	1	0	6	31 Con trastorno
0	0	0	1	2 Sin trastorno
1	0	0	1	9 Sin trastorno
0	0	0	0	7 Sin trastorno
0	0	0	1	4 Sin trastorno
0	0	0	1	8 Sin trastorno
2	0	0	5	7 Sin trastorno
0	0	0	2	10 Sin trastorno
0	0	0	0	5 Sin trastorno
0	0	0	2	19 Sin trastorno
0	0	0	1	15 Sin trastorno
0	0	0	6	27 Con trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
0	0	0	1	9 Sin trastorno
0	0	0	3	12 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
1	0	0	1	1 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
1	1	0	3	3 Sin trastorno
3	2	0	8	38 Con trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
0	0	0	1	2 Sin trastorno
0	0	0	1	5 Sin trastorno
3	1	0	12	47 Con trastorno
3	0	0	12	42 Con trastorno
0	0	0	1	10 Sin trastorno
1	1	0	2	10 Sin trastorno

Base

0	0	0	0	3 Sin trastorno
2	0	0	5	8 Sin trastorno
0	0	0	0	5 Sin trastorno
0	0	0	0	6 Sin trastorno
0	1	0	3	6 Sin trastorno
0	0	0	2	4 Sin trastorno
3	2	3	13	48 Con trastorno
2	0	0	4	5 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
2	0	2	9	29 Con trastorno
1	3	3	15	35 Con trastorno
0	0	0	2	7 Sin trastorno
0	2	0	5	19 Sin trastorno
0	0	0	3	16 Sin trastorno
0	0	3	10	22 Con trastorno
0	0	0	4	14 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
3	1	3	7	27 Con trastorno
0	0	0	2	5 Sin trastorno
3	2	3	11	25 Con trastorno
1	1	0	2	3 Sin trastorno
0	2	0	2	4 Sin trastorno
3	0	3	14	36 Con trastorno
0	0	0	1	3 Sin trastorno
0	1	0	1	4 Sin trastorno
0	3	3	11	25 Con trastorno
0	0	1	2	8 Sin trastorno
0	0	0	2	6 Sin trastorno
0	0	0	0	7 Sin trastorno
3	0	0	6	27 Con trastorno
0	0	0	3	9 Sin trastorno
2	0	2	9	33 Con trastorno
0	1	0	2	10 Sin trastorno
0	1	0	2	2 Sin trastorno
0	1	0	3	39 Con trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
3	0	0	3	12 Sin trastorno
0	0	0	3	4 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
2	1	0	3	9 Sin trastorno
0	0	0	0	5 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
2	0	0	2	18 Sin trastorno
0	0	0	1	4 Sin trastorno
3	0	0	3	5 Sin trastorno
0	0	0	5	9 Sin trastorno
0	1	1	5	8 Sin trastorno
1	0	0	2	5 Sin trastorno
0	0	0	1	1 Sin trastorno
0	0	0	4	13 Sin trastorno
0	0	0	3	15 Sin trastorno
3	2	0	5	21 Con trastorno
0	0	0	0	5 Sin trastorno
1	0	0	1	1 Sin trastorno
3	0	0	4	27 Con trastorno

Base

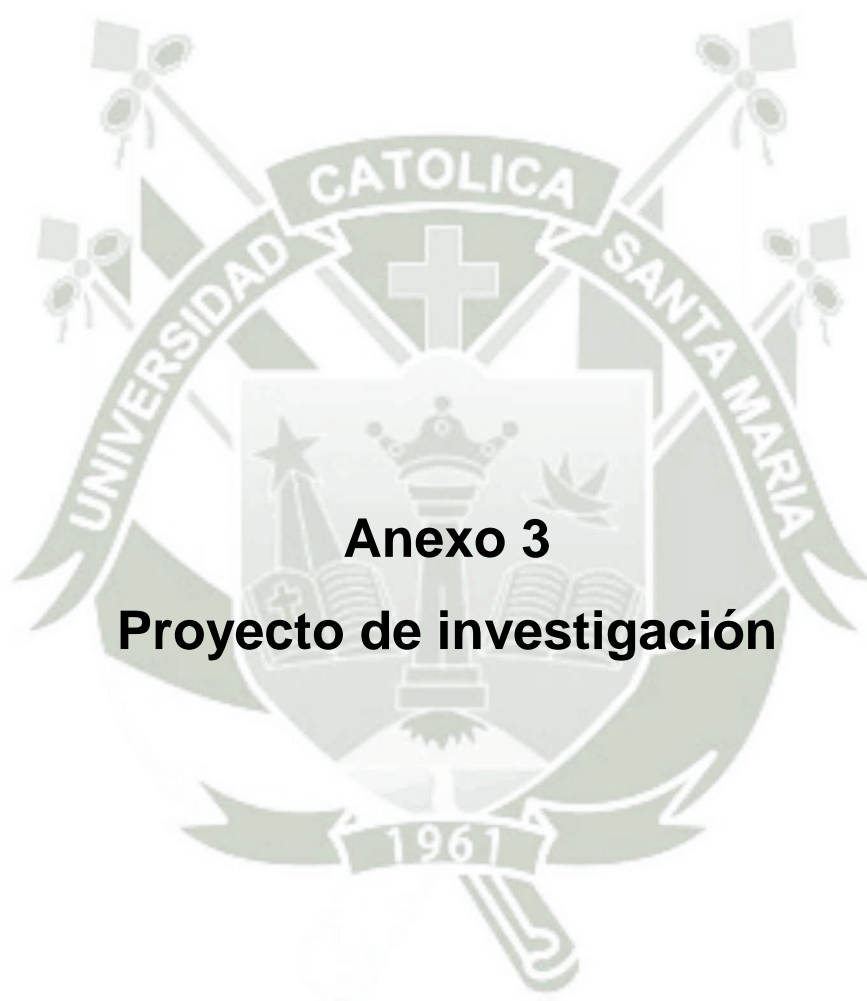
3	0	2	11	18 Sin trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
2	2	0	10	22 Con trastorno
0	3	3	14	48 Con trastorno
0	2	0	3	20 Sin trastorno
0	0	0	0	5 Sin trastorno
2	0	0	4	8 Sin trastorno
0	0	0	3	4 Sin trastorno
0	0	0	2	6 Sin trastorno
2	1	0	7	12 Sin trastorno
1	0	0	1	14 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
3	0	0	3	7 Sin trastorno
0	0	1	5	12 Sin trastorno
0	0	0	1	10 Sin trastorno
1	0	2	8	20 Sin trastorno
2	0	1	8	22 Con trastorno
2	0	0	2	3 Sin trastorno
0	0	0	1	6 Sin trastorno
0	0	0	2	11 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
2	2	0	9	30 Con trastorno
0	0	0	1	1 Sin trastorno
0	2	0	7	21 Con trastorno
2	1	0	10	33 Con trastorno
0	0	3	10	21 Con trastorno
2	0	1	8	9 Sin trastorno
1	0	0	2	12 Sin trastorno
0	0	0	0	6 Sin trastorno
0	0	0	6	9 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
1	0	0	1	3 Sin trastorno
2	0	0	2	7 Sin trastorno
0	0	0	1	6 Sin trastorno
0	2	0	2	6 Sin trastorno
0	0	0	1	11 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
0	3	0	5	8 Sin trastorno
0	1	0	1	20 Sin trastorno
0	0	1	3	19 Sin trastorno
0	0	0	1	3 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
0	0	0	2	5 Sin trastorno
3	0	0	3	6 Sin trastorno
2	0	0	9	24 Con trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
0	1	0	3	7 Sin trastorno
2	0	3	8	13 Sin trastorno
3	0	0	6	11 Sin trastorno
3	0	0	7	7 Sin trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
0	0	0	2	2 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
0	0	0	3	3 Sin trastorno

Base

0	0	0	1	3 Sin trastorno
0	1	0	4	10 Sin trastorno
0	0	0	2	4 Sin trastorno
0	0	1	7	13 Sin trastorno
0	0	0	1	1 Sin trastorno
3	3	3	17	58 Con trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	0	7 Sin trastorno
1	0	1	2	32 Con trastorno
0	0	0	4	9 Sin trastorno
0	0	0	2	3 Sin trastorno
3	0	0	7	33 Con trastorno
0	1	0	2	4 Sin trastorno
0	3	0	3	5 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	3	10 Sin trastorno
0	1	2	13	25 Con trastorno
1	1	0	4	12 Sin trastorno
1	1	2	12	29 Con trastorno
0	0	0	2	9 Sin trastorno
0	0	0	0	12 Sin trastorno
0	1	0	4	5 Sin trastorno
0	0	0	0	19 Sin trastorno
0	0	0	2	5 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
0	0	0	2	10 Sin trastorno
0	0	0	2	15 Sin trastorno
3	0	2	9	33 Con trastorno
0	0	0	1	7 Sin trastorno
0	0	0	2	4 Sin trastorno
1	0	0	1	5 Sin trastorno
2	0	0	5	7 Sin trastorno
3	0	2	8	14 Sin trastorno
0	0	0	1	37 Con trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
3	0	0	7	15 Sin trastorno
1	0	0	3	6 Sin trastorno
3	0	0	8	8 Sin trastorno
0	0	2	2	4 Sin trastorno
3	0	2	11	11 Sin trastorno
3	0	1	10	15 Sin trastorno
0	0	0	1	1 Sin trastorno
0	0	0	5	16 Sin trastorno
1	0	0	1	7 Sin trastorno
3	0	2	9	34 Con trastorno
0	0	0	2	5 Sin trastorno
2	0	0	3	7 Sin trastorno
3	2	0	9	16 Sin trastorno
1	0	0	1	4 Sin trastorno
0	1	0	1	13 Sin trastorno
0	0	0	1	34 Con trastorno
1	0	1	8	15 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
0	0	0	0	15 Sin trastorno

Base

3	1	0	4	15 Sin trastorno
0	0	0	2	8 Sin trastorno
0	1	0	1	4 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
0	0	0	0	6 Sin trastorno
0	1	0	2	6 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
0	0	0	1	4 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
3	0	0	3	6 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
2	0	0	8	8 Sin trastorno
2	3	0	12	15 Sin trastorno
3	0	0	5	9 Sin trastorno
0	0	0	2	9 Sin trastorno
0	1	0	2	8 Sin trastorno
0	0	3	9	15 Sin trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
2	1	0	3	7 Sin trastorno
2	2	0	4	13 Sin trastorno
0	0	0	0	0 Sin trastorno
2	0	0	5	9 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
0	1	0	3	12 Sin trastorno
3	0	0	3	4 Sin trastorno
0	0	0	1	3 Sin trastorno
0	0	0	0	4 Sin trastorno
0	0	0	1	4 Sin trastorno
0	0	0	1	7 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
2	1	0	8	17 Sin trastorno
0	0	0	5	21 Con trastorno
3	0	0	8	18 Sin trastorno
3	1	2	9	18 Sin trastorno
0	0	0	0	5 Sin trastorno
0	0	0	0	13 Sin trastorno
0	2	0	2	7 Sin trastorno
3	0	0	12	23 Con trastorno
0	0	1	4	8 Sin trastorno
0	2	2	7	15 Sin trastorno
0	0	2	7	15 Sin trastorno
0	0	0	1	5 Sin trastorno
0	0	0	0	1 Sin trastorno
0	0	0	0	2 Sin trastorno
0	0	0	1	4 Sin trastorno
0	0	2	5	16 Sin trastorno
0	0	0	0	3 Sin trastorno
0	0	0	0	12 Sin trastorno
1	3	1	9	40 Con trastorno



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes de una Institución Educativa Nacional, Arequipa, 2016”

Autora:

ÁNGELA DANIELA ORTIZ ARCE

Proyecto de Tesis para Optar el Título de
MÉDICO-CIRUJANO.

Asesor:

DR. CARLOS SAAVEDRA HERRERA

**Arequipa - Perú
2016**

I. PREÁMBULO

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de alteraciones que son característicos de los adolescentes y jóvenes, relacionados a una alteración en la autopercepción de la imagen corporal, que pueden llevar a severos cambios en la alimentación con consecuencias de desnutrición e incluso muerte.

La función de la familia en los adolescentes cobra gran importancia debido a su rol formativo para dar sentimientos de seguridad, de estimación personal, de respeto a la individualidad y autoestima de los adolescentes. No obstante, en las familias también pueden darse entornos de inseguridad personal, sentimientos de rechazo o incluso violencia.

Durante los años de pregrado y en el internado he tenido la oportunidad de ver de cerca a adolescentes víctimas de estos trastornos de la conducta alimentaria, que las conducen a serios riesgos en su salud, con la consiguiente preocupación de la familia y muchas veces formando un círculo vicioso de rechazo y mayor inseguridad en estas mujeres.

Por ello es importante evaluar la relación que tiene la función de la familia en la prevención de trastornos de la adolescencia, en especial con la conducta alimentaria. El papel del médico de familia es central, por su función de detectar entornos de riesgo y prevenir la aparición de enfermedades y trastornos sobre todo en grupos de riesgo.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de la conducta alimentaria

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
V. independiente:			
Función familiar	Puntaje de escala APGAR	Buena función, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción severa	Ordinal
V. dependiente:			

Trastorno de la conducta alimentaria	Respuesta a cuestionario EAT-26	Con trastorno (>20) Sin trastornos (20 o menos)	Nominal
--------------------------------------	---------------------------------	--	---------

Variables intervinientes

Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Año de estudio	Matrícula	Tercero a Quinto	Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia y tipo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa?
2. ¿Cómo es la función familiar de las adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa?
3. ¿Cuál es la relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: Revisada la literatura local, no hemos encontrado estudios que evalúen la influencia de la familia en la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de nuestra ciudad.

Relevancia científica: Permite conocer la influencia de la familia como núcleo de la sociedad en la formación de la personalidad de los adolescentes y en sus patrones de conducta alimentaria.

Relevancia práctica: Permitirá identificar la magnitud de problemas derivados de la alteración de la percepción corporal y la alimentación para establecer medidas de tratamiento y prevención oportunos con base en la familia.

Relevancia social: Se beneficiará un grupo importante de la población como son las mujeres adolescentes, futuros motores de la sociedad.

Contemporaneidad: La atención de problemas de salud mental es una preocupación constante de la psiquiatría y la salud pública, sobre todo en los adolescentes.

Factibilidad: El presente estudio es factible por contarse con una población accesible en la que se cuenta con instrumentos validados.

Motivación personal: por realizar una investigación en el área de la ginecoobstetricia y la endocrinología.

Contribución académica: Con el presente estudio se generará

información relevante que servirá de base para investigaciones aplicadas futuras en la misma línea de investigación.

Políticas de investigación: El desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina permite cumplir con las políticas de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

La anorexibulimia es una enfermedad que se caracteriza por una preocupación constante por el peso y la silueta, acompañada de conductas alimentarias anómalas que se convierten en el centro de la existencia e interfieren con el desarrollo normal. Es una enfermedad devastadora para quienes la sufren y para su familia, porque compromete todos los ámbitos de la vida personal y familiar y genera a largo plazo un deterioro muy grande en la calidad de vida (1).

La incidencia de la enfermedad aumentó dramáticamente en el mundo durante las dos últimas décadas del siglo XX, afecta con mayor frecuencia a las mujeres jóvenes y su pronóstico es muy sombrío porque solo una de cada tres se recupera por completo. La preocupación por el cuerpo y la esbeltez ocupan un lugar clave en nuestra sociedad actual.

Los trastornos de la conducta alimentaria encuentran un terreno ya abonado en las sociedades industriales occidentalizadas, en las cuales se impone el valor de la delgadez y la apariencia personal como claves del éxito en la vida. El miedo a ganar peso se convirtió en los últimos años en una de las problemáticas que más afecta a la población femenina.

Es por esto que los casos deben buscarse en todos aquellos consultorios donde acudan las jóvenes o sus familias con preocupaciones intensas relativas al peso, la figura corporal y la comida y el personal de salud deben estar alerta a no estimular dichas preocupaciones de manera

innecesaria (2).

Las Naciones Unidas, en el tercer objetivo de desarrollo del milenio, busca el empoderamiento de las mujeres y la equidad de género, para cumplir este objetivo es necesario posicionar la problemática de la anorexia bulimia en la agenda pública de salud como un flagelo de la sociedad moderna que deteriora la vida de las mujeres y por ende el desarrollo de los pueblos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento “Prevención de enfermedades mentales”, en lo relacionado con “Trastornos de la conducta alimentaria” el Dr. Benedetto Saraceno plantea que: “Dietas y preocupaciones excesivas acerca del peso y la figura e insatisfacción corporal, son identificados como factores específicos actitudinales y comportamentales, así como influencias familiares y sociales tales como el modelamiento de conductas por parte de amigos y la glamurización de la delgadez a través de los medios masivos y la baja alfabetización de medios”. Agrega, “Las variables culturales y contextuales no deben ser vistas como variables de confusión, sino como elementos esenciales de cualquier programa que se vaya a aplicar en situaciones de la vida real” y añade, “No es sorprendente que muchas de las medidas preventivas están en armonía con los principios de equidad social, igualdad de oportunidades y cuidados para los grupos más vulnerables de la sociedad” (1)

2.2. Epidemiología

La anorexia bulimia es una enfermedad en la cual existe una

preocupación constante por el peso y la silueta, derivada de una imagen corporal negativa producto del deseo intenso de estar más delgada que se expresa en conductas alimentarias restrictivas, episodios de ingesta acompañados por la sensación subjetiva de no poder parar y conductas purgativas compensatorias tales como vómito auto inducido, consumo de laxantes o diuréticos y ejercicio físico intenso, que se convierte en el centro de la existencia e interfiere con el desarrollo normal de los proyectos de vida. Existen tres variantes clínicas, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (2).

La imagen corporal es la idea subjetiva o representación mental que tenemos de nuestro cuerpo, de donde se derivan buena parte de nuestras emociones, sentimientos, valoraciones, habilidades y limitaciones en el contacto interpersonal (3).

Los estudios realizados en distintos países demuestran que la anorexia se presenta entre el 0,1% al 1,9% de la población general; la bulimia entre el 1% al 5% y los trastornos de conducta alimentaria no especificada en un rango del 11% al 20%. Se estima una incidencia de anorexia de 8,1 por 100.000 personas año, y de bulimia de 11,4 por 100.000 personas año, se registró un aumento dramático en las últimas tres décadas y desde hace poco cifras estables a pesar de los esfuerzos para su prevención. Con estudios de doble fase, es decir aquellos que combinan tamización más entrevistas clínicas se ha encontrado una prevalencia en mujeres de 0,2% al 0,5% para anorexia y hasta del 6% para bulimia. La prevalencia en hombres es una décima parte de la de las mujeres. En cuanto al trastorno del comportamiento alimentario

no especificado hay pocos estudios. En un trabajo realizado en Bogotá, Colombia, en el cual se tomó como población a un grupo de estudiantes universitarios, se encontró una prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en general del 19,5%, bulimia del 1,2%, anorexia del 0,48% y trastornos de la conducta alimentaria no especificada del 17,5%. Un estudio de doble fase realizado en Medellín en el 2003, en una muestra representativa de mujeres adolescentes escolarizadas, encontró que el 33% estaban en un riesgo alto de tener trastornos de conducta alimentaria y la prevalencia total de casos entre las adolescentes tanto en alto riesgo como en bajo riesgo fue de 31,46%, conformada por: 1,4% de anorexia, 4,1% de bulimia y 25,8% de TCANOES. Entre las adolescentes en alto riesgo se encontró una prevalencia del 56%, mientras que en las de bajo la prevalencia fue de 3,5% (2).

2.3. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) reconoce que existen trastornos mentales relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal. La categoría diagnóstica en el DSM-V se llama trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y se clasifican subdivididos en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANOES), los criterios diagnósticos utilizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) creada por la Organización Mundial de la Salud son similares al DSM-V, y no difieren ni en la categoría diagnóstica ni en los criterios. La

anorexia nervosa se define como un trastorno mental que se caracteriza por una importante y deliberada pérdida de peso, intenso temor a la obesidad y alteraciones en la percepción de la figura corporal. La bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por preocupación persistente por la silueta y episodios incontrolados de ingesta de comida, seguidos por vómito auto inducido, uso de laxantes, diuréticos, dietas estrictas, ayuno o ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso. Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados son aquellos que no reúnen todos los criterios del DSM-V para el diagnóstico de un trastorno específico o presentan cuadros clínicos incompletos (4).

2.3.1. Anorexia nerviosa

a) Etiopatogenia:

El origen de la anorexia nerviosa es multifactorial. Lo biológico, social y cultural confluye para determinar esta patología. Ninguno de estos elementos por separado alcanza para explicarla. En la perpetuación del trastorno también se involucran múltiples factores (5).

Al dividir estos factores como predisponentes y de mantenimiento de la anorexia nerviosa se observa que tanto en un grupo como en otro se mezclan elementos de las 3 índoles.

b) Factores predisponentes individuales

Razonamiento dicotomizado. Es un estilo de pensamiento donde no

caben los términos medios sino el todo o nada. Conformismo, necesidad acentuada de aprobación, hiperresponsabilidad y escasa respuesta a las necesidades internas (5)

Factores familiares: con mucha frecuencia se observan familias donde se observa sobreprotección, alto nivel de aspiraciones, rigidez y eternización de conflictos. Este modelo de familia altamente predominante en el entorno de la anoréxica, es poco específico (se observa en otros tipos de trastornos y en ausencia de patología también). De todos modos, si se piensa en la complejidad de la subjetividad, los hechos muestran día a día que de la misma familia pueden surgir personas con mayor o menor nivel de salud mental. Hay que considerar como factor familiar la predisposición genética. Hollan y col 1984 lograron reunir 34 pares de gemelos con anorexia hallando la siguiente cifra: 55% de concordancia para monocigotos y 7% para dicigóticos. El hecho de haber hallado este correlato genético en la anorexia nerviosa hace más compleja las conjeturas.

- Se puede heredar una predisposición a una personalidad pre anoréxica
- Se puede heredar un trastorno psiquiátrico que condiciona la aparición de la anorexia nerviosa
- Se puede heredar un trastorno de la imagen corporal
- Se puede heredar un trastorno hipotalámico que predisponga a la enfermedad

Se hace difícil pensar que las personas tengan una imagen corporal que está genéticamente determinada: la imagen del cuerpo es sin duda una

construcción complejísima de origen psíquico, social y cultural, suponer solo una herencia para esto sería caer en un reduccionismo extremo.

Otro de los hallazgos con referencia a los factores genéticos familiares en la anorexia nerviosa gira en torno a la depresión. Existe una frecuente comorbilidad depresiva, morbilidad familiar y respuesta a test biológicos que hacen sospechar que la anorexia nerviosa y la depresión están biológicamente emparentadas.

c) Factores socioculturales

Son los factores primordiales para la aparición de la anorexia nerviosa. De hecho la sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura es un factor de innegable importancia para la generación de estos cuadros. Basta con observar por televisión la cantidad enorme de propaganda de productos para adelgazar o mantener la silueta; las modelos son cada vez más delgadas y con el perímetro del pecho cada vez más cerca al perímetro de la cintura lo que supone la elección del ideal de un cuerpo tubular.

Los datos a favor de esta hipótesis están avalados por las cifras crecientes de anorexia en Japón, un país oriental que ha adquirido las costumbres de la cultura occidental. Los autores de estas investigaciones concluyen que la anorexia nerviosa afecta a familias modernas, que no conservan las tradiciones, predominantemente de medios urbanos y de clases sociales más acomodadas (5).

d) Factores de cronicidad

Una vez instalada la anorexia nerviosa, los factores que la generaron siguen presentes y son los que hacen que el cuadro persista. Hay que tener en cuenta la estructura de la personalidad, como la dinámica familiar, tienen una tendencia a la estabilidad, a no modificarse, por lo que actúan como factores de cronicidad.

Los cambios hormonales producidos por la desnutrición, por su parte conllevan a cambios de conducta, obsesiones y compulsiones a la comida, irritabilidad, generadores de círculos viciosos que mantiene el entorno (5).

e) Cuadro clínico:

La anorexia es una forma de desnutrición resultante de la inanición crónica, constituyendo una de las formas más comunes de desnutrición de la sociedad occidental. En el curso de la enfermedad se ponen en marcha una serie de mecanismos cuyo fin es mantener la vida, pasando a un segundo plano aquellas funciones «no vitales» como la reproducción y el crecimiento. El descenso en los aportes de energía que le caracteriza da lugar una disminución adaptativa del gasto energético basal disminuyendo de forma proporcional a la pérdida de masa corporal total. No obstante, el gasto energético total es similar al de individuos normales debido a que se produce un aumento del gasto en relación con la actividad física. En estados finales de consunción, la actividad física desciende de manera muy importante a la par que el aporte de energía (6).

Uno de los fenómenos metabólicos más importante es la cetoadaptación. Aunque, en un primer momento, exista un aumento de la gluconeogénesis a partir de aminoácidos musculares, glicerol y lactato para mantener la glucemia, cuando el ayuno se prolonga se utilizarán preferiblemente los depósitos grasos, intentando preservar la masa magra. En esta situación el cerebro se hace capaz de usar los cuerpos cetónicos como sustituto energético.

Esta situación de semi-inanición que constituye la AN difiere de otras situaciones de déficit de ingesta, en la AN se suele conservar el aporte proteico y de micronutrientes (6)

Manifestaciones generales

El paciente con anorexia nerviosa destaca por presentar una importante pérdida del tejido graso y muscular acompañada de aumento del agua extracelular

Los estudios con TAC muestran una disminución de la grasa subcutánea mayor que la grasa visceral

En caso de niños prepuberales existe además un retraso en el crecimiento y la maduración (5).

Manifestaciones cardiovasculares

Son unas de las más frecuentes y una de las principales causas de

muerte en la AN, especialmente en aquellos pacientes que vomitan o abusan de diuréticos.

Suelen observarse bradicardia e hipotensión ortostática y en reposo. También es frecuente la acrocianosis con extremidades moteadas y frías.

En el electrocardiograma se observan patrones de voltaje bajo, bradicardia sinusal, aumento de la duración del QRS, disminución del intervalo QT y disminución de la amplitud de la onda R en V6 comparado con controles de la misma edad. La severidad clínica de la AN (manifestada como un menor IMC) se correlaciona con el aumento de la bradicardia y disminución de la masa del ventrículo izquierdo (expresada como disminución de la R en V6).

El ecocardiograma puede mostrar una atrofia miocárdica, prolapso leve de la válvula mitral y alteraciones del tamaño de las cavidades. La insuficiencia mitral severa es infrecuente.

Puede ocurrir la muerte súbita por arritmia en el contexto de una hipopotasemia por vómitos o por restauración enérgica de la alimentación.

En ocasiones se han dado casos de insuficiencia cardiaca congestiva, formando parte de síndrome de realimentación. En pacientes con abuso de la ipecacuana utilizado como purgante (uso frecuente en EE UU) se ha descrito cardiomiopatía y problemas de la contractilidad miocárdica (5).

Manifestaciones digestivas

En los casos donde existen vómitos de repetición existe hipertrofia parotídea bilateral benigna e indolora. Hay un vaciamiento gástrico tardío que

origina plenitud postprandial, y disminución de la motilidad intestinal.

El estreñimiento es un síntoma muy frecuente en la AN y hasta ahora no se ha podido dilucidar bien si se trata de una alteración de la fisiología intestinal o si por el contrario es el resultado de una distorsión en la percepción del síntoma.

Un estudio reciente muestra que más del 60 % de los pacientes tienen un tránsito colónico lento. Este mismo estudio demuestra que existen también alteraciones motoras que aumentan el nivel para la percepción de la defecación y alteraciones en la dinámica de expulsión, en un 40 % de casos. Todas estas anomalías explicarían la causa del estreñimiento. Se vio también que tras cuatro semanas de realimentación el tiempo de tránsito colónico se normalizaba, mientras que persistían las anomalías ano-rectales. Este hallazgo podría indicar que el enlentecimiento del tránsito se podría deber principalmente a las alteraciones de los patrones de alimentación. No se puede excluir completamente el daño catártico del colon por el uso de laxantes, pero la recuperación del tránsito tras la realimentación, sugiere que el colon no estaba dañado por ellos.

La dilatación gástrica, la perforación o hemorragia esofágica y la esofagitis son raras pero pueden ocurrir en caso de atracones, autoprovocación del vómito y uso de purgantes (6, 7).

La alteración hepática, aunque frecuente en otras formas de malnutrición calórica-proteica, se ha visto que ocurre más raramente en la AN. Los estudios existentes en la literatura muestran que un IMC inferior a 12 se

asocia a una elevación de las transaminasas entre 2 y 3 veces por encima de la normal (aunque se han descrito algunos casos de transaminasas superiores a 2000 UI/ml), lo que traduce un fallo multiorgánico y apoya la idea de que existe una asociación entre la pérdida total del peso corporal y la disfunción hepática. Hay que separar este tipo de elevación de la que se produce en la fase de realimentación.

Hay descritos también casos de pancreatitis y de síndrome de la arteria mesentérica superior (obstrucción intestinal por compresión del duodeno por la arteria mesentérica superior) en casos de pérdida de peso importante y rápida (5).

Para concluir podemos decir que recientemente se ha demostrado la mejoría de los síntomas gastrointestinales (apetito, estreñimiento, vómitos y diarrea) tras la realimentación.

Complicaciones odontológicas

Las alteraciones dentales de la AN consisten en erosión del esmalte dental, en casos de vómitos de repetición durante largos periodos de tiempo, y aumento de la incidencia de caries (llegando incluso al 40 % de las pacientes) (6).

Manifestaciones pulmonares

En humanos la malnutrición altera el sistema respiratorio de diferentes formas: reduce la capacidad ventilatoria, disminuye la fuerza de los músculos

respiratorios y disminuye la inmunocompetencia.

En la AN las pruebas funcionales respiratorias han resultado normales con excepción de la disminución de la presión respiratoria máxima y aumento del volumen residual. No está tampoco alterada la capacidad de difusión, ni existen evidencias de enfisema pulmonar (6).

Manifestaciones neurológicas

La clínica neuromuscular supone el 45 % de las manifestaciones neurológicas. Dentro de ella encontramos debilidad muscular generalizada en el 43 % de los pacientes y neuropatía periférica en el 13 %. Otras alteraciones menos frecuentes incluyen: cefaleas, convulsiones, síncope en ausencia de hipotensión ortostática, diplopía y alteraciones del movimiento.

Los problemas neurológicos secundarios a deficiencias crónicas son poco comunes, observándose ocasionalmente síntomas atribuibles a déficit de vitamina B12 y de tiamina.

Los estudios encefalográficos muestran cambios del EEG de vigilia-sueño. En las pruebas de imagen se observa atrofia cortical generalizada con agrandamiento de los ventrículos (6, 7).

Se ha visto que las complicaciones neurológicas revierten completamente tras corregir los déficits nutricionales y el desequilibrio hidroelectrolítico.

Alteraciones de la termorregulación

En la AN hay intolerancia al frío. La temperatura basal está disminuida, se cree que por alteraciones de los centros hipotalámicos reguladores de la temperatura. Estos pacientes tampoco se defienden bien frente a los cambios de temperatura externa, presentando excesiva vasoconstricción y cianosis en las extremidades al exponerse al frío, reflejando una sensibilidad anormal de los vasos a las bajas temperaturas.

La proporción de calor en el músculo medida por microcalorimetría está disminuida en un 50 % por unidad de masa muscular en comparación con los controles. No se conoce bien aún si esta alteración está regulada localmente o por el sistema nervioso central (5).

Manifestaciones hematológicas

La anemia normocítica normocrómica, la leucopenia y trombocitopenia moderada son frecuentes en la AN. La anemia puede deberse a la menor demanda metabólica y a la baja ingesta de hierro y folatos. Tras la realimentación puede empeorar debido a la hemodilución.

La leucopenia y/o linfopenia se presentan en los casos de malnutrición severa, existiendo un aumento de susceptibilidad a las infecciones (5).

Manifestaciones renales

Cuando existe una escasa ingesta de líquidos y vómitos se produce

una disminución en el filtrado glomerular por disminución del flujo plasmático renal.

En ausencia de deshidratación los niveles de creatinina en plasma están disminuidos como reflejo de la disminución de la masa muscular de las pacientes. La urea está más elevada que en otro tipo de malnutrición, ya que se suele mantener la ingesta de proteínas. Se ha descrito también poliuria y dificultad para concentrar la orina, en parte provocada por la hipopotasemia. Cuando la deshidratación y la hipopotasemia se hacen crónicas puede ocurrir daño irreversible en los túbulos renales.

A consecuencia de la deshidratación crónica y del aumento de la ingesta de oxalatos (procedentes de los vegetales) pueden aparecer también cálculos renales (6).

Alteraciones metabólicas

Los cambios en el metabolismo de los carbohidratos en la AN son similares a los descritos en los modelos humanos y animales de restricción calórica. Puede aparecer intolerancia oral a la glucosa, posiblemente por el estado de insulinresistencia existente y por la disminución en la secreción de insulina provocada por la hipopotasemia. En casos de malnutrición muy severa se ha observado hipoglucemia en ayunas como reflejo de la disminución de los depósitos de glucógeno y de la falta de substratos para neoglucogénesis.

El ayuno y la baja ingesta de carbohidratos provocan elevación de los

cuerpos cetónicos y de los ácidos grasos libres plasmáticos por aumento de la lipólisis.

Tradicionalmente se han descrito dos alteraciones lipídicas características en la AN: la hipercolesterolemia y la hipercarotinemia. Recientemente se ha comprobado una discreta elevación del colesterol plasmático (según los estudios entre el 23-50 % de los casos) con el colesterol LDL dentro del rango normal y el colesterol HDL alto (una media de 51 mg/dl); sin embargo los betacarotenos se han encontrado en niveles normales. Los triglicéridos se encuentran habitualmente descendidos (6).

Las alteraciones hidroelectrolíticas son frecuentes en aquellas pacientes que vomitan o usan laxantes y/o diuréticos. La hipopotasemia es una de las anomalías más frecuentes en las pacientes con AN. La aparición de hipopotasemia con aumento del bicarbonato sérico es indicativa de vómitos o uso de diuréticos. Muy raramente la hipopotasemia se debe exclusivamente a la ingesta insuficiente de potasio. Debe ser estrechamente vigilada ya que favorece el desarrollo de arritmias. Otras manifestaciones que produce son: anorexia, debilidad muscular, calambres, parestesias, disminución de la capacidad renal para concentrar la orina y disminución de la secreción de insulina (5).

La secreción de ADH se hace de forma irregular y junto a la disminución de la capacidad renal para concentrar la orina puede dar lugar a un cuadro de diabetes insípida parcial. Por otro lado puede existir hiponatremia a consecuencia de un exceso de ingesta de agua (potomanía).

En ocasiones aparece hipofosfatemia por la malnutrición, la cual se agrava en la fase de realimentación.

El déficit de vitaminas es infrecuente debido a que se suele conservar su aporte. Asociadas a gran pérdida de peso corporal aparecen carencias de vitamina B12 y riboflavina. Algunos estudios han observado déficits de tiamina hasta en el 19% de las pacientes sin que se relacione con la duración del trastorno restrictivo, frecuencia de los vómitos o ingesta de alcohol. Esta deficiencia podría ser responsable de algunos de los síntomas neuropsiquiátricos de la AN (3, 6).

Puede existir hipomagnesemia como consecuencia de la ingesta insuficiente y por aumento de las pérdidas renales por diuréticos. Su manifestación clínica consiste en astenia, calambres musculares e incluso arritmias cardíacas.

En ocasiones presentan también déficit de zinc, lo que da lugar, entre otras, a alteraciones cutáneas y del gusto. Por la baja ingesta de carne puede aparecer ferropenia (6).

Manifestaciones cutáneas

Son muy frecuentes, principalmente se deben a las alteraciones alimentarias provocadas por el ayuno, pero también existen manifestaciones secundarias a los vómitos y a traumas autoinducidos. Las principales características dermatológicas según su frecuencia de aparición son: xerosis (presente hasta el 90 %), acné (60 %), dermatitis seborreica, intertrigo

interdigital, dermatitis de las manos y signo de Russel. Este signo se caracteriza por presencia de callosidad en el dorso de las manos como consecuencia del trauma local producido por los incisivos superiores en los vómitos autoinducidos. Está presente en aproximadamente en el 8 % de las pacientes y es importante reconocerlo como un signo de trastorno alimentario.

Otras manifestaciones cutáneas incluyen lívido reticularis, dishidrosis palmo-plantar y queratosis folicular.

La hipertrichosis lanuginosa está presente en el 77 % de los casos. Son característicos también el pelo seco y frágil, la alopecia y la fragilidad ungueal.

Las principales alteraciones mucosas consisten en: lengua depapilada, queilitis angular, aftas orales y erosiones dentales. La carotenoderma secundaria a hipercarotinemia es mucho más característica de la bulimia nerviosa, con mínima expresión en la AN.

Para concluir podríamos decir, que las manifestaciones cutáneas más frecuentes son xerosis, alopecia, uñas frágiles, pelo opaco y frágil; como signos guía tendríamos la hipertrichosis, el signo de Russel y la erosión dental (5)

Criterios diagnósticos (4)

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

adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

- **Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/c el ejercicio excesivo.
- **Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).
- Especificar si:
- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en

el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

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

Especificar la gravedad actual:

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

- **Leve:** IMC >17 kg/m²
- **Moderado:** IMC 16-16,99 kg/m²
- **Grave:** IMC 15-15,99 kg/m²
- **Extremo:** IMC < 15 kg/m²

2.3.2. Bulimia nerviosa

a) Etiopatogenia

La bulimia nerviosa también es de origen multifactorial. Se han asociado factores biológicos a la bulimia nerviosa. El hallazgo de las alteraciones a la neurotransmisión (menor actividad noradrenérgica, serotoninérgica y menor secreción de colecistoquinina) han sido reportados pero no se ha integrado con esto un modelo que resulte satisfactorio.

Se sabe también que el ayuno es el mejor disparador del hipotálamo para la voracidad, pero esto sólo explica una parte del trastorno. Los factores sociales se reconocen como involucrados en la etiopatogenia, lo que explicaría la frecuencia de la bulimia nerviosa en los países industrializados ampliándose el espectro de la población, inicialmente blanca, a otros grupos étnicos (3).

Los factores psicológicos de indudable intervención, han sido reportados hallando con frecuencia rasgos de impulsividad, incluido la tentativa de suicidio, dependencia del alcohol, etc.

b) Clínica

La mayoría de los casos con bulimia no presentan ningún signo clínico, de hecho existe un retraso importante al diagnóstico. A pesar de ese retraso la paciente con bulimia suele pedir ayuda médica cuando es consciente de su problema, a diferencia de la anorexia nerviosa que la consulta médica se produce casi siempre tras la presión de los familiares. Desde la aparición de

los síntomas al momento de la primera consulta médica pasan una media de 23 meses. Existiendo casos que consultan por primera vez después de más de 15 años de enfermedad, durante este tiempo la enfermedad puede pasar desapercibida para las personas que conviven con la paciente (7).

La intensidad de los vómitos y el uso de fármacos va a determinar la gravedad del caso. En los casos poco graves los únicos síntomas clínicos que refiere la enferma son la pesadez postprandial y el estreñimiento. La hipertrofia de parótidas se encuentra en pacientes con una evolución larga de la enfermedad o aquellas con una gran intensidad en el vomito (4 o más periodos purgativos al día). La erosión de las piezas dentarias suele ser encontrada en pacientes con varios años de evolución clínica. A veces los vómitos sólo pueden ser identificados por los callos que se producen en la parte superior de las manos para provocarse el vómito. En aquellas pacientes donde los atracones y vómitos son muy intensos se puede encontrar raramente perforación o hemorragia esofágica y esofagitis.

Las alteraciones hidroelectrolíticas van en la mayoría de las veces acompañadas de uso de diuréticos o laxantes, si se acompañan de vómitos intensos la severidad puede ser importante. El vómito intenso provoca sobre todo una alcalosis hipocloremia acompañada de una hipopotasemia. Estas pacientes suelen utilizar diuréticos potentes como la furosemida, la ingesta excesiva de furosemida provoca hiponatremias e hipopotasemias severas que cuando se asocian a vómitos severos y usos de laxantes provocan deshidrataciones severas. Es sorprendente, que puedan presentar cifras de potasio inferiores a 2 Meq/l y cifras de Na inferiores a 125 Meq/l y no presentar

prácticamente ningún signo clínico, aunque estas cifras si se mantienen de forma crónica pueden producir un daño irreversible de los túbulos renales. También pueden ocurrir cálculos renales como consecuencia de la deshidratación crónica (5 7).

Las pacientes con bulimia suelen presentar una elevación en los niveles de las hormonas relacionadas con el estrés, se ha descrito hipercortisolemia y niveles elevados de cortisol libre en orina de 24 horas. La amenorrea o la oligoamenorrea puede ocurrir en pacientes con peso normal que padecen bulimia nerviosa, sin embargo un número importante de pacientes con bulimia presentan ciclos menstruales normales, por lo tanto hay posibilidad de embarazo.

Cuando pacientes con bulimia activa han tenido un embarazo se han descrito recién nacidos con bajo peso y un incrementado riesgo de abortos. Se ha comunicado una mayor prevalencia de síndrome de ovario poliquístico en pacientes que han padecido una bulimia nerviosa.

Las pacientes pueden presentar elevación del peso o descenso, en la bulimia no suele existir un descenso importante en el peso, es más frecuente que las pacientes presenten elevaciones de peso. Es frecuente que estas pacientes presenten un efecto yo-yo con subidas y bajadas bruscas en periodos cortos de tiempo (7).

c) Comorbilidad psiquiátrica

Las pacientes con bulimia tienen más probabilidades que aquellas con

anorexia nerviosa para ser impulsivas, no sólo en la conducta alimentaria, sino también en el consumo de drogas y alcohol, automutilación o autodaño, en las relaciones sexuales o en otras manifestaciones de alteraciones de la personalidad. Se ha encontrado un incremento en las tendencias suicidas en pacientes con bulimia (5).

Cuando se comparan pacientes con bulimia y anorexia nerviosa se ha encontrado un mayor grado de hostilidad en la pacientes anoréxicas (5).

d) Criterios diagnósticos (4)

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

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

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

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vomito 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.

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- **Leve:** Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Moderado:** Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Grave:** Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

- **Extremo:** Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

2.4. La familia y su función

En el hogar es donde se forman los sentimientos de seguridad, de estimación personal, de respeto a su individualidad y a la individualidad de los seres que lo rodean, en dependencia de cómo es la familia también se puede formar en ellos y ellas la inseguridad personal, el sentimiento de rechazo.

En el seno familiar encontrará el niño y la niña desde su nacimiento, las oportunidades de satisfacer sus necesidades básicas propias de su edad (9).

Pero también, los medios adecuados para la formación y desarrollo de su personalidad, o donde contrariamente hallará las frustraciones que deformarán y malograrán sus potencialidades personales incapacitándolos para el cultivo y desarrollo de sentimientos positivos los cuales constituyen la base del amor (8).

Aunque se manejan muchas funciones que realiza la familia, se considera como la más importante de todas, la psicológica, ya que mediante esta función, la familia satisface en sus miembros ciertas necesidades humanas como son la seguridad de amor, la seguridad emocional, independencia, creatividad pues condiciona en los niños y niñas en formación el desarrollo de una personalidad saludable y socialmente adecuada capaz de integrarse correctamente a otros grupos sociales (8, 10).

- a) **FUNCIÓN ECONÓMICA:** En esta función se agrupan las actividades relacionadas con la reposición de las fuerzas de trabajo de sus integrantes; el presupuesto de gastos de la familia sobre la base de gastos de los ingresos, las tareas domésticas, relacionadas con el abastecimiento, el consumo, la satisfacción de una serie de necesidades materiales individuales entre otras.

Las relaciones familiares que se establecen en la realización de estas tareas y la distribución de los roles hogareños son de gran utilidad para caracterizar a la familia en este aspecto, en esta función se incluye también el descanso el cual está relacionado con el presupuesto, del tiempo libre de cada miembro y de la familia como unidad.

- b) **FUNCIÓN BIOSOCIAL:** Comprende la procreación y crianza de los hijos y las hijas, así como las relaciones sexuales y afectivas de la pareja. Estas actividades e interrelaciones son en extremo importantes para la estabilidad de los padres y por consiguiente para el desarrollo emocional de los demás miembros de la familia.
- c) **FUNCIÓN ESPIRITUAL - CULTURAL:** Se refiere a las necesidades culturales de los miembros de la familia, superación y esparcimiento cultural, así como la transmisión de esta cultura a sus hijos e hijas.
- d) **FUNCIÓN EDUCATIVA:** Se produce mediante las demás funciones ya mencionadas en ella se manifiesta el doble carácter de las funciones ya analizadas, dicho de otra manera satisface diversas necesidades en los miembros de la familia, pero a la vez educa a la descendencia (11).

2.4.1. Evaluación de la función familiar: El Apgar familiar

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Este es un instrumento diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, quien propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos (12).

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y por que denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas.

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención integral pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.

¿Qué evalúa el APGAR Familiar?

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Estas cinco funciones se encuentran en el **Cuadro 1**. Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia (12).

Funciones	Contenido
Adaptación	Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
Participación	Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
Ganancia	Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
Afecto	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
Recursos	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo al siguiente cuadro:

- Buena función familiar: 18-20
- Disfunción familia leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada 10-13
- Disfunción familiar severa 9 o menos



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Espinoza LK (13).

Título: Influencia de los factores socioculturales en la conducta alimentaria de los estudiantes de tercer año de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María 2014.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Santa María, 2014.

Resumen: Se evaluó la influencia de los factores socioculturales en la conducta alimentaria de 61 estudiantes de tercer año de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María. Se aplicó una cédula de preguntas, y encontró que la mayoría de estudiantes tiene una ingesta de alimentos de 2 a 3 veces al día, de preferencia en casa y en su mayor parte comida chatarra; presentan diferentes actitudes alimentarias como la falta de control al comer y el ejercicio excesivo, y con respecto a la imagen corporal la mayoría se siente “normal”, y en referencia a los mitos todas tienen alguna creencia como “después de un día de atracón, un día de ayuno”, y más de la mitad está insatisfecha con su imagen corporal. La edad y la situación económica influyeron sobre el tipo de alimento, las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal; el género y el estado conyugal influyen sobre las actividades alimentarias y la satisfacción corporal, y la moda y la publicidad influyen en la ingesta de alimentos, el lugar de consumo, las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal.

3.2. **Autor:** Del Carpio CP, Delgado JV (14).

Título: Estado nutricional y percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Adolescentes del nivel secundario de la I.E. 40058 Ignacio Álvarez Thomas, Arequipa 2013.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, 2013.

Resumen: Se evaluó el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario de una institución educativa de Arequipa en el 2013. Estudiaron 219 adolescentes, 100 mujeres y 119 varones. Se aplicó el formulario de percepción de la imagen corporal BSQ, el test de Actitudes alimentarias de riesgo EAT-26 y una ficha antropométrica y de datos. Se encontró que el 75% de estudiantes, delgado u obeso, no presenta riesgos. Sin embargo, los porcentajes de la población que muestra riesgo aumentan a medida que los adolescentes se acercan a la obesidad; así el 13.3% de adolescentes que presentan obesidad presentan riesgo alto. Igualmente a medida que aumenta la preocupación por su imagen corporal aumenta el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Así los adolescentes con extrema preocupación el 20% presenta riesgo bajo y el 60% riesgo alto de trastorno de la conducta alimentaria.

A nivel nacional e internacional

3.3. **Autor:** Berbel E, Sepúlveda AR, Graell M, Andres A, Carrobles JA, Morandé G (15).

Título: Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario : diferencias entre cuidadores principales y secundarios.

Fuente: Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2010; 15(3):179-192.

Resumen: Se realizó una valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario y las diferencias entre cuidadores principales y secundarios. Se suministró una batería de cuestionarios a una muestra de 186 familiares (93 cuidadores principales y 93 secundarios). Los resultados indicaron que los cuidadores principales presentaban peores valores en malestar psicológico, ansiedad, depresión, y síntomas psicopatológicos en comparación con el grupo de cuidadores secundarios. La frecuencia de sujetos (cuidadores primarios versus secundarios) que alcanzaron el punto de corte de gravedad psicopatológica (GSI del SCL-90-R) fue similar para ambos grupos. Aunque los dos grupos de cuidadores presentaban una prevalencia de psicopatología similar, los resultados sugieren que sobre todo los cuidadores primarios se encuentran en situación de riesgo para su salud mental general, ansiedad y depresión.

4. Objetivos.

4.1. General

Establecer la relación entre la función familiar y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa.

4.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia y tipo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa.
- 2) Valorar la función familiar de las adolescentes mujeres de una Institución Educativa Nacional de Arequipa.

5. Hipótesis

Dado que la función de la familia es formar la estima del adolescente y su afrontamiento ante problemas así como brindar los fundamentos para la estructuración de su personalidad, es probable que exista una relación significativa entre una mala función familiar y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de adolescentes de edad escolar.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos que contendrá el El cuestionario de transtornos de la conducta alimentaria Eating Attitudes Test (EAT) (Anexo 1), para medir la funcionalidad familiar se empleará el APGAR familiar de Smilkstein (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en la Institución Educativa Nacional Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el último bimestre del 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** adolescentes de educación secundaria de la Institución Educativa Nacional Arequipa.

2.4. Población: Total de adolescentes de 3er a 5to años de educación secundaria de la Institución Educativa Nacional Arequipa, constituida de la siguiente manera:

- 3er año: **164 estudiantes**
- 4to año: **157 estudiantes**
- 5to año: **143 estudiantes**

Muestra: No se considerará el cálculo de una muestra, ya que se espera estudiar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Matriculada en educación secundaria de tercero a quinto años
 - Edad entre 15 y 18 años
 - Participación voluntaria en la investigación
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados y/o en tratamiento
 - Fichas de encuesta mal llenadas e incompletas.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la dirección de la Institución Educativa para obtener la autorización para realizar el estudio.

Se realizarán charlas a las estudiantes acerca de la importancia de la familia y los trastornos de la conducta alimentaria para lograr su sensibilización y lograr la participación voluntaria y anónima.

Se aplicará una encuesta consistente en el APGAR familiar de Smilkstein y el cuestionario EAT-26 para detectar trastornos de la conducta alimentaria.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El cuestionario de transtornos de la conducta alimentaria Eating Attitudes Test (EAT) se desarrolló como respuesta a la preocupación surgida en un

panel de Consenso del Instituto Nacional de Salud Mental Norteamericano en 1976, donde se consideró que se podría mejorar la detección temprana de la AN mediante cribado poblacional. En 1979, se publicó el primer test de 40 ítems, que fue reducido luego a 26. El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios.

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral, que incluye autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso. compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20.

La prueba de 26 ítems presenta una correlación de 0,98 con el cuestionario de 40. La fiabilidad test-retest para 2 a 3 semanas la correlación

fue de 0.84. La validez concurrente ha mostrado utilidad para diferenciar TCA de población normal, así como trastorno por atracón de la AN y BN, pero no diferencia entre AN y BN. La validez predictiva muestra que es sensible a cambios terapéuticos, o a cambios en la sintomatología de pacientes anoréxicas. Su validez discriminante muestra que la puntuación total clasifica correctamente al 83,6% de los casos (16).

El instrumento utilizado para medir la funcionalidad familiar es el APGAR familiar, diseñado en 1978 por Smilkstein; ha sido ampliamente validado y es considerada una escala sencilla de autorreporte. Es un cuestionario de cinco preguntas que evalúa el estado funcional de la familia, cuyo acrónimo hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: *adaptation* (adaptación), *partnership* (asociación/ cooperación), *growth* (crecimiento), *affection* (afecto), *resolve* (capacidad de resolución).

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (12).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La asociación de variables categóricas se realizará con la prueba chi cuadrado y con el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 16				Diciembre 16				Enero 17			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2016

Fecha probable de término: 30 de Enero 2017

V. Bibliografía Básica

- 1) Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. Revista de Psicología de la PUCP 2003; 21(2): 234-269.
- 2) Peláez MÁ; Labrador FJ, Escursell RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 5, núm. 2, July, 2005, pp. 135-148
- 3) Ramírez L. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Sierra DM. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 5ª edición. Medellín-Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. 310-317.

- 4) American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Madrid España: Editorial Médica Panamericana. (2014).
- 5) López A. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Suarez Richards Manuel, Coordinador. Introducción a la Psiquiatría. 3ª edición. Buenos Aires-Argentina: Polemos S.A; 2006. 681-695.
- 6) García JM, Olvera P. Presentación clínica de los trastornos de conducta alimenticia: Anorexia nerviosa. En: Tinahones FJ. Anorexia y bulimia una experiencia clínica. 1ª edición. España Madrid: Díaz de Santos S.A; 2003. 51-62.
- 7) Tinahones FJ. Bulimia nerviosa. En: Tinahones FJ. Anorexia y bulimia una experiencia clínica. 1ª edición. España Madrid: Díaz de Santos S.A; 2003. 75-85.
- 8) PROMUDEH, Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. (PNAI) 2002 – 2010, Perú Abril 2002
- 9) Ministerio De Salud - Peru.: Su Salud es Primero – Adolescente. www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente
- 10) Instituto Nacional De Estadística E Informática.: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú 2010
- 11) Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA, 2006. 1(1):48-57
- 12) Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 12-31

- 13) Espinoza LK. Influencia de los factores socioculturales en la conducta alimentaria de los estudiantes de tercer año de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María 2014. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Santa María, 2014.
- 14) Del Carpio CP, Delgado JV. Estado nutricional y percepción de la imagen corporal relacionados con riesgo de trastorno de conducta alimentaria. Adolescentes del nivel secundario de la I.E. 40058 Ignacio Álvarez Thomas, Arequipa 2013. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, 2013.
- 15) Berbel E, Sepúlveda AR, Graell M, Andres A, Carroble JA, Morandé G. Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario : diferencias entre cuidadores principales y secundarios. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2010; 15(3):179-192.
- 16) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.

VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha:N° _____

Edad: _____ años

Año de estudio: _____

Apgar familiar

A continuación encontrarás algunas preguntas acerca de tu familia; marca la que más se parezca a tu situación familiar

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad</i>					
<i>Me satisface la participación que mi familia brinda y permite</i>					
<i>Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades</i>					
<i>Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</i>					
<i>Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero</i>					

Cuestionario EAT-26

Responde a las siguientes preguntas marcando la alternativa que más se parezca a lo que sientes.

Elija una respuesta para cada una de las preguntas:	siempre	casi siempre	frecuentemente	a veces	rara vez	nunca
1. Me aterroriza la idea de estar con sobrepeso						
2. Evito comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por los alimentos						
4. He tenido atracones de comida en los cuales siento que no puedo parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
7. Evito especialmente las comidas con alto contenido de carbohidratos (pan, arroz, papas)						
8. Siento que los demás quieren que yo coma más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento extremadamente culpable después haber comido						
11. Me preocupo por estar más delgado(a)						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy muy delgado(a)						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Como mas lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas						

16. Evito los alimentos que contienen azúcar						
17. Como alimentos dietéticos (diet o light)						
18. Siento que la comida controla mi vida						
19. Mantengo un control de mi ingesta						
20. Siento que los demás me presionan para comer						
21. Pienso demasiado en la comida						
22. Me siento culpable después de comer dulces						
23. Engancho con conductas de dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevas comidas apetitosas						
26. Tengo el impulso de vomitar luego de comer						

Gracias por tu participación

