

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA CON
MENCIÓN EN GERENCIA**



**“FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN ALUMNOS DE LAS
FACULTADES DE MEDICINA HUMANA Y OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA DEL PRIMER SEMESTRE DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA.
AREQUIPA 2008”**

Tesis presentada por la Bachiller:
KATHERINE FERNÁNDEZ PINTO
Para optar el Grado Académico de Magíster
en Salud Pública con mención en Gerencia

**AREQUIPA-PERÚ
2009**

A Dios fuente de luz y
sabiduría que guía mi
camino, acompañándome a
lo largo de mi vida
brindándome fuerzas para
vencer los obstáculos y
hacer posible el logro de
mis metas



A mis padres por su ejemplo y
fortaleza, a mis hermanos por todo
su cariño y mi esposo Alonso por
acompañarme y darme su apoyo
incondicional



“El inconsciente es la fuente de nuestras motivaciones, ya sean simples deseos de comida o sexo, compulsiones neuróticas o los motivos de un artista o científico”

Sigmund Freud

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCION.....	09
CAPITULO UNICO RESULTADOS.....	13
1.- Características de la población.....	14
2.- Trastornos de Conducta alimentaria.....	22
3.- Factores de Riesgo en los Trastornos de Conducta alimentaria.....	24
4.- Discusión y comentarios.....	43
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	49
ANEXOS	
Proyecto de Investigación.....	55
Matrices de Sistematización.....	105

RESUMEN

El presente estudio realizado entre los alumnos de primer año de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María que se encuentran cursando el primer semestre, es de tipo explicativo relacional y se considera una investigación de campo

Dentro de los objetivos del presente estudio se pretende determinar los trastornos de conducta alimentaria en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María y establecer la relación entre los factores de riesgo y estas patologías en nuestros estudiantes.

La hipótesis plantea que “Dado que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad, es probable que estos se presenten en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María y que exista una fuerte relación entre los factores de riesgo a predominio de miedo a la madurez e ineficacia y los trastornos de conducta alimentaria”

Para ello se aplicó a nuestros estudiantes un cuestionario en el que se recolectan las características generales de la población y el Eating Disorders Inventory (EDI), se revisaron 164 cuestionarios, de los cuales 64 corresponden a la facultad de Obstetricia y Puericultura y 100 a la facultad de Medicina Humana

Se encontró que la mayor parte de los participantes en el estudio fueron de sexo femenino y que la edad promedio de ellas fue 18 años de edad, mientras que para el sexo masculino fue de 19 años. El 35% de estudiantes a los que se les aplicó el cuestionario Eating Disorders Inventory se encuentran en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria, mientras que un 65% de ellos no pueden ser catalogados como sujetos de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo, la obsesión por la delgadez de los alumnos considerados en riesgo es mayor con un 25.86%, cabe resaltar que este es el síntoma principal para diagnosticar los casos de anorexia y bulimia. Sobre la presencia de síntomas asociados a bulimia de los alumnos en riesgo 51.72% vs.

los alumnos sin riesgo 3.77%. Los resultados encontrados sobre la insatisfacción corporal señalan a los alumnos considerados en riesgo con 25.86%, puntaje mucho mayor a los alumnos sin riesgo 0.00%. Al comparar Ineficacia, los alumnos en riesgo tuvieron valores mas altos 55.17% vs. los alumnos sin riesgo 23.58%. Se comparo el perfeccionismo, y se encontró que los alumnos sin riesgo obtuvieron puntajes menores 14.15% que el grupo de los alumnos con riesgo 31.03%%. Al compararse el promedio de Desconfianza Interpersonal encontramos valores de 36.21% para los alumnos en riesgo y 4.72% para los alumnos sin riesgo. Sobre los resultados obtenidos del promedio de Confianza Interoceptiva de los alumnos considerados en riesgo 29.31% vs. los alumnos sin riesgo 0.00%. Finalmente al comparar el promedio de miedo a la madurez de los alumnos considerados en riesgo se obtuvo un 63.79%, puntaje mucho mayor al 31.13% del segundo grupo. En conclusión se encontró que el 35.37% de los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María a los que se les aplico el cuestionario EDI se encuentran en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria, mientras que un 64.63% de ellos no pueden ser catalogados como sujetos de riesgo y que existe una fuerte asociación entre los Trastornos de conducta alimentaria y los factores de riesgo como: la obsesión por la delgadez 25.86%, bulimia 51.72%, la insatisfacción corporal 25.86%, ineficacia 55.17%, el perfeccionismo 31.03%%, la desconfianza interpersonal 36.21% , la confianza interoceptiva 29.31% y el miedo a la madurez 63.79% .

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria, anorexia, bulimia.

ABSTRACT

We made this study on freshmen students from the schools of human medicine and obstetrics in the Universidad Católica de Santa María. It is a explanatory and correlational study and it is considered as a field study .

The main objective was to determine the disorders of feeding behavior in freshmen students of medicine and obstetrics at the Universidad Católica de Santa María and try to find a relationship between risk factors and this pathology in the Group studied

Our hypothesis is “ Since disorders of feeding behaviour are an emergent health problem with a strong impact on our society it is probable that they are present in freshmen students from the schools of human medicine and obstetrics in the Universidad Católica de Santa María and that there exists a strong relationship between risk factors and feeding behavior disorders “

We applied to this group a questionnaire about general characteristics of this population and the Eating Disorders Inventory (EDI). 164 questionnaires were reviewed, 64 of them correspond to Obstetrics school and 100 to medical school

We found that most participants were female and their average age was 18 years old while for male students average age was 19 years old. 35% students who responded the Eating Disorders Inventory are in risk of developing feeding behavior disorders while 65% of them can not be considered as risk subjects.

In risk factors, the obsession for a Slim body was present in risk students in 25.86%, this is a key symptom to diagnose cases of anorexia and bulimia. About bulimia associated symptoms in risk students the rate was 51.72% vs. students without risk 3.77%. Results found in body dissatisfaction in risk students was 25.86%, score much higher than in those without risk 0.00%. When comparing inefficiency risk students had higher values 55.17% vs. students without risk

23.58%. In perfectionism it was found that students without risk had lower scores 14.15% while risk students had 31.03%%. Interpersonal distrust scores were 36.21% for risk students and 4.72% for those without risk . Results for interoceptive confidence were 29.31% for risk students vs. 0.00% for no risk students. Finally, when comparing the fear of maturity in risk students score was 63.79%, much higher than the score of 31.13% for the second group.

In conclusión, 35.37% of freshmen students from the schools of human medicine and obstetrics in the Universidad Católica de Santa María who responded to the EDI questionnaire are in risk of developing a feeding behavior disorder while 64.63% of them can not be considered in risk. There is a strong relationship between feeding behavior disorders and risk factors such as : Obsession for Slim bodies 25.86%, bulimia 51.72%, body shape insatisfaction 25.86%, inefficiency 55.17%, perfectionism 31.03%%, Interpersonal distrust 36.21% , interoceptive confidence 29.31% and fear of maturity 63.79% .

KEY WORDS : feeding behavior disorder , anorexia, bulimia.

INTRODUCCION

Los trastornos de conducta alimentaria tan comunes hoy en día en nuestra sociedad resultan ser un problema de salud pública muy importante al que no escapan los alumnos de nuestra casa de estudios.

En el ámbito mundial un trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la universidad de Manizales”, publicado MEDUNAB, un órgano de difusión de la producción intelectual, generada por la actividad científica de la comunidad académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, y de la comunidad científica de Colombia encontró un **12.7%** de la población que presentó factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria, 17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina; las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se determinó una relación significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez.

Conclusiones: Se encontraron factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación. La frecuencia del factor de riesgo según EDI en este estudio fue más baja que la encontrada en estudios realizados en Medellín y Bogotá. [Cano AA, Castaño JJ, Corredor DA, García AM, González Med.UNAB 2007; 10:187-194].

En nuestro País, en la tesis denominada “funcionalidad familiar y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres del distrito de Trujillo 2005” hecha por la bachiller Hidalgo Garrido Natalia y por la bachiller Rojas Cáceres Raquel se concluyó que: : En cuanto al riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del distrito de Trujillo se obtiene que el **16.4%** tiene riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria, que la presencia de un bajo nivel de cohesión determina mayor riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo y que existe una relación significativa entre el

Riesgo a desarrollar trastornos alimenticios, la cohesión de la funcionalidad familiar y la presencia de un bajo nivel de adaptabilidad

El presente estudio realizado en nuestra casa de estudios tiene como propósito determinar los trastornos conducta alimentaria en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María y establecer la relación entre estos y los factores de riesgo asociados.

Dentro de las variables consideradas tenemos a los trastornos de conducta alimentaria, entiéndase anorexia y bulimia nerviosas y a los factores de riesgo para estos que son:¹

La obsesión por la delgadez como característica esencial de los trastornos de conducta alimentaria es el temor mórbido a la obesidad, el núcleo psicopatológico tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa, es la manifestación clínica de un intenso impulso de estar mas delgado o un fuerte temor a la gordura y es un síntoma esencial para el diagnostico de estas patologías. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar es el síntoma principal para diagnosticar los casos de anorexia y bulimia. **Bulimia** evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse atracones de comida incontrolables, la presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulímico y restrictivo; cabe acotar que la mayor parte de los casos de bulimia severa van asociados con marcadas disfunciones psicopatológicas. **La insatisfacción corporal**, mide la insatisfacción del sujeto con la forma de su cuerpo o con aquellas partes del mismo que mas preocupan a los que padecen trastornos de conducta alimentaria (estomago, caderas, nalgas, etc.), la insatisfacción con el propio cuerpo se considera endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de trastornos de conducta alimentaria;

¹ SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN “Resultados del inventario EDI en adolescentes tardías femeninas contrastarnos de la alimentación. Comparación de tratamientos”. Universidad nacional de San Luis Argentina. Año VIII, numero II 2007

está se considera uno de los aspectos de la “perturbación de la imagen corporal” característica de los pacientes con trastornos de conducta alimentaria. Puede considerarse como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el. **La Ineficacia**, evalúa los sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, desvalorización en si y falta de control sobre la vida propia. Es importante resaltar que una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima ligado a un sentimiento de inadecuación. **El Perfeccionismo**, mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores, se ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con estas patologías y que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de estos. Los elementos de esta escala evalúan en que grado el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales. **La Desconfianza Interpersonal**, evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de TCA. **La Confianza Interoceptiva**, evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de Trastornos de conducta alimentaria. **El miedo a la madurez**, evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp (1965-1980) argumentó que la psicopatología principal de los pacientes con AN o BN es el temor a las experiencias emocionales, el erotismo y la sexualidad relacionados con la adolescencia y el ingreso a la vida adulta; de acuerdo con este autor, el ayuno se convierte en un medio para evitar el crecimiento y a madurez

psicobiológica, lo cual proporcionaría un alivio momentáneo frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos intrapsíquicos y aquellos vinculados con la familia. Más aun, muchos pacientes dicen que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales propios de la madurez que subyacen como el componente biológico de las experiencias psicológicas.



CAPITULO UNICO: RESULTADOS

- 1.- Características de la población
- 2.- Trastornos de Conducta alimentaria
- 3.- Factores de Riesgo en los Trastornos de Conducta alimentaria
- 4.- Discusión y comentarios



1.- CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

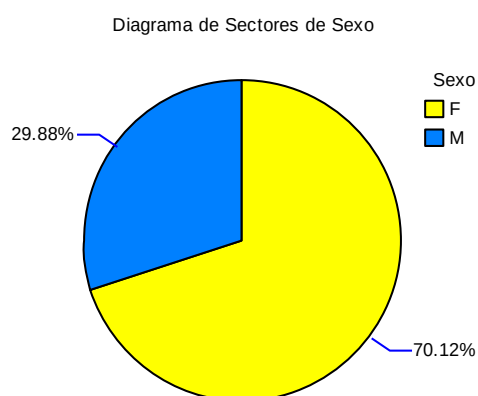
Tabla 1: Sexo de los participantes en el estudio

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>%</i>
1	Femenino	115	0.7012	115	70.12%
2	Masculino	49	0.2988	164	29.88%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Como podemos observar la mayor parte de los participantes en el estudio son de sexo femenino, constituyendo el 70.12% del total, mientras que los de sexo masculino constituyen un 29.98% de nuestra población. Esto puede explicarse ya que el estudio fue hecho en alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura, en esta última el 100% de las alumnas encuestadas son de sexo femenino.

Gráfico 1: Sexo de los participantes en el estudio



Fuente: Cuestionarios del investigador

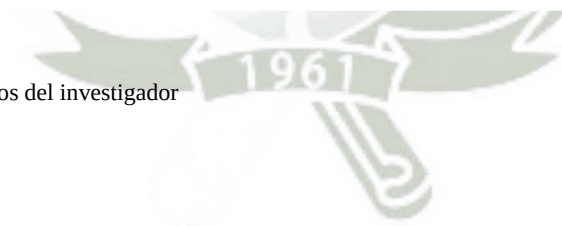


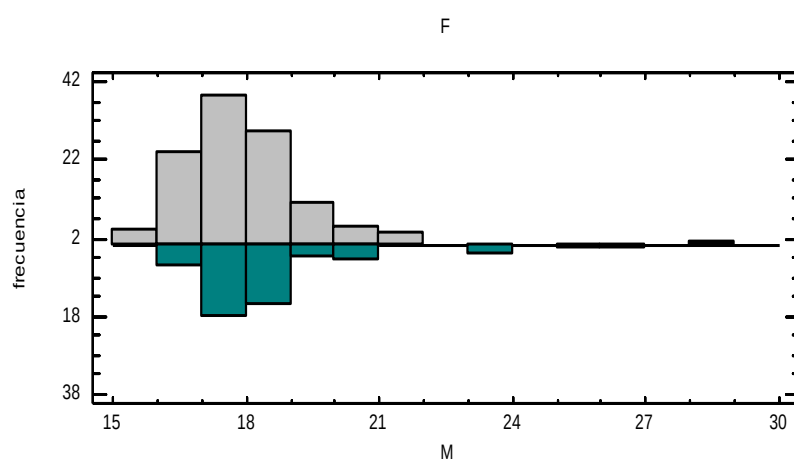
Tabla 2: Edad de los participantes en el estudio

	<i>Sexo=F</i>	<i>Sexo=M</i>
Recuento	115	49
Promedio	18.4957	19.1633
Mediana	18.0	19.0
Moda	18.0	18.0
Desviación Estándar	1.61883	2.13451
Mínimo	16.0	17.0
Máximo	29.0	27.0
Rango	13.0	10.0
Sesgo Estandarizado	11.6151	6.22078
Curtosis Estandarizada	32.041	7.19808

Fuente: Cuestionarios del investigador

Esta tabla sirve para estudiar descriptivamente a la población, se puede observar descriptivamente que la edad promedio de nuestra población para el sexo femenino fue de 18 años de edad, mientras que para el sexo masculino fue de 19 años por lo que el grupo de los varones demostró ser ligeramente mayor, también es importante notar que el rango edades del sexo masculino fue de 10 años mientras que fue de 13 para el sexo femenino, de un total de 164 alumnos que participaron del presente estudio

Gráfico 2: Edad de los participantes en el estudio



Fuente: Cuestionarios del investigador

El gráfico 2 compara las edades de los sujetos de estudio y el sexo de los mismos

Tabla 3: Relación entre el peso y la talla de los participantes en el estudio

Variable dependiente: Peso

Variables independientes: Talla

		Error	Estadístico	
Parámetro	Estimación	Estándar	T	Valor-P
CONSTANTE	-94.9963	10.852	-8.75381	0.0000
Talla	0.947584	0.0660974	14.3362	0.0000

Fuente: Cuestionarios del investigador

Análisis de Varianza

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Razón-F	Valor-P
Modelo	9675.0	1	9675.0	205.53	0.0000
Residuo	7626.03	162	47.0742		
Total (Corr.)	17301.0	163			

Fuente: Cuestionarios del investigador

R-cuadrada = 55.9215 porciento

R-cuadrado (ajustado para g.l.) = 55.6495 porciento

Error estándar del est. = 6.86107

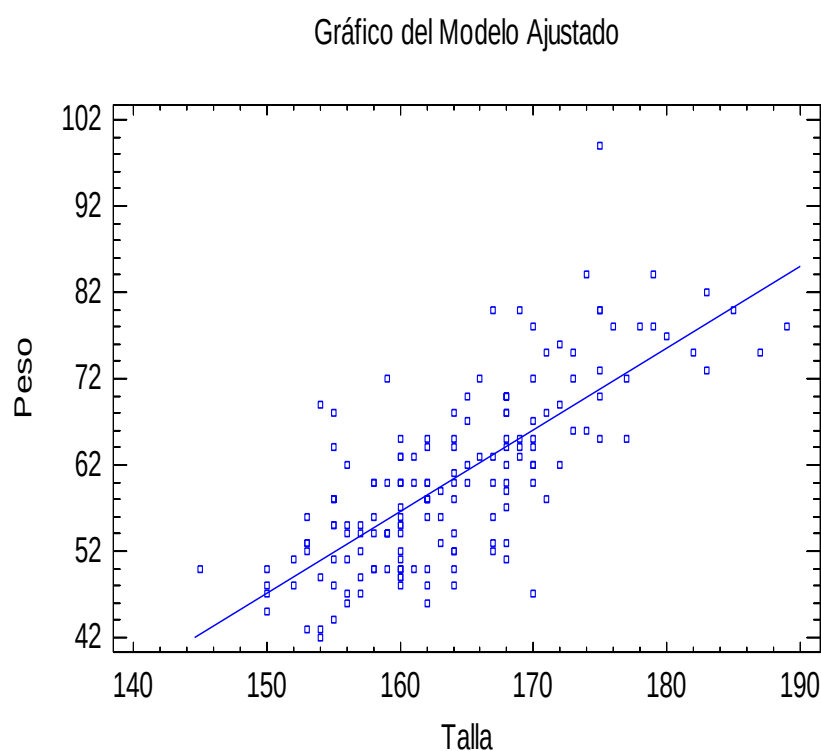
Error absoluto medio = 5.23319

Estadístico Durbin-Watson = 1.5769 (P=0.0032)

Autocorrelación de residuos en retraso 1 = 0.210051

En esta tabla se realizó una prueba de regresión lineal que busca establecer la relación directa entre el peso y la talla y puede observarse que el peso y la talla de los estudiantes se encuentran relacionados y estadísticamente son significativos con valor de 99% del nivel confianza.

Gráfico 3: Relación entre el peso y la talla de los participantes en el estudio



Fuente: Cuestionarios del investigador

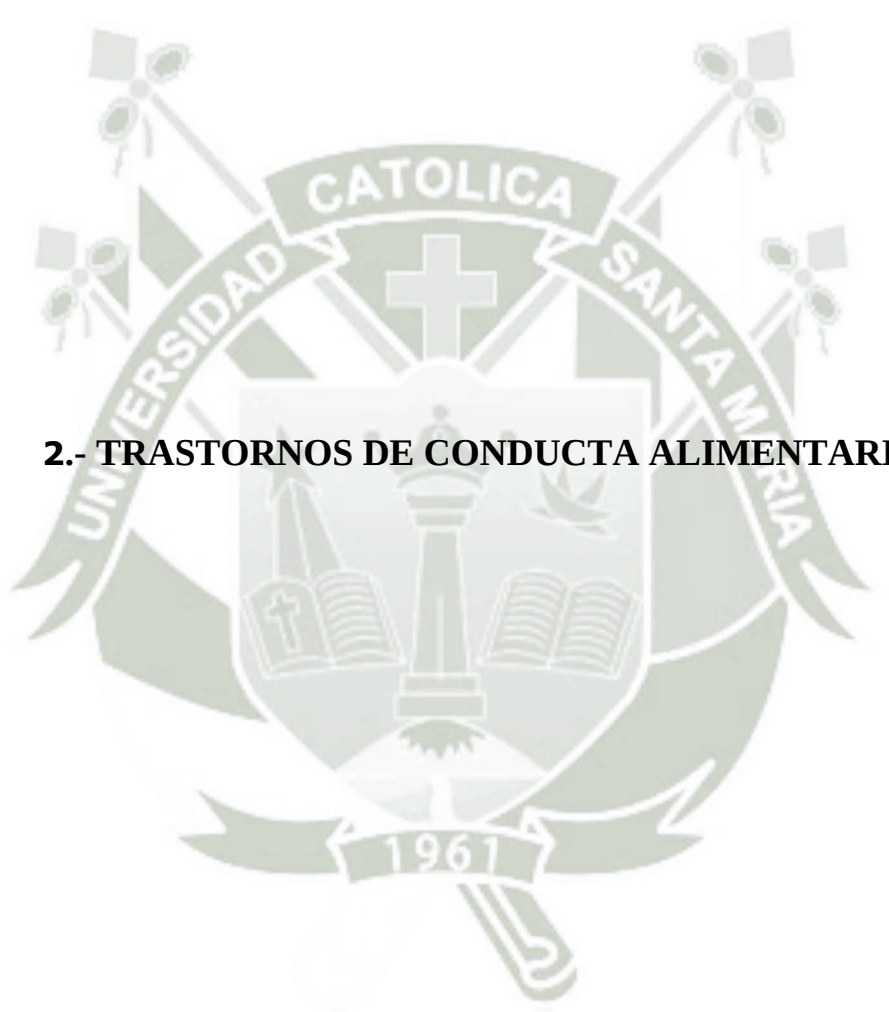
El grafico 3 nos muestra la relación directa que se puede observar entre el peso y la talla de los sujetos de estudio

Tabla 4 de Frecuencias para Rendimiento académico

	Total por Fila
Sobresaliente	11
	6.71%
Notable	4
	2.44%
Bien	4
	2.44%
Suficiente	80
	48.78%
Insuficiente	58
	35.37%
Deficiente	6
	3.66%
Muy Deficiente	1
	0.61%
Total por Columna	164
	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Esta tabla nos muestra el rendimiento académico de los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa durante el semestre impar del año 2008. La mayor frecuencia la encontramos en el rendimiento académico considerado suficiente, es decir un promedio general que va desde una nota de 13 puntos hasta una nota de 15 puntos en promedio



2.- TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Tabla 5: Frecuencia de los trastornos conducta alimentaria

	<i>Con riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria</i>	<i>Sin riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria</i>
Recuento	58	106
Promedio	35.37%	64.63%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Esta tabla nos muestra que dentro de los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María encontramos 58 alumnos con riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria (35.37%) y en contraparte 106 alumnos sin riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria (64.63%) de un total de 164 alumnos que participaron del presente estudio. Cabe recordar que los alumnos considerados en riesgo de padecer trastornos de conducta son los que obtuvieron un puntaje por encima de 42 puntos en el EDI.



3.- FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIA

Tabla 6: Frecuencias para Obsesión por Delgadez por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Con obsesión por la delgadez	0	15	15
	0.00%	25.86%	9.15%
Sin obsesión por la delgadez	106	43	149
	100.00%	74.14%	90.85%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

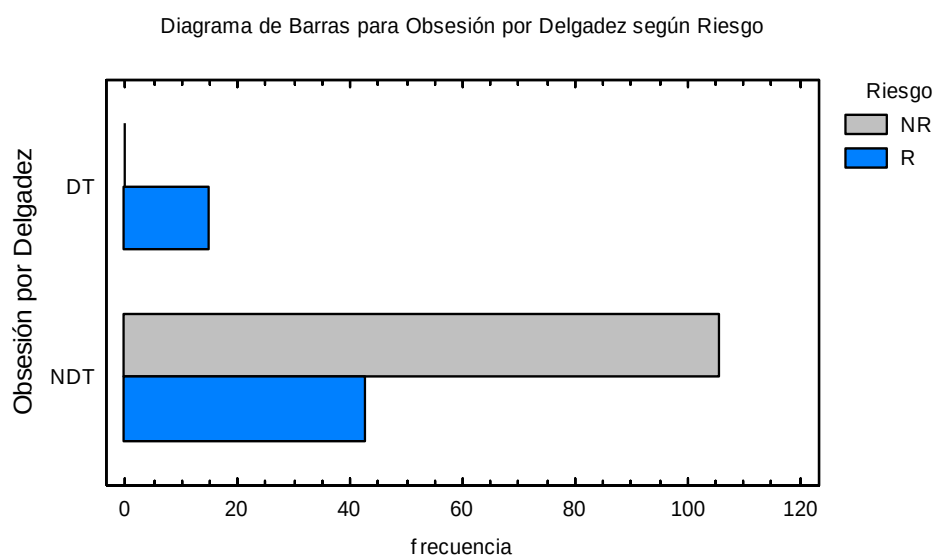
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta la Obsesión por Delgadez tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 0 veces en las que Obsesión por Delgadez se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 0.0% de las 106 personas pertenecientes a este grupo

Pruebas de Independencia

<i>Prueba</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Gl</i>	<i>Valor-P</i>
Chi-Cuadrada	30.174	1	0.0000

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Obsesión por Delgadez para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 4: Frecuencias para Obsesión por Delgadez por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

DT: Con obsesión por la delgadez

NDT: Con obsesión por la delgadez

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 6, en él puede observarse que para el factor de riesgo obsesión por delgadez, dentro del grupo en riesgo se encontró **25.86%** de frecuencia, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de **0.00%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 7: Frecuencias para Bulimia por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Bulimia	4	30	34
	3.77%	51.72%	20.73%
No Bulimia	102	28	130
	96.23%	48.28%	79.27%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

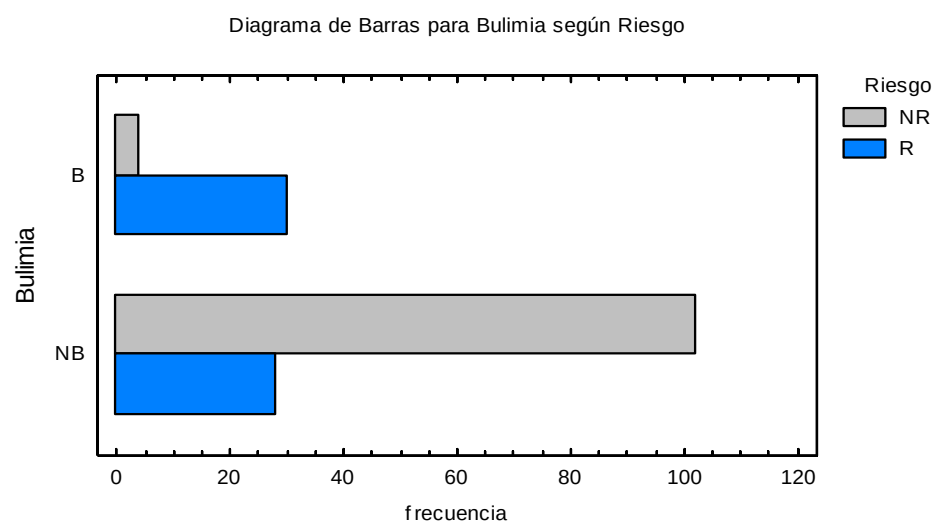
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta Bulimia tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 4 veces en las que Bulimia se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 3.77% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	52.450	1	0.0000

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Bulimia para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 5: Frecuencias para Bulimia por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

B: Con bulimia

NB: Con bulimia

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 7, en él puede observarse que para el factor de riesgo bulimia, dentro del grupo en riesgo se encontró 30 de frecuencia ósea un **51.72%**, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 4 es decir **3.77%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 8: Frecuencias para Insatisfacción Corporal por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Insatisfacción Corporal	0	15	15
	0.00%	25.86%	9.15%
Sin Insatisfacción Corporal	106	43	149
	100.00%	74.14%	90.85%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Tabla

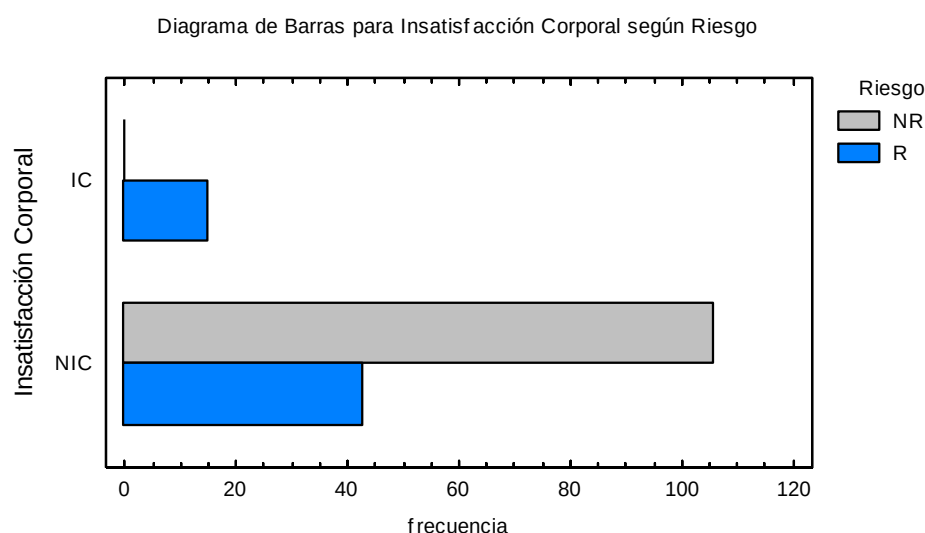
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta la insatisfacción corporal tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 0 veces en las que la Insatisfacción Corporal se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 0.0% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	30.174	1	0.0000

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Insatisfacción Corporal para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 6 de Frecuencias para Insatisfacción Corporal por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

IC: Insatisfacción corporal

NIC: Sin Insatisfacción corporal

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 8, en él puede observarse que para el factor de riesgo insatisfacción corporal, dentro del grupo en riesgo se encontró 15 ósea **25.86%** de frecuencia, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 0 es decir **0.00%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 9: Frecuencias para Ineficacia por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Ineficacia	25	32	57
	23.58%	55.17%	34.76%
Sin Ineficacia	81	26	107
	76.42%	44.83%	65.24%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

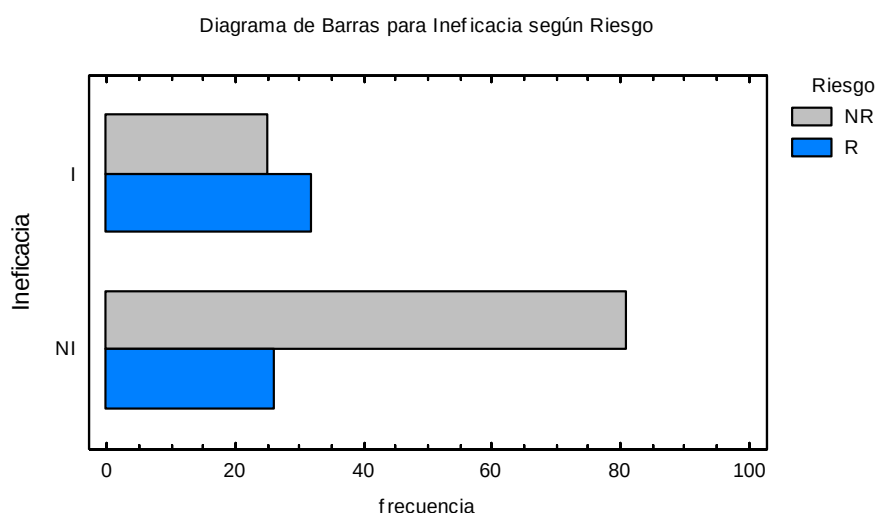
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta la Ineficacia tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 25 veces en las que la ineficacia se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 23.58% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

<i>Prueba</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Gl</i>	<i>Valor-P</i>
Chi-Cuadrada	16.495	1	0.0000

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Ineficacia para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 7 de Frecuencias para Ineficacia por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

I: Ineficacia

NI: No ineficacia

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 9, en él puede observarse que para el factor de riesgo ineficacia, dentro del grupo en riesgo se encontró 25 ósea **55.17%** de frecuencia, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 32 es decir **23.58%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 10: Frecuencias para Perfeccionismo por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Perfeccionismo	15	18	33
	14.15%	31.03%	20.12%
No Perfeccionismo	91	40	131
	85.85%	68.97%	79.88%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

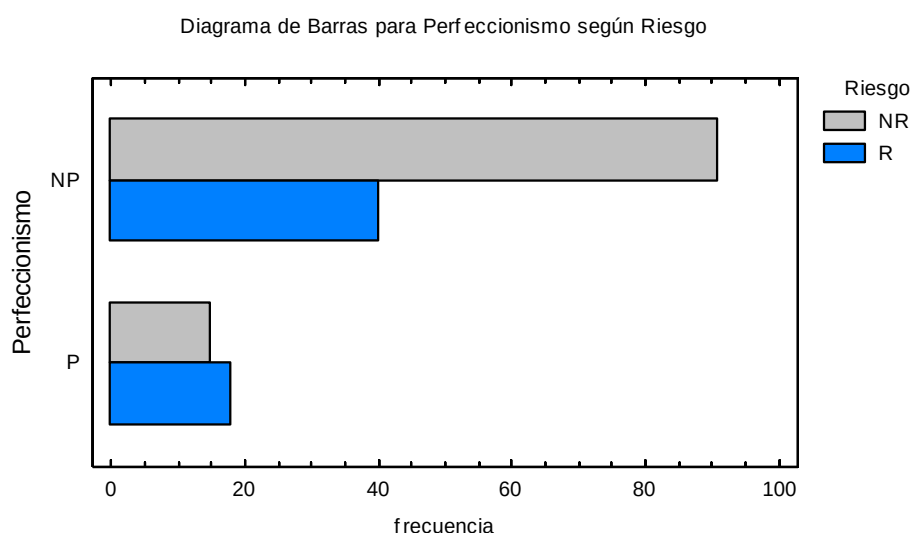
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta el perfeccionismo tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 91 veces en las que perfeccionismo se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 85.84% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

<i>Prueba</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Gl</i>	<i>Valor-P</i>
Chi-Cuadrada	6.648	1	0.0099

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Perfeccionismo para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 8 de Frecuencias para Perfeccionismo por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

P: Perfeccionismo

NP: No perfeccionismo

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 10, en él puede observarse que para el factor de riesgo perfeccionismo, dentro del grupo en riesgo se encontró 18 de frecuencia, ósea **31.03%**, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 15 es decir **14.15%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 11: Frecuencias para Desconfianza Interpersonal por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Desconfianza Interpersonal	5	21	26
	4.72%	36.21%	15.85%
No Desconfianza Interpersonal	101	37	138
	95.28%	63.79%	84.15%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

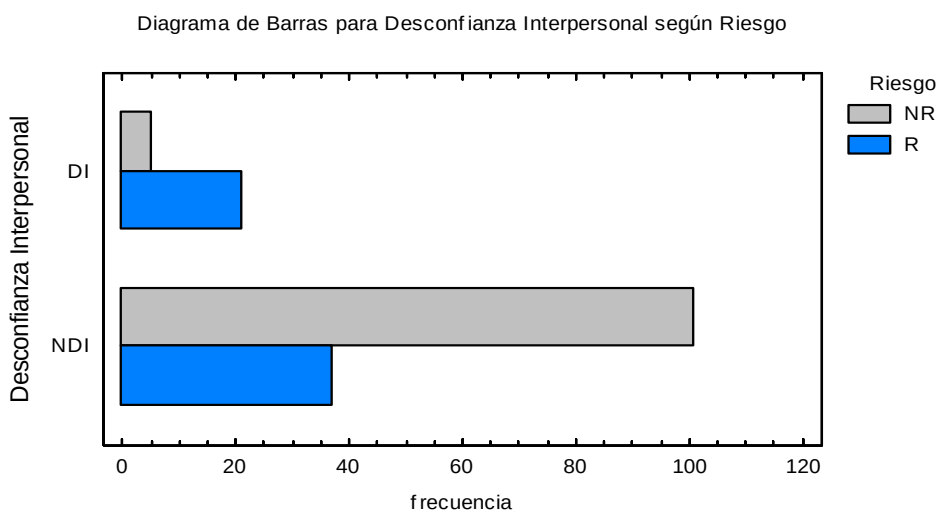
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta la desconfianza interpersonal tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 5 veces en las que la desconfianza interpersonal se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 4.72% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	27.866	1	0.0000

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Desconfianza Interpersonal para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 9 de Frecuencias para Desconfianza Interpersonal por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

DI: Desconfianza interpersonal

NDI: No desconfianza interpersonal

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 11, en él puede observarse que para el factor de riesgo desconfianza interpersonal, dentro del grupo en riesgo se encontró 21 de frecuencia ósea **36.21%**, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 5 es decir **4.72%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 12: Frecuencias para Confianza interoceptiva por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Confianza interoceptiva	0	17	17
	0.00%	29.31%	10.37%
No Confianza interoceptiva	106	41	147
	100.00%	70.69%	89.63%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

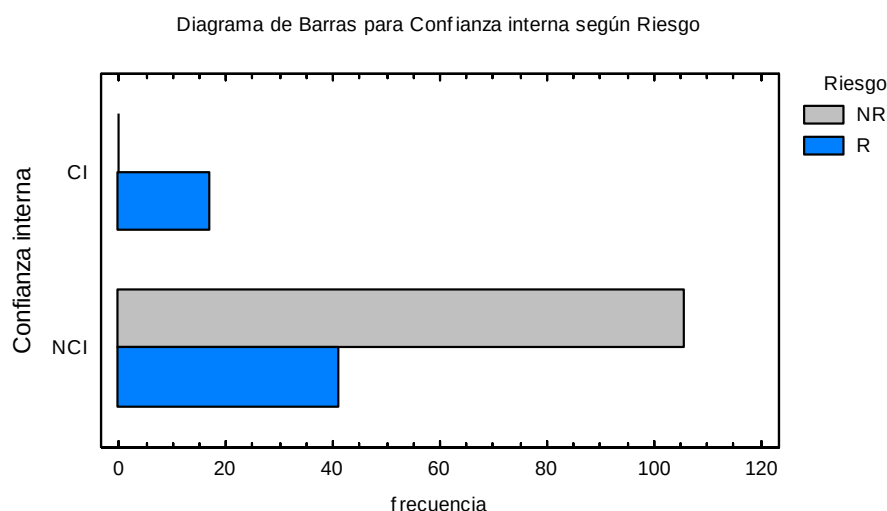
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta la confianza interoceptiva tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 0 veces en las que la confianza interoceptiva se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 0.0% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	34.662	1	0.0000

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Confianza interna para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo

Grafico 10 de Frecuencias para Confianza interoceptiva por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

CI: Confianza interoceptiva

NCI: No Confianza interoceptiva

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 12, en él puede observarse que para el factor de riesgo Confianza interoceptiva, dentro del grupo en riesgo se encontró 17 de frecuencia ósea **29.31%**, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 0 es decir **0.00%**. Valores estadísticamente confiables

Tabla 13: Frecuencias para Miedo a la Madurez por Riesgo

	No Riesgo	Riesgo	Total por Fila
Miedo a la madurez	33	37	70
	31.13%	63.79%	42.68%
No miedo a la madurez	73	21	94
	68.87%	36.21%	57.32%
Total por Columna	106	58	164
	64.63%	35.37%	100.00%

Fuente: Cuestionarios del investigador

Contenido de las celdas:
Frecuencia Observada
Porcentaje de la Columna

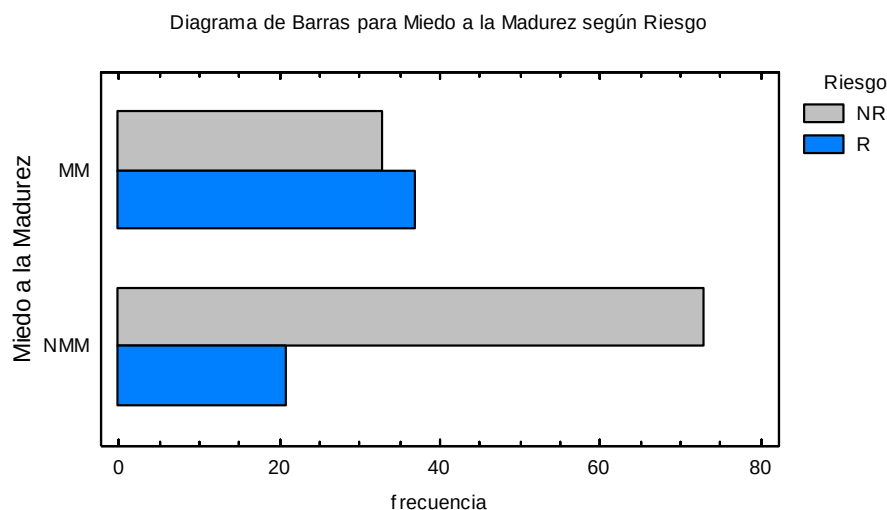
Esta tabla muestra con qué frecuencia se presenta el miedo a la madurez tanto en el grupo de riesgo como en el grupo que no se encuentra en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. El primer número de cada celda en la tabla es el recuento o frecuencia, el segundo número muestra el porcentaje de esa celda, relativo a la columna a la que pertenece. Por ejemplo, hubo 33 veces en las que el miedo a la madurez se presentó dentro del grupo de no riesgo, esto representa el 31.13% de las 106 personas pertenecientes a este grupo.

Pruebas de Independencia

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	16.346	1	0.0001

Esta tabla muestra los resultados de la prueba de hipótesis ejecutada para determinar si se rechaza, o no, la idea de que las clasificaciones de fila y columna son independientes. Puesto que el valor-P es menor que 0.05, se puede rechazar la hipótesis de que filas y columnas son independientes con un nivel de confianza del 95.0%. Por lo tanto, el valor observado de Miedo a la Madurez para un caso en particular, está relacionado con su valor en Riesgo.

Grafico 11 de Frecuencias para Miedo a la Madurez por Riesgo



Fuente: Cuestionarios del investigador

MM: Miedo ala madurez

NMM: No Miedo ala madurez

Este diagrama nos muestra los valores encontrados en la tabla 13, en él puede observarse que para el factor de riesgo miedo a la madurez, dentro del grupo en riesgo se encontró 37 de frecuencia ósea **63.79%**, mientras que en el segundo grupo la frecuencia hallada fue de 33 es decir **31.13%%**. Valores estadísticamente confiables

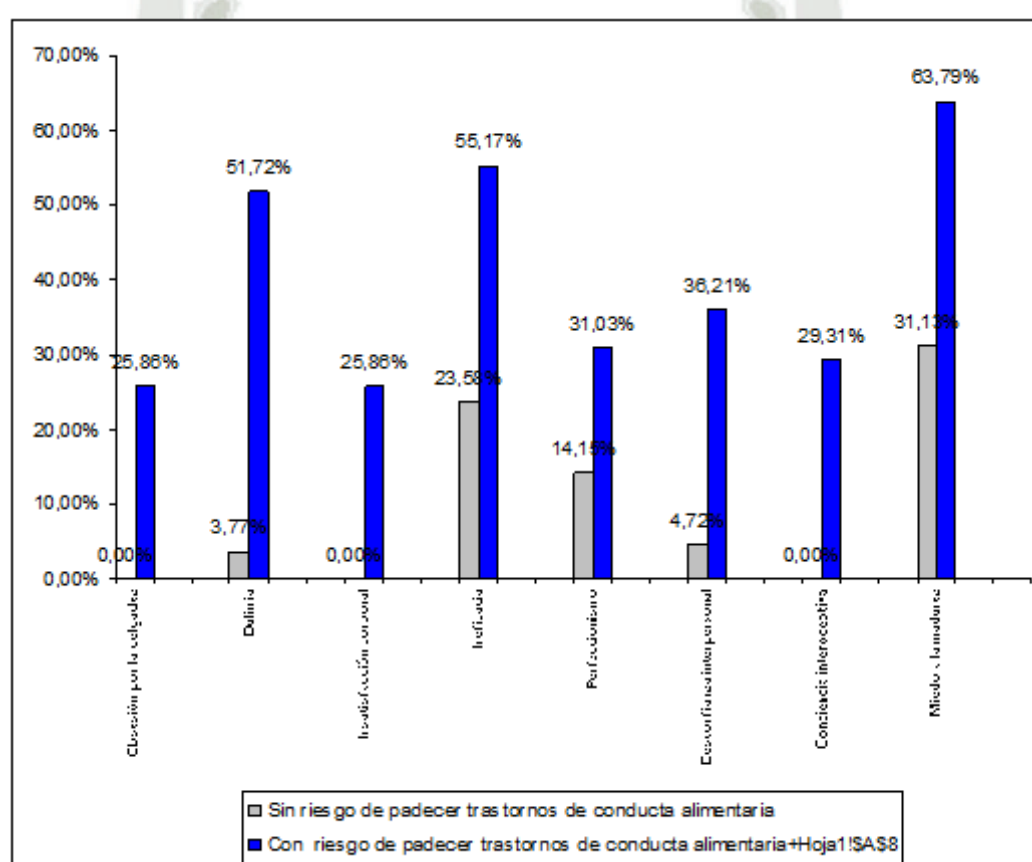
Tabla 14: Resumen de frecuencias de factores de riesgo en los trastornos de conducta alimentaria para los alumnos en riesgo de padecerlos y el grupo que no se encuentra en riesgo

	<i>Sin riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria</i>	<i>Con riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria</i>
<i>Obsesión por la delgadez</i>	0.00%	25.86%
<i>Bulimia</i>	3.77%	51.72%
<i>Insatisfacción corporal</i>	0.00%	25.86%
<i>Ineficacia</i>	23.58%	55.17%
<i>Perfeccionismo</i>	14.15%	31.03%
<i>Desconfianza interpersonal</i>	4.72%	36.21%
<i>Conciencia interoceptiva</i>	0.00%	29.31%
<i>Miedo a la madurez</i>	31.13%	63.79%

Fuente: Cuestionario del investigador

Esta tabla nos muestra que los factores de riesgo se encuentran en una frecuencia mucho mayor dentro del grupo de alumnos considerados sujetos de riesgo en relación a los alumnos que no lo son.

Gráfica 12: Resumen de frecuencias de factores de riesgo en los trastornos de conducta alimentaria para los alumnos en riesgo de padecerlos y el grupo que no se encuentra en riesgo



4.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio fue realizado entre los alumnos de primer año de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María que se encuentran cursando el primer semestre, es de tipo explicativo y dentro de sus objetivos encontramos el evaluar los diferentes factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta alimentaria, tan comunes hoy en día entre nuestra población. Para su realización se aplicó a nuestros estudiantes dos cuestionarios: una ficha de recolección y el Eating Disorders Inventory (EDI).

Se revisaron 164 cuestionarios, de los cuales 64 corresponden a la facultad de Obstetricia y Puericultura y 100 a la facultad de Medicina Humana.

La mayor parte de los participantes en el estudio fueron de sexo femenino, constituyendo estos el 70.12% de los casos, mientras que los de sexo masculino constituyen un 29.98%, esto puede explicarse pues como se hizo notar anteriormente se trabajó con alumnos del programa profesional de obstetricia que soy en un 100% de sexo femenino.

Luego de analizar los cuestionarios del estudio se encontró que el 35% de estudiantes a los que se les aplicó el cuestionario EDI se encuentran en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria. Mientras que un 65% de ellos no pueden ser catalogados como sujetos de riesgo, este resultado puede contrastarse con obtenidos por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY² quienes encontraron un 63% de presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa en el año 2005.

La relación entre la nota obtenida por los alumnos en el semestre anterior y el riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria no resultó relevante (Tabla 5), lo cual llama poderosamente nuestra atención, aunque el hecho de que los pacientes en riesgo no tuvieran un rendimiento académico deficiente puede

² GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY. “Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa.-2005” página 91

explicarse por el afán de perfeccionismo que de los pacientes con trastornos de conducta alimentaria³

Los alumnos dentro del grupo considerado de riesgo tienen en su mayoría una autoimagen de gordura (es decir consideran que son gordos). Y aunque la mayoría de nuestros alumnos no ha realizado ninguna de estas actividades para perder peso, el uso de laxantes y el vomito provocado 4.27% resultan ocupar el primer y segundo lugar con esta finalidad, siendo estos datos estadísticamente significativos y alarmantes ya que marcan el inicio de una patología que podría culminar en un Trastorno de conducta alimentaria. Según la Dra. Jennifer A. ODea, (actualmente becaria de investigación en el Centro para el Peso y la Salud de la Universidad de California-Berkeley) de la Universidad de Sidney, en South Wales, Australia se encontró un 3% de una población de 93 jóvenes universitarios que presentaban vómitos autoinducidos, lo cual concuerda con nuestro hallazgo

La tabla 6 compara los resultados obtenidos para la obsesión por la delgadez 25.86% que nos muestra un porcentaje muy por encima al 14% encontrado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY en el año 2005⁴

La tabla 7 nos muestra la presencia de síntomas asociados a bulimia y evalúa la tendencia a tener pensamientos o darse atracones de comida incontrolables, la presencia de este tipo de conductas en nuestra población en riesgo es de 51.72% vs. 8% encontrado en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa en el año 2005 por las mismas autoras citadas anteriormente

La tabla 8 nos muestra los resultados encontrados de la insatisfacción corporal de los alumnos considerados en riesgo tuvieron un 25.86%, resultado mas alto que el

³ SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN “Resultados del inventario EDI en adolescentes tardías femeninas contrastarnos de la alimentación. Comparación de tratamientos”. Universidad nacional de San Luis Argentina. Año VIII, numero II 2007 Pág. 138

⁴ GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY. “Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa.-2005” pagina 92

encontrado por la Dra. SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN⁵ con un 17.29% y mucho menor al presentado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY⁶ con un 9%

La tabla 9 compara la Ineficacia, los resultados encontrados en esta tabla demuestran que los alumnos considerados en riesgo tuvieron valores más altos 55.17% que los del grupo sin riesgo porcentaje muy por encima al 14.69% encontrado en un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2002⁷ y menor al 6% presentado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY y al 8% encontrado por la Dra. SUSANA QUIROGA y GLENDA CRYAN

La tabla 10 compara los valores del Perfeccionismo y en ella se puede observar que se encuentra presente en un 31.03% de los alumnos considerados en riesgo, porcentaje mucho mayor al 3% encontrado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY, al 7.86% encontrado por la Dra. SUSANA QUIROGA y GLENDA CRYAN y al 12.05% encontrado en el trabajo de GARCIA-GARCIA. E

En la tabla 11 vemos que la Desconfianza Interpersonal esta presente en un 36.21% de nuestra población en riesgo porcentaje mucho mayor al 3% encontrado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY, al 4.93% encontrado por la Dra. SUSANA QUIROGA y GLENDA CRYAN, y 10.64% encontrado en el trabajo de GARCIA-GARCIA. E

⁵ SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN “Resultados del inventario EDI en adolescentes tardías femeninas contrastarnos de la alimentación. Comparación de tratamientos”. Universidad nacional de San Luis Argentina. Año VIII, numero II 2007 Pág. 142

⁶ GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY. “Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa.-2005” pagina 91

⁷ GARCIA-GARCIA. E / VAZQUEZ-VELASQUEZ V/ LOPEZ ALVARENGA/ ARCILA MARTINEZ. D Validez interna y utilidad diagnostica del eating disorder inventory. Revista de Salud Publica de México 2003. Pag 208

La tabla 12 nos muestra los resultados de la Confianza Interoceptiva presente en un 29.31% de los alumnos del grupo considerado en riesgo, porcentaje que se contrasta con el 18.27% encontrado por GARCIA-GARCIA⁸. E, el 8.57% encontrado por la Dra. SUSANA QUIROGA y GLENDA CRYAN⁹ y el 12% del trabajo de investigación realizado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY¹⁰

Finalmente en la tabla 13 podemos apreciar que el miedo a la madurez esta presente en un 63.79% de nuestros alumnos considerados sujetos de riesgo, porcentaje mucho mayor al 5.46 encontrado por la Dra. SUSANA QUIROGA y GLENDA CRYAN y por debajo del 12% del trabajo de investigación realizado por GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY y del 11.27% de GARCIA-GARCIA y del 12.55% encontrado por ALVARO ANCRES CANO CORREA JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLON en su trabajo Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la universidad de Manizales¹¹

⁸ GARCIA-GARCIA. E / VAZQUEZ-VELASQUEZ V/ LOPEZ ALVARENGA/ ARCILA MARTINEZ. D Validez interna y utilidad diagnostica del eating disorder inventory. Revista de Salud Publica de México 2003. Pag 208

⁹ SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN “Resultados del inventario EDI en adolescentes tardías femeninas contrastarnos de la alimentación. Comparación de tratamientos”. Universidad nacional de San Luis Argentina. Año VIII, numero II 2007 Pág. 142

¹⁰ GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY. “Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa.-2005” pagina 91

¹¹ ALVARO ANCRES CANO CORREA JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLON. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la universidad de Manizales Med. UNAB 2007 Pág. 190

CONCLUSIONES

Primera: El 35.37% de los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María a los que se les aplicó el cuestionario EDI se encuentran en riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria, mientras que un 64.63% de ellos no pueden ser catalogados como sujetos de riesgo

Segunda: Dentro de los factores de riesgo que explican mejor los trastornos de conducta alimentaria en las alumnas de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María tenemos la autoimagen de gordura 14.63%, la obsesión por la delgadez 25.86%, bulimia 51.72%, la insatisfacción corporal 25.86%, ineficacia 55.17%, el perfeccionismo 31.03%, la desconfianza interpersonal 36.21% , la confianza interoceptiva 29.31% y el miedo a la madurez 63.79%

Tercera: Se encontró una fuerte relación entre los factores de riesgo y la presencia de trastornos de la conducta alimentaria a predominio de miedo a la madurez e ineficacia en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María

Cuarta: Se confirma la hipótesis, dado que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema en nuestra casa de estudios y existe fuerte relación entre los factores de riesgo a predominio de miedo a la madurez e ineficacia y los trastornos de conducta alimentaria

RECOMENDACIONES

Primera: La Universidad Católica de Santa María debe realizar trabajos de investigación orientados a conocer la frecuencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en toda nuestra población estudiantil para poder definir el porcentaje de alumnos que pudiesen estar en riesgo de encontrarse cursando con patologías de tipo trastorno de la conducta alimentaria.

Segunda: La Universidad Católica de Santa María convendría en investigar sobre la presencia de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria que podrían realizarse teniendo en cuenta la edad y el sexo de los estudiantes.

Tercera: La Universidad Católica de Santa María Crear debería impulsar proyectos de extensión universitaria destinados a ampliar el conocimiento adquirido de el presente trabajo de investigación a los jóvenes que se encuentran cursando los últimos años e educación secundaria y considerar dentro de ellos evaluaciones exhaustivas que incluyan aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como una completa evaluación del riesgo personal por profesionales calificados que pudiesen dar un tratamiento idóneo para este tipo de patologías

PROPUESTA DE INTERVENCION

PROPUESTA DE PREVENCION DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

1.- DIRIGIDA

A los estudiantes del primer y segundo semestre de la Universidad Católica de Santa María

2.- FUNDAMENTACION

La propuesta intenta prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en alumnos del primer y segundo semestre de la Universidad Católica de Santa María, así como el diagnostico precoz de casos de anorexia o bulimia en nuestra casa de estudios.

Las acciones preventivo promocionales de la salud en este contexto fortalecerán además el vinculo entre los docentes tutores en un inicio y en toda la plana docente en una segunda parte, con los alumnos de estos primeros años que resultan ser en la mayoría de los casos recientemente egresados de colegios secundarios que se enfrentan a una nueva realidad de deben ahora desenvolverse en un medio social en el que la apariencia resulta ser “muy importante”

3.- COMPONENTES

- 1.- Educación para la salud (físico y mental)
- 2.- Creación de entornos saludables
- 3.- Promoción de los servicios de salud

4.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Integrar y fortalecer la atención integral de los alumnos con trastornos de conducta alimentaria o en riesgo de padecerlos

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Informar a nuestros estudiantes de los primeros años sobre las características, síntomas y factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria, así mismo informar a nuestros estudiantes la gravedad que conllevan este tipo de patologías tan comunes hoy en día.
- Implementar un consultorio de atención para trastornos de conducta alimentaria donde pueda evaluarse el riesgo de padecerlos y brindar atención primaria en este tipo de patologías
- Capacitar a los tutores de los primeros años sobre las características, síntomas y factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria para que puedan reconocer en nuestros estudiantes cualquier conducta de riesgo de padecerlos

5.- ACTIVIDADES A REALIZAR

5.1.- Prevención primaria:

Un programa de prevención primaria aborda de modo primordial la información. Esta información, acerca de los factores de riesgo y las consecuencias de la anorexia debe ir dirigida, no sólo a los sujetos propensos a padecerla (nuestros alumnos), sino también a los tutores y docentes en general.

Deberán planificarse charlas informativas sobre el tema en cuestión de carácter obligatorio durante el semestre académico tanto para alumnos como para docentes

Una tarea preventiva es fundamental ya que la población debe de saber del riesgo que conlleva la actual presión cultural que potencia los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable y la belleza física como sinónimo de éxito.

5. 2.- Prevención secundaria

Para ello deberá realizarse diagnóstico precoz, cribado, o *screening* de la población universitaria con un programa de detección precoz ósea un programa

epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en nuestra población los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria, es decir diagnosticar esta enfermedad en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo

Ya que la evaluación para el diagnóstico de anorexia y bulimia debe ser exhaustiva e incluir aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como una completa evaluación del riesgo personal, esta deberá ser realizada por profesionales calificados que pudiesen dar un diagnóstico preciso sobre el tipo de trastorno de conducta alimentaria como sugerir un tratamiento idóneo para este tipo de patologías, para esto se sugiere la creación de un consultorio atención para trastornos de conducta alimentaria

Se busca procurar tratamiento rápido a las adolescentes que ya han caído en la enfermedad, a la vez que se ponen en marcha iniciativas necesarias para informar a los responsables de la educación acerca de las conductas de riesgo. En la anorexia, es necesario hacerse un diagnóstico precoz, para evitar la pretensión de resolver el problema médico desde una perspectiva somática. Posteriormente, se debe aplicar un tratamiento correcto, que incluya todas las áreas relativas al trastorno: dieta, peso, figura, cogniciones, y relaciones interpersonales. Los chequeos médicos en escuelas, colegios y universidades son primordiales para la detección de casos.

5.3 Prevención terciaria:

Supone eliminar o reducir los síntomas o complicaciones de la enfermedad, una vez esta ya diagnosticada. Para este tipo de prevención generalmente para pacientes crónicos, deberá ser iniciado y seguido por profesionales competentes y especialista

Esta propuesta de prevención se centrara sobre las causas e incluso sus factores de riesgo, es difícil diseñar intervenciones efectivas.

El tratamiento de la anorexia debe conllevar un entendimiento de su etiología y mantenimiento, y de modo recíproco, la investigación en los mecanismos y resultados de las diferentes terapias permitan ahondar en la naturaleza de estos desordenes

Básicamente se deberá motivar la promoción de la salud, fomentar la prevención, y aumentar la capacidad de resolución de los proveedores del primer nivel de atención en el cuidado de las enfermedades”.

En teoría, esto es lo que se necesita para hacer frente a la anorexia nerviosa y al bulimia. De este modo, el reto mayor lo constituiría la detección de factores de riesgo. Pero los sistemas de salud aun deben dar el paso primordial para tomar en serio esta enfermedad: considerarla una problemática de salud pública. La falta de interés en un registro estadístico acerca de la prevalencia de la anorexia confirma que esto no ha ocurrido. A partir de otorgarle a esta enfermedad la atención que merece, se podrá comenzar a hacer un trabajo directo, que incluya la información, el diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar. Asimismo, se podrá contrarrestar el efecto nocivo de la homogenización cultural.

6.- ACTIVIDADES DE PROVISION DE SERVICIOS.

- Orientación y conserjería en salud psicoemocional y física
- Talleres informativos para nuestros alumnos, tutores y docentes
- Coordinación con cada una de las diferentes instancias académicas y administrativas para la implementación de un consultorio de atención para trastornos de conducta alimentaria donde pueda evaluarse el riesgo de padecerlos y brindar atención primaria en este tipo de patologías

7.- METODOLOGIA O TECNICAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL EDUCATIVA

- Talleres
- Conferencias
- Exposiciones – diálogo

8.- COSTO

Se solicitara apoyo al vicerrectorado administrativo

Costo aproximado: 20 000 nuevos soles aproximadamente

9.- DURACION

La capacitación para los docentes y tutores se dará durante la semana anterior al inicio de clases de cada semestre académico y tendrá una duración de una semana programándose cursos teórico-prácticos de dos horas diarias sobre factores de riesgo, sintomatología y tratamiento inicial de los trastornos de conducta alimentaria

La capacitación para los alumnos se dará durante la primera semana de clases de cada semestre académico y tendrá una duración de dos horas en las que se brindara información sobre factores de riesgo, sintomatología y tratamiento inicial de los trastornos de conducta alimentaria, asimismo se les informara de la existencia de un consultorio de atención para trastornos de conducta alimentaria donde podrán acudir para que se les brinde atención primaria en este tipo de patologías

Durante la segunda semana correspondiente a cada semestre académico se realizara un diagnóstico precoz o tamizaje de la población universitaria como un programa de detección precoz a cargo de los tutores de los primeros años de cada facultad

ANEXOS

- 1.- Proyecto de investigación
- 2.- Matrices de sistematización

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



I.- PREAMBULO

Los trastornos de conducta alimentaria tan comunes hoy en día, son trastornos mentales tristemente frecuentes entre las adolescentes y mujeres jóvenes de casi todo el planeta, en nuestra realidad y entre las estudiantes incluidas en el presente estudio podría ser causado entre otras cosas y en primer lugar por la difícil etapa por la que se encuentran atravesando estas señoritas, más aun teniendo en cuenta que se encuentran descubriendo una realidad distinta a la hasta antes conocida seguridad del antiguo recinto escolar, y si a este factor de riesgo le sumamos el hecho de ser mujeres (con toda la carga emocional y hormonal que esto conlleva), pues nos encontramos ante potenciales pacientes que pudieran estar sufriendo de algún tipo de trastorno alimenticio o quizás de algún otro problema de adaptación.

En este mundo cada vez mas globalizado el ideal de belleza es el de la mujer delgada, en algunos casos tan delgada que resulta un estado incompatible con la salud. El presente trabajo se realizara entre las alumnas de primer año de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura nuestra universidad que se encuentran cursando el primer semestre, y el tema elegido está orientado a la búsqueda de factores de riesgo de anorexia y bulimia entre estas estudiantes que resultan ser en su mayoría señoritas recién egresadas de el colegio que deben ahora desenvolverse en un medio social en el que la apariencia resulta ser “muy importante”, así que como podremos darnos cuenta nos encontramos frente a un potencial caldo de cultivo de este tipo de patologías que tiene mucho que ver con la autoestima (tan difícil de consolidar a esta edad). El problema elegido resulta casi cotidiano en nuestra casa de estudios, ya que es muy común poder observar señoritas demasiado delgadas para su talla que generalmente se pasan el día tomando agua embotellada y las que rara vez puede vérselas comiendo algo nutritivo, escogimos a las estudiantes de ciencias de la salud pues son ellas las que generalmente pasan mayor tiempo en la universidad además de algún comentario escuchado de las alumnas de su interés por bajar de peso, todos esto es motivo suficiente para iniciar este estudio con el que espero poder determinar cuales son los principales factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria

II.- PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del problema

“Factores de riesgo en los trastornos de conducta alimentaria en alumnos de las Facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2008”

1.2 Descripción del problema

a) Área del conocimiento

Campo: Ciencias de la Salud
Área: Salud Pública
Especialidad: Salud Mental: Conducta alimentaria: Trastornos

b) Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES
Independiente: Factores de riesgo	• Obsesión por la delgadez • Bulimia • Insatisfacción corporal • Ineficacia • Perfeccionismo • Desconfianza interpersonal • Conciencia interoceptiva • Miedo a la madurez
Dependiente: Trastornos de conducta alimentaría	• Anorexia y Bulimia nerviosa

c) Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuáles son los trastornos conducta alimentaria que se presentan en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María?
- 2) ¿Cuáles son los factores de riesgo que explican mejor los trastornos de conducta alimentaria en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María?
- 3) ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y los trastornos de conducta alimentaria que presentan estos alumnos?

d) Tipo de investigación

Investigación de campo

e) Nivel de estudio

Es un estudio de investigación explicativo y relacional

1.3 Justificación del problema

Relevancia científica:

La anorexia y la bulimia en adolescentes y jóvenes son un problema de salud pública presente en nuestra sociedad, que concita la atención de los especialistas, médicos generales y profesionales relacionados con su formación (profesores, psicólogos, asistentes sociales, etc.). Actualmente no se tienen datos recientes acerca de la incidencia de anorexia y bulimia ni de los factores asociados a éstos en nuestra casa de estudios y en esta falta de conocimiento radica la relevancia de este estudio

Relevancia Humana y contemporánea:

Mi interés personal frente a este problema es el hecho de que la mayoría de personas que padecen estos desordenes alimenticios son mujeres (casi siempre jóvenes) y el hecho de que este desorden mental pase desapercibido para la mayoría de personas cercanas a este grupo poblacional. Siendo que esta patología es muy frecuente en nuestra población por los múltiples estresores externos e internos por los que atraviesa todo ser humano, especialmente en esta etapa de la vida aún muy compleja para entender por parte de los padres y profesores y sumado a esto, la condición de ser mujer, que por rol cumple difíciles tareas en muchos sectores de nuestra sociedad.

Este estudio es original ya que la determinación de síntomas de anorexia y bulimia en estudiantes del primer año y los factores asociados a estos parece no constituir un atractivo para su investigación, por lo que no se encuentran trabajos relacionados con la incidencia y factores asociados a la aparición de estas patologías.

La realización de esta investigación, es factible porque se disponen de los elementos necesarios como recursos intelectuales, económicos y el apoyo de las dos facultades de salud donde pretendemos realizar este trabajo. Los resultados obtenidos permitirán describir mejor estos síntomas y darle la importancia que se merecen, a nivel de los profesionales encargados de su formación para su oportuna detección y consecutiva derivación a los médicos generales y a su vez estos a los especialistas y tratar de orientar la atención correspondiente

Lo relevante de este estudio radica en que es un estudio inédito en nuestro medio, ya que se le ha dado poca importancia a la aparición de sintomatología de anorexia y bulimia en adolescentes y a los factores asociados con la aparición de estas patologías; si hay mayor diferencia entre el cuadro de anorexia y los cuadros de bulimia de mujeres en general por lo que se podría orientar mejor en los cursos destinados a este campo (Tutoría), o aún manejarlo más adecuadamente desde el punto de vista médico ya sea por el médico general o en casos severos por el

psiquiatra. Es por todo ello que el autor pretende ampliar el panorama acerca de los síntomas de anorexia y bulimia en estudiantes de las facultades de medicina humana y obstetricia y puericultura del primer semestre de la universidad católica de santa María de la ciudad de Arequipa durante el año 2008”

Esperamos que el presente trabajo sirva para que se tomen medidas preventivas en las diferentes universidades de nuestra región

2.- MARCO CONCEPTUAL

2.1.- TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA¹²

Los trastornos de la conducta alimenticia (TCA), entre los cuales está la anorexia y la bulimia nerviosas, constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya los aspectos clínicos, familiares, pero también culturales, sociales y especialmente, educativos. Nos encontramos delante de un problema social y cultural en el que se tendría que intentar profundizar desde los distintos sectores y agentes implicados, para encontrar las herramientas más adecuadas para darle respuesta con la sensibilidad que requiera la especial situación de las personas que la sufren y de sus familias.

El término **“Trastornos Alimentarios”** se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, es decir, la base y el fundamento de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, pues, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia (dietas prolongadas, pérdida de peso, etc.), pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica (elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre el peso o la comida, etc.).

¹² HARRISON. Principios de Medicina Interna. Vol. 1, 15va edición. Ediciones McGraw-Hill. Interamericana de España

Los TCA más conocidos que se enmarcan dentro de este conjunto son la anorexia y la bulimia nerviosas. La importancia y la relevancia sanitaria y social de los trastornos de la conducta alimentaria, representados por la anorexia nerviosa y la bulimia, así como por las manifestaciones intermedias o trastornos de la conducta alimentaria atípicos, ha ido en aumento en los dos últimos decenios, debido al incremento de su prevalencia y a sus efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y la salud del adolescente. En los últimos 15 años el número de pacientes se ha multiplicado por 10, estimándose que un 3% de las niñas adolescentes y jóvenes presentan anorexia o bulimia y que probablemente un 6% padezcan variantes clínicas importantes. (23) ¹³

Tratamiento de los TCA

Como se ha afirmado anteriormente, los TCA son una enfermedad en la que se mezcla el deterioro físico y el malestar psíquico. Partiendo de esta premisa, la atención de estos trastornos debe realizarse de manera multidisciplinaria. La atención del deterioro físico requiere una aproximación médica tanto de los problemas nutricionales como de las complicaciones físicas de los síntomas. Se ha postulado que las especialidades de endocrinología y nutrición son las más capacitadas para dar respuesta a los problemas físicos. La complejidad de las complicaciones metabólicas que acompañan a estos trastornos hace necesario que se aborde desde un área de conocimiento especialmente capacitada para resolver estos problemas ¹⁴

Criterios de ingreso hospitalario (15)

- Pérdida continuada de peso (peso menor al 75% del esperado peso/talla)
- Datos de desnutrición crónica grave como: hiponatemia, albúmina menor a 2,5 mg/dl, transferrina ferrica menos de 100 mg/dl, linfopenia
- Deshidratación
- Trastornos hidroelectrolíticos graves

¹³ GUYTON HALL. Tratado de fisiología médica Vol. 2. 9na edición. Ediciones McGraw-Hill. Interamericana de España

¹⁴ CAMILA BOYERO DE GIMÉNEZ. Bulimia y Anorexia ¿A que llamamos bulimia?

- Arritmias cardíacas (incluido alargamiento QT)
- Inestabilidad fisiológica
- Bradicardia grave (< 45 latidos por minuto)
- Hipotensión
- Hipotermia (<36 grados °C)
- Cambios por ortostatismo en pulso y presión arteria
- Retraso del desarrollo o crecimiento
- Fracaso del tratamiento ambulatorio
- Rechazo agudo a la ingesta
- Purgaciones o atracones incontrolables
- Complicaciones medicas agudas e la desnutrición (sincope, convulsiones, ICC, pancreatitis)
- Complicaciones psiquiátricas graves (ideas autolíticas, psicosis agudas)
- Otros trastornos psicológicos importantes que interfieren en el tratamiento (depresión grave, trastorno obsesivo-compulsivo)
- Problemática familiar que dificulta el tratamiento ambulatorio

2.1.1.- ANOREXIA NERVIOSA

DEFINICION

El término **anorexia** proviene del griego *a-/an-* (negación) + *orégo* (tender, apetecer). Consiste en un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo y lleva a un estado de inanición. La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que amenaza la vida y está caracterizada por la privación de comer y por la pérdida excesiva de peso. El trastorno se diagnostica estableciendo la relación entre, fundamentalmente, dos parámetros esenciales: el análisis comportamental del sujeto frente a la comida y el peso (rituales, pensamientos, etc.) y por la determinación de su IMC (a partir del 18,5-19% de índice de masa corporal se considera bajo peso). La pérdida de peso extrema en las personas con anorexia nerviosa puede conducir a problemas de salud e incluso a la muerte. El término anorexia significa literalmente "**pérdida del apetito**", sin embargo, esta definición es engañosa ya que las

personas con anorexia nerviosa con frecuencia tienen hambre, sin embargo, rechazan la comida. Las personas con AN tienen intensos temores a engordar y se ven a sí mismos '**gordos**' incluso cuando están muy delgados. Estos individuos pueden tratar de corregir esta imperfección limitando la ingestión de comida de manera estricta y haciendo excesivo ejercicio con la finalidad de perder peso¹⁵. Hasta principios de los 70 no existían criterios diagnósticos concretos, años más tarde se reconoció la tríada diagnóstica de anorexia nerviosa (pérdida de peso, pérdida de apetito y amenorrea) resaltando el hecho de que la mayoría de especialistas pensaban que la anorexia solo afectaba a mujeres (Bhanji 1979). En 1994 se establecen criterios diagnósticos DSM-IV, los cuales son utilizados hoy en día

Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa (DSM-IV)¹⁶

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos.)

¹⁵ HARRISON. Principios de Medicina Interna. Vol. 1, 15va edición. Ediciones McGraw-Hill. Interamericana de España

¹⁶ DSM-IV. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

El DSM-IV presenta dos importantes modificaciones:

La distinción entre los dos subtipos de pacientes con AN: los pacientes con episodios bulímicos y/o conducta purgativa (pacientes anoréxicos de tipo compulsivo/purgativo) y los pacientes sin episodios bulímicos y/o conducta purgativa (pacientes anoréxicos de tipo restrictivo). El trastorno de la imagen corporal adquiere mas aspectos cognitivos, dando una mayor importancia al sentimiento y a las actitudes negativas respecto al propio cuerpo.

EPIDEMIOLOGIA¹⁷

La proporción según el sexo esta a favor de las mujeres, según el DSM-IV, mas del 90% de casos de anorexia han sido observados en mujeres. Sobre la edad podemos decir que la aparición de esa patología oscila entre los 16 y 17 años (25), estableciéndose el primer contacto con el medico aproximadamente a los 19 años (Guillernot y Laxenaire 1994). Existen además profesiones de riesgo en las cuales la preocupación por la figura y la alimentación ejercen evidentes presiones derivadas de la competitividad como es el caso de las modelos y de las bailarinas de ballet clásico, etc.

INCIDENCIA

La epidemiología psiquiátrica es, en muchas ocasiones, imprecisa, y las tasas que se obtienen difieren de unos estudios a otros en función de muchos factores, fundamentalmente las poblaciones escogidas, los instrumentos de medida utilizados y los criterios diagnósticos aplicados.

A continuación se exponen las tasas que se consideran más fiables y rigurosas:

¹⁷ HEPP U., MILOS G. Gender Identity Disorder and Ealing disorders int Journal Eating Disorders 2002

Morbilidad-prevalencia:

Cifras dispares según autores, metodología y poblaciones:

- 7,6% en estudiantes de Ballet profesional (Garnerm & Garfinkel,1980).
- 1,4 a 2/100000 en población general (Williams & King, 1987) para AN.
- 1 % en mujeres con edades comprendidas entre 12 y 18 años (A.P.A.,1988).
- 1 a 4% en adolescentes y adultas jóvenes, predominando en estudiantes de clase media y alta, con doble prevalencia de Bulimia (2 a 8 %) (A.P.A.,1993).
- Prevalencia en aumento, sobre todo en grupos de riesgo, según la práctica totalidad de autores.

Incidencia por sexos

- 90 a 95 % de casos en sexo femenino (A.P.A.,1993).
- En los T.C.A. que debutan en la prepubertad la tasa de varones se eleva hasta el 20 al 25%.
- Proporción de 8 mujeres por cada varón en nuestra muestra

Incidencia por edades:

- Inicio típico en la adolescencia (12 a 18 años).
- Incremento del número de casos de inicio precoz y prepuberal, más evidente en los últimos años.
- En los varones suele comenzar antes que en las mujeres.

Mortalidad:¹⁸

- Entre el 5 por ciento y el 18 por ciento (aproximadamente 6 por ciento). (26)

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

Se desconoce la existencia de una etiología y una patogénesis específicas en el desarrollo de AN. Este TCA empieza después de un período de severa abstinencia alimenticia que puede ser debida a una dieta obstinada con el fin de bajar de peso pensando en resultar más atractivo, una dieta obstinada con la intención de

¹⁸ IÑARRITU PEREZM/ RUZ LICEA V./MORAN ALVAREZ. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de salud Publica y Nutrición 2004

conseguir una mayor competencia profesional, restricciones alimentarias secundarias a stress severo o secundarias a enfermedad grave y/o inanición involuntaria

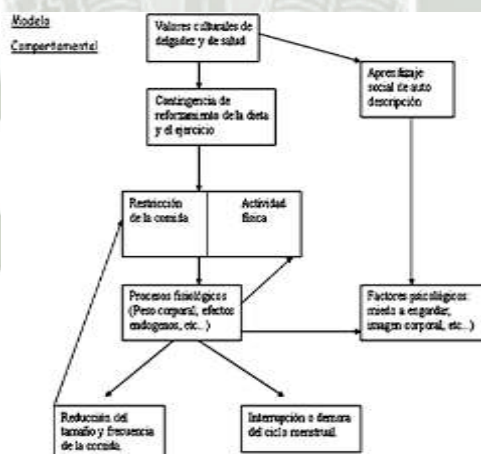
Modelos explicativos existentes. (27)

• Modelos de Etiología multideterminada (Toro y Vilardell, 1987)

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DESENCADENANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
Genéticos	Situaciones aversivas	Consecuencias
Trastornos afectivos	Separación y pérdidas	Interacción familiar
Personalidad	Contactos sexuales	Interacción social
Obesidad	otros	
Elementos socioculturales		
Contexto familiar		

Este modelo enumera las posibles causas del problema pero no establece ningún tipo de relación entre los factores, no habla de relaciones causa – efecto y se limita a describirlos.¹⁹

• Modelo bioconductual de la anorexia (Epling y Pierce, 1991)



Este modelo presenta mejoras con respecto al anterior al presentar las relaciones existentes entre los distintos componentes del problema conductual. Relaciona los acontecimientos culturales con investigación científica.

¹⁹ JAVIER ACEITUNO SOLÍS. La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. Centro de Psicología Grupo Áreas Córdoba – España

Teorías existentes sobre la etiología de la anorexia nerviosa ²⁰

Teorías psicológicas: Postulan que la anorexia nerviosa constituye una respuesta de evitación fóbica a la comida, resultado de una tensión social y sexual generadas por los cambios físicos asociados a la pubertad.

Teorías Psicodinámicas: Habla de la relación de impregnación oral y relaciones seductivas de dependencia con una figura paterna calida y pasiva, y una culpabilidad por la agresión sentida hacia una madre vista de forma ambivalente.

Teoría Organicista: Propone que la amenorrea puede ser causada por una alteración primaria de la función hipotalámica y que la expresión completa de este trastorno es inducida por el estrés psicológico. Propone además que el déficit nutricional perpetua la amenorrea sin ser responsable directa de desorden hormonal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los primeros cambios que se detectan son el inicio de una dieta restrictiva, en la que se limitan y/o suprimen los hidratos de carbono, el consumo de grasas y existe un interés exagerado en conocer el contenido calórico de los alimentos.

Emocionalmente una persona que sufre de anorexia normalmente tiene miedo de ser gorda o volverse gorda y de perder el control sobre la cantidad de comida que toma. Esta hiper-sensibilidad es acompañada por el deseo de controlar sus emociones y sus reacciones a estas emociones. Una persona con anorexia tiene una continua necesidad de ser aceptada lo que le lleva a dietas obsesivas como forma no solo de controlar su peso, sino también sentimientos y acciones con respecto a sus emociones. Muchos anoréxicos sienten que no merecen lo bueno de la vida.

Algunas manifestaciones emocionales son:

- Inhabilidad para expresar o hacer frente a situaciones emocionales.
- Aislamiento: disminución en el funcionamiento social e interpersonal.
- Sentimientos de falta de adecuación o baja autoestima.
- Cambios drásticos de humor
- Compulsión y vergüenza, respecto a sus hábitos alimenticios y su cuerpo.

²⁰ MARINES CAMERO Médica del servicio de Ginecología e integrante del Equipo de Climaterio de O.S.M.A.T.A

Manifestaciones clínicas²¹

La presentación típica de la anorexia nerviosa es la siguiente:

- Tiempo de inicio preciso, a veces la decisión de bajar de peso puede ser precedida por un evento significativo, tal como una pérdida afectiva, un fracaso académico o un conflicto familiar, que actúa como gatillante.
- El comienzo suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido por la familia.
- Deseo incontrolable de adelgazar: la baja de peso se logra fácilmente, a veces reforzado por la familia y el grupo de pares quienes admiran la fuerza de voluntad de la adolescente para hacer una dieta.
- Ritos alimentarios: Además de la restricción alimentaria estas pacientes pueden manipular en forma interminable los alimentos sobre el plato o trozarlos en formas diminutas, pueden además almacenar el alimento en la boca y posteriormente, en forma clandestina expulsarlo. La mayoría elude comer en familia o en situaciones públicas
- Interés exagerado por la alimentación: Aunque comen menos e ingieren aquellos alimentos de menor contenido calórico (ejemplo comen ensaladas con vinagre y sin aceite), el paciente anoréxico típico está pensando todo el día en la comida, coleccionando recetas, cocinando y preparando alimentos para los demás, si bien ellas se contentan con sólo contemplarlo.
- Amenorrea: Ocurre en todas las pacientes, en un 25% de los casos esta precede la baja de peso. En el hombre hay una pérdida de interés sexual.

²¹ NILO LAMBRUSCHINI Y ROSAURA LEIS .Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Actividad física aumentada: La actividad física aumenta a medida que bajan de peso. Las pacientes anoréxicas multiplican sus actividades físicas, caminan sin cesar, hacen abdominales y en general no descansan jamás.
- Vómitos y uso de laxantes. Algunas pacientes anoréxicas se auto provocan vómitos, ingieren laxantes y/o diuréticos.
- Rendimiento escolar: Las pacientes anoréxicas generalmente tienen un rendimiento escolar promedio o sobre el promedio y generalmente son descritas como alumnas muy motivadas.
- Contacto con sus pares: Generalmente los pacientes con anorexia se aíslan de su grupo de pares. Esto les permite evitar la confrontación respecto al peso y alimentación y por otro lado puede ser una manifestación de baja autoestima.
- Apatía. La pérdida de peso progresiva está generalmente acompañada por una apatía sobre el aspecto emaciado de su cuerpo.
- La comida comienza a ser un tema de conversación y discusión central en la familia. Esta situación se hace cada vez más difícil, a medida que la frustración y preocupación de los padres por la baja de peso de su hija aumenta, asociada a la conducta cada vez más rígida de la adolescente sobre las comidas.

Durante el examen físico se observa atrofia de las mamas y un color amarillento de la piel relacionado con una hipercarotinemia. Lanugo, que se localiza especialmente en las mejillas, el cuello, la espalda, el antebrazo y el muslo. Las manos y los pies están fríos y presentan a veces acrocianosis, probablemente por vasoconstricción. Las uñas se vuelven quebradizas y no es raro que se produzca caída del cabello. La presencia de bradicardia, hipotensión e hipotermia dependen del grado de desnutrición. A veces puede haber hipertrofia de las glándulas salivares, especialmente las glándulas parótidas en pacientes vomitadores y se pudo observar edemas periféricos al recuperar peso.

Tabla 1
Signos Físicos en Adolescentes con Anorexia y Bulimia Nerviosa (30)

Signos físicos		Etiología
Boca	• Caries dentales • Erosión del esmalte • Sequedad de mucosas • Erosiones de paladar o faringe posterior	• Atracones con alimentos con alto contenido de sacarosa • Vómitos crónicos • Ansiedad, disminución de saliva • Provocación de vómitos con mano/objeto
Piel	• Lanugo • Signo de Russell • Piel seca, fría y escamosa • Color amarillento • Uñas quebradizas y caída del cabello • Petequias • Edema pedio y pretibial • Callosidades	• Baja de peso excesivo • Uso de manos para provocarse vómitos • Metabolismo basal bajo • Hipercarotinemia • Hipotiroidismo relativo • Trombocitopenia secundaria a desnutrición grave o por maniobra de Valsalva • Suspensión de diuréticos o laxantes; realimentación rápida • Ejercicio severo
Ojos	• Hemorragias conjuntivales	• Vómitos con Valsalva
Mejillas	• Hipertrofia glándulas parótidas	• Vómitos crónicos
Cardiaco	• Hipotensión y bradicardia	• Desnutrición, atrofia del músculo cardiaco
Mamas	• Atrofia del tejido	• Pérdida del tejido subcutáneo
Abdomen	• Escafoide • Asas intestinales palpables	• Pérdida del tejido subcutáneo • Motilidad intestinal disminuida, constipación
Genitales	• Secos, atrofia de la vagina	• Hipoestrogenismo
Extremidades	• Manos y pies fríos, acrocianosis • Atrofia muscular	• Mala circulación • Desnutrición

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse con enfermedades somáticas que producen pérdida de peso y con otros trastornos mentales que presentan alteraciones en la conducta alimentaria.

- Enfermedades somáticas:
 - Gastrointestinales: Síndrome de malabsorción , enfermedad inflamatoria (Crohn, colitis ulcerosa)
 - Endocrinas: Hipertiroidismo, diabetes mellitas, enfermedad de Addison, hipopituitarismo
 - Neurológicos: Tumores del sistema nervioso central.
- Trastornos mentales:
 - Depresión , esquizofrenia

Pronóstico

La mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se recuperan completamente, un 30 % lo hacen en forma parcial, y un 20 % no muestran ninguna mejoría en sus síntomas. La mortalidad precoz alcanza a un 5 % y se debe principalmente a complicaciones cardíacas y suicidio.

2.1.2.- BULIMIA NERVIOSA

DEFINICION ²²

El término bulimia, deriva del griego *boulimos* , que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente “hambre de buey ”. La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma. En el siglo 18, James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en Paris en 1830 y luego fue

²² RACHEL L: BATTERHAM, M.B., MARK A: Inhibition of food intake in Obese subjects by peptide YY3-36. The New England Journal of Medicine 2003

olvidada. Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”. Actualmente el DSM IV propone una definición contemporánea de la bulimia nerviosa

La bulimia es la ingesta excesiva de alimentos que después se intentan compensar con conductas anómalas como vómitos, abuso de laxantes y diuréticos, o dietas restrictivas intermitentes lo que se acaba convirtiendo en una costumbre que modifica la conducta de la persona enferma.

La bulimia nerviosa está ligada al sexo femenino: un 90-95% de las personas afectadas son mujeres y la edad de aparición suele estar entre los 18 y 20 años, y muchos casos provienen de una anorexia mal cuidada.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado la anorexia y la bulimia como trastornos mentales y del comportamiento. Es una enfermedad mental, ya que el temor a engordar y la falta de autocontrol sobre la alimentación, hace que los sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental que acaba en procesos depresivos

Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa (DSM-IV)²³

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

²³ DSM-IV. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

EPIDEMIOLOGIA Y PREVALENCIA ²⁴

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino, y es más frecuente que la anorexia nerviosa. El diagnóstico muchas veces es difícil por la ocultación de los síntomas y si bien es una enfermedad que se inicia en la adolescencia, puede pasar desapercibida y sólo ser descubierta después de muchos años, a veces después de más de una década de sintomatología. Por tratarse de una “condición secreta”, carecemos de datos epidemiológicos suficientes. En un estudio realizado por Soundy y col. desde 1980 a 1990, la incidencia de bulimia nerviosa por año en mujeres fue de 26,5/100.000 habitantes, mientras que en varones fue de 0,8/100.000, con un promedio total de 13,5/100.000 personas por año. Se observó una relación mujer-hombre de 33:1.7 En otro estudio realizado por Turnbull y col. desde 1988 a 1993, se observó una incidencia de 23,3/100.000 habitantes en mujeres y de 0,5/100.000 habitantes en hombres, con un promedio total de 12,2/100.000

²⁴ RACHEL L: BATTERHAM, M.B., MARK A: Inhibition of food intake in Obese subjects by peptide YY3-36. The New England Journal of Medicine 2003

habitantes por año y una relación mujer-hombre de 47:1.8. Los vómitos autoinducidos pueden o no ser parte del cuadro clínico de la bulimia nerviosa. Algunos estudios aislados nos pueden dar una visión aproximada de la extensión del problema de los vómitos autoinducidos De acuerdo al estudio epidemiológico en la sierra peruana CIE 10 del 2003 se ha encontrado una prevalencia e 0.4% en adolescentes

MANIFESTACIONES CLINICAS ²⁵

1) Debidas a la auto provocación del vómito

- Inyección de las conjuntivas.
- Mareos.
- Callos en el dorso de los dedos por provocarse el vómito con estos (Signo de Russell).
- Pérdida del esmalte dental, caries, pérdida de piezas dentarias (por efecto del ácido proveniente del vómito).
- Inflamación de las encías (gingivitis).
- Reflujo.
- Aumento de tamaño de las glándulas parótidas.
- Lastimaduras en la faringe.
- Lesiones esofágicas: esofagitis, erosiones esofágicas, úlceras, hemorragias leves o severas. Secuelas de esofagitis como disfagia (dificultad al tragar), estrechez de esófago.
- Gastritis, úlcera y desgarró gástrico por la distensión post-atracón y el esfuerzo del vómito.
- Neumonía por la aspiración del vómito.

²⁵ RODRÍGUEZ B/ FERNANDEZ DE CORRES B/ LALAGUNA R Y GONZALES PINTO A.
Los trastornos de la conducta alimentaria 2001

2) Causadas por el uso de diuréticos:

- Pérdida de potasio, lo que puede producir alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias) y debilidad muscular.
- Deshidratación.
- Daño renal.
- Edema por la suspensión del diurético (edema de rebote) y desaparece la realimentación normal.

3) Causadas por el uso de laxantes:

- Constipación (si se usan un tiempo prolongado).
- Disminución de la absorción de calcio con osteoporosis, tetania (se afecta la contracción muscular).
- Megacolon (dilatación del colon), colon irritable.

DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA

Las personas con anorexia se dejan morir de hambre, evitan las comidas con un alto contenido calórico y hacen ejercicio constantemente. Las personas con bulimia consumen cantidades enormes de comida pero la vomitan al poco tiempo de haberla comido, o toman laxantes o diuréticos (tabletas que los ponen a eliminar líquido) para evitar aumentar de peso.

Las personas con bulimia usualmente no pierden tanto peso como las personas con anorexia

A la mujer anoréxica se la descubre antes porque se queda en los huesos, mientras que la bulímica suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad». Según los especialistas, la bulímica, a diferencia de la anoréxica, tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda.

ANOREXIA	BULIMIA
Conductas patológicas Preocupación constante por la comida (habla de peso, calorías, dietas...). Atracones, come de forma compulsiva, esconde comida. Miedo a engordar. Evita el hecho de ir a restaurantes o fiestas y reuniones donde se vea socialmente obligado a comer. Acude al lavabo después de comer. Vómitos autoprovocados, abusan de laxantes o diuréticos. Usa fármacos para adelgazar. Realiza regímenes rigurosos y rígidos. Tiene una conducta adictiva con edulcorantes	Conductas patológicas Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas. Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros y comer... Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal. Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares,...). Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes). Esconden el cuerpo debajo de ropa holgada. Negarse a usar bañador y que vean su cuerpo. En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos. Abuso de edulcorantes
Signos fisiológicos Inflamación de las parótidas. Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. Irritación crónica de la garganta. Fatiga y dolores musculares. Inexplicable pérdida de piezas dentales. Oscilaciones de peso (5 ó 10 Kg, arriba o abajo). .	Signos fisiológicos Pérdida progresiva de peso (con frecuencia sucede en un período breve). Falta de menstruación o retraso en su aparición sin causa fisiológica conocida. Palidez, caída del cabello, sensación de frío y dedos azulados. Debilidad y mareo
Cambio de actitud Modificación del carácter (depresión, sentimientos de culpa u odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol...) Severa autocrítica. Necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona. Cambios en la autoestima con relación al peso corporal.	Cambio de actitud Cambio de carácter (irritabilidad, ira). Sentimientos depresivos. Inseguridad en cuanto a sus capacidades. Sentimientos de culpa y autodesprecio por haber comido o por hacer ayuno. Aislamiento social. (35)

2. -FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES DE ANOREXIA NERVIOSA²⁶

2.1 Factores Predisponentes²⁷

Individuales:

- Alteraciones cognitivas: pensamientos concretos y rígidos, razonamiento dicotómico (todo o nada).
- Obsesividad.
- Perfeccionismo y autocontrol.
- Introversión.
- Autoestima baja.
- Problemas de la adolescencia. Inseguridad. Miedo a la maduración, problemas para ser autónomo...
- Depresión. .

Familiares:

- Malos hábitos alimentarios.
- Obesidad de algún miembro de la familia.
- Preocupación excesiva de la madre o el padre por la figura, por el peso y las dietas.
- Conflictos (Separación de los padres, historia de depresión y alcoholismo).
- Modelo de dinámica familiar: clima tenso, rígido, agresivo, distante, con poca comunicación, escasamente afectuoso, con baja resolución de conflictos, sobre protector, con mezcla de roles familiares...
- Familiar con trastorno psiquiátrico.

²⁶ MOLESTI BAIGES^A JL PIÑOL MORESO^A N MARTÍN VERGARA^A M DE LA FUENTE GARCÍA^A A RIERA SOLÉ^A JM^a BOFARULL BOSCH^A G RICOMÁ DE CASTELLARNAU^A Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas Martes 1 Enero 2008. Volumen 68 - Número 01 p. 18

²⁷ SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN “Resultados del inventario EDI en adolescentes tardías femeninas contrastarnos de la alimentación. Comparación de tratamientos”. Universidad nacional de San Luis Argentina. Año VIII, numero II 2007

Sociales:

- Estereotipos de delgadez que se fomentan en los modelos sociales.
- Prejuicios contra la obesidad.
- Ciertas profesiones y deportes: danza, gimnasia rítmica, moda.

2.2 Factores Precipitantes

- Dieta restrictiva.
- Pubertad, adolescencia (cambios físicos y emocionales).
- Ejercicio físico excesivo.
- Mala valoración del propio cuerpo.
- Insatisfacción personal.
- Trastornos emocionales.
- Inicio de los primeros contactos sexuales.
- Incremento brusco de peso.
- Acontecimientos vitales:
- Situación de estrés (enfermedad de un hermano o amigo, estudios agobiantes).
- Separaciones y pérdidas (muerte de un abuelo).
- Rupturas conyugales (separación de los padres)

2.3 Factores Mantenedores

- La continuación del miedo obsesivo a engordar y a la comida.
- La valoración negativa de la imagen corporal (se ven, se notan, gordas)
- La propia desnutrición y sus complicaciones.
- Los trastornos emocionales que comporta la malnutrición.
- La permanencia de conflictos familiares.
- El aislamiento social.
- La presión social.
- Las consecuencias del propio trastorno.
- La reaparición de situaciones estresantes.

3.- SALUD PÚBLICA Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULÍMIA NERVIOSA

A mediados del siglo XX, la anorexia se explicaba científicamente como capricho y coquetería, obsesión, histerismo, fobia, esquizofrenia y hasta simulación (Porot, 1961; Yepes, 1990). Aún en la actualidad, las concepciones erróneas se mantienen; por ejemplo, la revista Planeta Alternativo (2005) nombra un artículo sobre anorexia “el precio de la vanidad”. Pero las personas que luchan contra la anorexia nerviosa recalcan que estas enfermedades no tienen que ver con la ingesta de alimentos, sino que implican enfrentarse a una situación traumática, ser controlado por ideas de perfección, sentimientos de inadecuación y descontrol, aislamiento, y pensamientos negativos sobre ellas mismas y el estado de sus cuerpos.

En este sentido, tratar la anorexia como un problema meramente relacionado a la comida, creer que tiene una base comportamental genética, ver el problema como patología individual o tratarlo sólo a través de farmacéuticos, ayudan a mantener el problema, porque niegan su amplitud. Posicionarse contra la anorexia implica aceptar una compleja multicausalidad tras este problema. Cada persona que sufre este desorden no puede aprender a desechar la comida como forma de afrontamiento hasta que las causas subyacentes de este afrontamiento se descubran.

Lasegue calculaba que alrededor del 10% de las pacientes con anorexia perdían la vida. Estudios más recientes (Toro y Vilardell, 1989; La Prensa Gráfica, 22 de junio de 2003) arrojan datos ligeramente más altos: el porcentaje es entre 10% y 20%. El riesgo de muerte por complicaciones resultantes se estima en un 6%-15%, siendo la mitad de las muertes, suicidio (Lock et al, 2001). Toro y Vilardell (1989) agregan a estas estadísticas que una cuarta parte de las personas afectadas mantienen una situación de cronicidad, la cual trae desadaptación laboral, social, familiar y sexual a largo plazo.²⁸

²⁸ ANOREXIA NERVIOSA: IV. “Ana”, problema de salud pública. Disponible en: http://psicologuio.wordpress.com/2007/10/05/anorexia-nerviosa-iv-problema-de-salud-publica-a-escala-global/#_ftn1

Hasta hace poco, existía la creencia arraigada de que sólo las jóvenes de raza blanca y de clase media y media-alta podían sufrir la enfermedad, y de hecho, es así como se caracteriza el grupo sociodemográfico. Pero el sitio web Something Fishy (s/f-b) enfatiza que cualquier persona puede sufrir de anorexia, sin importar el sexo, la edad y la etnia. Los estudios de prevalencia no son del todo confiables, porque pueden afectarse por dos razones: primero, porque personas con anorexia pueden declinar participar en el estudio, por diversas razones, incluyendo la negación de su enfermedad; segundo, porque suelen seleccionarse sólo los casos que presentan el cuadro clínico completo, dejando de lado la población con morbilidad subclínica o “parcial” (Wilson, Heffernan y Black, 1996). Antes de 1980, era altamente improbable que la información sobre la enfermedad se alejara del estereotipo de la mujer joven de raza blanca de clase media/alta, y por tanto, muchas mujeres de otras razas no reconocían y/o no se les reconocía su problema. Los estudios recientes, que hablan del incremento de esta enfermedad en las mujeres hispanas, no necesariamente reflejan una nueva tendencia, sino el hecho de que los investigadores y los medios de comunicación han comenzado a prestarle atención al tema (Lisa Rubin, estudiante de doctorado de psicología clínica en la Universidad Estatal de California, en La Prensa Gráfica, 8 de junio de 2003). Muchos investigadores se están centrando en el porqué del aumento de casos de desórdenes alimenticios en personas de color, hispanicas y asiáticas (Something Fishy, s/f-c), pero las razones psicológicas por las que las mujeres de otras razas desarrollan desórdenes alimenticios son las mismas: problemas familiares, mecanismos negativos de enfrentamiento, historial de abuso, problemas de pareja y la necesidad de hacer frente al estrés, el dolor, la rabia y la baja autoestima. En adición a todo ello, deben enfrentarse a la discriminación. Mientras las culturas se integran y compiten en el mercado profesional y se enfrentan a las presiones para triunfar, pueden encontrarse con discriminación, y con el retrato social de la mujer profesional “exitosa, inteligente, hermosa y delgada”.

En Argentina, la incidencia de la anorexia y la bulimia está fuera de control: el porcentaje de víctimas, basada en la población, es tres veces más grande que el de

Estados Unidos. Las mujeres en Argentina tratan a cualquier costo de verse lo mejor que puedan, y están obsesionadas con su cuerpo. Se culpa al machismo, a los inmigrantes italianos que se instalaron en Argentina y su búsqueda de la moda, y hasta del clima político-económico volátil. En todo caso, la mujer que no entra en el ideal de belleza argentina termina en un mundo de autoaborrecimiento.

En Japón, según los Ministerios de Salud, Trabajo y Bienestar, un 2% de jóvenes japonesas entre 16 y 18 años sufren de anorexia, y un 10% corre el riesgo de padecerla. Este estudio se realizó con 1,409 alumnas de penúltimo y último curso de secundaria en 15 centros educativos del país. El sitio web Something-fishy.com también ha manifestado el incremento de la prevalencia de la enfermedad en ese país.

En España, la anorexia afecta a entre el 1% y el 3% de la población. En el 2003, el gobierno de ese país lanzó en Internet un juego que consistía en crear un personaje virtual y guiarlo durante cuatro semanas, enfrentándose a situaciones que debía superar para ganar “puntos de salud”. Con esto se buscaba emitir mensajes positivos que incidieran en aspectos básicos: alimentación, entorno, autoestima, valores, modelos (La Prensa Gráfica, domingo 5 de octubre de 2003).

Xavier Estivill ha subrayado que todos los trastornos psiquiátricos son complejos y que a ellos no sólo predispone la variante en un gen, como se mencionó anteriormente, sino que además actúan otros factores, como el metabolismo, la personalidad, el estrés, la adaptación al entorno y la cultura. “Una persona en un país del Tercer Mundo donde el problema principal es la desnutrición nunca sufrirá anorexia”, insiste Estivill (Consumaseguridad, 2004). Pero esto no es del todo acertado. “El perfil epidemiológico nutricional de la población centroamericana y latinoamericana, en general, está cambiando drásticamente. Hoy en día, se está dando una combinación de problemas propios de países altamente desarrollados y países pobres: tenemos problemas de desnutrición, obesidad, anorexia y bulimia, estos últimos presentes pero poco visibles porque se mantienen a discreción en la intimidad del seno familiar”, comenta Gerardo

Merino, de la Organización Panamericana de la Salud, OPS (en Mejía León, 2003).

Con la homogeneización de la cultura, específicamente la difusión de los parámetros estadounidenses, muchos países tercermundistas comparten con este país los mismos intereses, creencias y estereotipos, incluyendo la búsqueda de la belleza y la delgadez. Más allá de esto, la génesis de la anorexia no es, como ya se dijo, la alimentación; tampoco es un problema exclusivamente de causalidad social. Ciertamente la disponibilidad de comida puede ser fundamental para que se de o no este trastorno. Pero si también entran en juego factores de la persona, sobre todo en cuanto a autovaloración y control, y su contexto inmediato, no hay porqué excluir de los grupos en riesgo a determinados países.

Se habla de la incidencia de la enfermedad en mujeres hispanas, que supuestamente ha ocurrido en la última década, con la aparición de modelos que representan un nuevo ideal para esta cultura. En los últimos 10 años el número de casos con estos trastornos se ha incrementado 20 veces en el Perú, de los cinco casos que el Honorio Delgado reportó en 1996, el año pasado llegó a 100²⁹. Las pacientes ingresan, por lo general, a hospitales privados, como el Hospital de la Mujer y el Ginecológico, aunque hasta el 2003, se conocía de dos casos internos en el hospital Rosales. Rosa de Valencia, psiquiatra salvadoreña, relata que en ocho años sólo ha atendido diez casos; esto no significa que haya poca incidencia, sino que la mayoría no acuden a consulta. Según Alexandra Hill, de la Fundación Salvadoreña Antidroga (FUNDASALVA), en el país se comenzó a detectar que las mujeres que acudían a esta institución por problemas de adicción también presentaban trastornos alimenticios (Mejía León, 2003). Actualmente en el país, para englobar la anorexia, bulimia y alimentación compulsiva se utiliza el término Trastorno de la Conducta Alimentaria, TCA.

Los días 2 y 3 de julio de 2005 se realizó en San Salvador el Primer Seminario Internacional de Trastornos de la Conducta Alimentaria, siendo un esfuerzo

²⁹ Nelly Luna Amancio. *Los casos de anorexia y bulimia se han incrementado 20 veces*. El Comercio 24 de mayo del 2009.

interinstitucional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la Fundación Antidrogas de El Salvador (FUNDASALVA), y El Centro Renfrew, Organización de Estados Unidos, dedicada a la atención integral de pacientes con desórdenes alimenticios. El objetivo de este seminario era hacer un acercamiento multidisciplinario a la prevención, educación y tratamiento de la anorexia, bulimia y alimentación compulsiva (OPS, 2005). FUNDASALVA y la OPS coinciden en que hasta el momento, no hay estadísticas en El Salvador que reflejen la realidad de los trastornos alimenticios, por lo que no se conoce su verdadera dimensión (Mejía León, 2003).³⁰

Regresando al plano global de la enfermedad, hay que retomar aquí una observación realizada en un apartado anterior: la anoréxica no necesariamente se somete a una dieta aislada. De hecho, en Internet se encuentra la comunidad genéricamente denominada “pro-ana”. Esta comunidad básicamente consiste en sitios web en los que las personas con anorexia se reúnen para hablar de dietas, aconsejarse sobre los laxantes y píldoras que pueden tomar y para darse ánimos unas a otras (“thinspiration” o “inspiración a estar delgada”), mostrando fotos ya sea de modelos esqueléticas o de personas excesivamente obesas. A veces llegan a hacer dietas en conjunto, poniendo lineamientos de qué comer, más los registros de cuánto pesan al inicio, y cuánto deben pesar al final de la dieta. Este movimiento es poco visible actualmente, pero sigue vigente. Como aclaran gran cantidad de sitios Web dedicados a la salud, los sitios pro-anorexia han sido censurados, pero ello no significa que hayan sido erradicados. Al contrario, han crecido en cantidad y fuerza, pero de modo más cauteloso, incluso subversivo. El sitio dedicado a diarios en línea Livejournal.com tiene una lista interminable de individuos y comunidades que dedican ese espacio en la red a glorificar la anorexia y demás trastornos alimenticios, y todo lo que implican (rechazo de la ayuda, y hasta violencia autoinflingida), ya sea a través de fotos, poemas o simplemente el compartir las experiencias con los demás.

³⁰ Mejía León, H. (2003). *La delgada línea entre la vida y la muerte*. En laprensagrafica.com. Disponible en: <http://www.laprensagrafica.com/vivir/231545.asp>

La controversia de la existencia de los sitios web pro-anorexia y pro bulimia ha llevado a que se haga una petición en Internet para permitir la existencia de los mismos, la cual hasta la fecha lleva recabadas 11,443 firmas (puede verse el petitorio y el numero de firmas obtenidas en <http://gopetition.com/online/855.html>)³¹. La persona al frente de esta petición sostiene: “decir que la gente puede adquirir anorexia o bulimia de la Internet es como decir que alguien puede adquirir SIDA por hablar por teléfono con alguien que tiene el virus (...). No fue hasta que la gente estaba compartiendo sus realidades conmigo en *chat rooms* y foros de discusión, que finalmente me di cuenta de que estos desórdenes no mejoran. Vi a las mismas personas con los mismos problemas repetir el mismo ciclo, una y otra vez. Era infierno y miseria. Me di cuenta que yo estaba condenada a eso por el resto de mi existencia si no hacía algunos cambios (...) no podemos ‘mejorar’ hasta que queramos, así que por favor no traten de forzarnos a recuperarnos o a callarnos; esa no es la forma de hacer frente al problema”.

Al margen de la discusión acerca de lo “terapéutico” que pueden ser los sitios pro-anorexia, es notable la visión que se ha tomado de esta enfermedad, ya no viéndose como tal sino como un estilo de vida.

Ante la magnitud de esta problemática, las perspectivas no son alentadoras. Desde la confusión acerca de qué es causa y qué es efecto, hasta la existencia de casos con cuadros parciales de la enfermedad, resulta difícil hacer una aproximación que, en un futuro cercano, asegure un tratamiento efectivo y la disminución de casos. La anorexia de por sí es un trastorno difícil de curar, y está el riesgo de que se vuelva crónica, al punto que acompañe a la persona por el resto de su vida. En este sentido, Riobó³² (2001) hace énfasis en lo fundamental de la prevención de la anorexia nerviosa. Se debe educar a la juventud sobre la alimentación: la

³¹ *Allow Pro-Anorexia pages!* Published by Broken Angel on Mar 13, 2002.

A la fecha llevan recaudadas 12792 firmas

³² Riobó, P. (2001). *La alimentación y sus trastornos*. Madrid: Cooperación Editorial.

importancia de alimentarse adecuadamente, y los riesgos de no hacerlo. Las medidas de una política de prevención deben incidir en todos y cada uno de los factores de riesgo de la enfermedad. Los programas preventivos propuestos por esta autora se dividen en tres niveles:

3.1 Prevención primaria:

Implica una acción directa para reducir la incidencia del trastorno, a través de atender aspectos que condicionan su desarrollo. Un programa de prevención primaria aborda de modo primordial la información. Esta información, acerca de los factores de riesgo y las consecuencias de la anorexia debe ir dirigida, no sólo a los sujetos propensos a padecerla y sus familias, sino a la población en general. También debe preverse la modificación de conductas precursoras de la enfermedad, por medio de programas que incidan en la corrección de las mismas; la conducta más frecuente a corregir es la que establece que niñas y adolescentes varíen la dieta por motivos no justificables, o se inicien en dietas restrictivas, a espaldas o con el aval de la familia, con la finalidad supuesta de mejorar su figura. Una tarea preventiva es fundamental en aquellas subpoblaciones en los que la delgadez es la norma, como las bailarinas. A su vez, se requiere la acción sobre los estereotipos culturales, sensibilizando a la población del riesgo que conlleva la actual presión cultural que potencia los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable y la belleza física como sinónimo de éxito.

3.2 Prevención secundaria:

Conlleva facilitar intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico del trastorno y el inicio del tratamiento y su buen resultado. Busca procurar tratamiento rápido a las adolescentes que ya han caído en la enfermedad, a la vez que se ponen en marcha iniciativas necesarias para informar a los responsables de la educación acerca de las conductas de riesgo. En la anorexia, es necesario hacerse un diagnóstico precoz, para evitar la pretensión de resolver el problema médico desde una perspectiva somática. Posteriormente, se debe aplicar un tratamiento correcto, que incluya todas las áreas relativas al trastorno: dieta,

peso, figura, cogniciones, y relaciones interpersonales. Los chequeos médicos en escuelas, colegios y universidades son primordiales para la detección de casos.

3.3 Prevención terciaria:

Supone eliminar o reducir los síntomas o complicaciones de la enfermedad, una vez esta ya ha aparecido. Este tipo de prevención es utilizado sobre todo en pacientes crónicas, cuando sus familias, después de repetidos intentos de tratamiento, se pueden sentir fracasadas, resignándose a la evolución de la enfermedad. En estos casos, se espera un desenlace fatal, pero se debe buscar la forma de pactar la supervivencia y calidad de vida con la paciente. Aquí entra la aceptación de condiciones y pactos con respecto a otras, entre los miembros y la paciente, para que el marco familiar no se deteriore y se viva en mejores condiciones.

La mayoría de propuestas de prevención se centran en intervenciones en escuelas y colegios, pero al no saber suficiente sobre las causas e incluso sus factores de riesgo, es difícil diseñar intervenciones efectivas. La dieta se discute constantemente como un posible blanco de programas preventivos, pero debido al alto número de mujeres que hacen dieta, un programa de este tipo debería apuntar de modo indiscriminado a la mayoría de la sociedad. El tratamiento de la anorexia debe conllevar un entendimiento de su etiología y mantenimiento, y de modo recíproco, la investigación en los mecanismos y resultados de las diferentes terapias permitan ahondar en la naturaleza de estos desordenes (Wilson et al, 1996).³³

El lineamiento II de la Propuesta de Reforma Integral de Salud (2000)³⁴ de El Salvador también enfatiza el modelo de atención desde la prevención primaria: “se deberá motivar la promoción de la salud, fomentar la prevención, y aumentar la capacidad de resolución de los proveedores del primer nivel de atención en el cuidado de las enfermedades”. Además, pide que la atención primaria de salud deben responder al perfil epidemiológico de la población, otorgando atención

³³ Wilson, G. T., Heffernan, K., Black, C. (1996). *Eating disorders*. En Mash, E., Barkley, R. (editores). Child Psychopathology. Guilford: New York

³⁴ Consejo de Reforma del Sector Salud. (2000). *Propuesta de Reforma Integral de Salud*. San Salvador: República de El Salvador. Pagina 31

integral a la familia y sus necesidades, desde una perspectiva que incluya al medio ambiente; “por su papel central en el desarrollo de la familia y de la comunidad, el modelo de atención deberá poner particular énfasis en el apoyo a la mujer”³⁵

En teoría, esto es lo que se necesita para hacer frente a la anorexia nerviosa. De este modo, el reto mayor lo constituiría la detección de factores de riesgo. Pero los sistemas de salud aun deben dar el paso primordial para tomar en serio esta enfermedad: considerarla una problemática de salud pública. La falta de interés en un registro estadístico acerca de la prevalencia de la anorexia confirma que esto no ha ocurrido. A partir de otorgarle a esta enfermedad la atención que merece, se podrá comenzar a hacer un trabajo directo, que incluya la información, el diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar. Asimismo, se podrá contrarrestar el efecto nocivo de la homogenización cultural.

La mayoría de los factores psicológicos subyacentes a un desorden alimenticio son los mismos para el hombre y la mujer: baja autoestima, necesidad de aceptación, depresión, experiencias de abuso y/o poca habilidad para hacer frente a las emociones y asuntos personales. Los parámetros del medio social juega un rol importantísimo en la tolerancia y hasta el desencadenamiento de esta afección psiquiátrica, pero en última instancia, es la situación de vida, el entorno e incluso los genes, los que dejan abierta la posibilidad de que una persona, de cualquier edad, sea hombre o mujer, desarrolle la anorexia nerviosa.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 Antecedentes investigativos internacionales:

Según la Dra. Jennifer A. ODea,(actualmente becaria de investigación en el Centro para el Peso y la Salud de la Universidad de California-Berkeley) de la Universidad de Sidney, en South Wales, Australia . Los trastornos de la alimentación, y del ejercicio, pudieran estar ganando terreno entre los estudiantes universitarios varones. Aunque los trastornos alimentarios como la anorexia y la

³⁵ Consejo de Reforma del Sector Salud. (2000). *Propuesta de Reforma Integral de Salud*. San Salvador: República de El Salvador. Pagina 32

bulimia se han estudiado exhaustivamente entre las mujeres jóvenes, hay pocos estudios sobre trastornos alimentarios en hombres. El estudio de la Dra Jennifer A. ODea prueba que uno de cada cinco estudiantes universitarios varones se preocupan por su peso y su figura, siguen las pautas sobre lo que pueden y no pueden comer y limitan su aporte alimentario, Sin embargo, ODea y la coautora Suzanne Abraham puntualizaron que un estudio reciente había hallado que los trastornos alimentarios en los hombres se desarrollaban más tarde que en las mujeres, a una edad promedio de 21 años, comparado con 17 para las mujeres. Además, durante la década de los años ochenta y noventa, "los hombres constituyeron un porcentaje en aumento de los ingresos por trastornos alimentarios", indicaron las investigadoras. Esto sugiere que los problemas alimentarios podrían estar aumentando entre los varones jóvenes, informaron las autoras en una edición reciente del Journal of American College Health. Para investigar esto, ODea y Abraham entrevistaron a 93 estudiantes universitarios varones sobre sus hábitos de alimentación y de ejercicio, así como sobre temas relacionados con la autoimagen. "Los encuestados cumplían los diagnósticos clínicos para los trastornos por atracones de comida (tres por ciento), vómitos autoinducidos (tres por ciento), bulimia nervosa (dos por ciento) y trastornos del ejercicio (ocho por ciento), escribieron las investigadoras. "Aunque el nueve por ciento reportaron trastornos alimentarios, ninguno de ellos solicitó tratamiento", agregaron. En otros hallazgos, "entre un nueve y un 12 por ciento no estaban satisfechos con su figura, se sentían gordos y deseaban firmemente adelgazar", según el informe. Cerca de la mitad dijo que el ejercicio era importante para la autoestima y el 34 por ciento indicó que les "preocupaba el no poder hacer tanto ejercicio como deseaban", El 14 por ciento de los hombres informaron que estaban "preocupados" por la cantidad de ejercicio que estaban haciendo, según el informe.

“Entre los hallazgos más preocupantes del estudio se encontraron los informes de algunos de los jóvenes que, aunque pensaban que tenían un trastorno alimentario, como el control del peso y los atracones de comida, nunca habían solicitado tratamiento para sus trastornos", escribieron las autoras.

"Los profesionales de salud deberían ser conscientes de que los trastornos alimentarios y del ejercicio podrían estar presentes entre los estudiantes universitarios varones, y que la detección sistemática podría ayudar a la identificación inicial de estos trastornos", concluyeron ODea y Abraham.
Fuente: Journal of American College Health 2002;50:273-278

3.2 Antecedentes investigativos nacionales (35): En la tesis denominada “funcionalidad familiar y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres del distrito de trujillo 2005” hecha por bach. Hidalgo Garrido natalia y bach. Rojas Cáceres Raquel

Objetivo General: Establecer la relación entre funcionalidad familiar y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del distrito de Trujillo

Hipótesis general

H1: Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del distrito de Trujillo

Ho: No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del distrito de Trujillo

Conclusiones

La investigación realizada aporta datos relevantes sobre la relación entre funcionalidad familiar y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres del distrito de Trujillo.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación y la revisión bibliográfica, se obtienen las siguientes conclusiones:

- Existe correlación inversa altamente significativa entre la funcionalidad familiar y el riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo ($p < 0.01$).
- Con respecto a las tipologías familiares en adolescentes mujeres de educación secundaria del distrito de Trujillo, hay mayor incidencia en el tipo conectada -

caótica con un 21.9%, después se encuentra el tipo separada - caótica 15.8% y el 10.4% se ubica en el tipo separada - flexible, entre los más significativos.

- Con relación a la adaptabilidad familiar, el mayor porcentaje de la población estudiada se encuentra en el tipo Caótica con un 52.5%, un .8% está en el tipo Flexible, el 17.5% pertenece al tipo Estructurada y, almente, sólo el 3.3% se encuentra en el tipo Rígida en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

- En cuanto al riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del distrito de Trujillo se obtiene que el 3.3% tiene Riesgo 1, sólo un 0.5% presenta Riesgo II y el 12.6% posee riesgo III. El mayor porcentaje de la población (83.6%) no presenta riesgo desarrollar trastornos alimenticios.

La presencia del nivel de cohesión bajo determina mayor riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

- Existe una relación significativa entre el Riesgo I a desarrollar trastornos alimenticios y la cohesión de la funcionalidad familiar en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

- Existe una relación significativa entre el Riesgo III a desarrollar trastornos alimenticios y la cohesión de la funcionalidad familiar en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

- La presencia del nivel de adaptabilidad bajo determina mayor riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

- Existe una relación significativa entre el Riesgo I a desarrollar trastornos alimenticios y la adaptabilidad de la funcionalidad familiar en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

- Existe una relación significativa entre el Riesgo III a desarrollar trastornos alimenticios y la adaptabilidad de la funcionalidad familiar en adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo.

Cabe señalar que sólo un sujeto de la población estudiada calificó dentro del Riesgo II, por lo que no se encontró una relación significativa entre este indicador

y la funcionalidad familiar. El resto de la población está distribuida entre el Riesgo I y el Riesgo III.

- Entre las características demográficas de las adolescentes mujeres de educación secundaria del Distrito de Trujillo, resulta importante resaltar que en el estado civil se encuentra un 66.1 % de Casados y en el tipo de familia el 80.8% pertenece a la categoría No nuclear

3.3 Antecedentes investigativos locales: En el año 2005, Guzmán Velasco Merly y Manchego Zevallos Rommy en un estudio en adolescentes de un colegio de nuestra ciudad en la tesis titulada “Presencia de TCA en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los dolores Arequipa -2005”

Objetivos:

- 1.- Identificar la presencia de TCA en estudiantes de 4to y 5to año de secundaria del colegio nacional nuestra Señora de los Dolores
- 2.- Precisar las características psicológicas predominantes de los TCA en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional nuestra Señora de los Dolores encontraron que existía presencia de estos trastornos y que las características de mayor presencia en las estudiantes era el terror a engordar y la obsesión por la delgadez

Hipótesis:

Dado que los TCA han adquirido mas relevancia en los últimos años y que el la mayoría son mujeres jóvenes y pueden padecer estas enfermedades, tales como anorexia y bulimia nerviosa. Es probable que las estudiantes del 4to y 5to año del nivel secundario del colegio nacional nuestra Señora de los Dolores presenten algunos de los TCA

Conclusiones:

1. Se concluye que la edad predominante entre las estudiantes del 4to y 5to año del nivel secundario del colegio nacional nuestra Señora de los Dolores es de 14 y 16 años de edad. Del total de la población en estudio se concluye que en mayoría el estado civil de los padres es casado, el ingreso económico de los padres es mas del mínimo vital y la convivencia en gran parte es con ambos padres

2. Se concluye que entre las alumnas del 4to y 5to año del nivel secundario del colegio nacional nuestra Señora de los Dolores existe presencia de TCA con características psicológicas en conciencia interioceptiva, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, miedo a la madurez, bulimia e ineficacia
3. Se concluye que las características psicológicas de mayor presencia en estudiantes del 4to y 5to año de secundaria del colegio nacional nuestra Señora de los Dolores están en obsesión por la delgadez: me atemoriza el miedo a engordar; en bulimia: siente culpabilidad cuando como en exceso; e insatisfacción corporal: preocupación al seguir ganando peso

4. Objetivos

- 1) Determinar cuáles son los trastornos conducta alimentaria que se presentan en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María
- 2) Identificar los factores de riesgo que explican mejor los trastornos de conducta alimentaria en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María
- 3) Establecer la relación entre estos factores de riesgo y los trastornos de conducta alimentaria que presentan nuestros alumnos

5. Hipótesis

"Dado que los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad, es probable que estos se presenten en los alumnos de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María y que exista una fuerte relación entre los factores de riesgo a predominio de miedo a la madurez e ineficacia y los trastornos de conducta alimentaria"

III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Técnicas, instrumentos, campo de verificación y prototipo de los instrumentos

3.1 Técnicas:

Cuestionarios

3.2 Instrumento:

Será el cuestionario EDI (Eating Disorders Inventory) aplicado en las diferentes facultades donde se pretende realizar el estudio (de carácter anónimo).

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento
Dependiente	Trastornos de conducta alimentaria	Cuestionario	EDI
Independiente	Factores de riesgo	Cuestionario	EDI

Eating Disorders Inventory (EDI), es un cuestionario, el original consta de 64 preguntas agrupadas en 8 escalas, 3 de ellas valoran actitudes y comportamientos relacionados con peso, imagen corporal, y alimentación (Obsesión por delgadez: 7 ítems; Insatisfacción corporal: 9 ítems, Bulimia, 7 ítems) y las 5 preguntas restantes miden características psicológicas generales de personas con TCA (Ineficacia, 10 ítems; perfeccionismo, 6 ítems; desconfianza interpersonal, 7 ítems; conciencia interoceptiva, 10 ítems y miedo a la madurez, 8 ítems). Cada ítem del EDI presenta 6 posibles respuestas que obedecen a las siguientes posibilidades: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre; de las cuales solo tres se puntúan (de 1 a 3).

Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis ítems, se pueden sumar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las 8 subescalas que la puntuación global. Este cuestionario fue diseñado por Garner y colaboradores en 1983, en el cual se indica que la puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las 8 subescalas originales para diagnosticar un TCA. De acuerdo a la última revalidación del 2003 por García y colaboradores este instrumento tiene alta validez interna y puede ser usado como prueba de tamizaje. También encontraron que las subescalas del EDI clasificaban correctamente al 85% de los sujetos en los subtipos de AN bulímica y restrictiva para ser aplicada sobre la población

Cuestionario Eating Disorder Inventory (EDI)

Instrucciones: El cuestionario de preguntas tiene por finalidad conocer algunos aspectos referidos a tu alimentación; el cual permitirá mejorar los hábitos de alimentación, la información es anónima, por favor conteste usted con sinceridad marcando con un aspa la opción elegida.

Datos de las unidades de estudio

- Edad:
- Talla:
- Sexo:
- Peso:
- Nota promedio en el ultimo semestre

Marcar con una aspa A-nunca B-Casi nunca C-a veces D- Con bastante frecuencia E-Casi siempre F- Siempre

	A	B	C	D	E	F
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.						
2. Creo que mi estómago es demasiado grande.						
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.						
4. Suelo comer cuando estoy disgustado.						
5. Suelo hartarme de comida.						
6. Me gustaría ser más joven.						
7. Pienso en ponerme a dieta.						

8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.						
9. Pienso; que mis mulos son demasiados gruesos.						
10. Me considero una persona poco eficaz.						
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
12. Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado						
13. En mi familia solo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes						
14. La infancia es la época mas feliz de la vida						
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos						
16. Me aterroriza la idea e engordar						
17. Confió en los demás						
18. Me siento solo en el mundo						
19. Me siento satisfecho con mi figura						
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida						
21. Suelo esta confuso sobre mis emociones						
22. Preferiría ser adulto a niño						
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás						
24. Me gustaría ser otra persona						
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso						
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
27. Me siento incapaz						
28. he ido a comilonas en la que sentía que no podía parar						
29. Cuando era pequeño intentaba con empeño no decepcionar a mi padres						
30. tengo amigos íntimos						
31. Me gusta la forma de mi trasero						
32. Estoy preocupada por que quería ser una persona mas delgada						
33. No se que es lo que ocurre en mi interior						
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás						
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
36. Me fastidia no ser el mejor en todo						
37. Me siento seguro de mi mismo						
38. Suelo pensar en darme un atracón						
39. Me alegra dejado de ser niño						
40. No se muy bien cuando tengo hambre o no						
41. Tengo mala opinión de mi						
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos						
43. Mis padres esperaban resultados sobresalientes						
44. Temo no poder controlar mis sentimientos						
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas						
46. Como con moderación delante de las demás, pero me doy un atracón cuando se van						
47. Me siento hinchado después de una comida normal						
48. Creo que las persona sondas felices cuando son niños						

49. Si engordo un kilo me preocupa seguir ganando peso						
50. Me considero una persona valiosa						
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
52. Creo que debo hacer perfectamente las cosas o no hacerlas						
53. Pienso en vomitar para perder peso						
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente, me siento incomodo si alguien se me acerca demasiado						
55. Creo que el tamaño de mis muslos es el adecuado						
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior						
57. Soy capaz de hablar de aspectos personales y sentimientos						
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto						
59. Creo que mi trasero es demasiado grande						
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
61. Como o bebo a escondidas						
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
64. Cuando estoy disgustado temo empezar a comer						

Calificación del cuestionario Eating Disorder Inventory (EDI II)

Las columnas numeradas del 1 al 64 corresponden al número de pregunta del cuestionario, las columnas con las letras A, B, C, D, E y F corresponden al puntaje asignado a cada respuesta. (A= nunca, B= casi nunca, C= a veces, D= con bastante frecuencia, E= casi siempre, F= siempre)

	A	B	C	D	E	F
1	3	2	1			
2				1	2	3
3				1	2	3
4				1	2	3
5				1	2	3
6				1	2	3
7				1	2	3
8				1	2	3
9				1	2	3
10				1	2	3
11				1	2	3
12	3	2	1			
13				1	2	3
14				1	2	3
15	3	2	1			
16				1	2	3
17	3	2	1			
18				1	2	3
19	3	2	1			
20	3	2	1			
21				1	2	3
22	3	2	1			
23	3	2	1			
24				1	2	3
25				1	2	3
26	3	2	1			
27				1	2	3
28				1	2	3
29				1	2	3
30	3	2	1			
31	3	2	1			
32				1	2	3
33				1	2	3
34				1	2	3
35				1	2	3
36				1	2	3
37	3	2	1			
38				1	2	3
39	3	2	1			
40				1	2	3
41	3	2	1			
42				1	2	3
43				1	2	3
44				1	2	3
45				1	2	3
46				1	2	3
47				1	2	3
48				1	2	3
49				1	2	3
50	3	2	1			
51				1	2	3
52				1	2	3
53				1	2	3
54				1	2	3
55	3	2	1			
56				1	2	3
57	3	2	1			
58	3	2	1			
59				1	2	3
60				1	2	3
61				1	2	3
62	3	2	1			
63				1	2	3
64				1	2	3

	Ítems							
Obsesión por la delgadez	1	7	11	16	25	32	49	Total
Puntuación (Punto de corte 14)								

	Ítems							
Bulimia	4	5	18	38	46	53	61	Total
Puntuación (Punto de corte 3)								

	Ítems									
Insatisfacción corporal	2	9	12	19	31	45	55	59	62	Total
Puntuación (Punto de corte 14)										

	Ítems										
Ineficacia	10	18	20	24	27	37	41	42	50	56	Total
Puntuación (Punto de corte 7)											

	Ítems							
Perfeccionismo	13	29	36	43	52	63	Total	
Puntuación (Punto de corte 11)								

	Ítems							
Desconfianza interpersonal	15	17	23	30	34	54	57	Total
Puntuación (Punto de corte 7)								

	Ítems										
Conciencia interoceptiva	8	21	26	33	40	44	47	51	60	64	Total
Puntuación (Punto de corte 11)											

	Ítems								
Miedo a la madurez	3	6	14	22	35	39	48	58	Total
Puntuación (Punto de corte 8)									

3.3 Campo de verificación

Ubicación espacial: La investigación se realizara en la universidad Católica de Santa María, en las aulas de los alumnos de primer año de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia. Ciudad de Arequipa. Capital del departamento de Arequipa, Perú.

Ubicación temporal: Este estudio se llevará acabo entre los meses de julio a agosto del 2008. Se trata de una investigación del tipo explicativa

Universo

Todos los alumnos de primer año de las facultades de Medicina Humana y Obstetricia y Puericultura

	Numero	Porcentaje
Medicina Humana	100	60.98%
Obstetricia y Puericultura	64	39.02%
Total	164	100%

	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Medicina Humana	51	51%	49	49%	100	100%
Obstetricia y Puericultura	64	100%	0	0%	64	100%
Total	115	70.12%	49	29.88%	164	100%

Unidades de estudio

El alumno de la facultad de Medicina Humana o de la facultad de Obstetricia y Puericultura del primer semestre de la Universidad Católica de Santa María

Criterios de Inclusión:

- Alumnos que asistirán a clases el día de la evaluación y que acepten colaborar con el estudio
- Cuestionario de evaluación completamente desarrollado.

- Ausencia de trastornos orgánicos que conlleven a una baja de peso. (por ejemplo síndrome de mala absorción).

Criterios de Exclusión:

- Cuestionario incompleto
- Alumnos inasistentes al día de la evaluación del cuestionario
- Presencia de un trastorno orgánico responsable del bajo peso.

Estrategia de recolección de datos

Ya que se trata de una investigación de campo, diremos que en primer lugar el tiempo que emplearemos para recolectar todos los datos es de un día (que es lo que demoraremos en aplicar el cuestionario) previamente debemos realizar todos los tramites para obtener el permiso respectivo de las diferentes facultades en la que pretendemos realizar el presente estudio

En cuanto a los recursos diremos que: No se hacen necesarios recursos humanos adicionales, ya que en el tiempo programado seguramente se terminara de recolectar todos los datos necesarios sin necesidad de ayuda extra.

En cuanto al proceso diremos que estamos considerando un margen de tiempo extra en caso de que se presentase cualquier inconveniente

IV.- CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Desde el 20 hasta el 30 de octubre	Desde el 23 hasta el 04 de diciembre	Desde el 04 hasta el 15 de diciembre
1.- Tramites para obtener autorización de las diferentes facultades	X		
2.- Recolección de datos		X	
3.- Estructuración de resultados		X	
4.- Informe final			X

V.-BIBLIOGRAFIA

1. ALVARO ANCRES CANO CORREA JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLON. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la universidad de Manizales Med UNAB 2007
2. CHIRINOS ZERECEDA E. Elaboración del proyecto de investigación cuantitativa no experimental 1ra edición LOPE Perú 2002
3. DSM-IV. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC
4. FARRERAS ROZMAN Medicina Interna Vol. 1, 14 edición. Ediciones Harcourt S Madrid España 2000
5. FERNANDEZ ARANDA F/ TURON GIL V. Trastornos de la alimentación guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Masson España 2004
6. FREYRE ROMAN. La salud del adolescente aspectos médicos y psicosociales. 2da edición editorial UNAS
7. GARCIA CAMBA DE LA MUELA EDUARDO. Psiquiatría medica. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia nerviosa y obesidad. Masson España 2002
8. GOODMAN GILMAN. Las bases farmacologias de la terapéutica Vol. 1 10ma edición. Ediciones McGraw-Hill. Interamericana de España 2003
9. GUYTON HALL. Tratado de fisiología medica Vol. 2. 9na edición. Ediciones McGraw-Hill. Interamericana de España
10. GUZMAN VELASCO MERLY Y MANCHEGO ZEVALLOS ROMMY. "Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Nuestra señora de los Dolores Arequipa.-2005"
11. HARRISON. Principios de Medicina Interna. Vol. 1, 15va edición. Ediciones McGraw-Hill. Interamericana de España
12. HEPP U., MILOS G. Gender Identity Disorder and Ealing disorders int Journal Eating Disorders 2002; 32:473-478
13. HIDALGO GARRIDO NATALIA y ROJAS CÁCERES RAQUEL. "funcionalidad familiar y riesgo a desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes mujeres del distrito de trujillo 2005"

14. RACHEL L: BATTERHAM, M.B., MARK A: Inhibition of food intake in Obese subjects by peptide YY3-36. The New England Journal of Medicine 2003
15. SUSANA QUIROGA, GLENDA CRYAN “Resultados del inventario EDI en adolescentes tardías femeninas contrastarnos de la alimentación. Comparación de tratamientos”. Universidad nacional de San Luis Argentina. Año VIII, numero II 2007
16. TOMAS S MAGDALENO M ELBIO. Manual de medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud 2000

FUENTES DE INTERNET

17. ANOREXIA NERVIOSA: IV. “Ana”, problema de salud pública. Disponible en: http://psicologuio.wordpress.com/2007/10/05/anorexia-nerviosa-iv-problema-de-salud-publica-a-escala-global/#_ftn1
18. ASSUMPTA RIGOLA Y ANNA BASTIDAS. Actualización sobre anorexia nerviosa. Edición Española. Revista Hursein 2003. Disponible en: <http://www.db2.doyma.es/pdf/20/20v21n10a13055697pdf001.pdf>
19. AVALCAB (asociación Valenciana para al lucha contra la anorexia y la bulimia). Anorexia y Bulimia España 2001. Disponible en <http://es.salud.conecta.lt/pdf/valencia.pdf>
20. BUIL RADA, C/ GARCIA LOPEZA/ PONS TUBIO A. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia, España 2001. Disponible en <http://www.sec.es/imagenes/publicaciones/manuales/saludreproductiva/09%20salud20reproductiva%20e.pdf>
- CAMILA BOYERO DE GIMÉNEZ. Bulimia y Anorexia ¿A que llamamos bulimia? Disponible en: <http://www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp>
21. CRISTINA CARRETERO JARDÍ, Coordinadora del programa de formación y prevención de la ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia) (10/10/2005). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): definición y tipologías Disponible en: <http://www.educaweb.com/noticia/2005/10/10/trastornos-conducta-alimentaria-tca-definicion-tipologias-23300.html>
22. DIAZ BENAVENTE, M/ RODRÍGUEZ ORILLA F/ MARTIN LEALC/ HIRUELA BENJUMEA. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. Revista de Salud

Mental. Atención Primaria 2003. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13053467>

23. DIFERENCIA ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml>

24. DR. TURÓN CD PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN publicado en 1999 por Laboratorios Esteve bajo la dirección del con el título: Disponible en: <http://recursos.pnte.cfnavarra.es/~mzubicob/2factanorex.htm>

25. DRA PASCUALA URREOJOLA PEDIATRA. MAGISTER EN NUTRICIÓN. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE Curso salud y desarrollo del adolescente modulo 3 leccion 9 transtornos nutricionales Pontificia universidad católica de chile Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>

26. DRES. M. FERNANDA RAVA*Y TOMÁS J. SILBER Bulimia nerviosa (Parte 1).Historia. Definición, Epidemiología, Cuadro Clínico y Complicaciones Arch.argent.pediatr 2004;102(5)/353. Disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf

27. E. ROCA * Y B. ROCA ** La bulimia nerviosa y su tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn. * Psicóloga. Unidad de Salud Mental. Área 4. ** Médico Internista. Hospital General de Castellón. Disponible en: http://www.comportamental.com/articulos/15.htm#_Toc514341381

28. El medico interactivo PROGRAMA ANUAL 2001-2002 DE FORMACIÓN CONTINUADA ACREDITADA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Disponible en: <http://medynet.com/elmedico/aula2001/tema18/trastornos2.htm>

29. F. J. TINAHONES Y M GONZALO-MARIN. Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria revista de endocrinología y nutrición 2004. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13060921>

30. GARCIA-GARCIA. E / VAZQUEZ-VELASQUEZ V/ LOPEZ ALVARENGA/ ARCILA MARTINEZ. D Validez interna y utilidad diagnostica del eating disorder inventory. Revista de Salud Publica de México 2003. Disponible en http://www.insp.mx/salud/45/453_7.pdf

31. GOMEZ CANDELA C/ DE COS BLANCO A. Manifestaciones clínicas de sospecha de los trastornos de conducta alimentaria. Revista Clínica

Española. Disponible en <http://wdb.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13025146>

32. IÑARRITU PEREZM/ RUZ LICEA V./MORAN ALVAREZ. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de salud Pública y Nutrición 2004. Disponible en <http://www.biblioteca.uanl.mx/uanl/publicaciones/respyn/v/2/ensayos/ensayotca.htm>

33. JAVIER ACEITUNO SOLÍS. La importancia del análisis funcional en la etiología de la anorexia y bulimia nerviosa. Centro de Psicología Grupo Áreas Córdoba – España Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jas/anorexia.shtml>

34. NELLY LUNA AMANCIO. *Los casos de anorexia y bulimia se han incrementado 20 veces*. El Comercio 24 de mayo del 2009. Disponible en: <http://www.elcomercio.com.pe/noticia/290940/casos-anorexia-bulimia-se-han-incrementado-20-veces-ultimos-10-anos-peru>

35. MARINES CAMERO Médica del servicio de Ginecología e integrante del Equipo de Climaterio de O.S.M.A.T.A. Disponible en: http://salud-mujer.idoneos.com/index.php/Trastornos_Alimentarios/Bulimia homepag transtornos alimentario bulimia

36. MOLESTI BAIGES^A JL PIÑOL MORESO^A N MARTÍN VERGARA^A M DE LA FUENTE GARCÍA^A A RIERA SOLÉ^A JM^a BOFARULL BOSCH^A G RICOMÁ DE CASTELLARNAU^A Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas Martes 1 Enero 2008. Volumen 68 - Número 01 p. 18 - 23

37. NILO LAMBRUSCHINI Y ROSAURA LEIS .Trastornos de la Conducta Alimentaria. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/8.pdf>

38. RODRÍGUEZ B/ FERNANDEZ DE CORRES B/ LALAGUNA R Y GONZALES PINTO A. Los trastornos de la conducta alimentaria 2001. Disponible en <http://www.grupoaulamedica.com/aula/saludmental4.pdf>

39. SUARES GONZALES F/ VAZ LEAL FJ. Estudio de hábitos alimentarios en población femenina comparando grupos con patología y sin patología alimentaria. Revista de nutrición. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n5/original5.pdf>



MATRIZ DE SISTEMATIZACION

	Sexo	Edad	Peso	Talla	Nota prom	Ejercicio	Dieta	Perdida P D	Peso deseado	Autoimagen	Actv p de P	Menarquia	Amenorrea
1.	F	22	60	160	I	AE	AD	AP	57	AA	L	11	SI
2.	F	19	50	145	I	AE	ED	DP	50	CA	N	13	NO
3.	F	19	63	169	S	AE	AD	AP	58	AA	L	13	NO
4.	F	19	46	156	B	AE	ED	DP	50	DA	N	13	NO
5.	F	18	62	156	S	BE	AD	AP	55	BA	M	12	NO
6.	F	18	72	166	S	AE	ED	DP	55	AA	B	11	NO
7.	F	18	64	164	I	AE	AD	AP	55	AA	M	14	NO
8.	F	19	65	162	B	AE	DD	DP	56	BA	N	15	NO
9.	F	21	53	153	I	BE	AD	AP	48	AA	L	11	NO
10.	M	20	69	172	N	AE	ED	DP	72	CA	N		
11.	F	18	54	159	S	AE	AD	AP	48	AA	N	12	NO
12.	F	17	46	162	B	AE	C	DP	50	DA	N	11	NO
13.	F	17	64	169	MD	AE	AD	AP	55	AA	M	10	NO
14.	F	18	45	150	S	CE	ED	DP	45	CA	N	12	NO
15.	F	17	56	153	I	AE	AD	AP	50	BA	N	12	NO
16.	F	18	51	152	S	DE	ED	AP	48	CA	N	12	NO
17.	F	17	80	169	I	AE	AD	AP	65	AA	N	12	SI
18.	F	18	51	156	D	DE	AD	AP	48	BA	N	12	NO
19.	F	18	42	154	S	AE	AD	DP	36	AA	N	12	NO
20.	F	19	55	160	I	AE	ED	DP	50	CA	N	13	NO
21.	F	19	50	158	I	AE	AD	AP	47	AA	V	12	NO
22.	F	18	49	154	I	AE	ED	DP	54	DA	N	10	NO
23.	F	17	52	157	S	AE	ED	DP	50	CA	V	12	NO
24.	F	29	58	155	S	AE	ED	DP	55	BA	N	11	NO
25.	F	18	58	155	S	BE	AD	AP	50	AA	N	11	NO
26.	F	18	69	154	I	AE	AD	AP	58	AA	N	13	NO
27.	F	17	67	165	B	AE	ED	DP	67	CA	N	12	NO
28.	F	19	50	159	S	AE	ED	DP	52	CA	N	13	NO
29.	F	17	52	153	S	AE	ED	DP	50	CA	N	11	NO
30.	F	16	53	167	I	DE	BD	DP	45	AA	L	13	NO
31.	F	20	60	162	S	AE	ED	DP	58	CA	N	12	NO
32.	F	20	49	160	S	AE	ED	DP	51	CA	N	14	NO
33.	F	18	47	156	S	BE	ED	DP	48	CA	N	12	NO
34.	F	17	53	153	S	AE	ED	DP	53	CA	N	12	NO
35.	F	19	59	163	I	BE	ED	DP	59	CA	N	12	NO
36.	F	21	56	167	I	BE	BD	AP	53	BA	L	12	NO
37.	F	19	48	160	I	AE	ED	DP	45	BA	L	11	NO
38.	F	22	48	150	N	AE	ED	DP	48	CA	N	14	NO
39.	F	19	63	167	S	AE	ED	DP	55	AA	N	12	NO
40.	F	18	56	163	S	AE	ED	DP	56	CA	N	11	NO
41.	F	17	43	154	B	AE	ED	DP	43	CA	N	13	SI
42.	F	17	49	160	I	AE	ED	DP	45	AA	L	11	NO
43.	F	19	72	159	I	AE	AD	AP	61	BA	P	11	NO
44.	F	18	64	155	I	CE	ED	AP	55	AA	P	13	NO
45.	F	17	55	160	S	DE	AD	AP	49	AA	V	14	NO
46.	F	21	65	160	I	DE	AD	AP	59	AA	V	16	NO
47.	F	18	62	172	I	DE	DD	AP	58	AA	N	13	NO
48.	F	17	55	157	S	CE	ED	DP	55	CA	N	13	NO
49.	F	17	65	169	N	CE	ED	DP	59	AA	N	13	NO
50.	F	19	54	164	M	AE	BD	AP	54	BA	N	11	NO
51.	F	18	52	160	M	AE	ED	DP	55	CA	N	13	NO
52.	F	16	50	160	D	AE	ED	DP	50	CA	P	11	NO
53.	F	18	51	168	M	EE	ED	DP	50	CA	N	14	NO
54.	F	20	50	160	S	AE	ED	CP	60	EA	N	15	SI
55.	F	18	60	161	S	EE	ED	DP	56	CA	N	12	NO
56.	F	21	58	164	M	BE	AD	AP	55	BA	V	11	NO
57.	F	17	50	161	D	AE	BD	AP	50	CA	N	14	NO
58.	F	18	62	170	I	BE	AD	AP	62	BA	N	12	NO

59.	F	17	44	155	D	AE	ED	DP	44	CA	N	13	NO
60.	F	18	48	155	I	EE	DD	AP	47	CA	N	12	NO
61.	F	17	51	155	B	AE	ED	DP	47	CA	N	12	NO
62.	F	18	50	158	I	AE	BD	AP	55	CA	N	12	NO
63.	F	17	61	164	B	AE	ED	DP	60	CA	N	14	NO
64.	F	18	60	160	I	EE	AD	AP	60	BA	V	15	SI
65.	F	18	50	162	I	AE	BD	AP	55	CA	N	12	NO
66.	M	26	80	185	I	AE	BD	BP	75	BA	N		
67.	M	18	73	183	I	BE	BD	DP	70	AA	N		
68.	F	19	47	157	N	AE	BD	AP	50	DA	N	13	NO
69.	F	19	63	160	S	BE	ED	DP	58	BA	N	11	NO
70.	F	20	60	158	S	BE	BD	AP	55	BA	N	14	SI
71.	F	17	50	160	I	AE	ED	DP	46	BA	N	12	NO
72.	F	20	60	158	I	AE	DD	DP	54	BA	E	12	NO
73.	F	18	58	162	S	AE	BD	AP	55	BA	N	10	NO
74.	M	17	70	175	S	EE	ED	DP	60	AA	N		
75.	M	19	65	170	S	BE	ED	DP	70	CA	N		
76.	F	19	50	150	S	EE	AD	AP	45	BA	V	14	NO
77.	M	19	60	162	I	AE	ED	DP	50	BA	N		
78.	F	20	68	155	S	AE	ED	DP	56	BA	N	13	SI
79.	F	18	57	160	I	AE	ED	DP	55	AA	N	13	NO
80.	F	19	50	164	I	EE	ED	DP	49	CA	N	12	NO
81.	M	18	75	173	I	AE	ED	DP	75	CA	N		
82.	F	19	52	167	S	AE	DD	DP	50	AA	N	14	NO
83.	F	18	65	168	S	AE	AD	AP	60	BA	N	11	SI
84.	F	19	55	155	I	AE	ED	DP	55	CA	N	13	NO
85.	M	18	58	171	S	BE	ED	DP	58	CA	N		
86.	F	18	54	159	S	EE	ED	DP	52	CA	N	13	NO
87.	F	18	43	153	S	AE	ED	DP	43	CA	N	12	NO
88.	F	19	49	157	S	AE	ED	DP	49	CA	N	13	NO
89.	F	19	47	150	I	AE	ED	DP	47	DA	N	13	SI
90.	F	19	64	168	S	BE	AD	AP	58	CA	N	12	NO
91.	M	18	66	174	S	CE	ED	DP	66	CA	N		
92.	F	18	51	160	S	AE	ED	DP	50	CA	N	13	NO
93.	F	18	62	168	S	AE	AD	AP	58	AA	N	13	NO
94.	F	17	56	158	S	AE	ED	DP	50	BA	N	12	NO
95.	F	20	59	168	S	AE	ED	DP	55	CA	N	12	NO
96.	M	18	54	158	I	AE	ED	DP	60	DA	N		
97.	F	18	58	162	S	AE	ED	DP	54	BA	N	13	NO
98.	F	18	58	162	B	BE	AD	AP	50	BA	N	12	NO
99.	F	17	47	170	S	BE	ED	DP	47	CA	N	12	NO
100.	F	16	56	162	S	AE	ED	DP	55	CA	N	13	NO
101.	M	20	75	182	I	DE	ED	DP	45	CA	N		
102.	F	20	53	163	S	AE	ED	DP	55	CA	N	11	NO
103.	M	19	64	170	S	AE	ED	DP	64	CA	N		
104.	M	19	64	162	S	BE	ED	DP	60	AA	N		
105.	M	18	80	167	S	AE	ED	DP	65	BA	N		
106.	M	19	99	175	S	AE	ED	DP	70	BA	N		
107.	M	19	68	168	S	AE	ED	DP	68	CA	N		
108.	M	19	78	176	S	AE	ED	DP	75	CA	N		
109.	M	18	68	171	B	BE	ED	DP	68	DA	N		
110.	M	18	65	175	S	CE	ED	DP	65	CA	N		
111.	F	19	57	168	I	AE	DD	AP	54	CA	N	14	NO
112.	F	17	54	160	S	AE	ED	DP	52	AA	N	12	SI
113.	M	17	82	183	I	BE	DD	AP	85	DA	N		
114.	M	19	76	172	I	BE	ED	DP	72	BA	N		
115.	F	17	60	164	S	CE	AD	AP	52	CA	N	13	NO
116.	F	19	63	160	I	AE	BD	AP	55	BA	N	13	NO
117.	F	18	48	152	S	BE	AD	AP	43	AA	N	12	NO

118.	M	21	75	187	S	AE	ED	DP	80	DA	N	
119.	M	19	72	170	S	AE	DD	DP	70	AA	N	
120.	F	22	68	164	I	EE	AD	AP	58	AA	M	11 SI
121.	M	21	65	177	S	AE	ED	DP	65	CA	N	
122.	F	21	55	155	I	BE	DD	AP	53	BA	L	11 NO
123.	M	18	78	189	D	DE	ED	DP	70	CA	N	
124.	M	19	65	164	D	BE	ED	DP	70	CA	N	
125.	F	20	60	170	S	EE	DD	AP	51	BA	M	13 NO
126.	F	20	70	168	I	CE	ED	DP	68	BA	N	12 NO
127.	F	18	70	168	I	CE	CD	AP	65	BA	N	11 NO
128.	F	19	48	164	I	AE	ED	DP	52	DA	N	15 NO
129.	M	24	78	170	I	AE	ED	DP	78	CA	N	
130.	M	18	72	173	I	AE	DD	BP	70	BA	N	
131.	M	19	60	165	S	BE	ED	DP	60	CA	N	
132.	M	20	70	168	S	AE	DD	DP	68	CA	N	
133.	F	19	60	160	S	AE	ED	DP	55	CA	N	11 NO
134.	M	19	75	171	S	AE	ED	DP	70	BA	N	
135.	F	18	60	168	B	AE	ED	DP	60	CA	N	12 NO
136.	F	20	80	175	S	AE	ED	DP	73	AA	N	11 NO
137.	M	19	84	174	I	AE	ED	DP	74	AA	N	
138.	F	17	63	161	I	AE	AD	AP	58	CA	N	10 NO
139.	M	18	62	165	S	AE	ED	DP	65	CA	N	
140.	F	18	54	157	I	AE	ED	DP	50	BA	N	12 NO
141.	M	18	70	165	I	FE	AD	AP	65	CA	N	
142.	M	18	77	180	I	AE	ED	DP	77	CA	N	
143.	M	21	72	177	I	AE	ED	DP	75	CA	N	
144.	M	19	73	175	B	AE	ED	DP	70	CA	N	
145.	M	18	84	179	S	AE	ED	DP	76	BA	N	
146.	F	18	56	160	S	AE	ED	DP	53	CA	N	12 NO
147.	M	24	60	167	I	AE	ED	DP	65	DA	N	
148.	M	17	66	173	S	CE	ED	DP	70	CA	N	
149.	M	17	63	166	S	AE	ED	DP	70	DA	N	
150.	M	21	60	159	S	CE	DD	AP	57	BA	N	
151.	F	19	48	162	S	AE	ED	DP	52	DA	N	12 NO
152.	F	17	52	164	S	AE	ED	DP	54	DA	N	11 NO
153.	F	19	54	159	S	EE	AD	AP	50	BA	L	12 SI
154.	M	18	67	70	S	CE	CD	DP	70	DA	N	
155.	F	19	58	162	S	DE	AD	BP	52	CA	N	13 NO
156.	M	17	78	178	S	DE	AD	BP	79	CA	N	
157.	F	19	55	156	S	EE	AD	DP	50	AA	N	12 NO
158.	M	27	80	175	I	BE	AD	AP	75	BA	N	
159.	F	16	54	156	I	AE	ED	DP	49	BA	N	11 NO
160.	M	18	53	168	S	AE	ED	DP	54	CA	N	
161.	M	18	62	170	S	BE	ED	DP	60	CA	N	
162.	F	18	52	164	I	AE	ED	DP	56	CA	N	10 NO
163.	M	19	68	168	I	BE	ED	DP	72	CA	N	
164.	M	18	78	179	S	BE	ED	DP	75	BA	N	

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x	8x	9x	10x	11x	12x	13x	14x	15x	16x	17x	18x	19x	20x	21x
1.	E	A	F	C	E	B	F	F	B	C	E	C	E	F	F	F	F	C	C	C	E
2.	C	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	F	E	C	A	A	C	C	F	F	C
3.	E	F	F	F	A	A	F	C	C	C	D	F	F	D	D	F	A	C	D	C	B
4.	E	A	A	B	A	A	A	A	A	A	A	F	E	D	E	A	C	A	E	F	A
5.	C	E	F	D	C	E	C	F	E	F	F	A	F	A	B	F	B	F	A	B	F
6.	D	F	A	C	C	B	D	C	F	A	D	A	F	F	D	E	F	A	D	F	A
7.	E	F	F	E	E	C	F	C	C	C	B	A	C	F	E	F	E	A	A	C	B
8.	C	C	E	D	B	C	C	C	E	B	C	C	C	D	B	C	A	C	B	B	B
9.	B	C	D	D	C	D	F	F	C	B	F	D	C	F	B	F	B	B	A	F	C
10.	F	B	C	C	B	B	B	C	A	A	B	E	E	D	E	A	E	D	C	E	B
11.	C	F	C	D	E	D	F	F	E	F	D	C	F	E	B	E	C	C	B	C	D
12.	F	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A	F	F	C	C	D	C	A	E	E	A
13.	F	F	E	D	E	A	F	B	B	E	F	B	B	D	D	F	E	B	B	D	D
14.	C	E	C	A	B	E	C	C	F	A	A	C	C	F	A	C	D	D	E	C	D
15.	D	C	A	B	B	A	F	B	A	B	B	C	F	D	F	D	D	B	B	C	B
16.	F	B	A	A	C	C	C	A	B	A	B	C	C	E	E	C	C	A	C	C	D
17.	B	E	C	C	C	B	F	B	C	B	E	A	B	B	D	F	D	B	F	C	D
18.	C	C	D	F	E	A	D	A	A	B	E	C	F	F	F	F	F	A	A	A	A
19.	B	F	B	B	C	E	F	C	C	C	E	A	F	C	E	F	C	C	F	B	C
20.	C	A	B	A	A	F	E	E	F	C	B	F	F	F	E	F	E	A	F	F	E
21.	B	C	D	B	B	D	E	D	C	D	D	A	F	E	D	D	A	D	A	D	D
22.	C	C	A	A	A	C	B	C	B	E	A	C	A	A	C	A	C	D	A	D	D
23.	C	D	F	E	B	C	C	B	A	C	B	A	E	F	A	F	B	E	A	B	C
24.	E	C	A	C	C	A	D	B	C	A	C	C	C	C	F	C	F	B	B	E	C
25.	B	C	D	B	E	C	F	C	B	C	E	C	C	E	C	E	C	B	C	C	B
26.	C	E	F	B	C	F	C	F	D	C	D	A	D	E	C	F	B	E	A	E	D
27.	F	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F	A	D	A	F	F	D
28.	D	C	D	A	B	D	A	C	A	D	D	C	B	D	C	D	E	A	C	C	B
29.	E	D	F	A	E	D	A	C	A	A	B	C	E	F	D	A	C	C	C	D	C
30.	C	B	F	A	A	B	D	D	C	B	F	C	F	F	E	E	E	C	A	A	C
31.	C	A	C	A	A	B	C	C	A	C	B	F	E	C	F	C	C	A	F	C	C
32.	E	A	C	B	B	C	C	A	A	A	A	E	E	F	F	D	D	D	E	F	C
33.	C	B	E	C	B	C	C	C	B	B	C	C	C	D	C	D	D	B	C	C	D
34.	E	A	A	B	B	B	B	A	A	A	A	F	E	A	E	B	E	A	F	E	B
35.	D	E	C	B	B	C	C	C	C	C	C	B	C	C	E	F	C	B	C	C	C
36.	C	C	B	A	C	B	C	B	B	B	C	C	A	B	F	C	F	B	C	F	B
37.	E	C	A	C	A	C	C	A	B	C	E	C	C	C	C	D	C	A	C	E	C
38.	F	A	A	A	A	B	B	C	A	A	A	F	E	E	D	A	C	A	E	C	B
39.	A	F	B	B	A	B	C	B	F	A	B	A	B	C	D	F	D	B	A	C	C
40.	D	A	C	A	C	A	C	A	D	B	A	F	C	D	B	B	B	C	F	D	C
41.	C	A	A	A	C	B	C	C	C	B	B	F	E	C	C	C	F	B	D	D	D
42.	E	E	C	B	C	A	F	D	A	F	F	B	F	A	C	F	C	E	A	C	C
43.	C	E	B	E	A	A	D	F	F	F	E	A	F	D	E	F	D	D	A	C	C
44.	B	B	C	A	C	A	C	B	F	C	D	F	A	F	B	C	C	A	B	C	C
45.	C	C	A	F	C	B	E	F	C	C	F	C	D	B	C	F	C	C	B	C	D
46.	B	C	F	A	B	A	F	A	F	F	A	F	F	A	F	A	C	C	B	F	B
47.	C	C	D	F	D	D	F	D	E	A	C	C	B	C	F	E	B	C	C	D	C
48.	C	E	F	B	C	F	A	C	A	A	A	C	A	F	F	F	D	A	F	F	A
49.	D	C	E	C	B	C	E	D	F	B	E	B	B	E	C	D	C	B	C	D	C
50.	C	B	B	B	C	A	C	D	A	A	C	F	C	F	E	C	E	A	E	E	D
51.	C	E	E	C	B	E	C	C	C	B	B	D	C	E	C	B	E	B	E	D	C
52.	C	C	D	A	C	B	C	B	B	C	D	C	D	B	C	D	E	C	C	D	D
53.	F	C	D	B	B	A	B	E	D	B	A	B	C	F	D	C	B	D	D	E	D
54.	E	A	F	C	E	B	A	F	B	C	C	C	F	F	F	A	F	C	A	F	F
55.	D	B	C	A	C	B	A	C	B	A	A	D	C	B	D	A	E	A	F	E	B
56.	C	F	F	C	B	A	F	F	A	C	E	A	F	F	B	F	E	D	B	B	D

57.	C	A	B	A	A	A	A	A	A	A	A	F	C	E	F	A	F	F	C
58.	D	F	A	B	D	A	F	C	C	C	F	A	B	F	A	D	C	A	F
59.	E	B	C	B	C	F	A	B	B	B	A	A	A	F	C	A	A	A	F
60.	D	A	A	C	C	C	E	A	C	C	A	A	A	F	C	A	A	A	E
61.	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A	A	A	F	C	A	A	A	E
62.	C	A	D	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	C	A	D	E	C
63.	D	C	B	C	C	B	E	B	C	B	C	D	E	C	F	E	D	E	C
64.	C	B	C	D	B	C	F	A	C	B	F	B	C	F	E	C	D	B	A
65.	D	A	A	A	C	A	A	C	A	A	A	E	A	C	C	A	B	A	F
66.	F	B	C	C	C	C	B	B	A	B	A	E	D	C	C	E	B	E	D
67.	D	C	A	C	B	A	C	A	A	A	B	F	C	C	F	E	B	E	C
68.	E	A	C	B	B	E	C	C	A	B	C	F	D	D	C	D	C	B	C
69.	B	C	B	C	C	C	C	B	B	B	C	E	D	D	D	C	D	B	C
70.	B	D	C	C	D	C	C	A	C	C	D	C	D	E	C	C	D	A	B
71.	F	C	F	F	C	F	D	F	B	C	F	C	F	F	C	C	D	D	B
72.	F	C	A	A	E	B	F	A	C	A	A	C	B	F	C	C	D	F	A
73.	F	C	C	B	B	C	B	B	A	A	B	C	C	F	E	B	F	F	C
74.	C	B	A	A	C	C	C	C	A	A	A	B	B	B	F	A	F	A	C
75.	C	A	D	B	B	F	A	B	A	A	B	F	F	C	C	F	B	B	C
76.	C	F	A	C	C	F	E	A	C	A	F	C	E	C	C	F	C	A	B
77.	F	D	A	A	B	C	C	B	B	S	S	S	C	S	F	S	E	S	F
78.	C	B	D	B	B	C	C	F	C	B	D	B	C	C	C	D	C	C	C
79.	A	B	C	B	C	C	F	A	B	C	B	C	C	F	D	E	C	D	C
80.	C	A	A	B	C	A	C	C	A	A	D	E	C	B	E	B	C	A	E
81.	F	A	C	A	B	A	A	B	A	A	A	F	C	B	D	C	C	A	E
82.	C	A	C	B	B	B	C	C	B	B	C	D	B	E	E	D	E	C	D
83.	B	C	D	C	C	F	F	D	A	A	C	C	B	F	D	F	F	A	D
84.	E	C	B	B	B	C	C	E	B	B	D	D	C	C	D	D	C	A	E
85.	C	B	C	B	C	D	B	B	B	C	B	D	C	E	B	C	D	A	D
86.	D	B	E	C	C	C	B	C	A	B	B	D	D	E	B	C	C	B	C
87.	E	C	B	A	C	A	B	C	A	A	D	C	E	C	B	E	E	B	B
88.	F	A	C	C	B	C	A	C	A	A	A	F	C	C	C	A	E	B	F
89.	F	C	C	A	D	A	A	C	A	B	A	C	A	C	B	E	C	B	B
90.	C	F	C	C	B	A	C	D	C	A	F	B	C	A	B	F	B	B	C
91.	C	B	A	D	C	A	B	A	A	A	A	F	C	A	E	B	C	A	F
92.	D	C	C	B	C	B	B	C	B	B	C	D	D	C	D	C	D	B	C
93.	C	C	B	C	C	A	E	B	D	B	D	C	B	B	C	F	C	C	B
94.	D	B	A	C	C	B	C	B	B	F	C	E	E	E	F	C	E	A	C
95.	E	A	C	C	B	B	C	B	C	C	B	B	C	C	E	B	E	B	E
96.	F	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A	F	A	F	F	A	D	A	F
97.	B	C	E	B	C	D	D	C	C	C	C	C	C	E	C	C	E	C	C
98.	B	C	A	A	D	C	D	C	C	B	C	D	F	C	D	D	C	E	C
99.	C	C	D	D	B	C	D	C	B	C	C	C	A	D	C	C	C	D	C
100.	E	B	C	A	B	A	B	B	A	B	A	E	B	E	E	B	E	A	E
101.	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	C	D	A	D	A	D
102.	F	B	A	B	A	A	A	A	A	A	A	E	D	C	F	A	E	A	F
103.	C	A	A	A	B	B	B	A	A	A	A	F	A	F	F	A	E	B	E
104.	C	B	C	A	C	B	C	E	E	B	B	E	C	E	D	C	C	A	B
105.	C	C	A	A	C	C	D	B	B	A	C	F	C	E	F	D	E	A	E
106.	C	A	A	E	E	E	C	A	F	F	F	C	A	A	F	F	F	F	F
107.	E	C	C	B	C	C	C	A	B	B	C	C	C	A	F	C	A	A	F
108.	D	C	B	B	C	B	B	B	B	B	A	C	C	B	C	B	D	A	D
109.	C	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	D	B	F	E	B	E	A	F
110.	F	A	A	A	C	A	A	E	A	A	A	F	A	A	F	A	D	B	E
111.	F	A	B	C	C	A	C	A	B	A	B	F		C	C	E	B	B	C
112.	D	B	B	C	C	B	E	B	A	A	C	E	E	B	E	E	E	A	C
113.	C	D	A	B	B	C	C	B	B	B	A	C	E	E	C	B	D	B	D
114.	C	D	B	B	B	B	D	A	B	B	A	B	B	B	D	B	D	B	D
115.	A	D	B	F	C	E	D	B	B	B	E	C	E	D	C	F	D	C	B

116.	C	C	A	C	B	A	C	A	B	B	C	F	E	E	C	E	E	A	C	D	C
117.	C	C	A	B	C	A	D	B	A	A	A	A	B	A	D	D	C	A	B	C	A
118.	F	D	A	A	B	C	A	C	A	A	A	D	D	D	F	B	C	A	E	E	B
119.	D	C	B	A	A	B	C	A	B	A	A	C	E	C	F	B	E	B	C	E	B
120.	C	D	E	F	E	E	F	F	C	E	F	B	F	F	C	D	C	C	B	E	C
121.	C	B	A	D	B	A	C	B	C	A	A	F	E	E	A	E	E	B	E	E	A
122.	D	E	C	B	C	D	C	C	B	B	C	B	C	E	D	E	D	B	E	E	C
123.	C	C	A	C	C	C	C	B	A	A	A	B	A	C	C	B	D	A	D	E	B
124.	E	A	A	A	C	C	B	C	A	A	A	F	C	C	B	A	D	B	F	D	C
125.	B	E	A	F	C	A	F	A	C	D	F	B	C	A	D	F	C	A	A	B	C
126.	F	C	C	B	A	C	C	A	A	B	A	C	B	F	F	A	F	A	F	E	B
127.	C	A	A	A	B	A	C	B	A	A	C	D	C	C	C	C	C	A	C	F	C
128.	C	A	F	B	E	F	D	C	B	B	D	E	B	F	C	C	C	C	C	C	C
129.	C	A	A	A	C	B	A	A	A	A	A	F	E	C	F	A	C	A	F	F	C
130.	C	C	F	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
131.	E	B	B	B	A	C	A	B	C	A	B	D	B	E	E	E	D	B	E	D	B
132.	F	C	B	B	C	C	B	B	A	B	C	D	D	E	D	D	C	C	E	E	C
133.	F	F	C	A	C	C	B	B	B	B	A	F	C	D	E	A	E	A	F	D	B
134.	C	B	C	C	E	C	B	C	C	B	C	C	D	D	C	B	C	E	D	C	C
135.	F	B	A	A	C	A	A	A	A	A	A	F	F	C	F	A	E	A	F	E	A
136.	D	C	C	B	C	B	E	A	D	B	B	C	D	E	E	E	D	B	B	D	B
137.	C	B	A	A	A	A	C	A	A	A	A	F	C	C	E	A	E	A	C	E	B
138.	C	C	D	C	C	C	D	B	E	B	C	E	E	D	E	C	E	C	C	E	C
139.	E	C	B	B	B	B	B	A	A	B	B	D	C	B	D	A	B	A	F	D	B
140.	E	C	A	B	C	E	E	A	B	C	E	C	C	C	C	C	F	B	C	C	B
141.	C	A	B	A	C	C	D	C	C	B	E	C	C	C	B	C	C	C	C	C	B
142.	D	B	A	B	C	B	B	D	B	A	B	E	B	C	C	C	C	C	C	E	B
143.	E	C	A	C	B	C	A	C	A	B	A	C	D	B	C	B	C	B	E	C	C
144.	C	B	B	B	A	B	B	C	B	B	C	D	D	C	B	C	B	E	C	D	C
145.	A	C	F	A	D	E	D	A	A	B	B	B	B	D	C	B	B	D	B	C	A
146.	F	C	A	A	B	A	A	A	B	A	C	D	E	B	F	A	F	B	E	F	B
147.	D	A	A	B	C	C	A	C	A	B	A	F	C	C	C	A	C	A	E	D	C
148.	C	B	B	D	B	A	B	B	A	A	D	D	E	E	E	C	D	A	D	D	C
149.	D	A	A	C	C	A	A	A	A	A	A	F	E	E	E	C	E	A	C	E	A
150.	E	C	B	B	C	B	D	D	C	A	C	D	F	C	C	D	C	B	C	D	C
151.	F	A	B	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	C	C	B	F	A	D	E	D
152.	F	A	B	C	A	C	A	C	A	A	A	F	E	E	F	A	E	A	E	E	A
153.	C	B	A	A	C	A	F	F	F	A	C	C	F	F	C	F	B	A	C	C	C
154.	B	A	A	A	D	C	D	E	E	B	B	E	C	D	D	C	D	B	B	C	C
155.	C	A	C	A	C	C	D	C	B	A	C	F	D	E	D	D	D	A	C	C	D
156.	B	E	F	B	A	F	C	C	B	B	A	D	F	F	B	D	D	C	D	D	C
157.	B	D	B	A	C	E	E	C	D	B	C	B	D	C	C	E	D	B	C	D	B
158.	C	B	A	A	C	C	E	C	C	A	C	E	C	C	E	E	C	C	C	E	B
159.	C	B	A	C	B	F	C	A	C	C	B	E	E	B	F	D	E	C	C	E	B
160.	C	C	B	B	C	C	B	C	C	C	B	D	C	B	C	C	C	C	C	C	C
161.	C	A	C	B	C	B	C	C	A	A	B	E	C	F	C	C	D	A	D	E	C
162.	B	C	B	A	A	B	A	C	B	C	A	C	E	F	D	C	C	B	F	D	C
163.	C	C	F	C	B	C	C	F	E	C	A	F	F	F	C	C	C	C	C	F	C
164.	D	D	D	E	D	D	E	D	D	D	E	C	C	E	C	D	C	D	C	C	E

	22x	23x	24x	25x	26x	27x	28x	29x	30x	31x	32x	33x	34x	35x	36x	37x	38x	39x	40x	41x	42x
1.	A	C	F	C	F	C	F	F	C	C	F	C	A	F	C	F	C	C	A	B	C
2.	F	E	B	A	F	B	A	F	F	F	A	A	C	E	C	C	A	F	A	A	F
3.	E	C	A	F	F	C	A	F	C	F	F	A	B	F	C	C	C	D	F	A	C
4.	B	E	A	A	E	A	A	E	B	E	A	A	A	C	A	F	A	B	B	A	E
5.	F	A	F	E	A	F	E	F	B	B	F	F	F	E	E	A	B	A	B	F	B
6.	D	E	A	D	D	A	A	E	F	E	F	A	D	C	E	E	B	A	C	A	F
7.	C	F	A	E	C	A	A	F	E	E	C	C	B	C	B	D	D	C	C	B	F
8.	A	C	D	C	B	B	A	B	B	A	C	B	D	D	E	C	C	A	C	B	E
9.	C	D	B	D	D	B	A	E	C	C	F	C	A	E	C	D	B	A	B	A	F
10.	B	C	E	B	E	A	B	E	A	E	B	B	C	D	E	F	B	C	C	A	F
11.	C	C	C	D	D	F	D	F	B	A	F	C	C	F	F	C	D	C	E	D	C
12.	D	B	A	A	D	A	C	F	E	C	A	A	C	F	A	F	A	C	C	A	E
13.	E	E	D	F	D	C	C	E	D	D	E	E	D	C	C	D	A	C	D	D	C
14.	A	C	B	A	D	B	A	E	B	C	A	C	B	B	A	C	A	B	D	C	E
15.	C	E	B	B	E	B	B	E	A	F	E	B	B	C	B	B	B	E	E	A	E
16.	B	C	A	D	A	C	D	A	A	C	A	D	A	B	C	C	E	D	B	B	C
17.	C	C	B	E	C	B	B	C	E	C	F	D	B	D	D	C	C	B	D	B	D
18.	A	F	A	D	A	C	A	F	A	B	C	D	E	F	F	E	C	C	E	B	A
19.	C	C	C	F	C	B	B	B	C	E	F	D	B	B	E	E	E	E	D	F	F
20.	D	D	E	E	E	A	A	F	F	F	F	D	D	D	E	F	A	E	A	A	F
21.	B	D	B	B	B	B	B	E	B	D	B	B	B	B	B	B	B	B	C	C	C
22.	E	C	E	A	C	A	A	C	C	A	A	A	C	B	E	E	A	B	A	A	C
23.	A	B	E	D	E	C	D	E	B	B	D	C	C	F	F	A	F	A	B	B	C
24.	A	E	A	A	E	A	C	C	A	C	C	A	A	F	C	F	C	F	A	A	F
25.	C	D	C	C	C	B	C	F	F	C	C	E	C	D	E	C	D	C	C	D	E
26.	A	C	A	C	C	C	C	F	F	C	E	F	E	F	F	C	E	A	B	A	E
27.	F	F	A	A	F	A	A	F	F	D	A	A	A	D	A	F	D	D	A	A	F
28.	C	B	B	A	D	C	A	E	E	B	D	C	D	D	E	C	A	C	A	D	E
29.	B	C	A	B	C	B	C	F	C	C	B	B	C	B	E	D	B	E	C	B	C
30.	A	D	C	C	B	C	A	A	C	D	D	C	C	C	C	A	A	A	C	B	A
31.	C	E	A	A	E	A	A	C	F	F	C	C	A	A	C	E	A	C	C	A	E
32.	A	F	A	C	C	A	A	F	C	F	A	A	C	C	C	C	F	C	A	A	F
33.	B	B	B	C	D	B	B	D	D	C	B	C	B	C	C	D	C	B	C	B	D
34.	B	F	A	A	E	A	B	E	E	F	B	A	B	B	C	F	A	D	B	A	F
35.	B	C	A	C	D	B	D	C	F	C	C	B	B	C	C	D	C	C	C	B	C
36.	B	F	F	C	F	B	B	F	F	F	A	A	A	A	C	F	C	F	A	A	F
37.	F	C	A	C	E	A	A	C	A	F	C	A	A	A	A	F	C	B	B	A	F
38.	E	E	B	A	C	A	A	D	E	F	A	A	B	F	B	E	B	B	C	A	F
39.	C	B	A	C	C	B	B	E	C	B	E	C	E	C	C	C	B	C	B	B	C
40.	A	B	A	A	E	A	C	F	B	D	A	A	C	B	C	E	B	C	B	A	F
41.	D	E	A	C	D	C	A	E	E	D	B	B	B	B	C	E	A	D	B	A	F
42.	C	F	F	F	C	C	A	F	C	A	F	F	F	C	C	A	C	C	A	F	C
43.	B	C	F	F	B	C	A	E	D	C	F	B	A	E	F	B	C	C	C	D	B
44.	C	A	A	C	C	C	A	C	A	C	C	C	D	C	C	B	B	C	C	C	E
45.	F	E	F	E	C	D	B	B	E	C	F	C	D	B	E	C	E	F	C	C	C
46.	F	F	F	F	A	F	F	F	E	A	F	F	F	F	F	A	C	C	F	A	F
47.	C	C	D	C	C	A	D	C	D	F	C	C	B	D	C	C	C	C	B	B	C
48.	C	C	A	C	F	A	A	F	F	F	A	C	C	D	C	F	A	C	B	A	F
49.	B	C	B	C	D	A	B	F	C	B	D	C	C	B	B	D	B	B	C	B	F
50.	A	F	A	B	F	A	B	E	A	C	B	B	B	E	C	F	B	C	D	A	F
51.	B	D	B	C	C	B	A	E	F	C	B	C	B	C	C	F	B	B	C	B	F
52.	B	E	E	C	C	D	B	F	B	C	C	C	C	B	E	C	D	C	D	D	B
53.	A	B	A	B	C	B	A	B	D	E	B	F	E	E	B	E	B	C	B	A	E
54.	F	A	A	C	F	C	F	F	E	C	A	C	C	E	C	C	C	B	C	A	D
55.	B	F	B	B	F	A	B	C	F	C	B	A	A	C	B	F	A	B	B	A	F
56.	C	A	C	E	C	C	E	C	C	E	F	C	D	B	F	A	C	C	C	E	B

57.	A	F	A	A	F	A	A	E	E	E	A	A	E	B	A	F	A	A	F	A	F	A	F
58.	A	C	C	C	B	A	C	A	C	F	A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
59.	A	C	C	A	C	A	A	C	F	A	A	C	C	E	F	F	A	C	C	A	A	F	B
60.	A	E	A	A	A	A	A	C	F	C	A	A	C	F	E	C	E	A	C	A	A	F	F
61.	B	C	A	A	C	A	A	A	F	E	A	C	F	C	E	E	F	C	A	A	A	F	F
62.	A	F	A	C	F	B	A	F	E	E	A	F	D	B	C	E	F	D	D	C	A	B	F
63.	C	F	A	D	D	B	C	D	F	F	C	B	C	C	B	F	B	D	D	C	B	F	F
64.	B	E	E	D	D	D	F	F	F	F	D	D	B	D	C	D	C	D	F	C	A	B	F
65.	C	D	A	A	D	A	A	B	F	F	A	A	C	A	C	C	E	F	A	C	A	B	F
66.	E	C	C	A	F	A	B	F	F	C	A	A	C	C	B	B	E	F	C	C	B	B	F
67.	A	E	A	E	E	A	A	A	E	C	B	A	B	B	B	E	F	C	C	A	B	F	F
68.	C	D	A	C	D	B	A	F	C	E	A	C	C	D	F	E	E	A	C	E	C	E	F
69.	C	D	C	C	D	C	B	D	C	C	C	B	B	C	B	E	B	C	C	C	D	F	E
70.	A	C	A	C	C	B	A	C	E	B	C	A	C	C	D	D	B	B	C	C	C	E	D
71.	A	C	D	C	D	C	D	C	E	C	D	D	C	D	F	C	D	B	C	C	C	C	D
72.	B	F	A	A	F	A	A	F	F	F	C	A	C	E	C	F	B	C	A	C	A	F	F
73.	C	E	B	B	E	A	B	F	E	D	C	A	B	E	C	E	B	C	A	A	B	F	F
74.	A	F	A	A	F	A	A	F	F	C	A	A	A	E	E	F	A	A	C	A	A	C	F
75.	A	C	C	C	C	B	A	E	F	E	A	E	D	E	D	E	B	A	A	A	C	C	E
76.	B	F	A	F	D	A	C	F	F	B	F	C	C	B	E	C	E	D	E	C	C	E	E
77.	E	E	A	A	E	A	C	F	E	F	A	A	E	C	C	F	C	C	C	C	A	F	E
78.	C	E	B	B	C	B	B	D	E	D	C	C	C	C	D	D	B	A	B	B	B	E	D
79.	C	D	D	E	D	C	C	D	C	E	D	B	B	C	D	E	C	D	D	A	C	A	E
80.	A	E	A	B	E	A	C	B	E	E	B	F	B	B	C	C	B	D	A	A	A	E	F
81.	C	E	A	B	F	A	A	E	B	F	A	A	B	D	E	F	A	E	A	A	A	F	F
82.	A	D	A	C	C	A	B	E	E	D	B	C	D	C	C	E	C	A	C	A	A	F	F
83.	A	F	A	B	B	A	D	A	F	D	B	A	C	F	A	F	A	A	C	A	A	F	F
84.	C	D	A	B	A	C	E	A	C	A	D	B	E	C	B	E	C	B	E	C	A	D	E
85.	C	C	A	B	C	B	B	D	C	D	C	B	D	C	E	B	B	C	D	A	E	E	F
86.	C	C	C	C	E	A	B	F	D	A	A	E	E	E	F	D	B	C	E	C	E	E	F
87.	D	E	A	C	D	B	C	D	F	E	B	C	B	C	C	F	B	D	B	A	F	E	D
88.	A	C	A	A	D	A	D	C	B	C	A	C	C	C	A	E	A	C	A	A	A	E	E
89.	A	D	A	D	C	A	A	C	E	D	A	A	C	A	E	E	C	B	A	A	A	E	C
90.	A	D	A	F	C	A	B	E	E	D	B	F	B	D	B	C	A	A	A	A	A	E	C
91.	C	B	A	B	E	A	A	E	F	C	A	A	B	C	B	C	F	E	A	A	A	F	E
92.	B	E	B	C	C	B	B	E	F	E	C	C	B	C	C	E	B	C	B	A	A	E	E
93.	C	D	B	D	D	C	D	E	F	D	E	C	D	D	D	C	E	F	E	D	E	E	F
94.	A	F	A	C	F	A	C	F	E	F	C	A	A	B	B	F	C	F	B	A	F	F	F
95.	C	E	A	B	E	B	B	C	E	E	B	B	B	C	C	E	B	C	C	A	F	F	F
96.	F	F	A	A	F	A	A	F	F	F	A	A	A	A	A	F	A	F	A	A	A	F	F
97.	A	B	C	C	C	C	A	D	E	C	C	C	C	C	B	C	A	A	C	B	D	F	D
98.	C	D	A	C	E	A	A	F	A	D	C	C	C	E	F	E	A	C	C	B	F	F	F
99.	B	B	A	A	C	B	A	A	B	C	A	A	C	C	B	E	E	D	C	B	F	E	E
100.	A	E	B	B	E	B	A	E	F	F	A	A	A	B	B	F	A	B	B	A	A	E	C
101.	A	D	A	A	B	A	A	A	D	A	B	A	C	B	A	C	A	A	A	A	A	C	F
102.	B	E	A	A	E	A	A	E	F	E	A	A	B	A	C	E	C	B	A	A	A	F	F
103.	A	F	A	A	E	A	A	C	F	E	A	A	A	A	A	F	A	F	A	A	A	F	F
104.	C	D	A	B	D	A	D	D	E	D	C	A	C	B	E	F	A	D	B	A	A	F	F
105.	D	E	A	B	E	A	C	D	C	D	C	B	B	C	D	F	B	C	B	A	F	E	A
106.	A	F	C	C	F	C	F	A	A	A	B	B	A	C	A	F	F	F	C	A	F	A	F
107.	B	E	C	B	D	B	C	E	B	E	A	C	C	C	C	D	A	B	A	A	F	F	F
108.	D	D	B	B	F	A	A	D	D	D	B	A	C	B	B	E	B	C	B	A	A	F	F
109.	B	E	B	B	E	A	B	E	F	C	E	B	B	B	B	E	B	D	B	B	F	F	F
110.	D	F	A	A	F	A	C	A	F	F	C	A	C	C	C	E	A	E	F	A	F	F	F
111.	A	D	A	C	D	B	A	B	D	C	C	A	C	C	C	D	C	D	B	C	B	E	F
112.	B	E	B	C	C	B	C	E	E	D	C	C	C	C	C	D	A	B	C	B	B	E	F
113.	D	D	B	B	C	B	D	E	F	E	B	B	B	D	C	F	A	B	B	B	B	F	F
114.	B	C	A	A	C	B	A	B	E	C	B	B	B	E	B	E	A	C	A	B	B	E	F
115.	D	E	C	D	D	C	B	F	F	E	D	C	B	C	E	E	B	B	C	B	B	E	E

116.	C	E	B	C	B	A	D	C	F	C	D	E	C	D	C	C	B	E	C	F	D
117.	A	C	A	C	C	A	A	D	D	B	C	C	C	C	D	B	C	A	A	A	D
118.	D	B	A	A	F	A	A	C	F	E	A	A	C	C	B	B	C	D	C	A	F
119.	C	F	A	B	E	B	D	E	F	D	C	A	B	B	C	F	D	E	C	A	F
120.	B	C	C	D	C	D	A	F	B	F	F	B	B	E	F	C	E	C	D	E	C
121.	C	E	A	A	C	A	B	F	E	F	B	B	B	F	B	C	C	A	A	A	F
122.	B	E	B	E	E	A	B	C	C	B	D	C	C	D	C	C	B	B	C	B	E
123.	C	E	A	C	F	A	A	E	F	E	A	A	A	A	C	C	C	C	C	A	F
124.	C	C	A	A	C	A	C	E	F	F	A	A	A	C	B	E	F	C	C	A	F
125.	A	F	A	E	D	C	C	F	B	C	F	A	A	D	D	D	F	B	A	A	F
126.	C	F	A	A	F	A	A	B	F	F	A	A	A	A	C	A	A	C	A	A	F
127.	C	D	A	A	C	A	B	C	F	F	A	A	A	C	C	D	F	A	A	A	F
128.	C	C	C	C	C	B	B	D	D	C	C	C	C	C	C	C	D	C	C	B	D
129.	E	F	A	A	F	A	A	C	F	F	A	A	A	A	A	A	F	A	F	D	F
130.	B	C	D	C	C	C	C	B	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
131.	D	E	B	C	E	A	B	D	F	D	B	B	B	B	C	B	E	B	C	B	C
132.	B	D	A	A	D	B	D	D	B	C	B	B	B	C	D	E	F	D	C	B	E
133.	B	D	C	B	E	A	B	E	C	E	A	C	B	B	B	E	C	B	B	B	E
134.	B	C	B	B	C	B	A	C	E	D	B	C	C	C	D	C	B	B	B	C	E
135.	A	F	A	A	E	A	A	D	F	E	A	A	B	B	F	A	A	A	A	F	F
136.	C	B	B	C	E	A	B	D	A	B	C	A	A	B	C	B	C	C	B	A	E
137.	C	F	A	A	F	B	A	E	E	E	A	A	A	C	B	F	A	C	A	A	F
138.	A	F	B	C	E	B	A	E	F	D	E	B	B	C	C	C	F	B	B	C	E
139.	B	E	A	A	C	A	A	F	E	E	A	A	C	C	C	C	E	B	C	B	E
140.	A	E	B	B	C	B	C	E	E	C	B	B	B	C	C	C	D	B	B	B	D
141.	B	E	A	E	F	C	B	F	E	E	C	B	C	C	C	C	C	C	C	A	F
142.	B	C	C	B	E	B	B	E	B	C	C	A	D	C	C	C	D	C	B	B	F
143.	C	D	B	B	D	C	B	D	E	C	A	C	C	C	C	D	C	D	C	B	D
144.	C	B	B	B	C	B	C	E	A	D	C	B	D	C	C	D	B	C	B	B	E
145.	C	B	B	B	D	B	B	F	E	C	C	A	D	D	E	D	B	B	B	B	D
146.	A	F	A	A	F	A	A	D	F	E	B	A	C	D	D	F	A	E	A	A	F
147.	C	F	A	B	E	A	C	F	F	F	C	A	A	C	C	F	A	C	A	B	E
148.	B	C	A	C	D	B	B	D	E	D	B	B	B	B	C	D	B	C	B	A	E
149.	A	A	A	A	F	A	A	F	F	E	A	A	A	A	C	F	A	E	B	A	F
150.	B	D	C	C	D	B	C	E	D	C	D	C	D	D	D	E	D	E	C	B	E
151.	D	E	A	C	F	A	C	E	F	C	A	C	B	E	C	E	C	D	A	A	F
152.	C	F	A	A	F	A	A	F	F	B	A	A	A	C	C	F	A	C	A	A	F
153.	A	C	A	C	B	A	A	C	E	F	C	F	F	C	C	D	A	C	A	A	F
154.	D	E	D	A	C	B	A	F	F	D	B	C	D	C	D	E	A	E	A	B	F
155.	B	E	C	C	E	A	B	E	C	C	C	A	B	D	C	E	A	D	B	A	E
156.	A	D	B	D	C	B	B	E	E	D	B	C	C	D	E	C	E	A	B	C	D
157.	D	C	D	D	E	B	A	E	C	B	D	B	D	C	C	D	A	C	A	B	E
158.	C	A	A	B	E	A	C	C	D	D	C	D	A	C	D	D	B	C	A	A	F
159.	A	E	A	D	E	B	A	F	F	E	C	B	A	D	E	E	B	A	B	E	E
160.	C	C	B	B	C	C	B	C	D	C	C	C	C	C	D	C	C	C	C	B	C
161.	B	D	A	A	E	A	A	E	D	D	B	A	B	C	C	E	C	C	C	B	F
162.	A	D	A	A	C	B	A	F	D	E	A	C	A	C	E	C	C	C	A	B	F
163.	B	C	F	A	B	A	A	F	F	E	A	C	A	D	C	E	D	D	A	A	F
164.	C	C	C	E	B	D	B	E	D	D	E	E	C	E	D	D	D	C	D	E	D

	43x	44x	45x	46x	47x	48x	49x	50x	51x	52x	53x	54x	55x	56x	57x	58x	59x	60x	61x	62x	63x	64x
1.	F	F	F	C	C	F	F	F	F	A	A	F	C	E	A	F	A	E	F	D	F	A
2.	E	C	A	A	A	D	A	F	A	E	A	E	A	C	C	F	A	A	A	A	E	A
3.	F	C	E	A	D	C	F	F	B	B	A	A	B	C	D	A	E	B	B	D	B	F
4.	E	A	A	A	A	E	A	F	B	C	A	B	C	A	B	C	A	A	A	C	A	B
5.	F	B	F	F	F	F	F	B	E	F	F	B	A	F	B	A	A	A	B	A	C	E
6.	F	C	E	B	A	C	C	F	D	F	B	F	F	A	D	C	C	C	A	C	E	C
7.	F	E	E	A	A	E	F	E	A	A	A	A	C	A	F	C	E	D	A	D	D	A
8.	F	C	E	A	B	F	B	D	A	F	A	C	B	B	B	B	D	B	C	B	E	B
9.	F	C	A	C	F	F	F	F	E	C	D	C	B	A	D	C	C	C	C	B	D	C
10.	F	C	B	A	B	C	A	F	E	E	A	E	E	B	E	C	A	D	A	A	F	B
11.	F	C	B	B	E	D	E	C	E	F	C	C	D	F	E	C	C	E	E	C	D	C
12.	F	B	A	A	C	E	A	F	A	B	A	C	B	A	E	B	A	A	A	B	D	A
13.	D	C	C	E	B	C	F	E	E	E	A	D	E	C	A	C	A	D	E	D	F	C
14.	E	C	B	A	D	E	C	D	E	E	A	E	B	F	C	C	A	E	A	F	F	B
15.	E	B	B	C	B	B	D	F	E	B	A	B	E	A	F	B	A	B	C	F	A	C
16.	D	A	C	B	D	B	C	D	B	C	B	B	A	D	B	C	B	A	A	C	B	A
17.	E	D	D	D	E	F	C	D	E	C	C	B	A	B	C	B	E	D	F	A	D	E
18.	C	D	C	C	D	B	D	A	D	A	D	E	D	B	A	D	F	C	E	C	B	A
19.	E	B	B	B	D	B	E	F	F	E	B	A	B	E	E	C	C	E	C	E	E	E
20.	F	E	F	D	A	E	A	F	F	F	A	E	A	A	E	E	D	F	A	A	F	A
21.	F	C	B	D	D	B	D	E	C	C	B	D	B	D	C	B	A	C	D	B	C	A
22.	F	C	A	C	A	F	A	F	C	C	A	A	A	C	C	D	A	E	B	A	C	A
23.	F	B	F	B	F	F	F	C	F	F	C	C	C	F	C	A	C	C	C	A	C	C
24.	F	F	A	A	C	A	D	F	C	A	A	A	C	A	F	C	A	C	C	F	A	A
25.	F	C	C	C	C	D	C	E	C	F	C	C	D	C	C	C	C	C	C	C	D	C
26.	E	B	E	C	E	F	C	F	E	C	A	F	C	E	D	A	A	E	A	D	A	A
27.	F	D	D	A	A	D	A	F	A	F	A	D	F	A	F	D	A	D	A	F	F	A
28.	E	B	B	B	A	B	E	C	B	D	A	A	B	A	B	C	B	D	A	B	A	A
29.	E	C	B	A	B	C	B	E	B	C	A	B	F	A	C	A	A	C	A	F	F	A
30.	F	C	C	B	D	C	B	C	C	A	B	A	C	A	C	A	C	C	A	C	B	C
31.	F	C	C	A	A	A	A	E	C	C	A	E	E	A	E	C	E	E	A	F	A	A
32.	E	A	F	A	A	C	C	F	F	C	A	A	A	E	A	F	A	C	A	F	E	A
33.	D	D	B	C	C	D	C	E	B	C	C	C	B	B	C	B	B	C	C	C	C	C
34.	E	B	A	B	B	B	B	F	A	A	B	B	F	A	E	A	A	A	B	F	D	A
35.	D	C	B	B	C	C	B	C	C	B	B	C	C	C	C	C	B	C	B	B	B	C
36.	F	A	A	C	F	A	F	F	C	F	A	A	F	A	F	F	A	A	A	F	F	A
37.	F	C	B	C	B	A	A	F	F	F	A	F	C	E	D	B	C	A	A	C	C	C
38.	F	C	C	C	B	C	B	F	B	E	A	B	A	E	C	E	E	C	A	B	B	A
39.	C	C	A	E	A	B	B	B	B	B	B	C	C	C	C	B	A	B	B	A	C	B
40.	F	A	B	E	B	B	A	F	C	C	A	C	C	E	B	A	E	E	D	B	E	A
41.	F	C	A	A	C	B	B	F	C	B	A	C	D	B	D	C	A	E	A	B	D	A
42.	F	F	F	C	A	C	F	C	A	F	A	A	E	C	C	A	E	A	A	A	A	E
43.	E	E	F	B	B	C	D	C	F	C	A	B	A	C	D	B	B	C	C	B	C	F
44.	E	C	E	A	B	E	E	B	C	C	C	C	B	C	C	C	E	C	E	A	E	A
45.	E	E	A	E	E	A	F	C	B	E	E	C	A	C	C	E	B	B	F	A	C	F
46.	F	C	F	C	F	C	C	A	F	C	F	C	F	A	A	B	B	C	F	C	F	F
47.	C	C	C	B	B	F	C	C	C	F	B	C	B	C	C	B	F	C	C	F	C	C
48.	F	B	F	C	A	F	D	F	A	C	A	A	F	A	F	F	C	D	C	F	A	C
49.	D	C	E	B	C	E	B	F	E	D	B	B	D	B	C	B	D	C	B	A	C	C
50.	E	C	C	E	D	C	C	F	E	C	A	C	B	B	B	C	B	C	B	C	D	C
51.	C	D	A	B	C	B	B	F	C	B	A	B	E	B	E	B	A	C	A	F	B	A
52.	C	C	B	C	C	D	D	E	C	C	C	C	C	B	D	C	C	C	B	C	D	A
53.	E	E	E	C	A	C	B	E	F	C	A	C	C	B	E	D	E	A	B	B	A	B
54.	F	F	B	C	F	F	B	F	E	D	A	D	C	E	D	A	A	F	A	A	A	A
55.	F	C	A	A	A	B	B	E	E	C	A	A	D	A	D	C	A	C	A	D	F	A

56.	C	D	E	E	E	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	D	D	C	D	C	D	D
57.	C	A	A	E	A	A	A	F	E	E	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	F	A	A	D
58.	F	F	F	C	C	A	C	F	C	C	A	A	B	F	C	C	C	D	E	C	A	C	A	A
59.	C	C	A	A	A	F	A	F	A	A	A	A	B	C	A	C	C	A	C	A	A	C	A	A
60.	F	F	F	A	A	A	F	C	A	A	A	B	B	C	A	C	C	A	C	A	F	E	A	A
61.	A	C	A	A	C	C	C	F	A	B	A	B	B	F	A	E	F	A	A	C	E	B	A	A
62.	F	E	A	A	A	D	A	F	A	E	A	B	B	F	A	A	F	A	B	E	F	F	A	A
63.	E	C	C	C	C	C	E	F	D	D	B	B	D	D	B	F	D	D	D	C	A	F	E	E
64.	B	C	C	F	C	B	F	D	C	D	F	D	D	E	E	E	E	C	A	E	E	E	E	D
65.	F	A	A	A	A	B	A	A	F	A	D	A	A	F	A	D	E	C	A	A	F	C	A	A
66.	F	B	A	B	C	C	A	F	B	E	A	B	B	C	C	E	D	A	B	A	E	F	C	C
67.	F	B	A	C	B	C	D	F	A	E	B	E	E	C	E	C	A	B	B	C	E	B	C	C
68.	E	C	B	B	B	C	D	E	C	E	A	C	C	C	B	C	E	B	B	C	A	E	E	A
69.	C	C	A	C	C	C	D	C	B	B	A	B	B	B	A	C	B	B	C	A	C	B	B	B
70.	C	B	B	C	C	D	D	F	B	B	A	C	B	E	C	A	D	D	B	B	A	C	D	A
71.	F	D	A	C	B	E	C	C	B	C	A	B	B	C	A	C	E	B	A	D	C	C	D	D
72.	F	A	C	A	B	D	D	F	B	F	A	B	A	B	C	A	C	D	B	B	A	C	D	A
73.	F	C	B	A	A	E	A	F	B	C	A	A	A	B	B	E	C	B	B	B	A	D	C	B
74.	C	A	C	A	B	C	B	F	E	F	A	A	A	E	A	F	C	A	C	A	E	C	C	A
75.	C	B	A	B	B	C	B	D	B	D	B	E	D	B	E	D	B	E	C	A	E	C	E	B
76.	F	C	E	F	F	B	F	E	D	F	F	D	F	C	A	C	A	C	C	D	D	C	F	E
77.	F	C	A	A	C	C	A	F	C	C	A	A	A	A	E	A	C	A	A	A	A	C	C	A
78.	C	B	C	C	C	F	B	E	B	E	B	C	C	C	D	C	C	B	B	C	B	E	C	B
79.	B	C	B	C	E	D	C	C	D	E	B	C	D	C	C	C	C	B	C	D	C	B	C	B
80.	C	B	A	A	B	E	C	F	B	B	A	D	A	A	F	F	A	B	B	D	C	D	A	A
81.	D	E	B	A	A	B	A	E	A	C	A	A	A	A	E	D	B	A	A	B	E	C	A	A
82.	E	C	B	C	D	C	C	E	D	E	A	C	A	D	C	D	C	B	A	C	B	C	B	C
83.	F	A	A	B	E	D	F	F	F	E	A	A	A	F	A	E	D	A	D	B	F	F	A	A
84.	D	C	D	B	E	E	B	E	A	E	A	C	B	E	C	F	D	C	E	B	E	A	A	A
85.	B	B	A	B	D	D	B	D	C	C	A	D	D	B	D	B	C	D	B	C	D	D	E	A
86.	F	C	A	A	C	E	B	F	B	E	A	D	B	C	C	C	B	A	C	A	A	F	B	A
87.	F	C	A	A	D	B	C	F	B	E	A	D	D	A	D	C	E	A	C	A	C	E	A	A
88.	F	C	A	A	A	C	A	F	C	F	A	C	E	D	C	C	C	A	C	A	A	F	E	A
89.	D	B	A	A	B	C	E	F	A	F	A	D	A	A	C	C	C	A	A	A	A	F	A	A
90.	F	E	E	B	F	C	F	F	A	E	A	C	C	A	C	C	C	B	D	C	A	F	B	B
91.	E	A	A	A	B	A	B	F	A	E	A	B	B	F	A	E	C	A	A	A	A	E	A	A
92.	E	E	C	B	C	B	C	E	C	B	B	B	D	B	E	B	B	B	D	B	C	B	B	B
93.	F	D	E	F	D	B	E	E	C	D	E	D	C	D	D	D	D	D	D	C	B	D	E	C
94.	F	B	B	B	C	A	C	F	B	E	A	A	E	A	E	E	E	D	A	B	B	F	F	C
95.	E	B	C	B	C	B	B	E	B	C	A	B	B	B	B	E	D	B	B	B	E	E	B	A
96.	C	A	A	A	C	F	A	F	A	F	A	A	F	A	F	A	F	E	A	A	F	E	A	A
97.	D	C	C	A	C	E	C	E	C	B	A	B	C	C	C	A	B	B	C	B	C	B	A	A
98.	F	B	A	A	C	C	D	E	C	E	A	C	D	C	C	E	C	A	C	A	E	E	A	A
99.	E	C	A	C	A	C	B	D	C	C	A	E	C	C	C	B	C	A	B	A	C	C	B	A
100.	E	B	A	A	A	C	B	F	B	B	A	F	A	A	F	F	C	A	B	A	F	D	A	A
101.	A	A	A	F	A	A	C	D	A	A	A	A	A	A	A	A	C	B	A	A	A	E	A	A
102.	E	A	A	A	B	B	A	F	A	E	A	A	A	F	A	A	E	E	A	A	A	F	D	A
103.	E	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	B	F	A	A	F	E	A	A	A	F	F	A	A
104.	D	E	B	B	C	C	B	F	D	E	A	B	B	C	B	D	C	C	C	B	C	D	A	A
105.	D	B	B	E	C	C	D	F	B	B	B	B	B	D	A	F	E	C	B	C	C	D	A	C
106.	A	F	B	F	A	A	A	A	E	A	F	A	A	A	F	F	F	F	A	F	A	A	A	A
107.	E	C	B	A	C	C	B	C	C	B	A	C	D	A	A	C	B	A	C	A	D	C	A	A
108.	D	B	A	B	C	B	B	F	C	C	A	B	D	A	A	E	C	A	A	A	E	D	A	A
109.	E	B	B	B	B	E	B	F	B	E	A	B	E	B	E	E	E	B	B	B	E	E	B	A
110.	E	D	A	A	B	A	A	F	A	F	A	A	F	C	A	F	D	A	A	A	F	F	A	A
111.	F	A	B	B	D	B	D	F	C	C	B	B	D	A	A	B	D	C	A	B	A	D	A	B
112.	E	D	A	A	D	C	D	F	C	B	A	B	A	E	B	B	B	C	B	B	A	D	C	B
113.	E	C	A	F	C	E	C	F	C	F	A	B	D	B	D	D	D	B	B	B	E	E	B	B
114.	E	A	B	A	A	B	A	E	A	B	A	D	C	A	D	C	C	A	A	A	E	D	A	A

115.	F	D	C	B	F	C	F	F	E	C	C	C	D	E	E	C	B	B	D	C	C	E
116.	C	C	B	B	E	E	D	F	C	C	A	A	C	A	C	B	B	C	A	C	C	B
117.	C	C	D	A	D	B	D	D	C	D	A	A	C	A	D	B	A	A	C	D	D	A
118.	E	C	A	C	B	C	A	B	B	B	A	A	D	A	E	E	C	A	C	D	C	A
119.	E	A	C	A	C	D	A	E	B	F	A	A	E	A	F	C	B	A	B	D	E	B
120.	F	D	B	B	F	E	F	C	D	E	E	D	E	C	B	D	B	C	D	C	E	B
121.	B	A	A	B	A	B	B	F	A	E	A	E	A	F	C	A	E	C	D	A	B	D
122.	D	C	B	C	C	C	C	E	E	C	B	C	C	C	D	C	B	C	B	B	C	B
123.	B	C	C	E	C	C	A	F	C	D	A	A	C	B	E	C	A	C	C	C	C	A
124.	F	C	A	A	A	B	F	C	C	F	A	A	E	A	C	C	A	A	C	E	C	A
125.	E	D	F	F	F	A	F	F	E	C	B	D	E	A	F	F	A	D	E	A	E	F
126.	F	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	F	A	F	C	A	A	A	F	F	A
127.	E	C	A	A	A	B	B	F	E	C	A	A	E	A	C	C	A	C	A	F	E	C
128.	C	C	B	B	D	F	D	E	C	C	C	C	D	B	D	B	B	B	A	C	C	B
129.	D	A	A	A	A	A	A	F	A	D	A	A	A	A	F	F	A	A	A	F	C	A
130.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
131.	E	B	B	E	B	E	B	E	B	E	A	A	D	B	E	D	B	C	A	D	B	B
132.	D	B	C	C	C	D	C	D	B	E	A	C	C	B	C	B	C	D	C	C	E	B
133.	D	C	A	C	B	C	B	E	D	F	B	C	E	C	E	C	B	C	A	E	B	A
134.	E	B	B	C	B	E	D	D	C	C	A	C	C	D	B	C	D	B	B	B	C	B
135.	A	A	A	A	A	C	A	F	A	C	A	A	F	A	F	B	A	A	A	F	C	A
136.	E	A	B	C	B	C	C	A	B	C	A	C	B	A	A	C	B	B	C	B	E	B
137.	C	A	A	A	A	C	A	F	A	E	A	B	F	A	E	C	A	B	A	F	C	A
138.	F	C	B	A	D	F	B	F	B	C	A	A	C	A	F	C	C	D	A	C	E	B
139.	C	B	A	B	B	E	B	F	B	E	A	E	A	A	C	C	A	B	B	D	E	A
140.	E	B	B	B	B	F	C	C	B	D	A	B	C	B	C	C	B	C	B	C	C	B
141.	C	E	C	A	A	F	C	F	B	C	A	A	C	C	F	C	A	C	C	E	F	A
142.	D	D	B	D	C	E	A	F	A	E	A	B	C	B	E	C	B	B	D	C	C	B
143.	D	D	A	B	B	C	A	E	C	C	A	B	D	C	D	C	A	C	A	E	E	B
144.	D	C	B	B	B	C	B	D	D	D	A	C	C	B	B	B	C	B	A	C	C	B
145.	C	A	D	C	D	C	B	C	A	B	A	C	A	C	B	A	C	C	B	E	A	C
146.	F	A	E	A	E	A	B	F	A	B	A	A	E	C	C	B	C	A	A	E	E	A
147.	F	A	A	A	C	B	A	F	A	E	A	A	B	A	F	C	A	C	A	A	F	A
148.	E	B	B	B	A	C	C	E	C	D	A	B	C	B	E	B	C	B	C	B	D	B
149.	F	A	A	A	B	C	A	F	A	F	A	A	F	A	F	C	A	A	B	F	F	B
150.	D	D	C	C	C	B	C	E	C	D	B	C	D	C	D	D	C	C	B	C	E	B
151.	F	B	A	A	C	B	A	F	A	F	A	A	E	A	F	E	A	B	A	E	E	A
152.	F	A	A	A	C	F	A	F	A	E	A	A	B	A	E	C	A	A	A	B	C	A
153.	F	F	F	A	F	F	F	F	C	F	B	C	B	A	B	C	C	E	A	B	D	A
154.	D	E	B	B	B	A	A	E	C	D	A	A	C	B	C	D	B	D	A	D	E	A
155.	E	C	B	A	A	D	A	F	B	E	A	A	D	B	E	C	A	C	A	F	D	A
156.	F	D	C	F	C	F	B	D	C	C	A	E	D	C	C	A	C	D	B	D	E	B
157.	E	B	D	A	C	B	C	E	A	C	A	D	B	B	E	D	E	B	A	B	E	A
158.	C	B	A	A	C	F	C	F	A	E	A	B	C	F	C	A	A	A	E	E	E	A
159.	E	B	B	B	C	F	D	F	A	A	C	A	E	B	E	A	A	B	A	C	F	E
160.	C	C	C	C	B	C	C	C	C	C	B	D	C	C	C	D	A	C	C	C	C	C
161.	F	C	A	B	A	E	C	F	C	E	A	B	E	B	D	B	A	C	B	E	E	C
162.	F	D	B	A	A	F	A	F	C	F	A	A	F	A	F	B	C	B	A	E	D	A
163.	F	F	A	C	A	C	C	F	C	F	A	A	F	A	F	C	C	A	A	F	F	C
164.	D	E	D	C	E	E	E	D	E	E	A	E	C	E	D	D	C	E	B	C	E	C