

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**Alexitimia asociada a trastornos de conducta alimentaria en
adolescentes de nivel secundario de Colegios Urbano y Rural de
Cajamarca en el año 2022.**

Área de Investigación:
Psiquiatría

Autor:
Mera Alcalde, Dammar Elizabeth

Jurado Evaluador:
Presidente: Espinola Lozano, Joel Hernando
Secretario: Serrano García, Marco Orlando
Vocal: Moya Vega, Víctor Raúl

Asesor:
Lozano Ybañez, Rosa Angela
Código Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-4876-4651>

Trujillo – Perú

2023

Fecha de Sustentación: 16/05/2023

Tesis Dammar Mera Alcalde

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru Trabajo del estudiante	2%
3	tesisred.net Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	1%
5	vbook.pub Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%

9 **revistamedicasinergia.com** 1 %
Fuente de Internet

10 **www.wjgnet.com** 1 %
Fuente de Internet

11 **www.researchgate.net** 1 %
Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

Declaración de Originalidad

Yo, **Rosa Angela Lozano Ybañez**, docente del programa de Estudio Medicina Humana o de Postgrado, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “**Alexitimia asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de nivel secundario de Colegios Urbano y Rural de Cajamarca en el año 2022**”, autor **Dammar Elizabeth Mera Alcalde**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud se 11%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 27 de junio del 2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis Alexitimia asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de nivel secundario de Colegios Urbano y Rural de Cajamarca en el año 2022 y no se ha encontrado indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo 27 de junio del 2023


Dra. Rosa Angela Lozano Ybañez
CMP: 15388 - RNE: 6831
MÉDICO - PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Dra. Rosa Angela Lozano Ybañez

DNI: 06245088

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4876-4651>



Dammar Elizabeth Mera Aclade

DNI: 47102658

INDICE

DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCION	11
Justificación	16
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	16
Objetivo General	17
Objetivos Específicos	17
HIPOTESIS	17
Hipótesis Nula	17
Hipótesis Alternativa	17
MATERIAL Y METODO	18
Diseño de estudio	18
Población, muestra y muestreo	18
Criterios de inclusión	18
Criterios de Exclusión.....	18
Muestra	19
Tamaño Muestral	19
Definición operacional de variables	20
Variable Dependiente	21
Variable Independiente	21
Variables Intervinientes	21
Procedimientos y Técnicas	22
Plan de análisis de datos	22
Estadística analítica	22
Estadística Descriptiva.....	23
Aspectos éticos	23
RESULTADOS	24
Tabla 1	24
Tabla 2	25

Tabla 3	26
Tabla 4	27
Tabla 5	28
Tabla 6	29
Tabla 7	30
Tabla 8	31
Tabla 9	32
Tabla 10	33
Tabla 11	34
Tabla 12	35
Tabla 13	36
Tabla 14	38
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	57
Anexo 1	57
Anexo 2	58
Anexo 3	59
Anexo 4	60

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ellos entre los que se incluye este.

A mi esposo quien ha sido mi gran apoyo desde el principio.
A mis hijas mi mayor fuente de amor y mi mayor motivación para lograr lo que me propongo.

AGRADECIMIENTO

Agradecida con Dios por sus infinitas bendiciones a lo largo de este camino.

A mis padres Luz Elena y José por el gran sacrificio y apoyo incondicional para lograr esta meta.

A mis hermanas Kattia y María José y a mi hermano Alvaro por ese amor fraterno y unión que me daban a pesar de la distancia.

A mi esposo Germán que con mucho amor y comprensión me acompañó durante todo este proceso.

A mis hijas Ivana y Alessia mis dos tesoros.

Finalmente, un agradecimiento muy especial a mi asesora la Dra. Rosa Lozano, por apoyarme en esta investigación, por su tiempo y paciencia durante la realización de este proyecto.

RESUMEN:

OBJETIVO: Establecer si existe asociación entre alexitimia y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal analítico. En el que se incluyeron un total de 302 adolescentes del nivel secundario de colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca que cumplieron con los criterios de selección; a los cuales se les aplicaron los instrumentos de recolección de datos. El análisis de datos, para evaluar en grado de asociación entre la variable dependiente e independiente se utilizará la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, usando como medida de asociación la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS: Se evidenció que el 72,2% de adolescentes que presentaron alexitimia, también presentaron riesgo de presentar algún trastorno de conducta alimentaria (TCA), en contraste al 27,8% de escolares que no presentaron riesgo de presentar algún trastorno alimentario. Por otro lado, se observa que el 51,1% de adolescentes que padecen de alexitimia no presentaron trastornos alimentarios, en comparación al 48,9% que no tenían de ninguna de las variables. Al respecto, tras aplicar el estadístico de Chi Cuadrado, el cual arroja una significancia de $0,000 < 0,050$, se cumple la hipótesis de relación, lo que indica que la alexitimia está asociada a trastornos de conducta alimentaria.

CONCLUSIONES: La alexitimia está asociada al riesgo de presentar trastorno de conducta alimentaria.

PALABRAS CLAVES: Alexitimia; Trastornos de conducta alimentaria; Adolescentes; Rural; Urbana.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish if there is an association between alexithymia and eating disorders in adolescents at the secondary level in urban and rural national schools of Cajamarca in the year 2022.

MATERIAL AND METHODS: An analytical cross-sectional study was carried out. In which a total of 302 adolescents from the secondary level of urban and rural national schools of Cajamarca who met the selection criteria were included; to which the data collection instruments were applied. Data analysis, to evaluate the degree of association between the dependent and independent variables, the Pearson Chi Square test will be used, using the prevalence ratio and the 95% confidence interval as a measure of association.

RESULTS: It was found that 72.2% of adolescents who presented alexithymia also presented a risk of presenting an eating disorder (ED), in contrast to 27.8% of schoolchildren who did not present a risk of presenting an eating disorder. On the other hand, it is observed that 51.1% of adolescents suffering from alexithymia did not present eating disorders, compared to 48.9% who did not have any of the variables. In this regard, after applying the Chi Square statistic, which yields a significance of $.000 < .050$, the relationship hypothesis is met, indicating that alexithymia is associated with eating disorders.

CONCLUSIONS: Alexithymia is associated with the risk of presenting eating disorder.

KEY WORDS: Alexithymia; Eating behavior disorders; Teenagers; Rural; urban.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) están constituidos por múltiples desórdenes mentales que se caracterizan por alteraciones frente a la ingesta o absorción de alimentos y/o a la aparición de comportamientos relacionados con el control obsesivo del peso que causaran deterioro de la salud física y psicosocial^{1,2}. Su presentación es más frecuente durante la adolescencia o juventud, pero también pueden presentarse durante la niñez o adultez³. Se caracteriza por presentar disconformidad con la imagen corporal, temor al aumento de peso y pensamientos obsesivos relacionados con el peso y la alimentación^{4,5}. Durante los últimos años el número de casos de TCA se ha incrementado, convirtiéndose en uno de los principales problemas psiquiátricos durante la pubertad en ambos sexos. Estos trastornos causan un impacto importante en la Salud Pública, ya sea por generar problemas médicos y psicológicos, así como la implicancia económica que conlleva el manejo de estas patologías⁶. En Perú se estima que la frecuencia de TCA es de 11.5% en la población en general y de 15.6% en la población femenina^{7,8}. Asimismo, se ha observado incremento de la mortalidad de 5 por cada 1000 diagnósticos de anorexia nerviosa^{9,10}. La clasificación de TCA es Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA) y otro Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos Especificados, determinada por el DSM-V y al CIE-11^{11,12}. La etiología de los TCA se asocia a múltiples factores ya sean biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales que se interrelacionan entre sí de manera compleja, para contribuir con la aparición de la enfermedad^{13,14,15}. En los factores biológicos encontramos los genéticos, fisiológicos y neurobiológicos. Donde especialmente los factores genéticos tienen una importante contribución en la aparición de AN, BN y TA, sin embargo, no se han identificado de manera específica las variantes genéticas asociadas¹⁴. Así mismo se ha identificado asociación entre la pubertad y la malnutrición por exceso con el desarrollo de TCA, además de relacionarse con la desregulación del sistemas dopaminérgico y el serotoninérgico, también se ha podido observar que presentan alteración de los circuitos neurales vinculados al autocontrol y recompensa, son algunas probables causas neurobiológicas en este tipo de enfermedades^{11,14,15}. Respecto a los factores psicológicos, se han identificado

múltiples factores de predicción del inicio y del mantenimiento de los TCA, ya sean relacionadas con el temperamento o de la personalidad, como son los cognitivos, de conducta y las emociones. También, está asociada a ciertas conductas alimentaria de riesgo, como el hacer dieta, especialmente dietas severas^{11,16}. Los factores de riesgo socio ambientales, se han identificado, los proximales como la crítica a la apariencia física y a la alimentación, que vienen de padres, familiares y/o amigos; o distales como por ejemplo haber sido objeto de burlas, presión social por una apariencia delgada, internalización de un “ideal delgado” e ideas positivas asociadas a la delgadez, estos factores de riesgo estarían asociados en el inicio y la mantenimiento de TCA¹³. En cuanto al diagnóstico de los TCA es básicamente clínico asociado a los criterios diagnósticos de DSM-V^{1,17,18}. Una característica de este tipo de trastornos es que los familiares de los pacientes con diagnóstico de TCA enfrentan gastos económicos cuantiosos que produce un impacto social y financiero importante⁸.

La alexitimia es la dificultad en la manifestación y transmisión de las emociones. Donde presentan un disturbio en la expresión emocional causando ineptitud para describir, reconocer e identificar los sentimientos definida así por Sifneos en 1973^{19,20}. Algunos estudios evidencian que la alexitimia incrementaría los grados de susceptibilidad a trastornos psicósomáticos, de salud e inclusive conductas poco saludables o también llamadas de riesgo, como consumo de drogas, autolesiones o trastornos de conductas alimenticias^{21,22}. La incidencia de alexitimia varía entre el 5 y el 14%. Dentro de la etiología se teoriza que existe una desconexión interemisférica, específicamente entre el sistema límbico y el neocórtex, se debe a que el hemisferio derecho es el que registra las emociones percibidas y el izquierdo permite la expresión verbal. También se piensa que existe menor activación de zonas límbica, corteza prefrontal, áreas cerebrales promotoras y motoras suplementarias, relacionadas con la conciencia emocional. En estudios de neuroimagen se evidencio que el volumen de la ínsula y la amígdala estaban disminuidas, estas están relacionadas con el pensamiento cognitivo de la emociones y capacidad empática las cuales se ven reducidas.²² su vez, se pudo observar generalmente los padres también van a presentar un nivel alto de alexitimia, conformando una dinámica familiar donde se evitan las tensiones emocionales y conflictos, con el fin de permanecer unidos y en

aparente armonía. En lo que respecta a la asociación de este con los TCA se ha observado que los pacientes, por ejemplo, durante los atracones presentan déficit de reconocimiento de sus emociones y de relacionarlos con su conducta. Además se ha identificado en adolescentes con diagnóstico de TCA, presentarían niveles altos de alexitimia²³. Se observó que las pacientes con bulimia presentan considerable dificultad para reconocer sus sentimientos a divergencia de las pacientes con anorexia las cuales presentan problemas para describirlos. No obstante, aún existe controversia, puesto que algunos de los estudios publicados presentan deficiencias en los diseños, además de tratarse un tema que últimamente ha tomado relevancia, por lo que no se encuentran muchos estudios actuales y con la relevancia necesaria²⁴.

Cascino, G.: En el presente estudio participaron 26 mujeres con AN y 26 con BN las cuales asistían a Centros de Trastornos de alimentación de los departamentos de Psiquiatría de la Universidad de Campania “Luigi Vanvitelli” y de la Universidad de Salerno; teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-V. Evaluándose la alexitimia mediante la Toronto Alexithymia Scale-20 y la psicopatología relacionada con la alimentación se midió mediante el Eating Disorder Inventory-2. La actividad del eje HPA se evaluó midiendo la respuesta al despertar del cortisol salival. Donde se observó que la prevalencia de alexitimia no presentó una diferencia significativa entre ambos grupos de estudio. Sin embargo, se encontró asociación con una psicopatología relacionada con la alimentación más grave en las mujeres con AN, sin embargo, no se observó esto en mujeres con BN. En el caso de los niveles de cortisol las pacientes alexitímicas evidenciaron una reducción significativa en las pacientes con BN, a diferencia de las con pacientes no alexitímicas. Sin embargo, no se observó esta reducción en mujeres alexitímicas con AN²⁵.

Brewer, R.: El grupo de estudio estaba conformado por 21 mujeres con diagnóstico de TCA (18 con AN y 3 con BN) según los criterios diagnósticos del DSM-V y 22 mujeres sin TCA. Los sujetos de estudio fueron pre seleccionados utilizando TAS-20; de los cuales 7 participantes del grupo control y 9 del grupo de casos cumplieron con el criterio de alexitimia severa. Donde se concluyó que los efectos de la empatía y la alexitimia en el grupo con TCA ha sido significativa

[$F(1,39) = 9.06, p < .01, \eta = .19, 95\% \text{ CI for } \eta (.02, .38)$]; el efecto de los TCA en la angustia personal auto informada fue particularmente pronunciado en aquellos pacientes que presentaron alta alexitimia, lo que nos sugiere que el efecto de la alexitimia es especialmente alto en esta población²⁶.

Hason Rozenstein, M.: El grupo de estudio estaba conformada por 31 parejas de hijas con sus madres, las cuales se encontraban hospitalizadas en el departamento de trastornos alimentarios del Sheba Medical center in Tel Hashomer, con diagnóstico de trastornos alimentarios por atracón (Bulimia nerviosa de tipo purgativo), o trastorno alimentario no especificado. El grupo de control del estudio estaba conformado por 34 parejas de mujeres sanas y sus madres. Se observó que las feminas con BN de tipo purgativo presentaron niveles más altos de alexitimia a diferencia del grupo de control. En la fracción de madres, estas presentaron diferencias con las madres de control en la dificultad describiendo sentimientos en la escala de TAS-20, pero no en la puntuación general²⁷.

Díaz-Castillo, R.: El presente estudio de tipo retrospectivo en el cual participaron 175 mujeres de la Clínica Ellen West con diagnóstico de TCA teniendo en consideración los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002); del grupo de estudio 57 (32.6%) presentaban anorexia con un promedio de edad de 19.39, 55 (31.4%) presentaron bulimia con un promedio de edad de 20.78 y 63 (36.0%) presentaron un TCA no especificado, con un promedio de edad de 19.37. Donde se observó que el 70.3% superaron el punto de corte de la TAS-20 (mayor o igual de 61), y el 65.1% superaron el BSQ; ambas puntuaciones reflejan la existencia de alexitimia y el descontento corporal ($r=0.65; p=0.01$). A demás se evidencio que la frecuencia de alexitimia y el descontento corporal es mucho en mayor en pacientes bulímicas a diferencia de las pacientes con anorexia y TCA no especificados¹⁸.

Barrigete-Meléndez, J.: El presente estudio es de tipo transversal en el cual participaron 435 (91% mujeres y 9% hombres) de la Clínica Ángeles de TCA, con diagnóstico de TCA en concordancia a los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-IV TR (1994, 2002). De las participantes en el estudio el 16.5% con AN,

el 19.3% con BN, el 6.7% con trastornos por atracón y el 57.5% con TCA no especificada. Con una media de edad de 22 años. Se eliminaron 6 items, finalizando la escala con 14 items, se observó que presentó una varianza del 43.37% en el factor “dificultad para la discriminación de señales emocionales” y una varianza de 9.20% en el factor “dificultad en la expresión verbal de las emociones”. Concluyendo que las pacientes con TCA presentan alexitimia²⁴.

Behar, R.: En el presente estudio se seleccionaron 108 pacientes mujeres de manera aleatoria, que pasaron consulta en el Hospital del Salvador (Valparaíso), en el Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso y en la práctica privada de la autora principal, el diagnóstico fue dado de acuerdo al DSM-IV; las participantes fueron diagnosticadas con AN (n = 28), BN (n = 36) y trastornos de la conducta alimentaria no especificado (n = 44). Se utilizaron como instrumentos EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias), el EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios), la TAS-20 (Escala de Alexitimia de Toronto) y la RAS (Escala de Asertividad de Rathus). Se concluyó que todos los subgrupos obtuvieron puntuaciones dentro del rango patológico para alexitimia, especialmente anoréxicos (57,1%), el más alto ($52,9 \pm 14,3$), sin embargo, se observó que estos valores no eran estadísticamente significativos. Las pacientes con bulimia manifestaron un mayor inconveniente para diferenciar señales emocionales ($23,3 \pm 8,7$) a diferencia de las pacientes con anorexia las cuales presentaron más pensamientos encauzados a detalles externos ($15,1 \pm 7,1$)²⁸.

Larco, P., Murillo, L., Rodríguez, R.: En el presente estudio participaron 806 mujeres con edades entre 12 y 17 años que cursan estudios entre el primer a quinto año de secundaria en colegios públicos de la ciudad de Lima, donde se excluyeron a las pacientes que auto reportaron diagnósticos de TCA, depresión, ansiedad o alguna patología psiquiátrica o que reciben tratamiento farmacológico y/o psicoterapia. Se utilizaron los siguientes instrumentos para evaluar alexitimia el TAS-20 y para evaluar riesgo de TCA el EAT-26. Se observó que el 35,7% revelaron riesgo de presentar TCA; el 36,7% presentaron una puntuación mayor al punto de corte para alexitimia y el 35,5% presentó una puntuación comparable con una posible alexitimia. Además se descubrió una mayor correspondencia de TCA en los encuestados que presentaban alexitimia (50,5%) en concordancia con aquellos que exhibieron posible alexitimia (30,5%) y los que no presentaron

alexitimia (23,8%). También se pudo determinar que la probabilidad de manifestar riesgo de TCA en alexitímicas fue 2,12 veces la probabilidad de manifestar riesgo de TCA en no alexitímicas. Concluyéndose que no se determinó una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de TCA y posible alexitimia²⁹.

Justificación:

El valor de la realización de este estudio radica en determinar el grado de asociación, así como la prevalencia de estos dos grandes problemas que se presentan en mayor proporción durante la adolescencia, ya que es durante esta etapa donde se empiezan moldear y manifestar su comportamiento, sentimientos, y emociones; Así mismo es también una etapa donde se encuentran más expuestos a factores socioambientales que contribuyan al desarrollo de TCA. Es importante resaltar que en Perú no se realizan evaluaciones periódicas que permitan identificar estos problemas en etapas tempranas y así poder ser prevenidas y manejadas de manera adecuada, evitando que con el tiempo se desarrollen y presenten graves repercusiones ya sea físicos, psicológicos y económicos en los pacientes y la familia. Por último, es importante promover programas salud mental integral en la población desde los periodos más tempranos de la vida; así como dejar de estigmatizar los trastornos psiquiátricos y psicológicos y darle la importancia necesaria dentro del servicio integral de salud.

II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Alexitimia asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022?

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo general:

- Establecer si existe asociación entre alexitimia y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

3.2 Objetivos específicos:

- Establecer la frecuencia de Alexitimia en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
- Establecer la frecuencia de Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
- Establecer si existe asociación entre las variables clínicas y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
- Establecer si existe asociación entre las variables sociodemográficas y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
- Establecer la frecuencia de las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
- Establecer la frecuencia de las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

IV. HIPÓTESIS:

- **H₀:** Alexitimia no está asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
- **H_A:** Alexitimia está asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

V. MATERIAL Y MÉTODO:

5.1 Diseño de estudio:

Tipo de estudio: Transversal analítico.

5.2 Población, muestra y muestreo

Población diana: Estudiantes adolescentes que cursan entre el primero y quinto de secundaria de colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

Población de estudio: Constituido por la población diana que cumpla con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes adolescentes entre los 12 y 17 años.
- Estudiantes que se encuentren cursando entre el primer y quinto año de secundaria.
- Estudiantes que pertenezcan a las instituciones educativas seleccionadas para la aplicación del estudio.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que reportaron un diagnóstico de TCA.
- Estudiantes que sufran alguna patología orgánica.
- Estudiantes con medicación.
- Estudiantes con alguna patología psiquiátrica.
- Estudiantes que estén en tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico para alguna Patología Psiquiátrica.
- Estudiantes que no tienen autorización de sus padres.
- Estudiantes que no den su autorización.
- Estudiantes con alteraciones funcionales que dificulten la comprensión y llenado del instrumento.

5.3 Muestra:

Unidad de Análisis: Estudiantes adolescentes del nivel secundario de colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca que respeten los criterios de inclusión.

Unidad de Muestreo: Estudiantes adolescentes entre 12 y 17 años que cursan entre el primero y quinto de secundaria de colegios públicos urbano y rural en Cajamarca.

5.4 Tamaño Muestral:

Se Calculó con la fórmula:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

z= Nivel de confianza deseado.

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito).

q= proporción de la población sin la característica deseada (fracaso).

e= Nivel de error dispuesto a cometer.

N= Tamaño de la Población.

Calculo de la muestra usando: aem, referencia ²⁹

Margen de Error: 5%
Nivel de Confianza: 95%
Tamaño de la población: 1400
Tamaño maestral: 302 participantes.

5.5 Definición operacional de variables

	Variable	Categoría	Tipo de Variable	Escala de Medición
Variable Dependiente	Alexitimia	SI	Cualitativa	Nominal
		NO		
Variable Independiente	TCA	SI	Cualitativa	Nominal
		NO		
Variables Intervinientes	Edad	12	Cuantitativa	Razón
		13		
		14		
		15		
		16		
		17		
	Grado	1°	Cualitativa	Ordinal
		2°		
		3°		
		4°		
		5°		
	Persona con quien vive	Ambos padres	Cualitativa	Nominal
		Solo Madre		
		Solo Padre		
		Otro		
	Ubicación del Colegio	Rural	Cualitativa	Nominal
		Urbano		
	Consumo de tabaco	SI	Cualitativa	Nominal
		NO		
	Sexo	Masculino	Cualitativa	Nominal
Femenino				
NO				
Riesgo de ansiedad	SI	Cualitativa	Nominal	
	NO			
Riesgo de depresión	SI	Cualitativa	Nominal	
	NO			
Autoestima	Elevada	Cualitativa	Ordinal	
	Media			
	Baja			
Consumo de Alcohol	SI	Cualitativa	Nominal	
	NO			

Variable Dependiente: Alexitimia es definida como la inhabilidad de determinar, designar, distinguir o explicar sus propios sentimientos, especialmente con la dificultad para encontrar las palabras para explicarlas^{19,20}. Para determinarlo se uso el Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS20), validado en Perú por Kendall, R. y Rodríguez, en el año 2003³⁰ (Alfa de Cronbach 0.783). constituido por 20 ítems, la puntuación está dada por un rango de respuesta tipo Likert donde presenta 5 puntos como respuesta, que representan el nivel de conformidad y/o disconformidad de cada uno de los enunciados (Donde 1 es fuertemente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indeciso, 4 de acuerdo y 5 es fuertemente de acuerdo) con un punto de corte mayor o igual a 61 para alexitimia. EL TAS 20 tiene una sensibilidad de 78% y una especificidad de 95%^{31,32,33}.

Variable Independiente: Los TCA está constituido por múltiples desórdenes mentales que se distingue por la presencia de alteraciones frente al consumo de alimentos y/o a la aparición de conductas relacionados al monitoreo obsesivo del peso, que causaran deterioro de la salud física y psicosocial^{1,2}. Para evaluar el TCA, usare Eating Attitudes Test 26 (EAT 26), validado en Perú por Jara, B. en el año 2020³⁴ (Alfa de Cronbach 0.831) el cual exhibe un grado alto de confiabilidad y efectividad para la determinación de riesgo de TCA en general. Presenta 26 ítems, con seis alternativas de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre), con un punto de corte de 20 que representa una mayor necesidad de investigación. Presenta un 100% de sensibilidad y 85,6% de especificidad^{35,36}.

Variabes intervinientes: Riesgo de ansiedad se usará Inventario de ansiedad de Beck (BAI) con punto de corte de 36 que para este estudio se consideraron como SI los estudiantes que presentaban ansiedad severa; validado en Perú por Vega-Dienstmaier, J., Coronado-Molina O., Mazzotti G., en el año 2014^{37,38,39}(alfa de Cronbach 0.864), para el riesgo de depresión utilizando el PHQ-9 con un punto de corte de 15 ya que para este estudio se consideró como SI a los pacientes que presentaban riesgo de depresión moderadamente severo y severo; validado en el Perú por De la Flor M. en el año 2020^{40,41}(alfa de Cronbach 0.802), para la

autoestima se usará la Escala de autoestima de Rosenberg, que tiene como puntos de corte menor a 25 para autoestima baja, entre 25 y 30 para autoestima media y mayor de 30 autoestima elevada; validada en Perú por Sánchez-Villena A. en el año 2021 ^{42,43,44} (alfa de Cronbach 0.798), consumo de alcohol se usara la Escala de CAGE, con un punto de corte de 2 respuestas SI; validada en el Perú por Nizama M. en el año 2010^{45,46,47}(alfa de Cronbach 0.901), la edad (12 a 17 años), grado (1° a 5° grado de secundaria), con quien vive (padre, madre, ambos padres u otro familiar) y tabaquismo (consumo de cigarrillo en las últimas cuatro semanas).

5.4. Procedimientos y Técnicas

Primero se solicitó aprobación e inscripción de este proyecto a la escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, una vez que se me otorgo me contacte con los directores de los centros educativos elegidos para la ejecución, a través de una solicitud donde se me autorizó la aplicación del estudio en la población estudiantil, luego de tener la autorización del centro educativo se les envió a los estudiantes un consentimiento donde sus padres y/o apoderados autorizaban que a sus hijos se les aplicara en instrumento de recolección de datos, de igual manera se le entrego a cada estudiante un asentimiento informado para que ellos dieran su aprobación para participar en el estudio. Al momento de la aplicación se les explico la adecuada resolución del cuestionario, así mismo se resolvieron las dudas sobre el llenado de la misma.

5.6 Plan de análisis de datos

Los datos se procesaron en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics26.

Estadística analítica:

Para evaluar en grado de asociación entra la variable dependiente e independiente se utilizó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, utilizando como medida de asociación la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95%. Así mismo se realizó dos modelos lineales

generalizados de múltiples variables; un modelo estadístico, basado en las variables con asociación estadísticamente significativa y asociación marginal ($p < 0.1$) a nivel del análisis bivariado; y un patrón epidemiológico, que incorpora a las variables que cumplieron los criterios de confusión.

Estadística descriptiva:

Para las variables categóricas, se utilizó distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables numéricas se utilizó media y desviación estándar, previa evaluación de la normalidad, mediante el test de Shapiro Wilk.

5.6. Aspectos éticos

En vista de la naturaleza del estudio no se puso en riesgo la integridad física y mental de los sujetos de estudio; se cuentan con los permisos tanto de la universidad como de los colegios donde se les aplicó los instrumentos de recolección de datos, por otra parte, también se contaba con permiso de los padres por medio de un consentimiento informado al tratarse de menores de edad, así mismo se contó con autorización de los propios estudiantes a través de un asentimiento informado. La información fue manejada única y exclusivamente por el examinador con motivos académicos además se mantuvo en anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada. Teniéndose en consideración la Ley General de Salud N° 26842, artículo 25°, que nos indica que el manejo de la información médica es aceptado su uso con fines académicos y/o de investigación científica, siempre que esta información sea consignada de forma anónima. También se acataron los principios de la declaración de Helsinki.

VI. RESULTADOS:

TABLA 1

Asociación entre alexitimia y los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

		TCA		Chi	
		Sí	No	Cuadrado	
Alexitimia	Sí	Recuento	91	90	0,00
		% dentro de TCA	72,2%	51,1%	
	No	Recuento	35	86	
		% dentro de TCA	27,8%	48,9%	
Total	Recuento	126	176		
	% dentro de TCA	41,7%	58,3%		

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 1, se observó que el 72,2% de adolescentes que presentaron alexitimia, también presentaron riesgo de presentar algún trastorno de conducta alimentaria (TCA), a diferencia del 27,8% de escolares que no presentaron riesgo de presentar algún trastorno alimentario. Por otro lado, se observa que el 51,1% que adolescentes que padecen de alexitimia no presentaron trastornos alimentarios, en comparación al 48,9% que no tenían de ninguna de las variables. Al respecto, tras aplicar el estadístico de Chi Cuadrado, el cual arroja una significancia de $,000 < ,050$, se cumple la hipótesis de relación, lo que indica que la alexitimia está asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 2

Prevalencia de alexitimia y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

Alexitimia		
	Frecuencia	%
Sí	181	59,9
No	121	40,1

TCA		
	Frecuencia	%
Sí	126	41,7
No	176	58,3
Total	302	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 2, se evidencio que la alexitimia prevalece en el 59,9% de los adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca, mientras que los trastornos alimentarios prevalecen en el 41,7% de los escolares evaluados en el año 202

TABLA 3

Asociación entre TCA y las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			TCA		Chi Cuadrado
			Sí	No	
Depresión	Sí	Recuento	71	33	0,00
		% dentro de Depresión	68.3%	31.7%	
	No	Recuento	55	143	
		% dentro de Depresión	27.8%	72.2%	
Total	Recuento		126	176	
	% dentro de Depresión		41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la tabla 6, podemos observar que el 68.3% de los estudiantes encuestados presentaron riesgo de sufrir algún trastorno de conducta alimentaria además de riesgo de depresión. Por otro lado, el 31.7% de los encuestados que no presentaron riesgo de TCA si presentaron riesgo de depresión, así mismo el 27.8% de los pacientes que si presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria no presentaron riesgo de depresión, en contraste con el 72.2% que no presentaron riesgo de TCA ni riesgo de depresión. Al aplicar el estadístico de Chi Cuadrado, obtuve un $P=000 < ,050$, con los que podemos decir que el riesgo de presentar TCA está asociado al riesgo de depresión en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 4

Asociación entre TCA y las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			TCA		Chi
			Sí	No	Cuadrado
Ansiedad	Sí	Recuento	85	75	0,00
		% dentro de Ansiedad	53.1%	46.9%	
	No	Recuento	41	101	
		% dentro de Ansiedad	28.9%	71,1%	
Total	Recuento		126	176	
	% dentro de Ansiedad		41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 5, se observó que el 53.1% de adolescentes que presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y también presentaron riesgo de Ansiedad, a diferencia del 46.9% de escolares que no presentaron riesgo de presentar algún trastorno alimentario. Por otro lado, el 28.9% d los participantes que presentaron riesgo de trastornos alimentarios, no presentaron ansiedad. En contraste, con el 71.1% que no presenta ni riesgo de trastorno de conducta alimentaria ni ansiedad. Al aplicar el estadístico de Chi Cuadrado, arrojó una significancia de ,000 < ,050, con los que podemos decir que el riesgo de presentar TCA está asociado al riesgo de ansiedad adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 5

Asociación entre TCA y las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			TCA		Chi
			Sí	No	Cuadrado
Consumo de Tabaco	Sí	Recuento	32	29	0,05
		% dentro de Consumo de tabaco	52.5%	47.5%	
	No	Recuento	94	147	
		% dentro de Consumo de tabaco	39.0%	61.0%	
Total	Recuento		126	176	
	% dentro de Consumo de tabaco		41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 9, se observa que el 50.5% de los adolescentes encuestados presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria y consumen tabaco. El 47.5% de los que no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria refirieron que, si consumían tabaco, no obstante, el 39% de los que si presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria no refirieron consumir tabaco. por último, el 61% de los estudiantes no presentaron riesgo de trastorno de conducta alimentaria ni refirieron consumo de tabaco. al aplicar Chi cuadrado se obtuvo una significancia de 0.057 por lo que se puede decir que si existiría asociación entre el riesgo de trastorno de conducta alimentaria y el consumo de tabaco en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 6

Asociación entre TCA y las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			TCA		Chi
			Sí	No	Cuadrado
Consumo de Alcohol	Sí	Recuento	28	27	0,12
		% dentro de Consumo de alcohol	50.9%	49.1%	
	No	Recuento	98	149	
		% dentro de Consumo de alcohol	39.7%	60.3%	
Total		Recuento	126	176	
		% dentro de Consumo de alcohol	41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 8, se obtuvo como resultado que el 50.9% de los estudiantes que si consumen alcohol también tienen riesgo de presentar trastornos alimentarios. Los estudiantes el 49.1% no presentaron riesgo de trastorno alimentario, sin embargo, si consumen alcohol. Así mismo, el 39.7% de los adolescentes que, si presentaron riesgo de trastorno alimentario, no consumen alcohol. Por último, el 60.3% no presentan riesgo de trastorno de conducta alimentaria tampoco consumen alcohol. En lo que respecta, a la aplicación del estadístico de Chi cuadrado se obtuvo un valor de $0.127 > 0.05$ no teniendo significancia por lo que se determina que no existe una relación entre el riesgo de trastorno alimenticio y el consumo de alcohol en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 7

Asociación entre TCA y las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

		TCA		Chi	
		Sí	No	Cuadrado	
Autoestima	Baja	Recuento	38	57	0,61
		% dentro de Autoestima	40.0%	60.0%	
	Media	Recuento	47	71	
		% dentro de Autoestima	39.8%	60.2%	
	Elevada	Recuento	41	48	
		% dentro de Autoestima	46.1%	53.9%	
Total	Recuento	126	176		
	% dentro de autoestima	41.7%	58.3%		

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la tabla 6, se determinó que de los estudiantes que presentaron autoestima baja el 40% de los estudiantes que si presentan riesgo de TCA y el 60% no lo presentan. En el caso de los alumnos con la autoestima medio el 39.8% si presentan riesgo de presentar TCA y el 60.2% no lo presentan. De los alumnos que registraron autoestima elevado el 46.1% presentan riesgo de TCA en contraste con el 53.9% no presentan riesgo de TCA. Al aplicar el estadístico de Chi cuadrado se obtuvo un $P= 0.612 > 0.05$ no existiendo significancia estadística por lo que se puede inferir que no existiría una asociación entre el nivel de autoestima y el riesgo de TCA en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022. También se puede observar que hubo una mayor presentación (46.1%) de TCA en el grupo de estudiantes que reporto autoestima elevado.

TABLA 8

Asociación entre TCA y las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

		TCA		Chi Cuadrado
		Sí	No	
Sexo	Recuento	86	97	
	Femenino % dentro de Sexo	47.0%	53.0%	
	Recuento	40	79	
	Masculino % dentro de Sexo	33.6%	66.4%	0,02
Total	Recuento	126	176	
	% dentro de Sexo	41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 10, de los participantes del sexo femenino el 47% si presenta riesgo de trastorno de conducta alimenticia y el 53% no presentan riesgo. En contraste con los participantes sexo masculino que el 33.6% presentaron riesgo de presentar trastornos de conducta alimenticia mientras que el 66.4% no presentan riesgo. Siendo evidente que el mayor porcentaje (47%) de presentación se dio en estudiantes de sexo femenino. Al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado se obtuvo un valor de $P= 0.021 < 0.05$ determinando que existe significancia estadística por lo que se infiere que existe relación entre el sexo y el riesgo de TCA en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 9

Asociación entre TCA y las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

		TCA		Chi
		Sí	No	Cuadrado
	Recuento	8	11	
12 años	% dentro de Edad	42.1%	57.9%	
	Recuento	30	31	
13 años	% dentro de Edad	49.2%	50.8%	
	Recuento	36	34	
14 años	% dentro de Edad	51.4%	48.6%	
Edad	Recuento	16	41	
15 años	% dentro de Edad	28.1%	71.9%	0,10
	Recuento	28	47	
16 años	% dentro de Edad	37.3%	62.7%	
	Recuento	8	12	
17 años	% dentro de Edad	40.0%	60.0%	
Total	Recuento	126	176	
	% dentro de Edad	41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la tabla 11, de los alumnos que tenían 12 años de edad el 42.1% si presentan riesgo de TCA y el 57.9% no presentan riesgo de TCA. En el grupo de alumnos de 13 años de edad el 49.2% si presentan riesgo de TCA y el 50.8% no presentan riesgo. En el grupo de 14 años se observa que el 51.4% presentan riesgo de TCA y el 48.6% no presentan riesgo. De los estudiantes de 15 años de edad el 28.1% presentan riesgo de TCA en contraste con el 71.9% que no presentan riesgo. Del grupo de 16 años de edad el 37.3% presentan riesgo de TCA y el 62.7% no presentan riesgo. Por ultimo en los estudiantes de 17 años el 40% si presenta riesgo de TAC y el 60% no lo presenta. Como información adicional también se observó que el grupo de edad en el que hubo una mayor presentación

51.4% de TCA fue en el de los estudiantes de 14 años de edad. Tras aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado se obtuvo una significancia de $0.105 > 0.05$ resultando en que no se evidencia una asociación entre la edad y el riesgo de presentar TCA en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 10

Asociación entre TCA y las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

		TCA		Chi Cuadrado	
		Sí	No		
Grado	1°	Recuento	27	36	0,31
		% dentro de Grado	42.9%	57.1%	
	2°	Recuento	35	31	
		% dentro de Grado	53.0%	47.0%	
	3°	Recuento	21	33	
		% dentro de Grado	38.9%	61.1%	
	4°	Recuento	21	41	
		% dentro de Grado	34.4%	65.6%	
	5°	Recuento	22	35	
		% dentro de Grado	38.6%	61.4%	
Total	Recuento	126	176		
	% dentro de Grado	41.7%	58.3%		

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la tabla 13, los alumnos que cursaban el primer grado de secundaria el 42.9% presentan riesgo de TCA y no presentan riesgo el 57.1%, en el segundo grado de secundaria el 53% tienen riesgo de presentar algún TCA y el 47% no presentan riesgo. En el grupo de tercero de secundaria el 38.9% tienen riesgo de presentar trastorno alimentario y el 61.1% no lo presentan, en el caso de los alumnos de cuarto grado presentan riesgo el 34.4% y no los presentan el 65.6%. Por último, en el grupo de quinto de secundaria el 38.6% presentan riesgo de

desarrollar un trastorno de conducto alimenticio mientras que el 61.4% no lo presentan. Tras aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado se obtuvo un $P=0.310 > 0.05$, con lo que se puede determinar que no hay significancia estadística por lo que no existiría asociación entre el grado que cursan los adolescentes y el riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022. Como información adicional resultó que la presentación fue en mayor porcentaje 53% de los alumnos que pertenecen al grupo de segundo de secundaria.

TABLA 11

Asociación entre TCA y las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

		TCA		Chi Cuadrado	
		Sí	No		
Convivencia	Ambos padres	Recuento % dentro de Convivencia	85 40.7%	124 59.3%	0,83
	Solo Madre	Recuento % dentro de Convivencia	30 42.9%	40 57.1%	
	Solo Padre	Recuento % dentro de Convivencia	4 57.1%	3 42.9%	
	Otros	Recuento % dentro de Convivencia	7 43.8%	9 56.3%	
Total	Recuento % dentro de Con quien vive	126 41.7%	176 58.3%		

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la tabla 14, de los estudiantes que viven con ambos padres presentan riesgo de TCA el 40.7% y no lo presentan el 59.3%; del grupo que solo vive con la madre el 42.9% tienen riesgo de presentar de TCA, mientras que el 57.1% no tiene riesgo. De los alumnos que solo viven con el padre el 57.1% tiene riesgo de TCA y el 42.9% no lo tienen. Por ultimo en el grupo de alumnos que viven con otro familiar los alumnos que si presentan riesgo son el 43.8% mientras que no presentan riesgo el 56.3%. asi mismo podemos ver que el porcentaje de presentación fue mayor 57.1% de los adolescentes que viven solo con el padre. Aplicando el Chi cuadrado obtuve un valor de $P= 0.839 > 0.05$, resultando en que no hay una asociación entre con quien vive el estudiante y el riesgo de presentar un trastorno de conducta alimentaria.

TABLA 12

Asociación entre TCA y las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			TCA		Chi Cuadrado
			Sí	No	
Ubicación del colegio	Rural	Recuento	32	67	0,02
		% dentro de Ubicación del colegio	32.3%	67.7%	
	Urbano	Recuento	94	109	
		% dentro de Ubicación del colegio	46.3%	53.7%	
Total		Recuento	126	176	
		% dentro de Ubicación del colegio	41.7%	58.3%	

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la tabla 12, de los adolescentes que asisten a una escuela en zona rural el 32.3% presento riesgo de trastorno de conducta alimenticia y el 67.7% no presentan riesgo de presentar algún trastorno de conducta alimenticia, en contraste, con los adolescentes que asiste a un colegio en zona urbana de los cuales el 46.3% presentan riesgo de desarrollar algún trastorno alimenticio y el 53.7% si presentan riesgo. Los estudiantes que asisten a un colegio urbano tuvieron un mayor porcentaje de presentación 46.3%. Se observó adicionalmente que existe una mayor presentación (46.3%) en los estudiantes que asisten a una escuela en zona urbana. Aplicando la prueba estadística de Chi cuadrado resulto en una significancia de $0.021 < 0.05$ por lo que podemos decir que existe una asociación entre la ubicación del colegio y el riesgo de presentar un TCA en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

TABLA 13

Frecuencia de las variables sociodemográficas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			Colegio	
			Rural	Urbano
Sexo	Femenino	Recuento	58	125
		% dentro de Colegio	58,6%	61,6%
	Masculino	Recuento	41	78
		% dentro de Colegio	41,4%	38,4%
Edad	12	Recuento	6	13
		% dentro de Colegio	6,1%	6,4%
	13	Recuento	22	39
		% dentro de Colegio	22,2%	19,2%
	14	Recuento	24	46
		% dentro de Colegio	24,2%	22,7%
	15	Recuento	21	36
		% dentro de Colegio	21,2%	17,7%
	16	Recuento	21	54
		% dentro de Colegio	21,2%	26,6%
	17	Recuento	5	15
		% dentro de Colegio	5,1%	7,4%
Convivencia	Ambos padres	Recuento	71	138
		% dentro de Colegio	71,7%	68,0%
	Solo madre	Recuento	22	48
		% dentro de Colegio	22,2%	23,6%

	Solo padre	Recuento	1	6
		% dentro de Colegio	1,0%	3,0%
	Otros	Recuento	5	11
		% dentro de Colegio	5,1%	5,4%
	Primer año	Recuento	25	38
		% dentro de Colegio	25,3%	18,7%
	Segundo año	Recuento	25	41
		% dentro de Colegio	25,3%	20,2%
Grado	Tercer año	Recuento	20	34
		% dentro de Colegio	20,2%	16,7%
	Cuarto año	Recuento	16	46
		% dentro de Colegio	16,2%	22,7%
	Quinto año	Recuento	13	44
		% dentro de Colegio	13,1%	21,7%
	Total	%	100,0%	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 13, se obtuvieron los siguientes resultados. El 58,6% de los estudiantes que forman parte de un colegio rural de Cajamarca pertenecen al sexo femenino, mientras que el 41,4% son del sexo masculino. En comparación, el 61,5% de los escolares que pertenecen a un colegio urbano son mujeres, mientras que el 38,4% son varones.

De los escolares que asisten a un colegio rural, el 24,2% tienen 14 años, el 22,2% tiene 13 años, el 21,2% tiene 15 años y el otro 21,2% tiene 14 años, el 6,1% tiene 12 años y el 5,1% restante tiene 17 años. En comparación, de los estudiantes que asisten de un colegio urbano, el 26,6% tiene 16 años de edad, el 22,7% cuenta con 14 años, el 19,2% tiene 13 años, el 17,7% tiene 15 años, el 7,4% tiene 15 años y el 6,4% cuenta con 12 años. A demás se obtuvo una media de edad de 14.55 y una desviación estándar de 1.388.

Con respecto a la convivencia, el 71,7% de los escolares de colegios rurales vive con ambos padres, seguido del 22,2% que solo vive con la madre, el 5,1% convive con otros familiares y el 1% restante solo vive con el padre. Por otro lado, el 68,0% de los estudiantes de colegios urbanos vive con ambos padres, seguido del 23,6% que solo vive con la madre, el 5,4% convive con otros familiares y el 3% restante solo vive con el padre.

Lo que corresponde al año escolar que cursan los estudiantes evaluados, el 25,3% de estudiantes de colegios rurales se encuentra en primer año y el otro 25,3% cursa segundo año, seguido del 20,2% que está en tercer año, el 16,2% que se encuentra en cuarto año y el 13,1% que está en quinto año. En contraste, el 22,7% de estudiantes de escuelas urbanas cursan cuarto año, seguido del 21,7% que se encuentra en quinto y el 20,2% que está en segundo. Asimismo, el 20,2% cursa segundo año y el 18,7% está en primero.

TABLA 14

Frecuencia de las variables clínicas en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

			Colegio	
			Rural	Urbano
Consumo de tabaco	Sí	Recuento	12	49
		% dentro de Colegio	12,1%	24,1%
	No	Recuento	87	154
		% dentro de Colegio	87,9%	75,9%
Ansiedad	Sí	Recuento	43	117
		% dentro de Colegio	43,4%	57,6%
	No	Recuento	56	86
		% dentro de Colegio	56,6%	42,4%
Depresión	Sí	Recuento	20	84
		% dentro de Colegio	20,2%	41,4%
	No	Recuento	79	119
		% dentro de Colegio	79,8%	58,6%
Consumo de Alcohol	Sí	Recuento	15	40
		% dentro de Colegio	15,2%	19,7%
	No	Recuento	84	163
		% dentro de Colegio	84,8%	80,3%
Autoestima	Baja	Recuento	26	69
		% dentro de Colegio	26,3%	34,0%
	Media	Recuento	36	82
		% dentro de Colegio	36,4%	40,4%
	Alta	Recuento	37	52
		% dentro de Colegio	37,4%	25,6%
Total		%	100,0%	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicada adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.

En la Tabla 14, se observó que el 87,9% de los estudiantes que forman parte de un colegio rural de Cajamarca no consumen tabaco, en comparación al 12,1% que sí consume. De forma similar, el 75,9% de los escolares que pertenecen a un colegio urbano tampoco consumen tabaco, mientras que el 24,1% si es consumidor de esta sustancia.

Respecto a las variables clínicas; el 56,6% de los estudiantes que pertenece a un colegio rural no padece riesgo de ansiedad, a diferencia del 43,4% si presentan. En contraste, el 57,6% de estudiantes de colegios urbano muestran riesgo de ansiedad, en comparación al 42,4% que no presentan riesgo de presentar ansiedad.

El 79,8% de los estudiantes de colegio rural no presentan riesgo de depresión, a diferencia del 20,2% que si presentan riesgo. Asimismo, el 58,6% de estudiantes de colegios urbano tampoco presentan riesgo de ansiedad, en comparación al 41,4% de escolares que si lo presentan.

El 84,8% de los estudiantes que pertenece a un colegio rural no mostraron problemas de alcoholismo, a diferencia del 15,2% que sufre de este malestar. Asimismo, el 80,3% de estudiantes de colegios urbano tampoco sufren de ansiedad, en comparación al 19,7% de escolares que padecen de este mal.

El 37,4% de los estudiantes que pertenece a un colegio rural presenta una alta autoestima, mientras que el 36,4% presentan un nivel de autoestima promedio y el 26,3% sufre de una baja autoestima. Por otro lado, el 40,4% de estudiantes de colegios urbano presenta un nivel de autoestima media, mientras que el 34% denota una baja autoestima y solo el 25,6% denota una autoestima alta.

VII. DISCUSIÓN:

En este estudio se pudo determinar que la alexitimia está asociada al riesgo de trastornos de conducta alimenticia en adolescentes que cursan el nivel secundario, independientemente de las variables intervinientes. Al respecto del estudio de Cascino, G²⁵ el cual presenta una evidencia controversial en relación a los hallazgos que se obtuvieron. En el estudio participaron 26 mujeres con AN y 26 con BN teniendo en cuenta los criterios del DSM-V. evaluándose la alexitimia mediante el Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS20) y la psicopatología

relacionada con la alimentación se midió con el Eating Disorder Inventory – 2. Obteniéndose como resultados que la alexitimia no presento una diferencia significativa. Sin embargo, si se encontró relación con algunas formas graves de las pacientes con AN, pero no se observó esta relación con las pacientes con BN.

Otro estudio que entra en controversia con los hallazgos obtenidos por este es el de Behar R.²⁸ realizó el estudio en una población de 108 mujeres con edades de entre 14 a 27 años las cuales presentaban un diagnóstico de AN (n=28), BN (n=36) y trastornos de conducta alimenticia no especificada, según los criterios de DSM-V; no se incluyeron mujeres sin TCA. Donde se describe que los subgrupos obtuvieron puntuaciones dentro del rango patológico y que la frecuencia de alexitimia variaría dependiendo del tipo de TCA, sin embargo, se observó que los valores no eran significativos.

En el estudio de Larco, P., Murillo, L., Rodríguez, R.²⁹ donde participaron 806 mujeres entre 12 y 17 años que cursan estudios entre el primer a quinto año de secundaria. Donde se observó que el 35,7% revelaron riesgo de presentar TCA; el 36,7% presentaron una puntuación mayor al punto de corte para alexitimia. Además se encontró un mayor riesgo de TCA en los participantes que presentaban alexitimia (50,5%). También se pudo determinar que la probabilidad de manifestar riesgo de TCA en alexitímicas fue 2,12 veces la probabilidad de manifestar riesgo de TCA en no alexitímicas. Concluyéndose que no se determinó si existía asociación estadísticamente significativa entre la posible alexitimia y el riesgo de TCA.

Por otro lado, los siguientes estudios se contrastan con los resultados alcanzados en este. Por ejemplo, el estudio retrospectivo de Díaz-Castillo, R.¹⁸ en el cual participaron 175 mujeres diagnóstico de TCA en la teniendo en consideración los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002); del grupo de estudio 57 (32.6%) presentaban anorexia y 55 (31.4%) y 63 (36.0%) presentaron un TCA no especificado. Obteniéndose como resultado que la frecuencia de alexitimia e insatisfacción corporal es mucho mayor en pacientes bulímicas a diferencia de las pacientes con anorexia y TCA no especificados.

El estudio de tipo trasversal de Barriguete-Meléndez, J.²⁴ en el cual participaron 435 (91% mujeres y 9% de hombres) con diagnóstico de TCA de acuerdo a los criterios del DSM-V, en el cual se concluyó que estos pacientes prestaron alexitimia.

Otro estudio que con el cual se puede contrastar la información obtenida es el estudio de casos y controles de Brewer, R.²⁶ en el cual participaron 21 mujeres con diagnóstico de TCA según los criterios de DSM-V y 22 mujeres sin diagnóstico de TCA, a los cuales se los pre selecciono utilizando el TAS- 20, obteniendo como resultado que 7 del grupo de controles y 9 del grupo de casos presentaron alexitimia severa . concluyéndose que los efectos de la empatía y la alexitimia en el grupo de TCA ha sido significativa [p=.01].

Así mismo el estudio de Hason Rozenstein, M²⁷ donde se evaluaron 31 parejas de hijas con sus madres, de las cuales las hijas presentaban diagnóstico de trastornos alimentarios por atracón (Bulimia nerviosa de tipo purgativo), o trastorno alimentario no especificado; además de un grupo control conformado por 34 parejas de mujeres sanas y sus madres. Se observó que las mujeres son BN de tipo purgativo presentaron niveles más altos de alexitimia a diferencia del grupo de control. En el caso de la fracción de madres, estas presentaron diferencias con las madres de control en la dificultad describiendo sentimientos en la escala de TAS-20, pero no en la puntuación general.

A pesar de la controversia, existe evidencia de la asociación; es importante resaltar la diferencia entre los artículos antes citados y este proyecto; ya que en estos la población de estudio en su mayoría son pacientes con diagnósticos previo de algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, a diferencia de este proyecto el cual fue aplicado en una población sin ningún tipo de diagnóstico.

Dentro de las posibles causas de la alexitimia tenemos causas biológicas y psicológicas. Y podemos teorizar que esta relación radica en que en ambos casos ya sea en la alexitimia y en los trastornos de conducta alimenticia, en que presentan dificultades emocionales caracterizado por la incapacidad y el menosprecio de los sentimientos, produciendo incompetencia para expresar las emociones lo que causa un evidente estrés⁴⁸. Esta vulnerabilidad al estrés que presentan, conllevaría a un decrecimiento del autocontrol, como mecanismo de

defensa que causaría la liberación de ciertas conductas como las de purgas y/o atracones concordantes con los trastornos de conducta alimenticia^{49,50}.

En el caso de los trastornos de conducta alimentaria se ha podido dilucidar que los factores ambientales y culturales desempeñan un papel importante en la génesis de los TCA, además de algunos factores biológicos como la intervención de la corteza cinglar dorsal anterior (CCDA) y la amígdala, ya que estas van a intervenir en el metabolismo de la serotonina, el cual está muy relacionado con conductas como el rechazo a los alimentos o realizar ejercicios de manera excesiva⁴⁶. También se pueden presentar alteraciones en el gen que transporta la serotonina la cual genera un aumento de la CCDA en la materia gris y la amígdala las cuales están vinculadas con una buena respuesta emocional y favorece la comunicación interemisférica^{51,52}.

En lo que respecta a las variables clínicas como la depresión los estudio como el de Vega V.⁵³ en el cual se evaluaron a un grupo de adolescentes mujeres concluyeron que estas presentaron un alto porcentaje de depresión (40.4%), independientemente del grado de depresión. En lo que respecta a la asociación el mencionado estudio obtuvo un valor de $P=0.000$ concluyendo existe asociación lo que se contrastaría con este estudio en cual también se pudo determinar que si existe una asociación entre el riesgo de trastornos de conducta alimentaria y la depresión.

Teniendo en cuenta que la depresión cumple un rol importante, en este caso los pacientes con alexitimia muestran un descenso de las emociones positivas, produciendo mayor dificultades en la expresión de sus sentimientos. Esto puede conllevar a que los pacientes presenten poco placer en la realización de tareas habituales; que si persistiera podría suscitar la aparición de comportamientos como el aislamiento social y el miedo, así como otras conductas perjudiciales emocionales perjudiciales hacia el cuerpo ya sean purgas y/o atracones⁵⁰.

En el estudio de López B.⁵⁴ una revisión sistemática de donde se informa de la presencia de ansiedad en los trastornos de conducta alimentaria, se concluyó que existe una mayor prevalencia de ansiedad en los pacientes con TCA, así mismo se consideraron un factor importante de este tipo de trastornos. En uno

de los estudios Azabal (2014) considerado dentro de este se obtuvo como resultado que de los 4139 pacientes evaluados que presentaban algún TCA (AN y BN) presentaban otro diagnóstico de la DSM –IV, la mayor parte de estas comorbilidades era algún trastorno de ansiedad (33 – 40%). Estos estudios se contrastan con lo hallado en este estudio que tras la realización de los cálculos para determinar existía asociación entre el riesgo de depresión y los TCA se obtuvo una significancia de $P=0.000 < 0.05$ con lo que se demostró que si existe una asociación.

Otra variable clínica es el consumo de tabaco en el estudio de Castro J.⁵⁴ el cual se realizó en una población de 300 participantes de entre 12 y 20 años que referían haber fumado diariamente por lo menos un cigarro durante 6 meses, a los cuales se les aplicó 3 instrumentos de evaluación (EAT26, EDI-II y BULIT-R) concluyendo que si se encontró significancia estadística ($p<0.05$) en los que fueron evaluados con el Test Bulimia Revisado (BULIT-R) sin embargo no se halló significancia en la muestra que fue evaluada con EAT26 y EDI-II; lo cual es interesante ya que si bien si se encontró asociación al utilizar otro instrumento de evolución en el caso del EAT26 que es el mismo que se usó en este estudio, no se encontró asociación, a diferencia de este estudio donde si se encontró significancia estadística ($P=0.057$). El estudio también nos menciona que esta posible asociación entre el inicio en el consumo de tabaco y los trastornos de conducta alimentaria estaría relacionada a la insatisfacción corporal, así como medida de control de apetito.⁵⁵

En el caso de la variable autoestima en el estudio de Borja K.⁵⁶ en el cual se aplicó la escala de Rosenberg para evaluar autoestima y el EDI 3 RF a una población de 153 estudiantes; teniendo como resultado que a mayor autoestima existe un mejor riesgo de presentar un TCA, así como una menor probabilidad de desarrollar una patología alimentaria en los participantes con autoestima medio y alto. El estudio asocia el nivel de autoestima bajo a los TCA a que la autoestima bajo provocaría que los adolescentes ejerzan conductas perjudiciales para su salud física y mental. Lo cual se contradice con mi estudio ya que no se obtuvo significancia estadística con un $P=0.612 >0.05$ no encontrando relación entre ambos, así mismo el porcentaje de mayor presentación de riesgo de trastorno de conducta alimentaria prestaron una autoestima alta.

En el estudio de Flores M.⁵⁷ se realizó en una población de 79 personas de las cuales 42 con alguna adicción y 37 sin criterios diagnósticos de adicciones. A los que se les aplicó Eating Disorders Inventory (EDI) como instrumento de medición determinando que existía comorbilidad entre las TCA y el abuso de sustancias, incluido el alcohol, se observó en pacientes con diagnóstico de BN (31%), sin embargo, se describió que era más común en pacientes con trastorno de atracón o purga. El estudio también relaciona que la cantidad de consumo de alcohol a la restricción alimentaria también a la insatisfacción corporal y motivación por la delgadez. En el caso de este estudio no se obtuvo el mismo resultado ya que tras aplicar el Chi cuadrado se obtuvo una significancia >0.05 no encontrando asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de desarrollar trastorno alimenticio.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, en lo que respecta al sexo al igual que en la literatura se comprobó que si existe asociación entre el sexo y los trastornos de conducta alimentaria, siendo mucho más frecuente en personas de sexo femenino, sin embargo se ha observado que en los últimos años los casos de trastornos alimentarios en varones han aumentado, sin embargo en el caso de los hombres la literatura la presentación suele ser en pacientes que inician dietas luego de una historial de obesidad previa.^{58,59}

Otra de las variables consideradas fue la edad la teoría nos indican que las adolescentes de entre 12 y 14 años están más propensas a desarrollar anorexia nerviosa y que las adolescentes mayores son más vulnerables a BN y a trastornos de atracones. Sin embargo, en el estudio de Vega V. se concluyó que las adolescentes de cualquier rango de edad muestran estar igualmente propensas a realizar dietas, a tener atracones, tener conductas de control o desarrollar algún trastorno de conducta alimentaria. Esto se contrasta la información obtenida en este estudio ya que no se encontró significancia estadística ($P=0,105$) por lo que no se encontró significancia estadística, sin embargo, si se observó que el grupo etario de 14 años fueron las que presentaron mayor riesgo de Trastorno de conducta alimentaria⁵¹.

El grado es otra variable sociodemográfica que se consideró no se encontró bibliografía específica con la que se puede contrastar la información, en este estudio nos arrojó una significancia de $P=0.310$ con lo que no se encontró asociación; a pesar de ello está variable relacionada con la variable edad ya que el mayor porcentaje de presentación se encontró en el grupo que cursaba el segundo grado de secundaria, que también es el grupo donde estaban la mayor cantidad de alumnos que tenían 14 años de edad.

En el caso de la variable de con quien vive el estudiante no se encontró un estudio específico que midiera la relación de esta con los trastornos de conducta alimenticia, sin embargo, se encontró que el entorno familiar es de gran influencia especialmente porque los hábitos alimenticios son generalmente los mismo que los padres, por ejemplo, en el estudio de Chóez L. el 60% de los estuantes afirmaban que la madre es la que preparaba los alimentos, es decir que si la madre en si vida a optado por conductas alimenticias erróneas, es muy probable que los hijos adquieran estas mismas conductas. También se ha visto que muchas veces los trastornos de conducta alimenticia y esa inconformidad corporal que tienen estos pacientes, están muy relacionados a comentarios que vienen dentro del grupo familiar y entorno cercano; esto se contrasta con lo encontrado en este estudio ya que no se encontró significancia ($P=0.839$) entre estas variables⁶⁰.

Por último, en lo que se refiere a la variable ubicación del colegio, no encontramos un estudio como tal que nos especifique si existe asociación entre esta y los trastornos alimentarios, sin embargo, la literatura nos dice que existe un mayor porcentaje de presentación en ciudades más cosmopolitas y desarrolladas, asociándolo también a que en estos se dan un mayor acceso y uso de internet y redes sociales como un potente medio sociocultural que afecta la imagen socio cultural⁶¹. Ahora comparándolo con lo obtenido en este estudio esto se puede contrastar ya que si se encontró significancia ($P=0.021$) y por ende asociación la variable ubicación del colegio y el riesgo de TCA. Igualmente se observó que el mayor porcentaje de presentación se dio en los alumnos que estudian en el colegio de zona rural.

El presente estudio presenta algunas limitaciones como el tipo de estudio es cual es ya que al tratarse de un estudio de tipo transversal no se pudo determinar relación causal solo determinar asociación, además la determinación de los participantes no fue probabilístico lo cual podría generar un sesgo de selección, a pesar de ellos se incentivó a que todos los estudiantes de un aula participen y por último la medición de las variables no fue realizada por el médico especialista que en este caso sería el Psiquiatra lo cual podría generar un sesgo de medición, pero para disminuir la probabilidad de presentar este sesgo se utilizaron dentro del instrumento de recolección de datos escalas validadas. A pesar de estas limitaciones el estudio es novedoso ya que en el país no existe muchos estudios relacionados a este tema y especialmente aplicados a una población escolar; ya que el tipo de ambiente escolar por el que pasa un adolescente es un factor que incrementaría el riesgo de desarrollar algún tipo de TCA.

Por otro lado, el presente estudio es relevante ya que los resultados obtenidos pueden servir como base de datos de futuros estudios que pueden generar en el desarrollo de campañas de salud preventivas en estudiantes en edad escolar ya que la frecuencia de desarrollar un TCA es mucho más frecuente en este grupo etario.

VIII. CONCLUSIONES:

1. Se pudo concluir que la alexitimia está asociada a trastornos de conducta alimentaria [$P = 0,000 < ,050$] en adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
2. Se pudo concluir que la frecuencia de alexitimia es del 59,9% de los adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
3. La frecuencia del riesgo de presentar trastorno alimentario es del 41,7% de los adolescentes del nivel secundario en colegios nacionales urbano y rural de Cajamarca en el año 2022.
4. Referente a la asociación entre las variables intervinientes clínicas y los trastornos de conducta alimentaria, se concluyó que, si se encontró asociación entre los TCA y la depresión, ansiedad sin embargo no

hallamos asociación con las variables autoestima, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

5. Con respecto a la asociación entre las variables intervinientes sociodemográficas y los trastornos de conducta alimentaria, se encontró asociación entre los TCA con el sexo y la ubicación del colegio en cambio no estableció asociación con las variables con quien vive, el grado y la edad.
6. Con lo que corresponde a la frecuencia de las variables sociodemográficas se concluyó que el mayor número de integrantes del grupo de estudio fue de sexo femenino (rural 58,6%, urbano 61,5%) en comparación con los participantes de sexo masculino (rural 61,5%, urbano 38,4%).

En lo que respecta a la edad de los adolescentes se observó una mayor frecuencia de participantes en el caso de escuela rural presentan la edad de 14 años (24,2%) mientras que en los participantes del colegio urbano presentan una edad de 16 años (26.6%), en contraste con los menos frecuentes que fueron en zona rural los de 17 años (5.1%) y en zona urbana los de 12 años (6;4%).

Con respecto a la convivencia, se concluyó que fue mucho más frecuente que vivieran con ambos padres en zona rural (71,7%) que los de zona urbana (68;0%) a diferencia de los que solo viven con la madre la cual fue más frecuente en los estudiantes de zona urbana (23,6%) que los de zona rural (22,2%) sin embargo esta tendencia continuo con lo que respecta la convivencia con otro familiar y solo con el padre en los cuales fue mucho mayor en los escolares de zona urbana (otros 5;4% y solo padre 3%) que los de zona rural (otros 5;1% y solo padre 1%).

Lo que corresponde al año escolar que cursan los estudiantes evaluados, la participación fue mucho mayor en los alumnos de zona rural que cursan el primer año (25,3%) en comparación con los alumnos de zona urbana de los cuales fueron los alumnos del cuarto año (22,7%), a diferencia de los que tuvieron menor frecuente que en caso de zona rural fueron los del quinto año (13;1%) y en zona urbana fueron los de primer año (18,7%).

7. Concluimos que el riesgo de presentar en depresión es más frecuente en los alumnos de zona urbana (41,2%) en comparación con los alumnos de

zona rural (20,2%). La frecuencia del riesgo de presentar ansiedad es mucho mayor en los alumnos de zona urbana (57,6%) a diferencia de los alumnos de zona rural (43.4%). El consumo de tabaco es otra de las variables evaluadas en la cual se pudo concluir que el consumo de tabaco fue más frecuente en estudiantes de zona urbana (24,1%) en contraste con los de zona rural (12,1%). Se evidencio que el problema de alcohol es más frecuente el en adolescentes de zona urbana (19.7%) en comparación con los de zona rural (15,2%). En lo que corresponde de la autoestima de los estudiantes se concluyó que la autoestima baja fue más frecuente en los alumnos de zona urbana (34%) en comparación con los alumnos de zona rural (26.3%), comparando la autoestima medio este será más frecuente en estudiantes del colegio urbano (40,4%) que los estudiantes del colegio rural (36,4%). Por otro lado, se pudo determinar que fue más frecuente que los estudiantes presentaran autoestima medio.

IX. RECOMENDACIONES:

Se sugiere la realización de estudios semejante en otros colegios, con poblaciones de adolescentes más grandes para mayor significancia estadística.

Debe tenerse en cuenta los instrumentos de medición utilizados en este proyecto como un posible método de screening para un diagnóstico precoz o como método de prevención primaria de TCA y otras patologías.

Realización de charlas informativas acerca de estos temas y de las posibles consecuencias que acarrearán a mediano y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bermúdez Durán L, Chacón Segura M, Rojas Sancho D. ACTUALIZACIÓN EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA. *Revista Médica Sinergia* Vol.6 Núm. 8, agosto 2021. e753.
2. Porter RS, Kaplan JL, Lynn RB, Reddy MT. *El Manual Merck*. 20.a ed. Madrid: Panamericana; 2020.
3. Vargas Baldares M, TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* LXX (607) 2013, 475 – 482.
4. Ponce Torres C, Turpo Espinoza K, Salazar Pérez C, Viteri-Condori L, Carhuancho Aguilar J, Taype Rondan Á. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD DE PERÚ. *Rev Cub Salud Publica*. 2017; 43:551–61.
5. Helena Vall-Roqué, Ana Andrés², Carmina Saldaña. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y DEL CONFINAMIENTO EN LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS Y EL MALESTAR EMOCIONAL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE ESPAÑA. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 29, Nº 2, 2021, pp. 345-364.
6. Ayuzo-del Valle N, Covarrubias-Esquer J. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Revista Mexicana de Pediatría* Vol. 86, No. 2 Marzo-Abril 2019 pp 80-86.
7. Kjelsas E. PREVALENCE OF EATING DISORDERS IN FEMALE AND MALE ADOLESCENTS (14-15 years). *Eat Behav*. 2004;5(1):13-25.
8. Kanashiro C, Gonzales B, Malpartida C. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL: INFORME GENERAL. *ANALES DE SALUD MENTAL*. 2002;18(1):1-200.
9. Smink F, Van Hoeken D. EPIDEMIOLOGY OF EATING DISORDERS: INCIDENCE, PREVALENCE AND MORTALITY RATES. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14:406-14.
10. Herpetz-Dahlmann B. ADOLESCENT EATING DISORDERS: DEFINITIONS, SYNTOMATOLOGY, EPIDEMIOLOGY AND COMORBIDITY. *Int J Eat Disord*. 2009;18(1):31-47.

11. Verónica Gaete P.a,b, Carolina López C. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES. Rev Chil Pediatr. 2020;91(5):784-793.
12. Rodríguez Ortega P, Palma Milla S, Gómez-Candela C. CONSENSO SOBRE LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: BULIMIA NERVIOSA, TRASTORNO POR ATRACÓN Y OTROS. Nutr Hosp 2018;35(N.º Extra. 1):49-97
13. Muñoz Calvo MT, Argente J. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. Protoc diagn ter pediatr. 2019; 1:295-306
14. Bakalar JL, Shank LM, Vannucci A, Radin RM, Tanofsky-Kraff M. RECENT ADVANCES IN DEVELOPMENTAL AND RISK FACTOR RESEARCH ON EATING DISORDERS. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(6):42.
15. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al. THE SCIENCE BEHIND THE ACADEMY FOR EATING DISORDERS' NINE TRUTHS ABOUT EATING DISORDERS. Eur Eat Disord Rev. 2017;25(6):432-50.
16. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. RISK FACTORS THAT PREDICT FUTURE ONSET OF EACH DSM-5 EATING DISORDER: PREDICTIVE SPECIFICITY IN HIGH-RISK ADOLESCENT FEMALES. J Abnorm Psychol. 2017;126(1):38-51.
17. Gómez-Candela , Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez-Ortega P, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, et al. CONSENSO SOBRE LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA, TRASTORNO POR ATRACÓN Y OTROS. RESUMEN EJECUTIVO. Nutr Hosp. 2018;35(2):489–94.
18. Díaz-Castillo R, Aizpuru de la Portilla A. RELATIONSHIP BETWEEN ALEXITHYMIA AND BODY DISSATISFACTION IN MEXICAN WOMEN WITH DIFFERENT EATING DISORDERS. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2016) 7, 71 – 77.
19. DSM-5. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES - TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA

- INGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS. American Psychiatric Association. Editorial Panamericana. 2014.
20. Juan Pedro Martínez-Ramón, Inmaculada Méndez-Mateo, Cecilia Ruiz-Esteban. RELACIÓN ENTRE ALEXITIMIA Y DISFRUTE DE LA VIDA EN ADOLESCENTES: IMPLICACIONES EDUCATIVAS. Revista de Psicología y Educación / Journal of Psychology and Education, 2018, 13(2), 124-130
 21. Behar R., y Patricia Cordella M. DIFICULTADES INTERPERSONALES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: UN MODELO PSICONEUROBIOLÓGICO EXPLICATIVO/COMPRESIVO. Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2022; 60 (2); 195-205.
 22. René Rodrigo Gallardo Vergara. TEORÍA DE LA MENTE Y ALEXITIMIA: AUTOCONCIENCIA EMOCIONAL Y EL ROSTRO DEL OTRO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS Y GRUPO DE CONTRASTE. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Vol. 35 (2): 116-130, 2018.
 23. Kim Leslie Nestares Luna, Anapaula Olivera García, Roberto Huamanchumo Guzmán, Jorge Martín Arévalo Flores. FRECUENCIA DE ALEXITIMIA Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA TRATADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERÚ. Rev Neuropsiquiatr. 2021; 84(2): 103-112.
 24. Jorge Armando Barriguete-Meléndez¹, Ana Pérez-Bustinzar, Rocío Ivonne de la Vega-Morales. PREVALENCIA DE ALEXITIMIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE 800 PACIENTES MEXICANAS. Cirugía y Cirujanos. 2018; 86:43-49.
 25. Giammarco Cascino, Alessio Maria Monteleone, Francesca Marciello, Francesca Pellegrino, Valeria Ruzzi & Palmiero Monteleone ALEXITHYMIA AND CORTISOL AWAKENING RESPONSE IN PEOPLE WITH EATING DISORDERS, The World Journal of Biological Psychiatry, (2021); 22:7, 546-551
 26. Brewer, R., Cook, R., Cardi, V., Treasure, J., Catmur, C., & Bird, G. ALEXITHYMIA EXPLAINS INCREASED EMPATHIC PERSONAL

- DISTRESS IN INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT EATING DISORDERS. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, (2018).
27. Hason Rozenstein M, Stein D, Latzer Y. SUBJECTIVE AND OBJECTIVE: ALEXITHYMIA AND SOCIAL COGNITION IN EATING DISORDERS. *Isr J Psychiatry*. 2018;55(1):45-53.
28. Behar R. EXPRESIÓN EMOCIONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ALEXITIMIA Y ASERTIVIDAD. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2011; 49 (4): 338-346
29. Larco Castilla P., Murillo Pérez L., Rodríguez Aguilar R. ASOCIACIÓN ENTRE LA ALEXITIMIA Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES QUE CURSAN ESTUDIOS SECUNDARIOS DE COLEGIOS PÚBLICOS EN LIMA, PERÚ [Tesis de Grado] Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2017.
30. Kendall R, Rodríguez E. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20) EN UNA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. Tesis para optar el título de especialista en psiquiatría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
31. Moral de la Rubia, J.; Retamales Rojas, R.: ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (TAS-20) EN MUESTRA ESPAÑOLA. *psicologia.com, Revista Electrónica de Psicología* 2000; 4(1)
32. González-Arias M, Martínez-Molina A, Galdames S and Urzúa A PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE 20-ITEM TORONTO ALEXITHYMIA SCALE IN THE CHILEAN POPULATION. 2018 *Front. Psychol.* 9:963.
33. Aliriza Arenliu, Brikena Krasniqi, Kaltrina Kelmendi, Shukrije Statovci. EXPLORING FACTOR VALIDITY OF 20-ITEM TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20) IN ALBANIAN CLINICAL AND NONCLINICAL SAMPLES. *SAGE Open* 2021: 1–12
34. Jara B. PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL CUESTIONARIO ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE TRUJILLO. [Tesis de Grado]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2020.

35. Gustavo A. Constaín, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Guillermo Andrés Ramírez Jiménez. VALIDEZ Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA ESCALA EATING ATTITUDES TEST-26 PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN MASCULINA DE MEDELLIN COLOMBIA. *Aten Primaria*. 2017 Apr; 49(4): 206–213.
36. Lugo-Salazar Kenia Jocelyne, Pineda-García Gisela. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE EATING ATTITUDES TEST (EAT- 26) IN A NON-CLINICAL SAMPLE OF ADOLESCENTS. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2019, Vol. 19 No. 2, pp 1-11
37. Johann M. Vega-Dienstmaier, Oscar Coronado-Molina, Guido Mazzotti. VALIDEZ DE UNA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE MEDICINA GENERAL. *Rev Neuropsiquiatr* 2014. 77 (2), 95-103
38. Vizioli, N., A., & Pagano, A., E. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK: VALIDEZ ESTRUCTURAL Y FIABILIDAD A TRAVÉS DE DISTINTOS MÉTODOS DE ESTIMACIÓN EN POBLACIÓN ARGENTINA. *Acta Colombiana de Psicología*, 2022. 25(1), 28-41
39. Ferran Blázquez, Karina Salud Montoya Pérez, Marcelo Archibaldo Bravo Calderón. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI, BECK ANXIETY INVENTORY) EN POBLACIÓN GENERAL DE MÉXICO. *ANSIEDAD Y ESTRÉS* 26 (2020) 181–187
40. De La Flor Valdivia M. VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN PERUANA DEL CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9) PARA TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER DE UN HOSPITAL PÚBLICO ESPECIALIZADO DE LIMA METROPOLITANA [Tesis de grado]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2020
41. Carlos Arturo Cassiani-Miranda, Angy Karina Cuadros-Cruz, Harold Torres-Pinzón. VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9) PARA CRIBADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN BUCARAMANGA, COLOMBIA. *Rev colomb psiquiat*. (2021);50(1):11–21

42. Sánchez-Villena A., De La Fuente-Figuerola V., Ventura-León J. MODELOS FACTORIALES DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN ADOLESCENTES PERUANOS. / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, (2021) 26 (1), 47-55
43. José Ventura-León, Tomás Caycho-Rodríguez, Miguel Barboza-Palomino. EVIDENCIAS PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN ADOLESCENTES LIMEÑOS. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology 2018, Vol., 52, No. 1, pp. 44-60
44. Guillermo Augusto Ceballos-Ospino, Carmelina Paba-Barbosa, Jesús Suescún. VALIDEZ Y DIMENSIONALIDAD DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. Pensamiento Psicológico, Vol 15, No 2, 2017, pp. 29-39.
45. Martín Nizama-Valladolid, M Nizama-García, C Puente de la Vega. DIAGNÓSTICO INDIRECTO DEL ABUSO/DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN POBLACIÓN ADULTA PERUANA: VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA, 2010 Acta Med Per 27(2); 91 - 98
46. Francisco Javier Zamora-Rodríguez, Leticia Tolosa-Gutiérrez, Mónica Sánchez-Autet. DETECCIÓN DE TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO EN TRES GRUPOS POBLACIONALES. ADICCIONES, 2021 · VOL. 33 NÚM. 2 · PÁGS. 121-136.
47. Karina Conde, Paula Victoria Gimenez, Mariana Cremonte. CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE DEL TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DE ARGENTINA. Clínica y Salud 2018: 29(1) 27-33.
48. Fairburn C, Cooper Z, Shafran R. COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR EATING DISORDERS: A "TRANSDIAGNOSTIC" THEORY AND TREATMENT. Behav Res Ther. 2003;41(5):509-28.
49. Corstorphine E. COGNITIVE EMOTIONAL BEHAVIOURAL THERAPY FOR THE EATING DISORDERS: WORKING WITH BELIEFS ABOUT EMOTIONS. Eur Eat Disord Rev 2006;14(6):448-61.

50. Bajgar J, Ciarrochi J, Lane R, Deane FP. DEVELOPMENT OF THE LEVELS OF EMOTIONAL AWARENESS SCALE FOR CHILDREN. *Br J Dev Psychol.* 2005;23(4):569-586.
51. Haleem DJ. Serotonin neurotransmission in anorexia nervosa. *Behav Pharmacol.* 2012;23(5-6):478-495.
52. Gong P, Liu J, Li S, Zhou X. Serotonin receptor gene (5-HT1A) modulates alexithymic characteristics and attachment orientation. *Psychoneuroendocrinology.* 2014;50:274-279.
53. Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J. DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA DE ADOLESCENTES MUJERES. FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA /ANUARIO DE INVESTIGACIONES, VOLUMEN XV; 2017. Pag. 103 – 104.
54. Belén López Moya, Irene Baños Martín, Pilar Vilariño Besteiro. ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental. 2020
55. Castro J., Castro S., CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA *Escritos de Psicología*, Vol. 10. 2017; pag. 41 – 50.
56. Borja K. RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y RIESGO A PRESENTAR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA SAN JOSÉ DE LA SALLE, EN CUENCA-AZUAY, PERÍODO 2021. [Tesis de Grado] Cuenca: UCUENCA. 2021.
57. Flores M., Blanco M., Rodríguez M. ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS. *Clínica y Salud* (2018) 29(3) 125-132
58. Gempeler J. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN HOMBRES: CUATRO SUBTIPOS CLÍNICOS. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV ,No. 3; 2006. Pag. 352 – 361
59. Arijá V., Santi M. , Novalbos J. CARACTERIZACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y TENDENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 2):8-15

60. Chóez L., Tejeda R. INFLUENCIA FAMILIAR SOBRE LOS TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA. RECIMUNDO VOL. 5 N° 2 (2021). Pag. 376-386.
61. Emiro J., Tatiana Castaneda T. RIESGO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y USO DE REDES SOCIALES EN USUARIAS DE GIMNASIOS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, COLOMBIA. rev colomb psiquiat. 2020;49(3):162–169.

X. ANEXOS:

ANEXO 1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Señor: **Director de la I.E**
Prof.

Señor director, reciba usted nuestro cálido y afectuoso saludo y al mismo tiempo permítame exponerle lo siguiente:

Yo Dammar Elizabeth Mera Alcalde, Identificada con el DNI 47102658, con domicilio en Jr. Irene Silva 231. Me encuentro realizando mi tesis para la obtención de mi título como Médico Cirujano **“ALEXITIMIA ASOCIADA A TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE COLEGIOS NACIONALES DE CAJAMARCA”**

Con la finalidad de ejecutar este proyecto, solicito a usted, designe a quien corresponda me conceda la autorización correspondiente para realizar la aplicación de instrumentos de recolección de datos a los estudiantes que se encuentran cursando los grados entre primero y quinto de secundaria.

Por los efectos del presente adjunto el proyecto aprobado por la universidad y la copia de la resolución aprobada del proyecto.

Por tanto, agradeceré a usted acceda a mi solicitud.

Cajamarca ... de del 2022

Dammar E. Mera Alcalde

ANEXO 2

CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Yo Padre/Madre o apoderado del alumno que cursa el grado de secundaria en el colegio he sido informado que se aplicara un proyecto de investigación. Donde será necesario que mi menor hijo llene instrumentos de recolección de datos donde se mantendrá el anonimato y la confidencialidad de los datos brindados, así como que estos serán utilizados con fines únicamente científicos.

Por lo cual yo SI / NO autorizo la participación de mi menor hijo(a) en dicho estudio.

Cajamarca de del 2022

Firma de padre o apoderado

DNI:

ANEXO 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola, mi nombre es **Dammar Elizabeth Mera Alcalde** bachiller en Medicina Humana, y me encuentro realizando mi tesis la cual lleva por título “**Alexitimia asociada a trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de nivel secundario de Colegios Urbano y Rural de Cajamarca en el año 2022**”. Me gustaría que colabores conmigo siendo parte del estudio.

La participación consiste en llenar una encuesta; toda la información que recoja se maneja con **absoluta confidencialidad**, no se consignan datos personales, por lo que son anónimas y toda la información que se obtenga será única y exclusivamente de uso académico.

Si estás de acuerdo en participar marca con una “X” dentro del recuadro que corresponda y firma.

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Investigador: Dammar E. Mera Alcalde

DNI: 47102658

SI

NO

Nombre: _____

Fecha: _____

Institución educativa: _____

FIRMA

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ALEXITIMIA ASOCIADA A TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE COLEGIOS NACIONALES DE CAJAMARCA

Datos Generales (encierra con un círculos tu respuesta)	N° de encuesta:
Sexo: Masculino - Femenino Edad: _____ Año escolar: 1° - 2° - 3° - 4° - 5° de secundaria Colegio: Rural – Urbano	Con quien vive en casa: Ambos padres – Solo madre – Solo Padre - Otros Consumo de tabaco: SI - NO
A continuación, responda con la mayor sinceridad posible cada uno de los siguientes enunciados:	
Marque con un X dentro del recuadro del número (del 1 al 5) que considere apropiado (donde 1 es fuertemente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indeciso, 4 de acuerdo y 5 es fuertemente de acuerdo) para cada uno de los enunciados presentados a continuación.	

	1	2	3	4	5
1- A menudo estoy confundido con las emociones que estoy sintiendo.					
2- Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.					
3- Tengo sensaciones físicas que incluso los doctores no entienden.					
4- Soy capaz de expresar mis sentimiento					
5- Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo.					
6- Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustado o enojado.					
7- A menudo estoy confundido con lo que siento en mi cuerpo.					
8- Prefiero dejar que las cosas pasen solas, sin preguntarme por qué sucede así.					
9- Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10- Estar en contacto con las emociones es muy importante.					
11- Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas					
12- La gente dice que exprese más mis sentimientos.					
13- No sé qué pasa dentro de mí.					
14- A menudo no sé por qué estoy enojado.					
15- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					
16- Prefiero ver programas de TV simples pero no entretenidos, que programas difíciles de entender.					
17- Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos íntimos.					
18- Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.					
19- Encuentro util examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20- Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuyendo el placer de disfrutarlos.					

Marque con una X dentro del recuadro de cada uno de los enunciados presentados a continuación:

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Rara Vez	Nunca
1- Me angustia la idea de estar demasiado gordo(a)						
2- Tengo sensación de que los demás me presionan para que coma más.						
3- La comida es para mí una preocupación habitual.						
4- He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.						
5- Corto mis alimentos en pequeños trozos.						
6- Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.						
7- Procuo no comer alimentación que tengan, muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc)						
8- Tengo la impresión de que los demás les gustaría verme comer más.						
9- Vomito después de comer.						
10- Me siento muy culpable después de comer.						
11- Me obsesiona el deseo de estar delgada.						
12- Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.						
13- Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						
14- Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.						
15- Tardo más tiempo que los demás en comer.						
16- Procuo no comer alimentos que tengan azúcar.						
17- Como alimentos dietéticos.						
18- Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.						
19- Muestro auto-control en torno a la comida.						
20- Tengo sensación de que los demás me presionan para que como más.						
21- Paso demasiado tiempo pensando en la comida.						
22- No me siento bien después de haber comido dulces						
23- Estoy haciendo dieta.						
24- Me gusta tener el estómago vacío.						
25- Tengo impulsos de vomitar luego de comer.						
26- Disfruto probando nuevos alimentos ricos.						

Marque con una X dentro del recuadro para aceptar o negar cada uno de los enunciados presentado a continuación con respecto a la ingesta de alcohol.

	NO	SI
¿Alguna vez ha tenido la impresión de que debería beber menos?		
Le ha molestado alguna vez la gente criticándolo por su forma de beber?		
¿ Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para clamar sus nervios o librarse de la resaca?		

Marque con una X dentro del recuadro en los siguientes casilleros (elija una respuesta para cada una de las preguntas)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1- Torpe o entumecido				
2- Acelerado				
3- Con temblor en las piernas				
4- Incapaz de relajarse				
5- Con temor a que ocurra lo peor				
6- Mareado, o que se le va la cabeza				
7- Con latidos del corazón fuerte o acelerados				
8- Inestables				
9- Atemorizado o asustado				
10- Nerviosos				
11- Son sensación de bloqueo				
12- Con temblores en las manos				
13- Inquieto, inseguro				
14- Con miedo a perder el control				
15- Con sensación de ahogo				
16- Con temor a morir				
17- Con miedo				
18- Con problemas digestivos				
19- Con desvanecimientos				
20- Con rubor facial (cara roja)				
21- Con sudores, fríos o calientes				

Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? En primer lugar. **Marque con una X o encierre con un círculo dentro del recuadro (0-3) que considere apropiado (de acuerdo a la intensidad) para cada uno de los siguientes enunciados:** (elija una respuesta para cada uno de las preguntas)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Ha sentido tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormida, o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansada con poca energía	0	1	2	3
Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha mal con usted misma, o ha sentido que es un fracaso o que ha quedado mal con usted misma o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
Se ha motivado o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado; o lo contrario, se ha sentido muy inquieta o agitada que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerta o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿Qué tanta dificultad le han dado estos problemas en el colegio, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Por favor, marque con una X en los siguientes casilleros la respuesta que considere más apropiada para cada uno de los siguientes enunciados: (elija una respuesta para cada una de las preguntas?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2- Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4- Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5- En general estoy satisfecha de mí misma.				
6- Siento que no tengo mucho de los que estar orgullosa.				
7- En general, me inclino a pensar que soy fracasada.				
8- Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9- Hay veces que realmente pienso que soy inútil.				
10- A veces creo que no soy buena persona.				