

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**“Propiedades Psicométricas del Cuestionario Actitudes ante la Alimentación
en Estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo”**

AUTORA: Brigitte Esmeralda Jara Urrutia

ASESOR: Carlos Borrego Rosas

Trujillo - Perú

2020

DEDICATORIA

A Dios por permitirme lograr las metas trazadas, a mi mamá quien me sigue apoyando a lo largo de mi vida y me brindo la oportunidad de cumplir mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer primeramente a Dios por guiarme a lo largo del camino académico y colmarme de bendiciones.

A mi mamá Silvia Urrutia Mundaca, quien es mi ejemplo a seguir y estuvo conmigo dando aliento en lo complejo que son los últimos ciclos, por ella sigo cumpliendo mi meta de estudiar lo que me apasiona.

A mi papá Elberg Jara Cornejo, me estrechó su mano en momentos complicados de mi vida, por sus consejos y su empatía.

A mi familia quienes celebran y apoyan cada paso que doy en el camino profesional.

A mi enamorado y mis amigos, especialmente a David Perales, quién me ayudó a resolver mucha incognitas de forma practica.

A Olaf, por acompañarme en las desveladas y dolores de cabeza.

A mi Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Privada Antenor Orrego del Perú, la cual me brindó una formación de calidad, grandes satisfacciones y logros.

A mi asesor de tesis Dr. Carlos Borrego Rosas, por su paciencia, confianza y guía para estructurar de forma adecuada mi investigación, así mismo, por compartir sus conocimientos e inspirarme a seguir en este camino de la investigación.

A los alumnos y docentes de la carrera profesional de psicología por haberme brindado su tiempo e información para este estudio.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I: PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. EL PROBLEMA.....	14
1.1.1. Delimitación del problema.....	14
1.1.2. Formulación del problema.....	18
1.2. Objetivos.....	18
1.2.1. Objetivo General.....	18
1.2.2. Objetivos Específicos.....	18
1.3. Justificación del trabajo.....	19
1.4. Limitaciones.....	20
CAPITULO II: METODOLOGÍA.....	21
2.1. Población.....	22

2.2. Muestra	23
2.3. Muestreo	25
2.4. Procedimiento para la recolección de datos.....	25
2.5. Instrumento.....	25
2.5.1. Ficha Técnica del Instrumento a validar.....	25
2.5.2. Descripción de la Prueba por áreas.....	27
CAPITULO III: MARCO TEÓRICO.....	29
3.1. Antecedentes de la Investigación.....	30
3.1.1. A nivel internacional.....	30
3.1.2. A nivel nacional.....	31
3.2. Marco teórico.....	31
3.2.1. Variable que mide el instrumento.....	36
3.2.2. Propiedades psicométricas de una prueba.....	36
A. Validez.....	36
B. Confiabilidad.....	36
C. Normas.....	37
3.3. Marco Conceptual.....	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	38
4.1. Validez.....	39
4.2. Confiabilidad.....	44
4.3. Normas y puntos de corte.....	45
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	47

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
6.1. Conclusiones.....	54
6.2. Recomendaciones.....	55
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS Y ANEXOS	56
7.1. Referencias.....	57
7.2. Anexos.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de Universitarios según Matriculados por Ciclo de la Escuela Profesional de Psicología de una Universidad Privada de Trujillo	22
Tabla 2. Distribución de estudiante por ciclo que constituyen la muestra de la Escuela Profesional de Psicología	23
Tabla 3. Índices de bondad de ajuste del modelo de Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo	39
Tabla 4. Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo	41
Tabla 5. Confiabilidad del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo	44
Tabla 6. Baremos en percentiles del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo	45

Tabla 7. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.....72

Tabla 8. Comparación de promedios según género del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.....73

RESUMEN

Dentro de la presente investigación se tomó como objetivo principal analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes ante la Alimentación *EAT-26* en alumnos de la carrera profesional de psicología de una Universidad privada en Trujillo, que cuenta con 3 subescalas. Se trabajó con 497 estudiantes de psicología, 119 hombres (23.8%) y 378 mujeres (76.2%) con edades que oscilan entre 17 a 42 años. Mediante el análisis de factorial confirmatorio se observan los índices de ajuste absoluto ($\chi^2/g.l= 1.68$; RMR= 0.53; AGFI= 0.92; NFI Y RFI= 0.91 y 0.90; PNFI= 0.93). Para medir la confiabilidad se usó el coeficiente omega en los tres factores, dando como resultado: *Dieta* (0.87), *Bulimia y preocupación por la comida* (0.55) y *Control oral* (0.63). Se concluye que la Escala de Actitudes ante la Alimentación cuenta con propiedades psicométricas aptas, para dar inicio a su uso como una importante herramienta de evaluación de Trastornos de Conducta alimentaria.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, propiedades psicométricas, validez, confiabilidad, EAT – 26.

ABSTRACT

Within the present investigation, the main objective will be to analyze the psychometric properties of the Scale of Attitudes towards Food EAT-26 in students of the professional career of psychology of a private University in Trujillo, which has 3 subscales. We worked with 497 psychology students, 119 men (23.8%) and 378 women (76.2%) with ages ranging from 17 to 42 years. The confirmatory factor analysis shows the absolute adjustment indexes ($\chi^2/df= 1.68$; RMR= 0.53; AGFI= 0.92; NFI Y RFI= 0.91 y 0.90; PNFI= 0.93). To measure reliability, the omega coefficient of the three factors was used, resulting in: Diet (0.87), Bulimia and concern for food (0.55) and Oral control (0.63). It is concluded that the Scale of Attitudes towards Food has suitable psychometric properties, to initiate its use as an important assessment tool for Eating Disorders.

Keywords: *Eating behavior disorders, psychometric properties, validity, reliability, EAT – 26.*

INTRODUCCIÓN

Los instrumentos psicológicos como los test son de gran utilidad para los diagnósticos clínicos, contratación laboral, clasificaciones escolares, etc., de modo que tienen gran influencia en las personas. Dicho esto, es primordial tomar en cuenta este test de carácter científico y comprender sus características, para un destacado diagnóstico y por ende un adecuado tratamiento a los problema psicopatológicos.

En el presente trabajo el interés es validar el cuestionario de Actitudes ante la Alimentación pues permite identificar los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) más comunes, entre ellos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, que son alteraciones que perjudican la salud física y mental en un inquietante porcentaje de mujeres y también en hombres, con cifras que van cada vez más en aumento. Hacer dieta severa, saltarse las comidas, prohibirse algunos alimentos, ingerir chocolates y frituras, entre otros, son algunos de los recursos utilizados por las personas que enfrentan estos problemas.

La anorexia esta representada por la exagerada disminución de peso por restricción de comida autoinducida y rehuir a engordar, así como también el ejercicio desmesurado, uso de laxantes, etc. Todo este conjunto de actitudes trae como consecuencia la ausencia de menstruación en la población femenina (amenorrea), en tanto a los hombres, la disminución del libido (Lambruschini y Leis, 2007). Existe mayor prevalencia en las mujeres jóvenes con una edad media de 17 – 21 años (Halmi 1977, citado en Gandarilla et al, 2003), sin embargo, en un estudio hecho por Scholtz et al. (2010, citado en Behar, 2018) demuestra que “el 36.4% de mujeres adultas entre la edad de 40 – 60 años,

presentan un TCA no especificado o el trastorno por atracón” convirtiéndose en un trastorno crónico.

La bulimia, caracterizada por impulsos de ingesta exagerados de comida (atracones) seguido de vomito autoinducido, también comparte patrones similares con la anorexia como: el ejercicio desmesurado, ingesta de laxante y/o cualquier medio diurético (Raich, 2017). Sin embargo, las personas que presentan este tipo de desorden alimenticio, se mantienen en su peso o tienden a subirlo. Se manifiesta con más frecuencia entre los 24 y los 40 años de edad (Gandarilla et al., 2003). Estos dos trastornos comparten características psicopatológicas.

CAPÍTULO I

PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.1. EL PROBLEMA

1.1.1. Delimitación del problema

A nivel nacional e internacional, llevar una adecuada alimentación se ha convertido en una problemática, pues esto implica repercusiones en la percepción física y por ende la obsesión en el registro del peso, conllevando problemas con la actitud alimenticia, que son frecuentes en mayor medida en todos los estratos sociales. La influencia de dichas actitudes se dan en el contexto donde se desarrollan las personas, los prejuicios que acontecen, los distintos medios informativos que fomentan este tipo de ideologías por medio de programas de ocio, revistas, y las imágenes que se muestran en las redes sociales.

Para la mayoría de adolescentes el monitoreo de su peso y su preocupación física, empieza en la niñez media, intensificándose en la adolescencia ocasionando una obsesión por el control de peso, medidas corporales y la alimentación. El control del aumento de peso, las dietas restrictivas, el ejercicio en exceso, solían ser más comunes en el sexo femenino con una incidencia que varía entre un 90 y 95% que, en varones, sin embargo, la cifras en el sexo masculino van en aumento en relación al peso corporal, “se trata de una enfermedad claramente sexista, aunque en lo últimos años se ha dado un leve repunte en hombre” Pérez (2017). Así mismo, Andolfi y Mascellani (2010), se refieren al problema masculino como una dismorfia muscular, que los especialistas consideran la forma masculina de anorexia. Cabe recalcar que, dejó de ser una enfermedad sexista desde que el sexo masculino se ha visto rodeado de prejuicios en el medio donde se desenvuelven sea en el colegio, en el hogar, su comunidad o la influencia por los medios, etc.

Los trastornos alimenticios se han transformado en una complicación relevante de salud

“debido a su alta prevalencia y consecuencias en la salud mental afectando la autonomía, la autoestima y las habilidades sociales” (Swanson, 2011, citando en Ponce, et al. 2017) lo mismo ocurre en la salud física, como son las complicaciones gastrointestinales, endocrinológicas, dermatológicas, cardiovasculares, pulmonares, llegando incluso a la muerte.

En el continente asiático el concepto de autosuperación es el logro de obtener la figura corporal ideal que es resaltar la delgadez. Respecto a la imagen de delgadez, la exigencia es cada vez mayor con la disminución del peso, “donde quiera que exista disponibilidad de alimento, unido a ciertas influencias socioculturales, surgirán sujetos vulnerables, tanto mujeres como hombres, cuya persecución de lo superior e insuperable se confirma en y se traslada a una patología tan autodestructiva como es un Trastorno del Hábito del Comer” (Behar, 1996, citado en Lambruschini y Leis, 2007)

Las psicopatologías de conductas alimentarias recurrentes, más importantes dentro de la población juvenil son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa es el anhelo desenfrenado para obtener la delgadez sin importar las consecuencias, determinada “por una pérdida significativa del peso corporal o estándar (inferior al 85%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar” (Toro, 1999, citado en Lambruschini y Leis, 2007).

La bulimia nerviosa se distingue por una secuencia de sucesos “de ingesta incontrolada de alimentos, seguidos de conductas compensadoras para evitar los efectos de la gran cantidad de alimento que se ha consumido, el efecto neto consiste en que el paciente suele mantener su peso normal” (Parmelee, 1998, citado en Lambruschini y Leis, 2007).

De acuerdo con el estudio de Hudson et. al. (2007) “20 millones de mujeres y 10 millones de hombres en E.E.U.U. presentan un TCA en algún momento de sus vidas”, a su vez, tanto hombres como mujeres habían experimentado cuadros de anorexia y atracones en distintas etapas de su vida.

Las conductas de trastornos alimenticio, están iniciando cada vez más en etapas tempranas en la vida del ser humano, tanto en el sexo femenino como masculino.

Según datos de la OMS, la anorexia afecta entre 0.5 al 3% de los adolescentes, de modo que es la tercera enfermedad crónica más común y frecuente. En estudios epidemiológicos, se estima que 1 de cada 100 adolescentes padecen anorexia y 4 de cada 100 tienen bulimia, 4% de la población femenina joven entre 12 y 25 años sufren algún tipo de trastorno de conducta alimentaria.

Las víctimas por trastornos de conducta alimentaria como la anorexia y bulimia, van cada vez más en aumento, de manera que “el 40% de la causa es social (influencia de los medios de comunicación, relaciones interpersonales, presión familiar), 20% genético (sexo, tendencia a la obesidad, el tipo somático del cuerpo) y 20% psicológico (insatisfacción corporal, baja autoestima)” Portela de Santana et. al. (2012). Liderando la lista de mayores casos de estos trastornos, está Japón, luego Argentina, Perú se encuentra ubicado en los cinco primeros países.

Una investigación realizada en universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid, indicó que dos de cada diez estudiantes padecen de bulimia y anorexia, hallando que 9.6% de hombres y 16% de mujeres pueden provocarse vómitos. “Entre las chicas que controlaban su comida para adelgazar el riesgo de anorexia o bulimia era 4% más elevado que entre las que comían normal” (Sepúlveda, 2004).

En un estudio a universitarios de Baja California – México, se encontró que “el 29.5% inició entre los 9 y 11 años, 60.5% entre los 12 y 14 años, 9% entre los 15 y 17 años, mientras que sólo 1% la inició entre los 18 y 20 años de edad” (Pineda et al., 2014).

En Colombia en el año 1995, se realizó una investigación de la cual concluyeron que “la prevalencia de los TCA en el grupo universitario estudiado es similar a los países desarrollados” así mismo, se añadió que “la frecuencia de TCA es superior entre los estudiantes del área de salud” (Angel et al., 1997).

A nivel nacional, para los adolescentes la delgadez es considerada el prototipo de belleza perfecto, impuesto y fomentado por la información que llega mediante los distintos medios de comunicación, dando lugar a un ambiente de entretenimiento donde se visualizan imágenes corporales “ideales”, promoviendo la aparición de conductas alimenticias de riesgo, que desencadenarían en anorexia, bulimia u otro tipo de trastornos de conducta alimentaria.

Según datos estadísticos locales en cuanto a Trastornos de Conducta Alimentaria, el 90% pertenecen al sexo femenino, el 30% de ellas arriesga su vida; y el 10% muere. Entre las regiones con más casos atendidos se encuentra La Libertad con 58 casos al año, teniendo en cuenta que la mayoría de afectados no acuden a centros de ayuda por decisión propia.

En la investigación correlacional sobre las causas de desarrollo y características clínicas afiliadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres universitarias en Trujillo, dio como resultado “una correlación altamente significativa en los factores de riesgo psicológicos, familiares y socioculturales” (Borrego, 2006).

Con lo expresado anteriormente, en la etapa universitaria se manifiestan en mayor medida los trastornos de conducta alimentaria, población objetivo a la cual va dirigida la presente investigación.

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT – 26) se encuentra categorizado y adaptado a nivel mundial como un instrumento autoadministrable más usado “para la detección de trastornos alimentarios y exploración de características psicológicas en pacientes” Garner y Garfinkel, (1982) “...ya que posee altos índices de confiabilidad y validez” (Garner, 1982, citado en Lambruschini y Leis, 2007).

Así mismo, no se halló evidencias suficientes de estudios sobre adaptaciones del presente test en la ciudad de Trujillo, y mucho menos en el Perú, por lo tanto, se vuelve imperativo el estudio de las propiedades psicométricas del EAT – 26 y de esta forma hallar niveles de confiabilidad y validez adecuados, pues permitirá realizar estudios de este instrumento en nuestra localidad.

1.1.2. Formulación del problema

¿Son idóneas las cualidades psicométricas del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo - 2018?

1.2. Objetivos:

1.2.1. Objetivo General

Determinar las cualidades psicométricas del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo – 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

- Establecer la evidencia de validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo – 2018.

- Establecer la confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo – 2018.
- Elaborar baremos percentilares del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo – 2018.

1.3. Justificación del trabajo

En nuestra localidad hay estudios de la variable en los diferentes niveles escolares, siendo relevantes para la prevención e intervención temprana, a la vez, hay estudios en universitarios, pero no con el instrumento presentado, por lo cual es conveniente realizar un estudio con este instrumento en nuestra realidad puesto que es ampliamente utilizado alrededor del mundo y ha demostrado alta confiabilidad y validez en diversas poblaciones, además por ser de fácil aplicación, poseer pocos y entendibles ítems.

Mediante la validación del presente instrumento que mide el riesgo de padecer trastornos alimenticios, se contribuirá con el aporte teórico que apoya la detección temprana de estos, será clave para la prevención de los mismos y para el diseño de estrategias preventivas. Los resultados de la presente investigación contribuirán para otras investigaciones en el área de Psicología y sus diversas ramas.

Socialmente, debido a la problemática de la conducta y hábitos alimenticios en estudiantes universitarios y el aumento de cifras relacionados con los trastornos de conducta alimentaria, la presente investigación permitirá validar un instrumento de diagnóstico temprano para detectar universitarios en riesgo de padecer las mencionadas psicopatologías y permitirá

realizar intervenciones en la población con la finalidad de prevenir problemas de salud físicos y psicológicos, así mismo, mejorar la calidad de vida.

Desde el punto de vista práctico, la intervención temprana para las modificaciones de comportamientos y actitudes de riesgo relacionados a la figura, alimentación y al peso, se pueden realizar teniendo en cuenta la utilidad del instrumento.

Así mismo, desde la parte metodológica, al ser un Test de Conductas Alimentarias más usado a nivel mundial, servirá como un instrumento válido y confiable para los investigadores interesados en la medición de esta variable así como un antecedente para quienes deseen realizar una validación de esta prueba dentro de nuestra localidad u otra.

1.4. Limitaciones

Los resultados obtenidos se podrán generalizar a futuras investigaciones, solo si cuentan con una población de estudio similar al de la investigación presente.

De igual manera, esta investigación se limitará a usar la teoría de Trastornos de conducta alimentaria de Garner y Garfinkel.

2. CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Población

La población estuvo conformada por 710 alumnos de la escuela profesional de psicología de una Universidad Privada de Trujillo, que varían en el rango de edad entre 16 a 42 años de ambos sexos, matriculados en el periodo 2018 – II.

Tabla 1.

Población de Universitarios según Matriculados por Ciclo de la Escuela Profesional de Psicología de una Universidad Privada de Trujillo

CICLO	UNIVERSITARIOS
Primero	71
Segundo	98
Tercero	74
Cuarto	92
Quinto	78
Sexto	83
Séptimo	63
Octavo	79
Noveno	75
Décimo	40
TOTAL	710

Fuente: Base de datos de alumnos por curso de cada ciclo, brindado por la secretaria de la Escuela Profesional de Psicología donde se realizó el estudio.

2.2. Muestra

La muestra se determinó por medio de un muestreo probabilístico estratificado proporcional, resultando conformada por 497 universitarios estudiantes de 1ro a 10mo ciclo de la carrera profesional de psicología de una Universidad Privada de Trujillo – 2018.

Para la cual se trabajo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

N = Población (710 estudiantes)

Z= Nivel de confianza

P = Proporción de elemento

E = Margen error

Tabla 2

Población de Universitarios según Matriculados por Ciclo de la Escuela Profesional de Psicología de una Universidad Privada de Trujillo

CICLO	UNIVERSITARIOS	%
Primero	57	9,4%
Segundo	92	13%
Tercero	37	9,8%
Cuarto	63	12,2%
Quinto	42	10,4%
Sexto	51	11%
Séptimo	30	8,4%
Octavo	56	10,5%
Noveno	42	10%
Décimo	28	5,3%
TOTAL	497	100%

Fuente: Base de datos de alumnos por curso de cada ciclo, brindado por la secretaria de la Escuela Profesional de Psicología donde se realizó el estudio.

Criterios de inclusión

- Estudiantes universitarios de ambos géneros.
- Estudiantes universitarios de 1er a 10mo ciclo.
- Estudiantes de la escuela profesional de psicología.
- Estudiantes que concedieron su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Estudiantes universitarios que no pertenecen a la escuela profesional de psicología.
- Estudiantes que no se encuentran dentro del rango de edad descrita.
- Estudiantes que no aceptaron participar del estudio.

2.3. Muestreo

Muestreo estratificado. Se empleó el tipo de muestreo para conseguir estimaciones detalladas para que cada estrato sea lo más semejante favorable, conformando la muestra por 496 alumnos.

2.4. Procedimiento para la recolección de datos.

Una vez obtenido el permiso dirigido al director de la Escuela Profesional de Psicología para la aplicación de la investigación presente, se procedió a la recolección de datos de estudiantes por ciclo brindado por la secretaria de la escuela profesional. Se recogió información sobre el horario de cada curso por ciclo, luego de adquirir el permiso de los profesores de turno de cada curso, se inició la evaluación colectiva del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación, primeramente se indico llenar y firmar el consentimiento

informado, finalmente, se explicó en que consiste la prueba y el modo de respuesta a marcar.

2.5. Instrumento

2.5.1. Ficha Técnica del Instrumento a validar.

La Escala de Actitudes ante la Alimentación (EAT – 26) fue creada por Garner y Garfinkel en 1982, adaptada en dos poblaciones, la primera en estudiantes universitarias de psicología y la segunda en pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia, obteniendo una correlación alta de 0.98, así mismo, se halló niveles de confiabilidad mediante coeficiente Alfa, obteniéndose en la población normal, un total de 0.86 en la escala general, en el factor dieta (0.86), bulimia y preocupación por la comida (0.61) y en control oral (0.46), mientras que en la población en riesgo fue un total de 0.90 en la escala general, en el factor dieta (0.90), bulimia y preocupación por la comida (0.84) y control oral (0.83).

En la adaptación al castellano realizada por Gandarillas et al (2003) para la población normal obtuvo una confiabilidad total de 0.86, en la escala de dieta 0.88; control oral 0.79 y bulimia y preocupación por la comida con 0.77, también, en los resultados obtenidos para la población en riesgo la confiabilidad fue de 0.86, factor dieta 0.86, bulimia y preocupación por la comida 0.73 y control oral 0.57, finalmente la prueba también fue adaptada en Trujillo por Jara en 2020.

El instrumento es tipo cuestionario, tiene como objetivo detectar personas con riesgo a padecer un trastorno alimenticio, es aplicable en adolescentes y adultos de ambos géneros, consta de 26 ítems y cuenta con tres subescalas: Dieta (ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25), bulimia y preocupación por la comida (ítems: 3, 4, 9, 18, 21, 26), y control

oral (ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20). El tiempo de aplicación puede variar de 10 – 15 minutos, la persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con cinco alternativas que van de “nunca” a “siempre”. La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0 en la dirección positiva (“Siempre” = 3, “Casi Siempre” = 2, “A veces” = 1, “Casi nunca” = 0, “nunca” = 0). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3, “Casi nunca” = 2, “A veces” = 1, “Casi siempre” = 0, “Siempre” = 0). La puntuación está dividida en tres niveles considerándose baja la puntuación menor igual a 8, así mismo en el nivel medio el puntaje menor igual a 19, y alto mayor igual a 21. Una puntuación por encima de 21 supone la necesidad de una evaluación profunda al evaluado. Así mismo; cabe recalcar que si el sujeto presenta un puntaje mayor en el factor dieta y a su vez un mayor puntaje en el factor control oral, se considera una persona en riesgo a padecer anorexia; también, si el sujeto presenta un mayor puntaje en el factor bulimia y preocupación por la comida y un puntaje bajo en el factor control oral, se considera una persona con riesgo a padecer bulimia.

2.5.2. Descripción de la prueba por áreas

El Eating Attitudes Test, instrumento diseñado por Garner y Garfinkel en el año 1979, con el objetivo de identificar y evaluar la postura y conducta de la anorexia o bulimia no diagnosticados, fue creada con 40 preguntas, 7 escalas: imagen corporal con tendencia a la delgadez, conductas bulímicas, abuso de laxantes, restricción alimentaria, presencia de vómitos, presión social percibida al aumentar de peso y comer a escondidas, con una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.90. Garner (1982) creó una prueba más corta a esta, reduciéndolo a 26 ítems, la cual contaba con tres factores: Dieta (0.86), bulimia y

preocupación por la comida (0.61) y control oral (0.46). La cual obtuvo una alta correlación con el puntaje de 0.98.

El primer factor “Dieta” esta relacionada a evitar los alimentos que engordan y la preocupación de adelgazar, el segundo factor “bulimia y preocupación por la comida” consiste en los elementos que reflejan pensamientos sobre la comida, así como aquellos que indican bulimia. Los ítems del tercer factor “control oral”, se relacionan con el autocontrol de la ingesta alimentaria y la presión percibida de su entorno para subir de peso. Los factores 1 y 2 (dieta y bulimia y preocupación por la comida) son polos opuestos y reflejan el deseo restrictivo de la ingesta de alimentos en los pacientes con anorexia y bulimia, así mismo, el factor 3 (control oral) pone en manifiesto el control que tiene la persona por ingerir alimentos como es el caso de la anorexia, o el poco control (impulsividad) al ingerirlos como son los episodios de atracones que tienen las personas con bulimia. “El EAT ha sido validado en pacientes con anorexia nerviosa, pero también ha sido útil para identificar trastornos alimentarios en muestras no clínicas” (Garner & Gafinkel 1982)

Para el presente trabajo se usó la versión al castellano por Gandarillas, la cual obtuvo una consistencia interna de 0.86, en la escala de dieta: 0.88; control oral 0.79 y bulimia y preocupación por la comida con 0.77.

Los puntajes de clasificación son: bajo riesgo ≤ 8 ; mediano riesgo ≤ 19 ; alto riesgo ≥ 21 . Cabe mencionar que si el evaluado presenta un mediano riesgo, debe de pasar por evaluación psicológica para evitar el desarrollo de un trastorno alimenticio. El cuestionario contiene 5 posibles respuesta, desde siempre a nunca, las cuales se puntúan 3,2,1,0,0, excepto en el ítem 25, pues se puntúan 0,0,1,2,3. Se desarrolla en un promedio de 10 – 20 minutos.

3. CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la Investigación

A nivel Internacional

Constaint, Ricardo, Rodriguez, Álvarez, Marín y Agudelo (2013), “Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT – 26 para la evaluación del riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en la población femenina de Medellín, Colombia validaron la escala EAT – 26 en población femenina de Medellín en Colombia”, estudio hecho en Colombia, con el objetivo de evaluar conductas de riesgo alimenticio, fue aplicado a 25 mujeres que cumplieran criterios de anorexia y bulimia nerviosa del DSM – IV- TR y a 111 mujeres sin el diagnóstico de TCA, con edades entre 15 y 25 años. El diseño fue observacional de validación de pruebas. La única prueba usada fue el EAT – 26. Los resultados arrojaron el mejor valor de corte mayor a 11 puntos y el alfa de Cronbach fue de 92.1%, dieta 0.857, control oral 0.812 y bulimia 0.756.

Gandarillas, Zorilla, Sepúlveda y Muñoz (2003), “Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid”, realizado en España, el objetivo planteado fue presentar la prevalencia actual y acumulada de casos clínicos de TCA en población femenina adolescente de Madrid, también, validar el cuestionario EAT – 26. Se realizó una muestra de 1534 alumnas entre las edades de 15 a 18 años, de la población femenina de Madrid. Respecto a la metodología, fue un estudio transversal prospectivo en doble fase. Se utilizaron dos cuestionarios específicos: Eating Disorders Inventory – I (EDI – I) y el Eating Attitudes Test (EAT – 26) Los resultados obtenidos fueron los siguientes: utilizando el Alfa de Cronbach, el factor Dieta fue de 0.88, Bulimia 0.77, Control oral 0.79, con un total de la prueba 0.86 en

consistencia interna, el punto de corte óptimo para la prevalencia actual de casos fue mayor igual a 10.

Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982), “Prueba de actitudes alimentarias: características psicométricas y correlatos clínicos”, Toronto, Canadá. Aplicaron el test a dos tipos de poblaciones, 160 pacientes mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa (48%) y el resto tenía complicación de bulimia, con una edad media de 21.5 años. El segundo grupo fueron 140 estudiantes femeninas que cursaba el primero y segundo año de psicología, con una edad media de 20.3. Se redujo el EAT – 40, para la creación del EAT – 26. En los resultados obtenidos con Alpha de Cronbach fue un total de 0.83 en la población normal, así mismo, en el factor dieta 0.86, bulimia 0.61 y control oral 0.46.

Antecedentes Nacionales

Schirmer (2017), “Propiedades psicométricas de la Escala Caregivers Eating Messages Scale en estudiantes universitarios de Lima”, Perú. Una muestra de 415 estudiantes universitarios de 16 a 24 años. Se usó Caregives Eating Messages Scale (CEMS), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), la Escala de Actitud Alimentaria (EAT – 26), la Escala de Alimentación intuitiva (IES – 2), la Body Appreciation Scale (BAS) para contar con evidencias de validez discriminante y correlacionar los puntajes de estos cuestionarios. Respecto al uso del EAT – 26 se evidenció una confiabilidad por consistencia interna 0.82. Así también, en el área de mensajes sobre restricción de ingesta se encontró una correlación baja y directa con la prueba EAT – 26.

Lazo, Quenaya, Mayta (2015), “Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú”, hecho

en Perú. para medir la influencia de los medios de comunicación sobre el riesgo de tener algún trastorno de conducta alimentaria en 483 mujeres escolares de 14 a 17 años. Estudio transversal realizado en tres centros educativos del distrito de La Victoria. Se usó el Eating Attitudes Test – 26 y el cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia (SATAQ – 3). Se obtuvo Alfa de Cronbach = 0.92 en el EAT – 26 considerándose una confiabilidad alta, se concluyó también que el 13.9% presentó riesgo de padecer TCA, a mayor influencia de los medios de comunicación, existe una mayor probabilidad de riesgo de padecer TCA.

Choclón, Grosó, Paredes, Reyes, Siadén, Vásquez, Barboza y Chang (2012), “Frecuencia de trastornos alimentarios entre los estudiantes de la facultad de medicina en Lambayeque, 2012”, Perú. Se estudio se hizo a 292 universitarios de la facultad de medicina humana para hallar la frecuencia de trastornos de conducta alimentaria, con la participación de 63 hombres (21.5%) y 229 mujeres (78.5%). Su diseño de estudio fue descriptivo transversal. Se usó la Escala de medición de conducta ante la alimentación (EAT-26), en la cual el Alfa de Cronbach fue de 0.78.

3.2. Marco teórico

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son “todas aquellas enfermedades caracterizadas por una desviación de la conducta alimentaria normal, con relación a unas características emocionales y a unas creencias particulares respecto a la comida y a la imagen corporal” (Lorán y Sánchez, 2013) caracterizadas por la obsesión del control de peso, insatisfacción de la figura estética, ansiedad, conducta alimentaria desordenada (organización y horarios de comida, etc), distorsión de la imagen física y otras

características emocionales como es la inseguridad, complicaciones al manejar las emociones, baja autoestima, etc.

Existen registros históricos en los que señalan que los trastornos de conducta alimentaria empezaron desde la Edad Media con medidas religiosas como el ayuno, que aún se mantiene en práctica; en las costumbres romanas y egipcias se evidencian conductas purgativas y bulímicas. Aún en siglo XXI sigue siendo elevada las cifras de casos de estos y se incrementa de manera alarmante, a veces en versiones leves pero siguen siendo psicopatológicas, así también, las comorbilidades físicas asociadas y la complejidad de sus tratamientos. Desde la infancia con los muñecos habituales como las barbies, se impone la idea de la figura perfecta, y de igual manera con los muñecos musculosos de los hombres. También es importante mencionar a los medios de comunicación como una fuerte influencia de presión social debido a la idealización que esta proyecta, como es el repudio a las tallas grandes, y que al ser delgada o de medidas “ideales” se puede alcanzar la popularidad, un mejor aspecto sexual, encajar en la moda, etc. “Los medios de comunicación podrían emitir mensajes perjudiciales para la salud mental en la población juvenil, sobre todo en el riesgo a padecer algún trastorno de conducta alimentaria” Lazo, et al. (2015) que están asociadas a psicopatologías graves y obstaculiza el desenvolvimiento normal en la parte laboral, social y estudio.

La imagen corporal es la imagen mental que una persona tiene de su apariencia física, también están implicadas las actitudes y sentimientos del individuo hacia su cuerpo, cabe recalcar que, en “la imagen corporal no necesariamente se es consciente sobre la apariencia anatómica de uno.” (Kolb, 1959, citado en Garner 1979), Bruch, 1970 (citado en Garner 1979) considera que la imagen corporal realista es de suficiente importancia para constituir

una condición previa para la recuperación de la anorexia nerviosa, puesto que Gottheil, 1969 (citado en Garner 1979) afirmó haber tratado con éxito la negación de la delgadez de un paciente diagnosticado con anorexia, mostrando repetitivamente sus imágenes en movimiento de su cuerpo demacrado. Bulik, 2002 (citado en Andolfi y Mascellani, 2010), identifica a la ansiedad como producto de la preocupación excesiva por la figura física, desencadenando el desarrollo de una fobia hacia el sobrepeso real o imaginado, lo que conllevaría a una restricción alimentaria drástica característica del comportamiento anoréxico. Para Toro, 1996 (citado en Lazo et al., 2015) el “éxito” se determina en la imagen corporal, conllevando al ascetismo alimentario, la cual requiere ir a un gimnasio, comer productos bajas en calorías, ponerse a dieta, incurrir a la cirugía estética, etc. con el objetivo de deslumbrar el cuerpo perfecto, imposible y envidiado.

La base de la anorexia nerviosa es la obsesión incontrolada por la delgadez y por ende la actitud negativa al ingerir alimentos, Bruch, 1970 (citado en Raich, 2017) afirma que la anorexia nerviosa está relacionada con la conciencia defectuosa del hambre, incluyendo la percepción equivocada del hambre y saciedad, así como otras sensaciones corporales. Uno de los primeros factores causales es la baja autoestima, también esta presente el perfeccionismo y la conducta dependiente. La persona diagnosticada presenta un peso por debajo de lo normal esperado por su altura, edad y sexo. Esto se da por la práctica de ayunos y/o disminución extrema de los alimentos, percepción distorsionada de la imagen corporal y el profundo miedo por subir de peso, pese a estar en un cuadro de desnutrición. “El 50 por 100 de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso”(Fairburn y Garner, 1986, citado en Raich, 2017). Provocando complicaciones físicas como la amenorrea, se debe de

tener en cuenta que para ser diagnosticado como tal, no debe de existir alguna enfermedad médica que explique la disminución de peso. En investigaciones epidemiológicas en Estados Unidos se halló que 0.9 de cada 100 mujeres (Hudson et. al, 2007) sufren anorexia nerviosa, de igual manera 1.9 por cada 100 en Australia (Wade, Bergin, Tiggermann, Bulik y Fairburn, 2006, citado en Ruich, 2017); 2.0 por cada 100 en Italia (Favaro, Ferrara y Santonastaso, 2003, citado en Ruich, 2017), y 2.2 por 100 en Finlandia (Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Bulik, Kaprio y Rissanen, 2007, citado en Ruich, 2017). Siendo recurrentes en jóvenes adolescentes, su mortalidad es una de las más causadas por patologías, siendo el 9 de cada 100 pacientes.

La cifra en el sexo masculino va en aumento, sin embargo, el problema no va relacionado a la delgadez, si no, a la voluptuosidad, catalogada como “dismorfia muscular” conllevando a los varones consumir sustancias dietética y esteroides, a lo que “los especialistas consideran la forma masculina de anorexia” (Andolfi y Mascellani, 2010). Del 5 al 10 por cada 100 de los pacientes son hombres.

“En el pasado, la anorexia nerviosa restrictiva era más frecuente que la bulimia, mientras que ahora es sin lugar a dudas lo opuesto. Anorexia restrictiva y bulimia tienden a alternarse en diferentes épocas de la vida de una misma persona, aunque con frecuencia de la fase restrictiva procede a fases bulímicas” (Cuzzolaro, 2002, citado en Andolfi y Mascellani, 2010).

La bulimia nerviosa, es considerada un trastorno grave de conducta alimentaria, caracterizada por reiterados y descontrolados episodios de enorme ingesta alimentaria, vomito recurrente y rara vez el uso de laxantes o diuréticos para la prevención del incremento de peso. Mayormente los episodios autoinducidos al vómito se realizan muchas

veces en la semana. Su prevalencia se sitúa entre 1 y 3 por 100 en mujeres jóvenes y adolescentes (Hudson et al., 2017, citado en Ruich, 2017) evidenciando su aumento e incidencia.

Las personas que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, en algunas también se puede encontrar el sobrepeso. Al ser una conducta reservada y no mostrar una evidente pérdida de peso, pasa desapercibido mucho tiempo. En la bulimia, es común que haya de por medio un trastorno de personalidad vinculada a la impulsividad y ansiedad.

También se encuentran los trastornos inespecíficos, los cuales no cumplen criterios de anorexia, ni de bulimia, pues no están desnutridas o no presentan la amenorrea, por lo tanto, no son diagnosticadas anoréxicas, de manera que sigue siendo inespecífico. Cabe mencionar que, los no específicos son más habituales que la bulimia. Hay una diversidad de comportamientos frente a la comida y peso, catalogadas como “alteraciones causada por la comida o el peso”, que son incluso más comunes en la población, sin embargo no han tenido el abordaje e importancia adecuada. Las características frecuentes son, tener en cuenta las calorías antes de ingerir el alimento, medir la cantidad de grasa, efectos engordantes, dietas rigurosas, incurrir a los atracones, preocupación por las medidas físicas, uso y exceso de laxantes, controlar de forma reiterativa el peso, ayuno de 24 horas o más, ingerir pastillas adelgazantes, inducir el vómito, excesivos ejercicios, finalmente, sentimientos de desagrado por su apariencia física y peso. Pese a que no están catalogados como Trastornos alimentarios comunes, siguen siendo preocupantes y no saludables para las personas que lo practican.

Garner y Garfinkel (1979) en la creación del Test indicaron, “Necesitábamos una medida estandarizada y autoinforme de los síntomas observados en los trastornos alimentarios, evaluar las variantes clínicas y subclínicas en los grupos de alto riesgo. Esto condujo al desarrollo del Test de Actitudes Alimentarias. El EAT se utilizó luego de un estudio que indicaba que los bailarines y las modelos de moda tenían un riesgo sustancial de sufrir trastornos alimentarios. El interés en el EAT como instrumento de detección floreció y esto nos llevó a acordar el instrumento original utilizando un análisis factorial para eliminar elementos estadísticamente redundantes.”

3.2.1. Variable que mide el instrumento

Trastornos de conducta alimentaria.

3.2.2. Propiedades psicométricas de una prueba.

- A. Validez. Es el grado en que una prueba mide lo que pretende medir. Siendo la única manera de afirmar que las puntuaciones de un test evidencian propiedades de validez cuando el test evalúa una muestra representativa de comportamientos del constructo que se pretende medir.

- B. Confiabilidad. Usada para saber si las puntuaciones de la prueba aplica a la población establecida, para así ser usada en evaluar, pronosticar sobre conductas y para ser descrita, estimando los efectos producidos por la administración y el contenido de la prueba. Se usó la confiabilidad por consistencia interna de Coeficiente Omega, puesto

que con la fórmula, se asigna calificaciones de diferente peso a distintas respuestas de cada reactivo.

- C. Normas. Tanto la estandarización de aplicación y la calificación de la prueba, se debe de hacer rigurosamente, esto incluye: la población a evaluar, sexo, límite de edad, rangos percentilares, así como la transformación de las puntuaciones directas obtenidas al finalizar la aplicación de la prueba, todo este conjunto de características conforman las normas de una prueba, las cuales determinan la posición de la persona según la variable del instrumento.

3.3. Marco Conceptual

Para Garfinkel, “la bulimia son episodios repetitivos de ingestión excesiva de grandes cantidades de alimentos que la paciente ve como ajenos al ego y más allá del autocontrol.”

Respecto a la anorexia nerviosa refiere Garner “es la imagen corporal alterada a menudo se infiere a la falta de preocupación de la paciente por su extrema delgadez”.

4. CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Validez de constructo

Tabla 3

Índices de bondad de ajuste del modelo de Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

Índices de ajuste del modelo	Valor
Índices de ajuste absolutos	
χ^2/gl	1.68
RMR	.053
AGFI	.92
Índices de ajuste comparativos	
NFI	.91
RFI	.90
Índices de ajuste de parsimonia	
PRATIO	.91
PNFI	.93

Nota. RMR: Error cuadrático medio de estimación; AGFI: Índice ajustado de bondad de ajuste; NFI: Índice de ajuste normado; RFI: Índice de ajuste relativo; PRATIO: Índice de parsimonia; PNFI: Índice de Parsimonioso ajustado

Los resultados que se presentan en la tabla 3, corresponden al análisis factorial confirmatorio para contrastar el modelo teórico tridimensional propuesto por el autor, sobre la estructura del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo, aplicando el método de los mínimos cuadrados no ponderados para la estimación de parámetros; observando que los índices de ajuste absoluto, tales como: χ^2/gl , igual a 1.68 registra un valor menor a 4, establecido como valor mínimo aceptable como indicador de buen ajuste; el error cuadrático medio de aproximación (RMR) igual a .053, menor o igual a .08, establecido como mínimo aceptable; índice de bondad de

ajuste absoluto AGFI igual a .92, mayor a .90 para indicando un buen ajuste; índices de ajuste relativo NFI y RFI evidencian valores respectivos de .91 y .90, mayores o iguales a .90 que es el valor mínimo aceptable. Por otro lado se observa también que el índice de ajuste parsimonioso ajustado (PNFI) toma un valor de .93, el mismo que registra valores próximos a la unidad indicando buen ajuste. Por tanto los resultados señalan que se evidencia un buen ajuste del modelo tridimensional.

Tabla 4

Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

Ítem	Dieta	Bulimia	Oral Control
Ítem01	0,54		
Ítem06	0,58		
Ítem07	0,56		
Ítem10	0,66		
Ítem11	0,70		
Ítem12	0,52		
Ítem14	0,70		
Ítem16	0,51		
Ítem17	0,56		
Ítem22	0,66		
Ítem23	0,57		
Ítem24	0,54		
Ítem25	0,46		
Ítem03		0,50	
Ítem04		0,49	
Ítem09		0,41	
Ítem18		0,57	
Ítem21		0,41	
Ítem26		0,49	
Ítem02			0,69
Ítem05			0,38
Ítem08			0,38
Ítem13			0,49
Ítem15			0,49
Ítem19			0,64
Ítem20			0,55

Los resultados que se exponen en la tabla 4, corresponden a las cargas factoriales, que reporta el análisis factorial confirmatorio, de los ítems del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo, según análisis factorial confirmatorio, donde se observa que los valores de las cargas factoriales de veintitrés de los

ítems oscilan entre .38 y .70; siendo las cargas factoriales superiores a .35, establecido como mínimo aceptable.

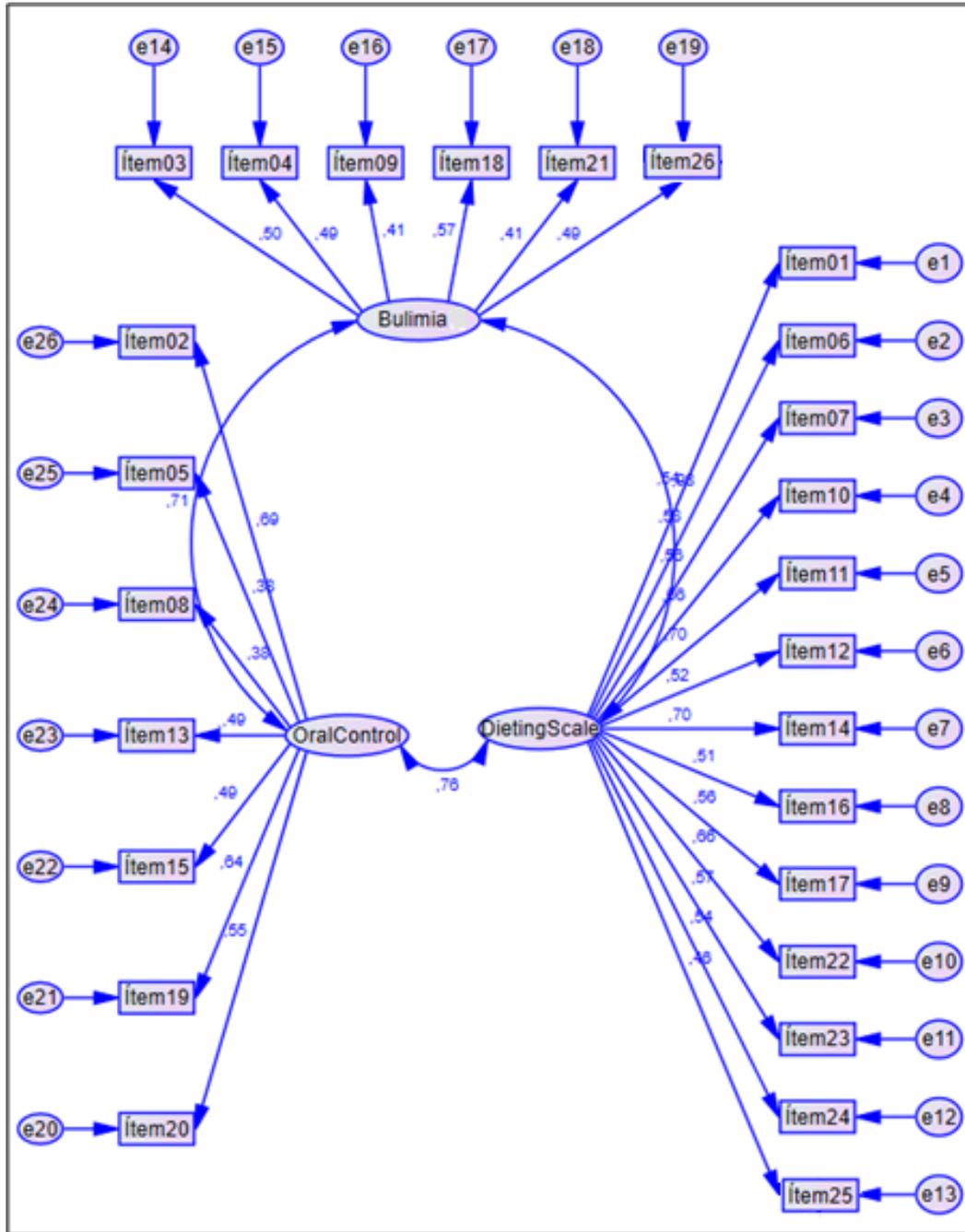


Figura 1. Diagrama Path de la estructura factorial del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

4.2. Confiabilidad por consistencia interna

Tabla 5

Confiabilidad del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

	ω	N	IC 95%	
			LI	LS
Test Total	,90	26	,887	,912
Dieta	,87	13	,853	,886
Bulimia	,55	6	,490	,609
Control Oral	,63	7	,580	,676

Nota:

ω : Coeficiente de confiabilidad omega

En la tabla 5, se presentan los resultados de la confiabilidad por consistencia interna del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo la misma que fue analizada a partir del coeficiente Omega (ω), donde se observa que en el Test total se evidenció una confiabilidad muy buena (.90), en la dimensión Dieta, se registró una confiabilidad calificada como muy buena, con un coeficiente Omega igual a .87, y en las dimensiones Control oral se registró un valor de .63 calificada como aceptable y Bulimia se encontró un valor de y .55 calificada como aceptable.

4.3. Normas y puntos de corte

Tabla 6

Baremos en percentiles, del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

Pc	Total	Dimensión			Pc
		Dieta	Bulimia	Oral Control	
99	49-62	28-35	13-16	14-20	99
98	43	27	12	10	98
97	40	22	11	10	97
95	35	20	10	9	95
90	29	15	8	8	90
85	25	13	7	7	85
80	21	11	7	6	80
75	19	10	6	5	75
70	17	8	6	5	70
65	16	7	5	4	65
60	14	6	5	3	60
55	13	6	5	3	55
50	12	4	5	3	50
45	11	4	4	2	45
40	11	3	4	2	40
35	10	3	4	2	35
30	9	2	4	2	30
25	8	1	3	1	25
20	7	1	3	1	20
15	6	1	3	1	15
10	5	0	2	0	10

5	3	0	1	0	5
3	2	0	1	0	3
2	1	0	0	0	2
1	0	0	0	0	1
N	497	497	497	497	N
Media	14.9	6.5	4.9	3.4	Media
D.t.	10.1	6.5	2.5	3.0	D.t.
Min.	0	0	0	0	Min.
Max.	62	35	16	20	Max.

En la tabla 6, se presentan las normas en percentiles, según dimensiones del Test de actitudes alimenticias en varones y mujeres que formaron parte de la investigación, por no haber encontrado diferencia significativa entre género, donde se puede observar que un estudiante que alcanzó 21 puntos en la escala global, supera al 80% del total de integrantes de la muestra. Igualmente se visualiza que, en la escala global, los estudiantes varones, obtuvieron una puntuación máxima de 62 y una puntuación mínima de 0 puntos; siendo la puntuación media 14.9 y la variación promedio respecto a la media de 10.1 puntos.

5. CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE

RESULTADOS

V. DISCUSIÓN.

Debido a las consecuencias de la influencia de los medios de comunicación y cultural, los trastornos de conducta alimentaria son cada vez más prevalentes, abarcando desde la niñez y afectando también a adultos, acentuándose en mayor medida en la población universitaria, debido a “las situaciones estresantes que alteran el comportamiento psicológico y somático de los estudiantes” Sepúlveda (2004). A pesar de existir tests que miden la variable presentada, en la localidad no se encuentra un estudio con el test validado, el cual se maneja a nivel mundial, siendo un instrumento importante y útil para el diagnóstico precoz en la psicología.

Con lo expuesto anteriormente, la validación de un constructo es un desarrollo continuo en el que se realizan distintos estudios donde se confirma o no las diversas hipótesis de la estructura interna del constructo y la relación con otras variables. El término análisis factorial, simboliza una amplia variedad de técnicas estadísticas “Cuyo valor objetivo común es representar un conjunto de variables observadas en términos de un menor número de hipotéticas variables latentes denominadas factores” Martínez (2005) dichas técnicas se usan para la validación de contenido, de criterio y de constructo (Nunnally, 1978, citado en Martínez en 2005) Los modelos y métodos basados en el análisis factorial son de origen estadístico, los cuales fueron hallados por psicometras, quienes analizaron las relaciones entre las puntuaciones observadas en tests aplicados a distintas agrupaciones de sujetos.

Es importante tener en cuenta que las variables deben llenar respectivamente los factores, puesto que, la hipótesis acerca del origen del constructo es firme, llevando a cabo un análisis factorial confirmatorio adecuado, ya que, el investigador establece el número de variables

latentes relacionadas a los factores, para mantener y/o fijar algunas. El objetivo, es explicar la covarianza entre las variables halladas, para tener mayor precisión en sus propiedades óptimas a partir de matrices de covarianzas, siendo los términos de los parámetros y de la varianzas y covarianzas observadas.

Los resultados obtenidos de las propiedades psicométricas señalan lo siguiente: La validez de constructo fue obtenido mediante el modelo teórico tridimensional, aplicando el método de los mínimos cuadrados no ponderados para la estimación de parámetros, indicando un buen ajuste del modelo referido (χ^2/gl , igual a 1.68, establecido como valor mínimo aceptable como indicador de buen ajuste; el error cuadrático medio de aproximación (RMR) igual a .053, establecido como mínimo aceptable; índice de bondad de ajuste absoluto AGFI igual a .92, indicando un buen ajuste; índices de ajuste relativo NFI y RFI evidencian valores respectivos de .91 y .90, que es el valor mínimo aceptable. Por otro lado se observa también que el índice de ajuste parsimonioso ajustado (PNFI) toma un valor de .93, el mismo que registra valores próximos a la unidad indicando buen ajuste. Por lo tanto los resultados señalan que se evidencia un buen ajuste del modelo tridimensional. Respecto a las cargas factoriales son entre .38 y .70, todas superiores a .35 es decir, explican correctamente cada factor del Test de Actitudes ante la Alimentación, al igual que en la adaptación al castellano donde las cargas factoriales fueron la mayor .87 y la menor 0.35; así mismo en la versión original hecha por Garner (1982) las puntuaciones oscilan entre .81 y .41; en el estudio hecho en Colombia los autores obtuvieron .82 y .50, sin embargo, ellos eliminaron dos ítems (19 y 25) puesto que no se explicaban en la varianza.

Concluyendo en este punto que las cargas factoriales obtenidas son adecuadas y compatibles con la versión de adaptación al castellano y la versión original.

La aceptación y la aprobación empleada alfa de Cronbach para la confiabilidad, ha sido criticada en el ámbito matemático, puesto que, “el coeficiente alfa utiliza las varianzas para el cálculo de fiabilidad, mientras el coeficiente omega los hace con cargas factoriales” (Gerbing y Anderson, 1988, citado en Salazar y Serpa en 2017). La confiabilidad “impacta directamente en la precisión y error de media” (Martinez, 2014, citado en Salazar y Serpa, 2017), siendo así la proporción de varianzas dada por sus dimensiones. Los estudios para hallar la confiabilidad se ha extendido a tal punto, que existen diferentes tipos de coeficientes, entre ellos el coeficiente Omega (ω) que es “un estimador de fiabilidad relativamente nuevo que es utilizado en modelos factoriales” Ventura – León (2017), definido como “un estimador de consistencia interna basada en cargas factoriales que indica la proporción de varianzas atribuida a la totalidad de la varianzas común” (McDonald, 1999, citado en Ventura-León, 2017), cabe recalcar que el coeficiente omega “emplea la adición de variables estandarizadas, estabilidad del cálculo de la fiabilidad no está en relación al número de ítems” (Timmerman, 2005, citado en Martinez, 2005).

El resultado de coeficiente omega forman parte de un extraordinario indicador de los ítems, en el presente estudio se obtuvo los siguientes resultados para las dimensiones: Dieta (.87), Bulimia y preocupación por la comida (.55) y control oral (.63), siendo que el resultado general de la prueba tiene .90, esta se califica como apta. Se puede apreciar la confiabilidad en la adaptación original de Garner y Garfinkel (1982) se obtuvieron similares puntajes para confiabilidad siendo un total de 0.86, para factor dieta 0.86, bulimia y preocupación por la comida 0.61 y control oral 0.46. Así mismo, en la adaptación al Castellano de Gandarillas et

al. (2003), los resultados fueron para dieta .88; bulimia .77 y control oral .79, con un total .86. En la población femenina de Medellín a cargo de Agudelo et. al. (2013) los resultados fueron para dieta .86; bulimia y preocupación por la comida .76 y control oral .82, con un total de .92.

Como se observa la confiabilidad varia según la cultura y población donde se realiza el estudio, pues “en Brasil se obtuvo un 79% y en Italia 85%” (Agudelo et. al., 2013). A pesar la diferencia cultural los puntajes son mayores a .75, lo que indica la importancia de su uso a nivel mundial.

Para los baremos y normas percentilares establecidos del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación, se desarrolló la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov con el objetivo de establecer la medida más adecuada hacia los promedios según el género, en el cual no se detectó evidencia de la existencia de diferencia significativa ($p > .05$) con la distribución normal en los integrantes de la muestra de varones y mujeres en los factores Dieta, Bulimia y Control Oral, procediéndose a realizar los baremos percentilares con categoría alta, media y baja de cada uno de estas subescalas y la escala en general, considerándose bajo una puntuación menor igual a 8, por esta razón es considerado como patrones de conducta hacia la alimentación que no representan un riesgo mayor a la salud mental como física, así mismo, una puntuación menor igual a 19 es etiquetada de mediana, por ende supone en este punto, una evaluación psicológica al individuo, puesto que, presenta una tendencia a desarrollar un posible trastorno alimenticio, previniendo así la evolución de esta. Así mismo, si el evaluado suma un puntaje mayor igual a 21, debe de iniciar terapia psicológica para lidiar con ciertos patrones de conducta hacia la alimentación. Los resultados van de acuerdo a las teorías propuestas donde señalan que tanto el sexo femenino como el masculino están expuestos a

presentar los trastornos de conducta hacia la alimentación, ya que, como se ha mencionado anteriormente, la idealización de belleza para la mujer es la delgadez y para el hombre el volumen muscular, están presentes en los medios de comunicación, redes sociales, entorno familiar y universitario, llegando a afectar su imagen y percepción corporal.

Los puntos de corte indicados se hicieron de acuerdo a la adaptación original del autor, dado que propone un puntaje mayor a 20 para considerarse clínico, así mismo, en la adaptación al castellano los autores proponen un punto de corte mayor a 10, para iniciar una prevención al desarrollo de un posible trastorno alimenticio, pues, los trastornos de conducta alimentaria son patologías caracterizadas por la negación y discreción, así como también el normalizar ciertos hábitos alimenticios. En la población universitaria tanto en Estados Unidos, Perú y otros países occidentales, la frecuencia de presentar un trastornos de conducta alimentaria es alta, tomándose en cuenta que dichas conductas inician en la niñez y se refuerzan en la vida adolescente. Coincidiendo el punto de corte que se propone en la presente investigación como en la recomendada por los autores, se utiliza un puntaje mayor a 20 que es considerado un posible trastornos de la conducta alimentaria.

Teniendo en cuenta de que la realidad problemática varía en los diferentes países, cabe recalcar que Perú se encuentra dentro de los 5 países con mayores casos de Bulimia y Anorexia, con los resultados expuestos anteriormente, se demuestra que la validación y confiabilidad de la prueba fueron favorables, indicando ser una prueba apta para su aplicación.

6. CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

Conclusiones.

- Se halló evidencias de validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio que corroboran la estructura factorial del Test de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26).
- El Test de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26) presenta una confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente Omega en el factor dieta .87 calificada como muy buena, dimensión control oral .63 y la dimensión bulimia y preocupación por la comida .55, con un resultado general de .90, es decir, el instrumento es confiable.
- El Test de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26) presenta la escala global una puntuación máximo de 62 y una puntuación mínimo de 0 puntos, teniendo una puntuación media de 14.9 y la variación promedio media de 10.1 puntos.

Recomendaciones.

- Utilizar el Coeficiente Alfa de Cronbach, para contrastar el nivel de confiabilidad por consistencia interna.
- Se recomienda hallar la confiabilidad con métodos de pruebas paralelas en la misma población.
- Desarrollar nuevas investigaciones con la variable de estudio, relacionando con otras variables en diferentes contextos poblacionales.
- Realizar estudios en población de riesgo, para tener en cuenta la realidad nacional y desarrollar programas para la detección y tratamiento.
- Se pone a disposición de la población universitaria a través de la oficina de bienestar universitario, para su utilización, debido a sus propiedades psicométricas adecuadas.
- Solicitar informe oral ante la oficina de bienestar universitario para explicar la importancia del estudio.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS Y

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Andolfi M. y Mascellani A., (2010). Historias de la adolescencia. Barcelona, España. Editorial Gedisa.

Angel L., Vázquez R. y Chavarro K., (1997). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia entre julio de 1994 y diciembre de 1995. *Acta Médica Colombiana*, 22 (3), 111 – 119.

Behar R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 56 (3).

Borrego C. (2006). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología*, 12 (1), 13 – 50.

Chonclón K., Grosso A., Paredes G., Reyes B., Siadén D., Vásquez N., Barboza I. y Chang D. (2012). Frecuencia de trastornos alimentario en los alumnos de una facultad de medicina de Lambayeque, durante el año 2012. *Revista cuerpo médico HNAAA*, 6 (2), 13 – 15.

Constaint G., Ricardo C., Rodríguez M., Álvarez M., Marín C. y Agudelo C. (2013). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT – 26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la

- conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. (tesis de postgrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- Gandarillas A., Zorilla B., Sepúlveda A. y Muñoz P. (2003). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, 7 (85)
- Garner D., y Garfinkel P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychologia Medica*, 9 (2).
- Garner D., Olmsted M., Bohr Y. y Garfinkel P. (1982). Test de actitudes ante la alimentación: Características psicométricas y correlatos clínicos. *Instituto Clarke de Psiquiatría y Universidad de Toronto*, 12, 871 – 878
- Hudson et al. (2007). Estadísticas de los trastornos de la conducta alimentaria. *NEDA Feeding hope*. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>.
- Lambruschini, N. & Leis, R. (2007). Estudio del aporte de un instrumento (Test de Actitudes Alimentarias EAT – 26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago.

Lazo Y., Quenaya A. y Mayta P. (2015), Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Sociedad Argentina de Pediatría*, 113 (6), 519 – 525.

Lorán E. y Sánchez L. (2013), Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Barcelona, España. Editorial Amat.

Martinez R. (2005), Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos. Madrid, España. Editorial Síntesis.

Perez D. (2017). Los casos de trastornos de la conducta alimentaria siguen creciendo en Aragón. *Fundación APE – Prevención y erradicación de los TCA*. Recuperado de <https://fundacionape.org/los-casos-de-anorexia-siguen-creciendo/>.

Pineda G., Gómez G., Velasco V., Platas S. y Áramburo V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California – México. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 5 (2)

Ponce C., Turpo K., Salazar C., Viteri L., Carhuancho J. y Taype A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana Salud Pública*, 43 (4).

Portela de Santana M., da Costa Ribeiro H., Mora M. y Raich R (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Revista nutrición hospitalaria*, 27 (2).

Raich R. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid, España. Editorial Pirámide.

Salazar C. y Serpa A. (2017). Análisis confirmatorio y coeficiente Omega como propiedades psicométricas del instrumento Clima Laboral de Sonia Palma. *Revista de Investigación en Psicología*, 20 (2)

Schirmer M. (2017). Propiedades psicométricas de la Escala Caregivers Eating Messages Scale en estudiantes universitarios de Lima. (Tesis de Postgrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Sepúlveda A. (2004). El 20% de los universitarios tienen un alto riesgo de padecer anorexia o bulimia. *Psiquiatría y Psicología*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/anorexia/el-20-de-los-universitarios-tienen-un-alto-riesgo-de-padecer-anorexia-o-bulimia/>.

Ventura – León (2017). Intervalos de confianza para coeficiente Omega: Propuesta para el cálculo. *Revista Adicciones*, 30 (1).

ANEXOS

Anexo 01: *Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación*

EAT – 26

Fecha: / /

Edad: _____

Sexo: _____

Carrera universitaria: _____ Ciclo de estudios: _____

El presente cuestionario consiste de veintiséis ítems. Por favor lea los ítems de forma pausada una por una, si el ítem describe su actitud de **hace tres meses hasta el día de hoy**, marque con una **X** en el recuadro “Siempre”, “Casi siempre”, “A veces”, “Casi nunca” o “Nunca”, según se adapte a tu rutina.

S	Siempre	CS	Casi Siempre	AV	A Veces	CN	Casi Nunca	N	Nunca
----------	---------	-----------	--------------	-----------	---------	-----------	------------	----------	-------

N°	ITEMS	S	CS	AV	CN	N
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a					
2	Procuro no comer cuando tengo hambre					
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 trozos pequeños					
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como					
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)					
8	Tengo la impresión de que a 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 más delgada/o					
12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o					

14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis					
15	Tardo más tiempo que los demás en comer					
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar					
17	Como alimentos dietéticos					
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida					
19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida					
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más					
21	Paso demasiado tiempo pensando en comida					
22	No me siento bien después de haber comido dulces					
23	Estoy haciendo dieta					
24	Me gusta tener el estómago vacío					
25	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías					
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar					

FICHA TÉCNICA

Nombre: Escala de Actitudes ante la Alimentación (EAT – 26)

Autores: Garner y Garfinkel

Adaptación española: Gandarillas, Zorilla, Sepúlveda y Muñoz (2003)

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos: Detecta personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario

Población: Jóvenes y adolescentes de ambos sexos

Número de ítems: 26

Subescalas: Dieta, Bulimia y preocupación por la comida y control oral.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 10 – 15 minutos

Normas de aplicación: La persona debe calificar las afirmaciones que contienen los ítems en una escala de frecuencia con cinco alternativas que van de “nunca” a “siempre”

Corrección e interpretación: La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0 en la dirección positiva (“Siempre” = 3, “Casi Siempre” = 2, “A veces” = 1, “Casi nunca” = 0, “nunca” = 0). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3, “Casi nunca” = 2, “A veces” = 1, “Casi siempre” = 0, “Siempre” = 0). Los puntajes de clasificación son: bajo riesgo ≤ 8 ; mediano riesgo ≤ 19 ; alto riesgo ≥ 21 .

Una puntuación por mayor igual a 21 supone una necesidad de evaluación profunda al evaluado. Si el evaluado presenta un mediano riesgo, debe de pasar por evaluación psicológica para evitar el desarrollo de un trastorno alimenticio. Así mismo; cabe recalcar que si el sujeto presenta un puntaje mayor en el factor dieta y a su vez un mayor puntaje en el factor control oral, se considera una persona en riesgo a padecer anorexia; también, si el sujeto presenta un mayor puntaje en el factor bulimia y preocupación por la comida y un puntaje bajo en el factor control oral, se considera una persona con riesgo a padecer bulimia.

Dieta: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25.

Bulimia y preocupación por la comida: 3, 4, 9, 18, 21, 26.

Control oral: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(ra)(rita) / joven, se está realizando un estudio de investigación titulado “Cualidades psicométricas del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26)” en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo. El objetivo de esta investigación es validar un instrumento de evaluación diagnóstica para que pueda ser empleado en nuestra ciudad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá marcar con una “X” los enunciados descritas en el cuestionario, las cuales miden la dieta, el control oral y la preocupación por la comida.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los indicadores serán codificadas usando un número de identificación, donde no figurará su nombre, por lo tanto, serán anónimas para la investigadora.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la evaluación. Asimismo, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene el derecho de hacérselo saber al evaluador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre:

Sexo: F () M () **Edad:**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) en qué consiste mi participación en este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mi persona.

Fecha: _____

Firma del Participante

DNI: _____

Anexo 04: *Tablas de resultados*

Tabla 3

Índices de bondad de ajuste del modelo de Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

Índices de ajuste del modelo	Valor
Índices de ajuste absolutos	
χ^2/gl	1.68
RMR	.053
AGFI	.92
Índices de ajuste comparativos	
NFI	.91
RFI	.90
Índices de ajuste de parsimonia	
PRATIO	.91
PNFI	.93

Nota. RMR: Error cuadrático medio de estimación; AGFI: Índice ajustado de bondad de ajuste; NFI: Índice de ajuste normado; RFI: Índice de ajuste relativo; PRATIO: Índice de parsimonia; PNFI: Índice de Parsimonioso ajustado

Tabla 4

Cargas factoriales de los ítems del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

Ítem	Dieta	Bulimia	Oral Control
Ítem01	0,54		
Ítem06	0,58		
Ítem07	0,56		
Ítem10	0,66		
Ítem11	0,70		
Ítem12	0,52		
Ítem14	0,70		
Ítem16	0,51		
Ítem17	0,56		
Ítem22	0,66		
Ítem23	0,57		
Ítem24	0,54		
Ítem25	0,46		
Ítem03		0,50	
Ítem04		0,49	
Ítem09		0,41	
Ítem18		0,57	
Ítem21		0,41	
Ítem26		0,49	
Ítem02			0,69
Ítem05			0,38
Ítem08			0,38
Ítem13			0,49
Ítem15			0,49
Ítem19			0,64
Ítem20			0,55

Tabla 5

Confiabilidad del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

	ω	n	IC 95%	
			LI	LS
Test Total	,90	26	,887	,912
Dieta	,87	13	,853	,886
Bulimia	,55	6	,490	,609
Control Oral	,63	7	,580	,676

Nota:

ω : Coeficiente de confiabilidad omega

Tabla 6

Baremos en percentiles, del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

Pc	Total	Dimensión			Pc
		Dieta	Bulimia	Oral Control	
99	49-62	28-35	13-16	14-20	99
98	43	27	12	10	98
97	40	22	11	10	97
95	35	20	10	9	95
90	29	15	8	8	90
85	25	13	7	7	85
80	21	11	7	6	80
75	19	10	6	5	75
70	17	8	6	5	70
65	16	7	5	4	65
60	14	6	5	3	60
55	13	6	5	3	55
50	12	4	5	3	50
45	11	4	4	2	45
40	11	3	4	2	40
35	10	3	4	2	35
30	9	2	4	2	30
25	8	1	3	1	25
20	7	1	3	1	20
15	6	1	3	1	15
10	5	0	2	0	10
5	3	0	1	0	5
3	2	0	1	0	3
2	1	0	0	0	2
1	0	0	0	0	1
N	497	497	497	497	N
Media	14.9	6.5	4.9	3.4	Media
D.t.	10.1	6.5	2.5	3.0	D.t.
Min.	0	0	0	0	Min.
Max.	62	35	16	20	Max.

ANEXO A

Tabla 7

Prueba Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las puntuaciones del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo

	Género	k-S	gl.	Sig.	
Test total	Masculino	,175	118	,000	**
	Femenino	,141	378	,000	**
Dieta	Masculino	,165	118	,000	**
	Femenino	,162	378	,000	**
Bulimia	Masculino	,146	118	,000	**
	Femenino	,146	378	,000	**
Oral Control	Masculino	,160	118	,000	**
	Femenino	,166	378	,000	**

Nota. K-S: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov

**p<.01

Tabla 8

Comparación de promedios, según género del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.

	Género	n	Media	Prueba	Sig.(p)
Total	Masculino	118	254,6	Z = -.48	.630
	Femenino	379	247,3		
	Total	497			
Dieta	Masculino	118	259,6	Z = -.92	.357
	Femenino	379	245,7		
	Total	497			
Bulimia	Masculino	118	248,2	Z = -.074	.941
	Femenino	379	249,3		
	Total	497			
Oral Control	Masculino	118	259,3	Z = -.901	.367
	Femenino	379	245,8		
	Total	497			

Nota

- n : Tamaño de muestra
 Z : Valor Z de la distribución normal estandarizada
 a : Prueba U de Mann Whitney
 p>.05
 **P<.01