

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE ESTUDIO DE PSICOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes Alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Trujillo”

Área de Investigación:

Ciencias Médicas – Instrumentalización de la Medición Psicológica

Autores:

Castro Huamán, Leyla Isabel
Vargas Diaz, Jair Benjamín

Jurado Evaluador:

Presidente: Jaramillo Carrión, Carmen Consuelo.

Secretario: Izquierdo Marin, Sandra Sofia

Vocal: Fernandez Burgos, Maria Celeste

Asesor:

Borrego Rosas Carlos Esteban

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6168-300X>

Trujillo – Perú
2024

Fecha de sustentación: 20/09/2024

Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes Alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Trujillo

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	13%
2	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	masd.unbosque.edu.co Fuente de Internet	1%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo


Dr. Carlos Bórrago Rosas
Psicólogo

Declaración de originalidad

Yo **Carlos Esteban Borrego Rosas**, docente del Programa de Estudio de **Psicología**, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada "**Propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes Alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Trujillo**", autores **Castro Huamán Isabel Leyla & Vargas Diaz Jair Benjamín**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **16%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el (22 de setiembre del 2024).
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 22 de setiembre del 2024.

Asesor
Borrego Rosas Carlos Esteban
DNI: 40266398
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6168-300X>
FIRMA:



Autora
Leyla Isabel Castro Huamán
DNI: 70604141
FIRMA:



Autor
Jair Benjamín Vargas Diaz
DNI: 73049911
FIRMA:



**Propiedades Psicométricas de la
Escala de Actitudes Alimentarias Test
EAT-26 en estudiantes de medicina
humana de una universidad privada
de Trujillo.**

DEDICATORIA

A Dios por permitirme que tenga perseverancia necesaria para alcanzar mis metas. Su infinita bondad y guía han sido el faro que ha iluminado mi camino en los momentos más desafiantes

A mis padres quienes fueron nuestro el apoyo incondicional, agradezco de todo corazón a mis padres, quienes han sido un sostén incondicional para mis hermanos y para mí. Su apoyo constante y su ejemplo de disciplina y dedicación al estudio han sido fundamentales en mi camino hacia el éxito

Vargas Diaz, Jair Benjamin

DEDICATORIA

Agradezco a la vida por brindarme la perseverancia y la determinación necesarias para alcanzar mis metas. Cada obstáculo superado ha fortalecido mi espíritu y me ha enseñado la importancia de nunca rendirme ante las adversidades.

A mis padres, mis seres queridos y mis mentores les estoy eternamente agradecida por su apoyo incondicional y sus sabias enseñanzas. Sus palabras de aliento y ejemplo de sacrificio me han inspirado a perseverar en mi camino hacia el éxito. Sin su guía y amor incondicional, no habría llegado tan lejos.

Castro Huaman, Leyla Isabel

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios que desde el inicio y el final de nuestras carreras nos dio las fortalezas para afrontar situaciones difíciles que se presentaron al largo de los años.

A nuestros Padres y hermanos, quienes fueron los que nos apoyaron, creyeron y pusieron todo su amor y protección para ser los mejores ante las adversidades y retos que se dieron durante nuestra formación.

A nuestros amigos por estar siempre en los momentos más difíciles, por darnos motivación y trabajar de manera constante en nuestras habilidades.

A nuestros docentes por transmitir sus conocimientos y experiencias, su vocación por la carrera y afrontar los retos académicos.

A nuestros asesores de prácticas pre profesionales, por permitirnos poner en práctica nuestros conocimientos y habilidades, por confiar en nosotros y ser independientes en nuestras sedes asignadas.

A nuestro asesor de Tesis Dr. Borrego Rosas, Carlos, por su orientación profesional, el cual tuvo la disposición para guiarnos de manera personalizada para poner en práctica sus habilidades y su experiencia.

A la Escuela Profesional de Psicología por habernos brindado un servicio académico óptimo de calidad para nuestra formación profesional.

Castro Huaman, Leyla Isabel

Vargas Diaz, Jair Benjamin

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I: PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1. EL PROBLEMA.....	16
1.1.1. Delimitación del problema.....	16
1.1.2. Formulación del problema	20
1.2. Objetivos.....	20
1.2.1. Objetivo General	20
1.2.2. Objetivos Específicos.....	20
1.3. Justificación del trabajo.....	21
1.4. Limitaciones.....	23

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	24
2.1. Población	25
2.2.Muestra	27
2.3.Muestreo	27
2.4. Procedimiento para la recolección de datos.....	27
2.5. Instrumento.....	27
2.5.1. Ficha Técnica del Instrumento a validar.....	27
2.5.2. Descripción de la Prueba por áreas.....	29
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	30
3.1. Antecedentes de Investigación.....	31
3.1.1. A nivel internacional.....	31
3.1.2. A nivel nacional.....	32
3.2. Marco teórico.....	33
3.2.1. Variable que mide el instrumento.....	41
3.2.2. Propiedades psicométricas de una prueba.....	41
A. Validez.....	41
B. Confiabilidad.....	42

C. Normas.....	43
3.3. Marco Conceptual.....	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	45
4.1. Validez.....	46
4.2. Confiabilidad.....	52
4.3. Normas y puntos de corte.....	53
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS Y ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de Universitarios Matriculados por Ciclo de la Escuela Profesional de Medicina Humana de una Universidad Privada de Trujillo.....	25
Tabla 2. Distribución de estudiante por ciclo que constituyen la muestra de la Escuela Profesional de Medicina Humana.....	26
Tabla 3. Análisis ítem – test de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.....	46
Tabla 4. Análisis ítem – escala de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.....	47
Tabla 5. Índices de ajuste obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.....	48
Tabla 6. Cargas factoriales de los ítems obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.....	49

Tabla 7. Confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de

Trujillo.....52

Tabla 8. Normas percentilares de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de

Trujillo.....53

Tabla 9. Puntos de corte de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de

Trujillo.....55

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26), compuesta por tres subescalas, en estudiantes de psicología de una universidad privada en Trujillo. La muestra estuvo conformada por 623 estudiantes de Medicina Humana. Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio para evaluar los índices de ajuste absoluto (RMR= 0.60; AGFI= 0.96; NFI y RFI= 0.96 y 0.95; GFI= 0.97). Asimismo, se utilizó el coeficiente omega para examinar la confiabilidad de los tres factores, obteniéndose los siguientes resultados: Dieta (0.9), Bulimia y preocupación por la comida (0.81) y Control oral (0.74). En resumen, se concluye que la Escala de Actitudes ante la Alimentación muestra propiedades psicométricas adecuadas, lo que la convierte en una herramienta importante para la evaluación de Trastornos de Conducta Alimentaria.

Palabras clave: Propiedades psicométricas, Tratarnos de conducta alimentaria validez, confiabilidad, EAT – 26

ABSTRACT

The main objective of this research was to analyze the psychometric properties of the EAT-26 Eating Attitudes Scale, which consists of three subscales, in students of the professional career of psychology at a private university in Trujillo. The study involved 623 students of Human Medicine. Through confirmatory factor analysis, the absolute fit indices were evaluated (RMR= 0.60; AGFI= 0.96; NFI and RFI= 0.96 and 0.95; GFI= 0.97). To evaluate reliability, the omega coefficient was used in the three factors, obtaining the following results: Diet (0.9), Bulimia and preoccupation with food (0.81) and Oral control (0.74). In conclusion, it was determined that the Eating Attitudes Scale presents adequate psychometric properties, which positions it as an important tool for the evaluation of Eating Disorders.

Keywords: Psychometric properties, Eating disorders, validity, reliability, EAT-26.

INTRODUCCIÓN

Las pruebas psicológicas son instrumentos relevantes en la psicología como parte primordial para identificar posibles diagnósticos de una manera más certera en el acercamiento del problema o afección mental del paciente, siendo este un refuerzo y complemento para dar un correcto diagnóstico, de esta forma se evita una mala praxis en el tratamiento.

Por ello este trabajo, es de suma importancia con respecto a la validación del cuestionario de actitudes de la conducta alimentaria ya que nos proporciona información y datos calificados que nos permitirán identificar si existe riesgo o no, así como la identificación temprana de algún trastorno de conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa.

Según Fuentes et al (2010) los trastornos de conducta alimentaria se describen como trastornos específicos y graves en la alimentación, ya que se observa en los individuos patrones de conducta distorsionados en el acto de comer y se caracterizan por un consumo excesivo o por la falta de ingesta alimentaria.

La anorexia es un trastorno que afecta tanto la alimentación como la salud psicológica. Esta condición va más allá de la preocupación por el peso, ya que el individuo comienza un régimen alimentario con el propósito de perder peso, transformándolo en un símbolo de poder y control. De este modo, la persona llega al límite de la inanición con el fin de experimentar dominio sobre su propio cuerpo. Esta obsesión guarda similitudes con la adicción a sustancias o drogas de cualquier tipo (Méndez et al, cómo se citó en Arevana 2016). Los individuos optan por una conducta con el fin de perder peso, pasando por una situación de obsesión, generando una falta de control consigo mismo.

La bulimia se define como un trastorno de la conducta alimentaria en el cual se experimenta una sensación de hambre anormal y significativa. Este trastorno se caracteriza por

episodios en los que la persona afectada se entrega a la ingesta compulsiva de alimentos, seguidos de sentimientos de culpa y malestar que, en ocasiones, la llevan a recurrir a métodos como el vómito inducido, el uso de laxantes o el abuso de actividad física con el fin de contrarrestar el exceso de consumo (Ortiz y Perez 2010). Es por ello que Jauregui (como se citó en Guadarrama y Mendoza, 2011) afirma que, tanto la anorexia como la bulimia se han denominado trastornos "nerviosos" debido a que son manifestaciones de un malestar mental. Además, se le agrega como consecuencia de una cultura contemporánea, los ideales de extrema delgadez que se han convertido en una norma a alcanzar, asociados con éxito, aceptación y logro

Las pruebas psicológicas son esenciales en la psicología para identificar diagnósticos precisos y evitar malas praxis. Este estudio valida el cuestionario de actitudes de la conducta alimentaria, proporcionando datos valiosos para detectar riesgos de trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia nerviosa. Los Trastornos de conducta alimentaria son graves afecciones alimentarias caracterizadas por patrones de conducta distorsionados, como el consumo excesivo o la falta de ingesta. La anorexia se centra en el control obsesivo del peso, mientras que la bulimia implica episodios de ingesta compulsiva seguidos de conductas compensatorias.

Por consiguiente, en la investigación se detalla: El capítulo 1 establece los objetivos de la investigación y su importancia; el capítulo 2 describe la metodología empleada, abarcando el diseño del estudio, la selección de la muestra y los instrumentos de recolección de datos; el capítulo 3 presenta el marco teórico que fundamenta la investigación, examinando conceptos y estudios previos sobre los trastornos de conducta alimentaria (TCA); el capítulo 4 expone los resultados obtenidos, junto con los análisis estadísticos correspondientes; el capítulo 5 analiza estos resultados en relación con la literatura existente, interpretando sus implicaciones; y el

capítulo 6 proporciona las conclusiones, aborda las limitaciones del estudio y sugiere recomendaciones para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas.

CAPÍTULO I

PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.1. EL PROBLEMA

1.1.1. Delimitación del problema

Según la OMS refiere que los trastornos de conducta alimentaria suelen aparecer al comienzo de la adolescencia, teniendo como característica excesiva pérdida de peso, formándose así, hábitos de ayunos prolongados y continuos, ubicando este trastorno a una mortalidad superior sobre cualquier otro trastorno.

Según Samatán y Ruiz (2021) los trastornos alimentarios son enfermedades relacionadas con el consumo o comportamientos de la alimentación que perduran largos períodos de tiempo y causan daños a la salud mental, física y social.

Conforme al Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se encuentra que los trastornos relacionados con la alimentación son la bulimia nerviosa, la anorexia, el trastorno por atracón y el trastorno alimentario no especificado, estos se definen y clasifican de acuerdo a criterios específicos. Asimismo, La Organización Mundial de la Salud (como se citó en Cardenas, et al. 2018) afirma que se han encontrado 3 tipos de trastorno de la conducta alimentaria frecuente en adolescentes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificado.

Además, Association (como se citó en Martínez 2020) expone que, existe firmeza en sucesos de anorexia y bulimia en hombres y mujeres, teniendo en cuenta que en ambos se incrementan los diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Así mismo un estudio realizado por (ACAB, 2021) refiere que los trastornos de conducta alimentaria tienen una prevalencia de un 4,1 - 4,5 % entre los 12 y 21 años.

En el ámbito nacional, Según una investigación llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo del Ministerio de Salud (citado en Chumpitaz, 2020), se establece que aproximadamente el 11,5% de la población en su conjunto experimenta trastornos alimentarios, concluyendo que las mujeres son especialmente afectadas, representando alrededor del 15% de esta cifra, mientras que, en adolescentes, la incidencia de estos problemas oscila entre el 7% y el 11%. Además, Galmiche et al (como se citó en Ames 2022) expone que la repercusión de los trastornos de la conducta alimentaria en la población ha pasado de 3,4% a 7,8% en los últimos 20 años. Se debe recalcar que desde la pandemia causada por el COVID-19 hasta hoy en día se han evaluado varios casos de trastornos de la conducta alimentaria. Por ello, Foraster (2021) afirma que el encierro y la influencia de las redes sociales aumentaron las incidencias de trastornos de la conducta alimentaria un 20% y así empeoraron los 400.000 que existían, siendo perjudicados por la inaccesible atención sanitaria en pandemia.

Este trastorno a lo largo del tiempo ha sido preocupación de la población por un notable aumento de incidencias, por ello, Martínez (2020) expone un preocupante aumento de los trastornos de la conducta alimentaria durante estas dos décadas, porque la Organización Mundial de la Salud afirma que el 1% de adolescentes a nivel mundial sufre de anorexia nerviosa y el 4,1% sufre de bulimia. Así mismo el predominio de este trastorno en España se sitúa entre el 4.1% y 6.41% de la población, afirmando que este porcentaje es similar al de otros países desarrollados, indicando que los trastornos de conducta alimentaria no especificados, son los más frecuente, existiendo mayor predominio de bulimia y anorexia en jóvenes femeninas, presentando así mayor mortalidad.

Los estudiantes de medicina son propensos en mayor gravedad a pasar por períodos constantes de estrés ya que esta carrera demanda tiempo, esfuerzo y dedicación, pues esta población es vulnerable a sufrir consecuencias de una excesiva sobre exigencia y descuido de

su salud mental. Por ello Rodríguez et al. (2014), afirma que los estudiantes de medicina sufren niveles altos de estrés durante el proceso de formación en su carrera exponiéndose a consecuencias en el ámbito psicológico. Así mismo, Dávila (2023) expone que los estudiantes de medicina son propensos a sufrir de un trastorno de la conducta alimentaria por factores previos que se asocian como depresión, ansiedad y niveles altos de estrés generados por la misma demanda que la carrera tiene. Por otro lado, se concluye que existe una relación significativamente severa entre depresión y ansiedad al momento de generarse un trastorno de la conducta alimentaria en internos de medicina humana, en otras palabras, a más alta la depresión y ansiedad incrementa el riesgo de generarse un trastorno de conducta alimentaria en internos de Medicina Humana.

Los estudiantes universitarios están premeditados a llevar estilos de vida que pueden afectar su salud física y mental al encontrarse en ocasiones, presionados a nuevas responsabilidades entre otros estímulos estresores que aparecen en esta etapa de sus vidas, por lo tanto, al realizar la investigación psicométrica, es importante recalcar que el contexto en donde se encuentran los estudiantes va a depender en la forma que adecuen y manejen sus estilos de vida.

La psicología clínica según Katsikis (como se citó en Quant-Quintero y Trujillo-Lemus, 2014) busca lograr un efecto terapéutico, basado en evidencia, mediante los procesos psicológicos, teniendo como resultado mejorar los hábitos saludables de las personas.

La línea de investigación se enfoca en la psicología clínica, el cual aplica intervenciones basadas en evidencia científica para mejorar los hábitos saludables de las personas.

El cuestionario de actitudes alimentarias Eat- 26, se ubica adaptado a nivel mundial, en tanto a su facilidad de aplicación es independiente, siendo así el más usado en cuando se refiere a los trastornos alimenticios y las características psicológicas, en la población que sea

aplicado, ya que posee alto indicadores de confiabilidad y validez. (Jara, 2020; Lambrushini y Leis, 2007; Garner 1982).

De acuerdo con lo revisado, existe una notable preocupación y necesidad de realizar este proyecto de adaptación de la prueba EAT-26 ya que es relevante para los estudiantes de medicina humana en Trujillo y para conocer la realidad local, reconociendo que no existen pruebas adaptadas para el estudio en esta población, como se mencionó anteriormente la carrera de Medicina Humana llega a saturar a los estudiantes causando graves problemas como desarreglos en sus hábitos alimenticios, sumándole a ello, la afección en la población en general por las consecuencias en la salud mental que dejó la pandemia por el COVID-19.

El motivo por el cual se utilizó el EAT-26 como test relevante para la investigación y no otro, es por la facilidad del uso, así como es una herramienta de realización rápida, ya que es una versión corta y practica del test original, así mismo ha demostrado una alta sensibilidad y una detección especifica en cuanto a posibles detecciones de casos de bulimia nerviosa y anorexia nerviosa.

1.1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de actitudes alimentarias Eat-26 en estudiantes de medicina humana en una universidad privada de Trujillo?

1.2. Objetivos:

1.2.1. Objetivo General

Establecer las propiedades psicométricas de la escala de actitudes alimentarias EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una Universidad Privada de Trujillo.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Realizar el análisis estadístico mediante la correlación ítem-test de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.
- Realizar el análisis estadístico mediante la correlación ítem –escala de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.
- Identificar las evidencias de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.
- Establecer los índices de confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.
- Elaborar normas percentiles de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

- Elaborar los puntos de corte de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

1.3. Justificación del trabajo

La presente investigación pretende determinar los valores y criterios de las propiedades psicométricas de actitudes alimentarias test-26, lo cual permitirá tener un instrumento válido, para poder evaluar estudiantes con que cuenten con riesgos elevados a sufrir trastornos alimenticios, los cual perjudica su desenvolvimiento en su carrera universitaria.

Teóricamente, la adaptación del test de actitudes alimentarias test-26 permite una exploración exhaustiva de la prevalencia específica y la naturaleza compleja de los trastornos de conducta alimentaria entre estudiantes de medicina en Trujillo. Esta herramienta es crucial para identificar y comprender los factores de riesgo y las manifestaciones de los trastornos alimentarios en un grupo demográfico particularmente vulnerable debido a las exigencias académicas y el estrés asociado con la formación médica. El EAT-26, al ser un instrumento validado internacionalmente, proporciona un marco confiable para evaluar actitudes y comportamientos alimentarios, lo que es esencial para detectar problemas de manera temprana y proporcionar intervenciones adecuadas. Este enfoque no solo enfatiza la imperativa relevancia de la salud física y mental de los estudiantes, sino que también asegura la disponibilidad de herramientas de evaluación precisas, confiables y validadas, esenciales para la comprensión profunda y la intervención temprana en trastornos alimentarios dentro del contexto específico de los estudiantes de medicina humana a nivel local.

Es así como la presente investigación, de manera práctica, ayudará a identificar una posible problemática a nivel local, ya que no existen muchos estudios enfocados en determinar o registrar la incidencia de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de medicina y menos una prueba adaptada en dicha población, así como la utilidad del instrumento puede

servir para la intervención temprana e identificación de riesgo en el desarrollo de un trastorno de conducta alimentario en estudiantes de medicina.

Socialmente, este instrumento representa un cambio transformador en el ámbito universitario, pues no solo mejora la atención hacia la salud mental y física de los estudiantes, sino que también ejerce una influencia significativa en los individuos que rodean a los estudiantes evaluados, incluidos sus familiares, compañeros de estudios y profesores. La implementación de esta prueba promueve una mayor conciencia y sensibilización acerca de los trastornos alimenticios dentro de la comunidad universitaria, fomentando así una respuesta más empática y solidaria. Esta sensibilización puede propiciar un entorno de apoyo más robusto y efectivo, facilitando la identificación temprana y la intervención oportuna ante posibles problemas de salud mental. En consecuencia, se contribuye a crear un ambiente más propicio para el desarrollo académico y personal de los estudiantes, fortaleciendo la adaptabilidad y el bienestar en el contexto universitario.

Al aumentar la comprensión de estos trastornos, se facilita una respuesta más compasiva y solidaria por parte de la red de apoyo del estudiante, lo que puede mejorar significativamente su experiencia académica y personal. Esta sensibilización no solo permite la identificación temprana de posibles problemas de salud mental, sino que también fortalece los lazos de colaboración entre estudiantes, docentes y personal administrativo, creando un entorno más seguro y enriquecedor para el aprendizaje y el desarrollo integral.

1.4. Limitaciones

La presente investigación se basa en Gandarillas et al (2003) cuya propuesta teórica definió las actitudes alimentarias. De la presente investigación se obtendrán resultados de los cuales solo se conseguirá generalizar en poblaciones con parecidas características que el de la muestra de estudio.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Población

La población estuvo constituida por 1421 estudiantes de primer a quinto ciclo de la carrera de medicina humana en una universidad privada de Trujillo.

Tabla 1

Distribución de la población de estudiantes de primer al quinto ciclo de medicina humana de una universidad privada de Trujillo

CICLO	N°	Porcentaje
I	316	22.25%
II	408	28.71%
III	221	15.55%
IV	249	17.52%
V	227	15.97%
Total	1421	100%

2.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 623 estudiantes de medicina humana de una Universidad Privada de Trujillo.

Tabla 2

Distribución de la muestra de estudiantes de primer a quinto ciclo de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

Grado	N°	Porcentaje
I	125	20.06%
II	125	20.06%
III	125	20.06%
IV	124	19.90%
V	124	19.90%
Total	623	100%

Criterios de inclusión

- ✓ Estudiantes del programa de estudio de medicina humana que se encuentran cursando de primer a quinto ciclo.
- ✓ Estudiantes que respondan de manera voluntaria el cuestionario concediendo su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- ✓ Estudiantes universitarios que se encuentran inscritos en otras carreras profesionales.
- ✓ Estudiantes que faltaron el día de la evaluación y no contestaron.

2.3. Muestreo

Se utilizó un muestreo probabilístico. Este se refiere a un método de selección de una muestra en el cual cada miembro de la población tiene una probabilidad conocida de ser seleccionado para formar parte de la muestra. Esto asegura que cada elemento tenga la misma oportunidad de ser incluido en la muestra, lo que permite hacer inferencias sobre la población en su conjunto (Sharon, 2019)

2.4. Procedimiento para la recolección de datos.

Se obtuvo el permiso del director de la Escuela profesional de Medicina Humana, de esta forma se aplicará la investigación presente de manera presencial, se procedió a recolectar datos de los estudiantes de primer a doceavo ciclo, como también el horario de cada curso por ciclo en secretaria, Luego de obtener el permiso de los profesores de turno en diferente curso, se da inicio a la evaluación del cuestionario EAT-26, primero se indica firmar el consentimiento informado y por último se explica en qué consiste la prueba y cómo resolverla.

2.5. Instrumento

2.5.1. Ficha Técnica del Instrumento a validar

El Eating Attitudes Test (EAT) fue creado por Garner y Garfinkel en 1979, la primera prueba constaba de un cuestionario de 40 preguntas diseñado para evaluar actitudes y conductas asociadas, posteriormente se adaptó en el año 1982 constando de 26 ítems, posteriormente en el año 2003, se adaptó la prueba en español por Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, siendo esta prueba para la población de Jóvenes y adolescentes de

ambos sexos, y tiene las siguientes subescalas: Dieta donde se encuentran los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25, la segunda subescala es Bulimia y preocupación por la comida, donde se encuentran los ítems, 3, 4, 9, 18, 21 y 26, por último, tenemos la subescala control oral, donde se encuentran los ítems, 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20. La versión en español del instrumento, adaptada por Gandarillas et al (2003) para su uso en la población general, mostró una confiabilidad global de 0.86. En relación a las subescalas, se observaron niveles de confiabilidad de 0.88 para la escala de dieta, 0.79 para el control oral, y 0.77 para la bulimia y la preocupación por la comida. Además, los resultados obtenidos en la población en riesgo revelaron una confiabilidad total de 0.86, con un coeficiente de 0.86 para la dieta, 0.73 para la bulimia y la preocupación por la comida, y 0.57 para el control oral. Por último, se llevó a cabo una adaptación del instrumento en Trujillo para estudiantes de psicología, por Jara en el año 2020.

El tiempo en el que se aplica esta prueba es de 10 a 15 minutos donde las personas que realizan el test deberán calificar con 5 afirmaciones que van desde “nunca” hasta “siempre” y luego la prueba se califica sumando todos los ítems, teniendo en cuenta que se puntúa 3, 2, 1, 0, 0 en dirección positiva, donde el puntaje 3 es igual a siempre, el puntaje 2 es igual a casi siempre, el puntaje a veces es 1, el puntaje casi nunca es 0 y nunca es 0. Se tiene en cuenta también que obtener 8 o menor que este como puntaje es considerado baja puntuación, si se obtiene un puntaje de 19 o menor a este, es considerado un puntaje medio y obtener un puntaje de 21 o mayor a este es considerado una puntuación alta.

2.5.2. Descripción de la Prueba por áreas

Consta de tres áreas: Dieta, que incluye evitar los alimentos que engordan y preocuparse por la pérdida de peso, bulimia y preocupación por la comida incluyen atracones y vómito así mismo presentan pensamientos sobre la comida, por último, el control oral, tiene que ver con el autocontrol sobre la alimentación y el peso debido al estrés del crecimiento. Cada pregunta tiene 6 posibles respuestas (nunca, casi nunca, a veces, muchas veces, casi siempre, siempre) y se califica en una escala tipo Likert: 000123, las tres primeras posibles respuestas tienen los valores 0 y 1, 2 o 3. respectivamente, los siguientes tres La Tabla 3 resume las propiedades psicométricas del EAT-26.

En el estudio, se empleó la adaptación en español realizada por Gandarillas del instrumento, la cual demostró una consistencia interna global de 0.86. se halló niveles de confiabilidad mediante coeficiente Alfa, obteniéndose en la población normal, un total de 0.86 en la escala general. En cuanto a las subescalas, se obtuvieron valores de consistencia interna de 0.88 para la escala de dieta, 0.79 para el control oral, y 0.77 para la bulimia y la preocupación por la comida.

Los niveles de clasificación se definen de la siguiente manera: un puntaje igual o menor a 8 indica un riesgo bajo, entre 9 y 19 indica un riesgo moderado, y un puntaje igual o mayor a 21 señala un riesgo alto. Es importante destacar que si un individuo obtiene un puntaje que indica un riesgo moderado, se recomienda someterse a una evaluación psicológica para prevenir la manifestación de un trastorno alimenticio. El cuestionario consta de 5 posibles respuestas que van desde "siempre" hasta "nunca", las cuales se puntúan de 3 a 0 respectivamente, con excepción del ítem 25, donde la puntuación varía de 0 a 3. El tiempo estimado para completar el cuestionario oscila entre 10 y 20 minutos.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la Investigación

3.1.1. A nivel internacional

A nivel internacional Constantin et al. (2014), en su trabajo psicométrico denominado “Validez y Utilidad Diagnóstica de la Escala EAT-26 para la evaluación de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la población femenina de Medellín”, Colombia. Teniendo como objetivo evaluar la validez y la utilidad de la Escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta (TCA) en la población femenina, teniendo una población de 25 mujeres que varían de 15 a 25 años. Obteniendo los siguientes resultados: El alfa de Cronbach fue de 92, 1%, así también, el mejor valor de corte, de 11 a más puntos tuvo sensibilidad de 100% y especificidad de 85,6%.

Así mismo, Lugo-Salazar y Pineda-García (2020), en su trabajo psicométrico denominado "Propiedades Psicométricas del Test de Actitudes (EAT-26) en una muestra no clínica de adolescentes", evaluaron las propiedades psicométricas del Test de Actitudes alimentarias (EAT-26) en una muestra de 1337 estudiantes de entre 14 y 20 años de edad ($\bar{x}=15.93$, D.E= 1.07). El estudio se llevó a cabo en nueve escuelas en Tijuana, con 733 mujeres y 604 hombres. Los resultados mostraron que la versión en castellano del EAT-26 tenía una consistencia interna de $\alpha = .82$, y en lugar de los 4 factores originales, esta versión presentaba 7 factores que explicaban el 55.78% de la varianza total. Estos factores fueron: preocupación por la comida ($\alpha=.82$), dieta ($\alpha=.69$), bulimia ($\alpha=.60$), presión social percibida ($\alpha=.60$), anorexia ($\alpha=.58$), atracones ($\alpha=.55$) y conducta ante los alimentos ($\alpha=.31$). En conclusión, se determinó que esta versión del EAT-26 posee buenas propiedades psicométricas y resulta útil para evaluar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Tijuana.

3.1.2. A nivel nacional.

A nivel nacional Jara (2020) en su trabajo psicométrico denominado “Propiedades psicométricas del cuestionario de actitudes ante la alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo”, con el objetivo de 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 de Trujillo. Teniendo como población de 497 estudiantes, 119 hombres siendo el 23.8%, 378 mujeres, un 76.2% con edades entre 17 a 42 años. Para la confiabilidad se usó el coeficiente omega en 3 factores donde los resultados fueron: Dieta con un 0.87, bulimia y preocupación por la comida un 0.55 y control oral un 0.63, teniendo como resultado general 90 concluyendo que el instrumento es confiable, la Escala de Actitudes ante la Alimentación tiene aptas propiedades psicométricas.

3.2. Marco teórico

3.2.1. Trastornos de conducta alimentaria

Según el DSM-V (2014) los trastornos de conducta alimentaria son perturbaciones constantes en la ingesta de alimentos o comportamiento que tiene que ver con la alimentación, que van a afectar en el consumo de alimentos o la absorción de estos, causando así un significativo deterioro en los diferentes ámbitos del individuo. Como también, se clasifican en Pica, trastorno de rumiación, trastorno alimentario restrictivo/evitante, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o alimentario especificado y otro trastorno alimentario o atracón de alimentos no especificados.

A su vez, Bermúdez et al. (2021) expone que los trastornos de conducta alimentaria son un conjunto de trastornos mentales que afectan en la conducta que tiene que ver con consumir alimentos o a comportamientos que tienen que ver con realizar dietas o prohibirse el consumo de alimentos controlando así su peso.

En este sentido, resulta imperativo que las investigaciones futuras no solo utilicen herramientas diagnósticas validadas, sino que también adopten un enfoque holístico que contemple la interacción entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Esto permitirá desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas, cruciales para la prevención y tratamiento de los TCA en poblaciones específicas, como los estudiantes de medicina, quienes pueden estar particularmente vulnerables debido a las presiones académicas y profesionales inherentes a su formación.

Así mismo, de acuerdo a los datos ya mencionados en delimitación del problema, podemos identificar 3 tipos de trastornos de conducta alimentaria más comunes según la OMS estos son anorexia nerviosa, bulimia y trastornos de conducta alimentaria no especificado, los cuales serán descritos a continuación:

3.2.2. Tipos de trastorno de conducta alimentaria.

A. Anorexia nerviosa:

Esta surge mayormente en la adolescencia, este trastorno alimenticio consiste en realizar dietas extremas y a su vez ejercicios fuertes a diario, siendo que la comida es mínima e insuficiente para nutrir al cuerpo, como por ejemplo comer en todo un día solo una galleta de manera purgativa, esto se debe a que si la persona siente que ha comido demasiado, esta busca la forma de purgar como el ejemplo dado o puede iniciar en algunos pocos casos el vómito, esto lo hacen como un intento de tener la calma pensando que así no van a ganar peso (Surichagui, como se citó en Chóez y Tejada, 2021).

A su vez, Bermúdez et al. (2021) afirma que la Anorexia Nerviosa tiene un origen en el término griego como “falta de apetito”, está caracterizado por 3 criterios importantes, una necesidad de mantenerse delgado o un terror psicopatológico a ser obeso y presencia de síntomas y signos médicos, síntomas fisiológicos.

También, Oblaré et al. (2021) afirma que, características de este trastorno son los miedos intensos a tener más peso, disminuyendo la ingesta de alimentos de manera voluntaria, estas personas tienen alterada la forma de ver su peso, por ello no reconocen la gravedad de mantener un peso bajo. Existen dos tipos: restrictivo y atracones/purgas, en el primero no hay episodios recurrentes de purgas o atracones, la disminución de peso es debido a restricción de alimentos, dieta, ayunos y excesivo ejercicio, todo esto no se debió dar en los 3 últimos meses y el segundo existan episodios recurrentes de atracones o purgas como vómitos provocados.

Así mismo, según el DSM-V (2014) afirma que, algunos de los síntomas de este trastorno es el intenso miedo a engordar o ganar más peso, teniendo una pérdida de peso preocupante menor al normal de acuerdo a su edad, así mismo existen restricciones de alimentos, como también se ve una alteración en la percepción de sí mismo sobre su peso, sin

importarle lo grave que puede ser mantener y seguir bajando de peso, siendo este inferior al normal.

Esta enfermedad afecta mayormente a los adolescentes, se caracteriza más por la restricción de comida o ingesta insuficiente para nutrir al organismo, así como una mala percepción sobre su peso, creyendo que pesa más, cuando en realidad su peso es menor al normal de acuerdo con su edad, enfatizando también la relevancia que el individuo le da a la emoción y a su percepción errónea causando graves desarreglos alimenticios. Estos análisis destacan la importancia de comprender la anorexia nerviosa no solo como un trastorno alimentario, sino como una condición compleja con profundas implicaciones psicológicas y fisiológicas.

B. La bulimia:

Según Surichagui (como se citó en Chóez y Tejada, 2021) plantea que la bulimia es un trastorno caracterizado porque los individuos presentan de manera compulsiva atracones, también está asociado a tener hambre excesiva.

Así mismo, Mendieta (2019) afirma que, en este trastorno el comer alimentos se dan como atracones, donde el individuo puede sentir una pérdida de control, estos episodios vienen con sentimiento de culpa y por ello el individuo toma medidas insalubres como producirse el vómito, consumo constante de laxantes o ejercicios excesivos.

De la misma manera, los síntomas de este trastorno es que el individuo tiene comportamientos compensatorios inadecuados tratando de evitar así el subir de peso a través de vómito, el mal uso de laxantes u otros medicamentos, ayunando u optando por realizar ejercicio excesivo. Como también se considera tener en cuenta que en este trastorno el individuo siente falta de control en el momento de tener episodios de atracones de comida, el individuo tiene una pérdida de control e incapacidad para detenerse una vez que empieza a

comer, normalmente ingesta alimentos que no comerían en su día a día. Para estas personas el peso es primordial, ya que de ello depende su autoestima (DSM-V, 2014).

Es por ello que bulimia nerviosa se entrelazan, revelando la compleja interacción entre los patrones de conducta alimentaria disfuncional y la influencia significativa de la autoevaluación basada en el peso corporal. Los episodios recurrentes de atracones, caracterizados por una ingesta excesiva de alimentos en un corto periodo y una sensación de pérdida de control, son seguidos por comportamientos compensatorios extremos como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y el ejercicio excesivo. Estos comportamientos reflejan un intento desesperado de mantener el control y contrarrestar las consecuencias de los atracones.

El sentimiento de culpa que acompaña a los episodios de atracones y las medidas insalubres adoptadas para evitar el aumento de peso subrayan la profunda disconformidad del individuo con su cuerpo y su peso. Además, la autoevaluación está profundamente vinculada al peso corporal, lo que significa que cualquier cambio en el peso puede tener un impacto devastador en la autoestima y el bienestar emocional del individuo. Esta conexión entre la conducta alimentaria y la autoimagen destaca la necesidad de una comprensión multidimensional del trastorno.

3.2.3. El trastorno de conducta alimentaria no especificado:

Según Herrero et al. (2022) no cumplen con la guía de algunos síntomas, manteniendo síntomas incompletos en anorexia nerviosa y bulimia, no cumpliendo suficientes criterios para tener un trastorno de conducta alimentaria específico o identificable.

Es por ello que, Oblaré et al. (2021) expone que, este trastorno tiene características predominantes de un trastorno de conducta alimentaria que causa malestar a nivel social, laboral, entre otros, siendo esta afectación clínicamente significativa, sin embargo, no se

manifiestan todos los criterios diagnósticos, como, por ejemplo: síndrome de ingestión nocturna de alimentos, trastornos de purgas, anorexia nerviosa atípica, entre otros. Así mismo, según el DSM-V (2014)

En ese sentido se caracteriza por la manifestación de síntomas que presentan similitudes con aquellos de los trastornos de conducta alimentaria establecidos, provocando disfunción significativa en los contextos laboral, social y otras esferas del funcionamiento cotidiano del individuo. No obstante, estos síntomas no cumplen con todos los criterios diagnósticos necesarios para la clasificación completa dentro de los trastornos alimentarios específicos. En otras palabras, aunque los síntomas implican un deterioro notable en la calidad de vida y el bienestar del individuo, su presentación no satisface todos los requisitos de diagnóstico establecidos en los manuales como el DSM-V (2014). Por tanto, este trastorno se clasifica como no especificado, reflejando una condición que interfiere con la funcionalidad del individuo, pero que no encaja plenamente en las categorías diagnósticas tradicionales debido a su presentación incompleta o atípica.

Es importante reconocer que el trastorno de conducta alimentaria no especificado, mantiene algunos síntomas de la anorexia nerviosa y la bulimia sin embargo, no cumple con todos los criterios para poder detectar un diagnóstico específico o establecido, manteniendo a su vez consecuencias graves y significativas en la salud del individuo, obstruyendo hábitos saludables alimenticios, es por ello que se requiere una adecuada evaluación para este trastorno atípico, resaltando la necesidad de intervenciones para mejorar y tratar con la terapia efectiva para el caso.

3.2.4. Factores de riesgo

Se encuentran numerables conjuntos de características o condiciones que van a posibilitar o aumentar un riesgo significativo para desarrollar trastornos, en este caso hay

evidencia de algunos agentes que atentan contra el individuo para sufrir un trastorno de conducta alimentaria.

Existen diferentes factores según que van a influenciar en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Según Jiménez y Escribano (2022):

- Sociocultural:

La sociedad va a ser un factor en el que la presión de este mismo con los cánones de belleza va a repercutir en los individuos tratando de alcanzar cuerpos extremadamente delgados, ya que según la presión social considera más la belleza física, descuidando así la salud mental, los individuos se ven afectados ya que deben modificar sus cuerpos para mantener su autoestima intacta.

- Personales:

El sentimiento de ineficacia y malestar en las relaciones interpersonales, como el depender de validación y opiniones de otros van a causar vulnerabilidad en algunos individuos para desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

- Genético-Biológico:

Existe predisposición a tener algún trastorno de conducta alimentaria si la familia padece de este trastorno, como también el realizar dietas aumenta la predisposición si se da en mayor intensidad y duración.

- Familiares:

Las familias se vuelven vulnerables al tener alimentaciones estructuradas, ya que, si uno de ellos está en régimen alimenticio, otros miembros de la familia podrían seguir el mismo modelo. Como también existe predisposición de que alguno de los miembros de la familia tenga

un trastorno de conducta alimentaria cuando entre ellos existen comentarios y expresiones de emociones negativas.

- Desencadenantes:

Existe mayor riesgo de generar un trastorno de conducta alimentaria cuando entre pares o miembros, se mantiene constantemente comentarios negativos acerca del cuerpo del otro, como también el estar preocupado constantemente en dar charlas sobre dietas y realizarlas para evitar un cuerpo gordo, alterando la alimentación, como el veganismo y ortorexia. Existen otros factores, cambios vitales que serían, la separación de los padres, estudios en el extranjero, situaciones de abusos, o tener alguna experiencia sexual no deseada, pubertad y confinamiento, por ejemplo, durante la pandemia COVID.

3.2.5. Modelos Psicológicos

3.2.5.1. Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual mezcla la reestructuración y técnicas cognitivas que van a resultar cambiando los esquemas no funcionales que transforman la percepción de realidad de los pacientes. Cuando este enfoque se centra en problemas de trastorno de conducta alimentaria se va a dar más focalización en que el paciente vuelva a tener el control sobre el engerimiento dietético, la limitación calórica y conductas compensatorias como el vómito, ejercicio excesivo y purgas, también se centra en modificar los patrones rígidos de pensamiento, mejoramiento e incremento del autoestima, la identificación y la adecuada expresión de emociones (Alonso del Rio, 2020). Así mismo, según Ekstrand y Villanueva (2023) afirma que, en la actualidad, la terapia cognitivo conductual es considerada efectiva para los trastornos de conducta alimentaria, siendo esta la que tiene mayor apoyo empírico.

Según Alonso del rio (2020), afirma que la terapia cognitivo conductual se divide generalmente en tres etapas, en primer lugar están las técnicas básicas de autocontrol,

motivación al cambio, alimentación variada, y tamaños de ración, en segundo lugar están los materiales psicoeducativos, reestructuración de los pensamientos, técnicas para impedir atracones y en tercer lugar está la preparación del paciente para la conclusión del tratamiento y brindar información sobre como es el proceso de la recuperación y recaída, de esta forma intentar reducir más riesgo en este ámbito.

Es por ello que la terapia cognitivo conductual facilita la adquisición de habilidades esenciales para la auto-regulación y el autocontrol, promoviendo una alimentación saludable y la adopción de estrategias efectivas para enfrentar los desafíos asociados con los trastornos de conducta alimentaria. La inclusión de técnicas psicoeducativas y la preparación para la conclusión del tratamiento fortalecen la capacidad del paciente para mantener los avances logrados y minimizar el riesgo de recaídas. Este enfoque no solo contribuye a la mejora inmediata del estado del paciente, sino que también sienta las bases para una recuperación sostenible y una vida equilibrada. Al ofrecer una guía estructurada y un marco terapéutico basado en evidencia empírica, la TCC se establece como una intervención clave en el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria, facilitando cambios duraderos y una calidad de vida significativamente mejorada para los pacientes.

3.2.5.2. Terapia de aceptación y Compromiso

Esta terapia sirve para fomentar la aceptación de emociones y pensamientos que tienen relación con alimentarse, el peso, la visión corporal que tiene el individuo, de manera que se evite tratar de controlarlos y juzgarlos. A su vez recalca que esta terapia enfocada en el trastorno de conducta alimentaria trata la inflexibilidad psicológica que es una propensión a evitar y controlar de manera estricta las vivencias internas complicadas, dándole énfasis al

contenido de lo que la persona piensa y siente y de esta forma se relaciona considerablemente en la insatisfacción corporal (Albarenga, 2023).

Por lo tanto, este enfoque resulta particularmente relevante para abordar la inflexibilidad psicológica, que se manifiesta en la dificultad del individuo para manejar de manera flexible sus vivencias internas complejas. La terapia de aceptación y compromiso pone énfasis en el contenido y la calidad de las experiencias internas del paciente, ayudando a comprender cómo estos procesos influyen en la insatisfacción corporal y, por ende, en el trastorno de conducta alimentaria. Al promover una mayor aceptación y conexión con las propias emociones y pensamientos, la terapia de aceptación y compromiso ofrece una vía para reducir el impacto negativo de estos factores sobre la autoimagen y el comportamiento alimentario.

3.2.6. Variable que mide el instrumento

Los trastornos de conductas alimentarias, según Arijá et al. (2022) afirma que son un conjunto de enfermedades donde se encuentran pensamientos erróneos y negativos sobre los alimentos y su restricción, el cuerpo, su peso y forma, atracones, el ejercicio excesivo, así como el usar laxantes o provocar el vómito.

3.2.7. Propiedades psicométricas de una prueba

A. Validez:

Según Medina et al. (2020) asigna al nivel de confianza que podemos tener de que la medición se refiere a la realidad del fenómeno que se está midiendo, para así tener qué conclusiones pueden derivarse de las personas que obtienen diferentes resultados en la escala.

Tipos:

- Validez de predictiva:

La validez predictiva implica la comparación de las puntuaciones obtenidas a través de un instrumento con una o más variables externas conocidas como variables de criterio. Esta comparación se realiza mediante el cálculo de una correlación, que se interpreta como un indicador de validez.

- Validez de constructo:

Esta validez es interesante cuando se quiere utilizar la ejecución de sujetos en un instrumento para inferir la posesión de ciertas características. Este tipo de estudio de validez requiere una conceptualización clara del rasgo que se estudia con base en una teoría específica. La teoría sugiere las tareas de prueba apropiadas para identificar un rasgo o característica y las evidencias a considerar en la evaluación.

B. Confiabilidad:

Según Medina et al. (2020) refiere a la exactitud y consistencia de las puntuaciones o información obtenida a través de la aplicación repetida de un instrumento.

Tipos:

- Confiabilidad Interna:

Utiliza categorías descriptivas con un bajo nivel de inferencia, es decir. lo más exacta y precisa posible. Los datos ya interpretados de esta manera, conviene que se acerquen a la realidad observada: quién hizo qué y en qué circunstancias. Los comentarios de interpretación se pueden agregar, eliminar o editar más tarde. Además, la mayoría de los autores están de acuerdo en que los métodos cualitativos implican una gran cantidad de datos primarios y recientes

- **Confiabilidad Externa:**

Averigua el nivel de participación y la posición del investigador en el grupo investigado; cierta información puede variar según el género del donante (las mujeres pueden ocultar cierta información íntima si el investigador es, por ejemplo, un hombre); Lo mismo sucede cuando el investigador hizo amigos en el grupo; te dan información que otros no.

C. Normas:

Percentiles: Según Perez et al. (2019) Es un valor que permite la partición de una serie de datos ordenados de tal manera que un porcentaje determinado de esos datos sea menor que el valor del percentil en cuestión.

Baremos: Tabla de cálculos o conjunto de normas se refiere a un conjunto estructurado de criterios que se utilizan para medir o evaluar los méritos, daños o contribuciones presentadas por una persona o población en particular. Estas normas proporcionan una guía objetiva y sistemática para la valoración de distintos aspectos relevantes, permitiendo una comparación y análisis basado en criterios preestablecidos. (Morales 2020).

3.3. Marco Conceptual

Trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria son afecciones graves en las que hay síntomas físicos que se van a ver agravados por circunstancias mentales, de múltiples causas y factores, siendo estos únicamente entendidos por diferentes factores fisiológicos y psicológicos que estimulan, suscitan y modifican mutuamente. Factores como la insatisfacción con el mismo cuerpo o las ansias a la delgadez son factores socioculturales y características que causan la aparición de algún trastorno de conducta alimentaria (Gandarillas et al., 2003).

Validez de constructo

Messick (como se citó en Perez-Gil, 2000) afirma que este tipo de validez es el primordial, ya que es el criterio unificado integrador de conceptos de validez de contenido y de criterio para de esta forma probar la hipótesis acerca de la información teórica del estudio.

Confiabilidad

Según Kerlinger y lee (como se citó en Quero, 2010) es la estabilidad de lo que se ha medido, resuelve dificultades teóricas y también prácticas, está enfocada en identificar el margen de error existente en la medición del instrumento.

Percentil

Según Russ, E (2023) afirma que el percentil es una medición estadística que divide los datos distribuidos ordenadamente en 100 partes idénticas.

Puntos de corte

Según Dominguez-Lara, S (2016) afirma que los puntos de corte son clasificaciones o categorías de variables, donde existen puntajes mayores y menores donde se van a clasificar según la puntuación o medida generada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Validez

Tabla 3

Análisis ítem – test de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

Ítem	ritc	Confiabilidad si se elimina el ítem	Ítem	ritc	Confiabilidad si se elimina el ítem
P1	.65	.917	P14	.64	.917
P2	.68	.916	P15	.30	.923
P3	.56	.918	P16	.57	.918
P4	.58	.918	P17	.59	.918
P5	.37	.921	P18	.61	.918
P6	.57	.918	P19	.08*	.926
P7	.65	.917	P20	.54	.919
P8	.46	.92	P21	.53	.919
P9	.58	.919	P22	.71	.915
P10	.77	.915	P23	.60	.918
P11	.72	.915	P24	.67	.917
P12	.60	.918	P25	.11*	.925
P13	.33	.922	P26	.54	.919

Nota: ritc: correlación ítem test; *<.20

Se realizó el análisis de los ítems mediante la correlación ítem test, encontrándose en la mayoría de los ítems, valores que superaron el mínimo recomendado de .20, sin embargo, los ítems 19 y 25 no logran superar dicho valor y por tanto deben ser revisados.

Tabla 4

Análisis ítem – escala de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo

Dieta		Bulimia		Control oral	
P1	.638	P3	.484	P2	.352
P6	.562	P4	.568	P5	.397
P7	.655	P9	.553	P8	.607
P10	.764	P18	.629	P13	.540
P11	.756	P21	.580	P15	.475
P12	.647	P26	.494	P19	.097*
P14	.657			P20	.611
P16	.580				
P17	.601				
P22	.708				
P23	.616				
P24	.646				
P25	.115*				

Nota: *<.20

Se llevó a cabo el análisis ítem escala de los reactivos pertenecientes a cada dimensión, hallándose en la dimensión dieta, que el ítem 25 y logra superar el valor mínimo recomendado de .20, y en la dimensión control oral, el ítem 19 tampoco supera el dicho valor mínimo, por tanto, deben revisarse; el resto de los ítems alcanzan valores superiores a .20 y son adecuados para la medición.

Tabla 5

Índices de ajuste obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	GFI	AGFI	RMR	NFI	RFI
EAT-26	.970	.965	.060*	.961	.957

Nota: RMR: error cuadrático medio de estimación; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice ajustado de bondad de ajuste; NFI: índice de ajuste normado; RFI: índice de ajuste relativo

Nota: *<.08

Se realizó el análisis factorial confirmatorio del modelo tridimensional del instrumento de 26 reactivos, encontrándose que los índices de ajuste GFI, AGFI, NFI y RFI superan el valor mínimo recomendado de .90, mientras que el índice RMR es menor al valor máximo tolerable de .08, por tanto, dicho modelo posee un adecuado ajuste.

Tabla 6

Cargas factoriales de los ítems obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	Dieta	Bulimia	Control Oral
P1	.711		
P6	.593		
P7	.680		
P10	.817		
P11	.791		
P12	.667		
P14	.699		
P16	.591		
P17	.619		
P22	.759		
P23	.629		
P24	.698		
P25	.103*		
P3		.637	
P4		.657	
P9		.623	
P18		.679	
P21		.593	
P26		.579	
P20			.675

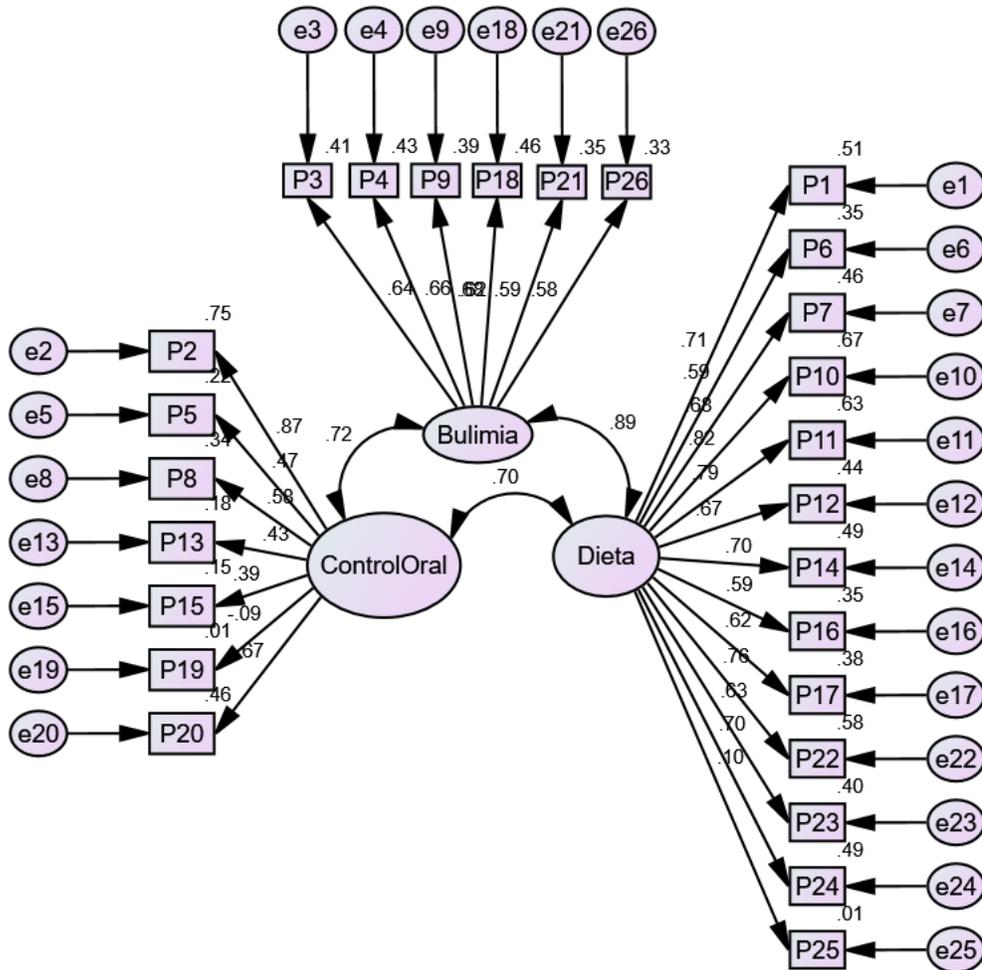
P19	-.094*
P15	.385
P13	.426
P8	.584
P5	.467
P2	.869

Nota: *<.35

Se muestran las cargas factoriales de los ítems obtenidos a través de análisis factorial confirmatorio, encontrándose en el modelo de 26 ítems, dos reactivos, ítems 19 y 25 con valores inferiores al mínimo recomendado de .35

Figura 1

PATH DIAGRAM QUE REPRESENTA EL MODELO ESTRUCTURAL DE LOS TRES CONSTRUCTOS.



El diagrama presenta un modelo estructural con tres constructos centrales: Bulimia, Control Oral y Dieta. Cada constructo está conectado a varios ítems, que representan variables específicas o manifestaciones observables relacionadas con cada constructo. Los números en las líneas entre los ítems y los constructos probablemente representan los coeficientes estandarizados, que indican la fuerza de la relación.

4.2. Confiabilidad

Tabla 7

Confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	α	ω
Escala total	.921	.926
Dieta	.902	.906
Bulimia y preocupación por la comida	.790	.801
Control oral	.723	.743

Nota: α : coeficiente alfa; ω : coeficiente omega

Se estimó la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias encontrándose valores superiores a .70 tanto a nivel de dimensiones como a nivel de la escala total, demostrándose que el instrumento posee una confiabilidad óptima.

4.3. Normas y puntos de corte

Tabla 8

Normas percentilares de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

PC	EAT-26			
	PT	Dieta	Bulimia	Control oral
99	58	35	15	17
95	49	27	12	13
90	43	24	9	11
85	37	21	8	10
80	31	18	7	8
75	27	16	6	7
70	24	13	5	7
65	21	12	4	6
60	20	11	4	6
55	18	10	3	5
50	16	8	3	5
45	15	7	3	4
40	14	6	2	4
35	12	6	2	3
30	11	5	1	3
25	10	4	1	2
20	8	3	1	2

15	7	3	0	2
10	5	2	0	1
5	3	1	0	0
1	1	0	0	0

Se elaboraron las normas percentilares de la escala de actitudes alimentarias, tanto a nivel global por dimensiones, a partir de las puntuaciones recogidas, tomándose como puntos de corte los percentiles 25 y 60 para delimitar los niveles bajo riesgo, moderado riesgo y alto riesgo.

Tabla 9

Puntos de corte de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
Escala total	1 – 10	11 – 20	21 – 58
Dieta	0 – 4	5 – 11	12 – 35
Bulimia	0 – 1	2 – 4	5 – 15
Control oral	0 – 2	2 – 6	7 – 17

Se determinaron los puntos de corte del instrumento, a partir de los baremos en percentiles mostrados en la tabla anterior y tomándose en cuenta además el puntaje de 21 propuesto por los autores originales como punto de corte para determinar el alto riesgo, dicho puntaje se ubicó en el percentil 60.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se ha visto que la alimentación es muy importante para el desempeño a nivel académico, sin embargo, diversos factores negativos pueden influenciar en un problema alimenticio. Por ello, realizar esta investigación, realza el interés por este tema, al ser muy recurrente y que no existe los instrumentos para esta evaluación. Bermúdez et al. (2021) menciona que los trastornos de conducta alimentaria son un conjunto de trastornos mentales que afectan en la conducta que tiene que ver con consumir alimentos o a comportamientos que tienen que ver con realizar dietas o prohibirse el consumo de alimentos controlando así su peso. A su vez, López et al. (2019) también destacan la importancia de identificar y medir adecuadamente los trastornos alimentarios en contextos educativos para implementar intervenciones tempranas y efectivas.

Es crucial entender que, más allá de los aspectos técnicos y psicométricos, la implementación de esta escala en la población estudiantil permitirá no solo una evaluación más precisa de los trastornos de conducta alimentaria, sino también la posibilidad de desarrollar estrategias de intervención y apoyo que se adapten a las necesidades específicas de los estudiantes. La integración de este tipo de instrumentos puede marcar una diferencia significativa en la detección temprana y manejo de los trastornos alimentarios, contribuyendo a la mejora del bienestar y desempeño académico de los estudiantes.

El presente trabajo de investigación, tuvo como objetivo general establecer las propiedades psicométricas de la escala de actitudes alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una Universidad Privada de Trujillo.

Como primer objetivo se buscó realizar el análisis estadístico mediante la correlación ítem – test de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de

medicina humana de una universidad privada de Trujillo. La validez es el nivel de confianza que podemos tener de que la medición se refiere a la realidad del fenómeno que se está midiendo, para así tener qué conclusiones pueden derivarse de las personas que obtienen diferentes resultados en la escala. (Medina et al. 2020).

En la tabla 3, se realizó el análisis de los ítems mediante la correlación ítem test, encontrándose que la mayoría de ítems, sus valores superaron el mínimo recomendado de .20. Sin embargo, los ítems 19 y 25 no logran superar dicho valor y por tanto deben ser revisados, ya que obtuvieron valores de .08 y .11 respectivamente.

Como segundo objetivo se buscó, realizar el análisis estadístico mediante la correlación ítem –escala de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

En la tabla 4, se llevó a cabo el análisis ítem-escala de los reactivos pertenecientes a cada dimensión, hallándose en la dimensión dieta, el ítem 25 no logra superar el valor mínimo recomendado de .20, y en la dimensión control oral, el ítem 19 tampoco supera el dicho valor mínimo, por tanto, deben revisarse; el resto de ítems alcanzan valores superiores a .20 y son adecuados para la medición. Similarmente, un estudio, se afirma que evaluando la consistencia interna de escala probablemente algunos ítems no presenten una clasificación ítem-total elevada, sin embargo, la escala en su conjunto puede ser adecuada verificando que el coeficiente de consistencia interna, el alfa de Crombach o el coeficiente omega, supera los niveles aceptables generalmente mayores a .70, es por ello que aunque algunos ítems tengan puntuaciones bajas, estas no afectan la validez de la escala si la confiabilidad general de la prueba es suficiente (Viladrich et al. 2017)

Como tercer objetivo tenemos identificar las evidencias de validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo. La validez de

constructo es interesante cuando se quiere utilizar la ejecución de sujetos en un instrumento para inferir la posesión de ciertas características. Esta validez requiere una conceptualización clara del rasgo que se estudia con base en una teoría específica. La teoría sugiere las tareas de prueba apropiadas para identificar un rasgo o característica y las evidencias a considerar en la evaluación.

En la tabla 5, se realizó el análisis factorial confirmatorio del modelo tridimensional del instrumento de 26 reactivos, encontrándose que los índices de ajuste GFI, AGFI, NFI y RFI superan el valor mínimo recomendado de .90, mientras que el índice RMR es menor al valor máximo tolerable de .08, puntuando .06 lo que significa que mientras menor margen de error, más estable es la prueba.

Así mismo, la tabla 6, muestra las cargas factoriales de los ítems obtenidos a través de análisis factorial confirmatorio, encontrándose en la escala Eat-26, dos reactivos, ítems 19 y 25 con valores de -.094 y .103 respectivamente, poseen valores inferiores al mínimo recomendado de .35.

Como objetivo cuatro, se buscó establecer los índices de confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo. La confiabilidad por consistencia interna utiliza categorías descriptivas con un bajo nivel de inferencia, es decir, lo más exacta y precisa posible. Los datos ya interpretados de esta manera, conviene que se acerquen a la realidad observada: quién hizo qué y en qué circunstancias. Los comentarios de interpretación se pueden agregar, eliminar o editar más tarde. Además, la mayoría de los autores están de acuerdo en que los métodos cualitativos implican una gran cantidad de datos primarios y recientes.

En la tabla 7, se estimó la confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias encontrándose valores superiores a .70 tanto a nivel de

dimensiones como a nivel de la escala total, demostrándose que el instrumento posee una confiabilidad óptima.

Resultados similares se encontraron en la investigación de Constantin et. al. (2014) que opto por la confiabilidad alfa de Cronbach donde su resultado fue de 92, 1%, indicando una óptima confiabilidad para su investigación. En la investigación de Lugo-Salazar y Pineda-García (2020) Donde del mismo modo utilizo el coeficiente de Cronbach, obteniendo como resultado, que la versión en castellano tiene una consistencia interna de $\alpha = .82$ adecuada para la evaluación del riesgo de ETA.

Asimismo, hallazgos concordantes en el estudio de investigación de Jara (2020), para hallar la confiabilidad usó el coeficiente omega en 3 factores donde los resultados fueron: Dieta con un 0.87, bulimia y preocupación por la comida un 0.55 y control oral un 0.63, teniendo como resultado general 90 concluyendo que el instrumento es confiable y que la Escala de Actitudes ante la Alimentación tiene aptas propiedades psicométricas. Además, un estudio indicó que la consistencia interna es fundamental para la validación de instrumentos en contextos educativos y de salud. Su investigación mostró que una alta consistencia interna asegura que los ítems midan de manera coherente el constructo de interés, lo que respalda la fiabilidad del instrumento en diferentes contextos y poblaciones (Martínez et al. 2018)

Como quinto objetivo se buscó, elaborar normas percentilares de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo. En la tabla 8, se elaboraron las normas percentilares de la escala de actitudes alimentarias, tanto a nivel global por dimensiones, a partir de las puntuaciones recogidas, tomándose como puntos de corte los percentiles 25 y 60 para delimitar los niveles bajo riesgo, moderado riesgo y alto riesgo.

En ese sentido, las personas que se encuentren en el nivel de bajo riesgo, no existen riesgo de poder desarrollar un trastorno alimenticio.

En el nivel de riesgo moderado, las personas posiblemente han comenzado a desarrollar algunos problemas relacionados a los trastornos, o específicamente a alguna de las dimensiones.

En el nivel de alto riesgo, en personas ya existe el riesgo de haber desarrollado un posible trastorno alimenticio.

Finalmente, como objetivo 6, se buscó elaborar los puntos de corte de la Escala de actitudes alimentarias test-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo. Si queremos categorizar a las personas, se debe usar los puntos de corte, y dependiendo de la puntuación que obtiene esta persona, se le debe considerar en una categoría. Dominguez-Lara, Sergio Alexis. (2016).

En la tabla 9, se determinaron los puntos de corte del instrumento, a partir de los baremos en percentiles mostrados en la tabla anterior y tomándose en cuenta además el puntaje de 21 propuesto por los autores originales como punto de corte para determinar el alto riesgo, dicho puntaje se ubicó en el percentil 60.

Finalmente se puede confirmar que existen las propiedades psicométricas de la escala de actitudes alimentarias test eat-26 en estudiantes de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.1. Conclusiones

1. Se confirmó la validez de constructo mediante el índice de correlación ítem-test. La mayoría de los ítems obtuvieron valores superiores a .20, aunque los ítems 19 y 25 no alcanzaron este umbral.
2. Se estableció la validez de constructo mediante la correlación ítem-escala, encontrando una adecuada validez en la mayoría de los casos. Sin embargo, en la dimensión de dieta el ítem 25 y en la dimensión de control oral el ítem 19 no alcanzaron el valor mínimo de .20.
3. Se estableció la validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio de la escala de actitudes alimentarias test-26 mostrando valores adecuados en los índices de ajuste (GFI, AGFI, NFI y RFI). Mientras que en RMR es menor al valor máximo recomendado. lo que significa que mientras menor margen de error, más estable es la prueba.
4. Se obtuvo una alta confiabilidad en la evaluación de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach y el coeficiente de omega. La prueba Eat-26 mostró valores de .921 y .926. Superando el valor mínimo de .70, mostrándose que el instrumento posee una confiabilidad óptima.
5. Se realizó las normas percentiles de la escala general, así como de cada dimensión.
6. Se establecieron los puntos de corte para cada dimensión y la escala general, permitiendo la categorización en niveles de bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo.

6.1.2. Recomendaciones

1. Se recomienda utilizar la Escala de Actitudes Alimentarias Eat-26 en investigaciones y prácticas clínicas relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria, dado que el instrumento ha demostrado una confiabilidad óptima.
2. Se recomienda realizar revisiones periódicas del instrumento y de las normas percentilares para asegurar que continúen reflejando las condiciones actuales y las características específicas de la población estudiada.
3. Se recomienda usar el tipo de confiabilidad test-retest para evaluar la estabilidad temporal de la prueba, asegurando así la consistencia de las mediciones a lo largo del tiempo.
4. Se recomienda ampliar la muestra a diversas poblaciones para poder realizar intervenciones tempranas más efectivas y generalizar los resultados encontrados, mejorando así la comprensión de la prevalencia y los factores asociados a los trastornos de conducta alimentaria.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS Y ANEXOS

7.1. Referencias bibliográficas

Albarenga, V (2023). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) desde el modelo transdiagnostico: una revisión sistemática.* [tfg_valentina_albarenga.pdf \(udelar.edu.uy\)](http://tfg_valentina_albarenga.pdf(udelar.edu.uy))

Alonso del rio, A (2020). *La intervención cognitivo conductual en TCA.* [TFG-M-N2005.pdf \(uva.es\)](http://TFG-M-N2005.pdf(uva.es))

Ames, A., (2022). *Autoestima y desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos jóvenes.* https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15830/Ames-Tejada_Autoestima-Desarrollo-Trastornos-Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Arevena, C (2016) *trastorno de conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual.* <https://www.fepal.org/wp-content/uploads/363-esp.pdf>

Arija, V., Santi, M., Novalbos, Jose., Canals, J., Rodriguez-Martin, A (2022). *Caracterización, epidemiología, y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria.* <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v39nspe2/0212-1611-nh-39-nspe2-8.pdf>

Bermúdez, L., Chacon, M y Rojas, D. (2021). *Actualización en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.*

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/753/1368>

Cardenas, S., Ruiz, R y Sedamanos, M (2018). *Riesgo a trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la institución Educativa Esther Festino de Ramos Ocampo Comas-2016.*

https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/236/Cardenas_SL_Ruiz_RG_Sedamanos_ML_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chóez, L y Tejada, R (2021). *Influencia familiar sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia.*

<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1085/1738>

Chumpitaz, M. (20 de octubre de 2020). *¿Por qué la anorexia, la bulimia y los “atracones” de comida se agudizan durante la pandemia?. El Comercio.*

https://elcomercio.pe/somos/historias/coronavirus-peru-por-que-la-anorexia-la-bulimia-y-los-atracones-de-comida-se-agudizan-durante-la-pandemia-noticia/?ref=ecr#google_vignette

Constantín, G., Ramirez, C., Rodríguez-Gázquez, M., Alvarez, M., Marín, C y Agudelo, C. (2014). *Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la*

evaluación de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la población femenina de Medellín, Colombia.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6983619/>

Dávila, D (2023). *Riesgos de los trastornos de la conducta alimentaria y factores asociados en estudiantes de la carrera de medicina humana en la universidad ricardo palma año 2021.* [T030_76130324 T DÁVILA TRINIDAD DENISSE JOHANA \(1\).pdf \(urp.edu.pe\)](#)

Dominguez-Lara,S (2016). *Confiabilidad de los puntos de corte de estudios empíricos.*http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400013#:~:text=Cuando%20se%20desea%20clasificar%20a,que%20pertenece%20a%20esa%20categor%C3%ADa.

Ekstrand, A y Villanueva, E (2023). *Terapia cognitivo conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la vision transdiagnostica.* [TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA VISIÓN TRANSDIAGNÓSTICA \(redalyc.org\)](#)

Francisco Coll Morales, 06 de octubre de 2020 *Baremo.* [Economipedia.com](https://economipedia.com/definiciones/baremo.html)
<https://economipedia.com/definiciones/baremo.html>

Fuertes, J, Perez, R y Hernandez, A (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia*. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-bulimia-X0212047X10489696>

García, M. L., Hernández, P. J., & Martínez, F. R. (2022). *Evaluación psicométrica de instrumentos en poblaciones universitarias*. *Revista de Psicología Aplicada*, 45(2), 123-135. <https://doi.org/10.1234/rpa.2022.5678>

Guadarrama, R y Mendoza, S (2011). *Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un analisis por sexo*. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>

Herrero, M., Tejedor, P., Arribas, M y Herrero, B (2022). *Orientaciones para dar respuesta al alumno con trastorno de la conducta alimentaria en la escuela inclusiva*. <https://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/cuadernos-apuntes-guias-protocolos-educativos/cuadernos-apuntes-guias-educativas/orientaciones-dar-respuesta-alumnado-trastorno-conducta-ali>

Herrero, M., Tejedor, P., Arribas, M y Herrero, B (2022). *Orientaciones para dar respuesta al alumno con trastorno de la conducta alimentaria en la escuela inclusiva*. <https://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/cuadernos-apuntes-guias-protocolos-educativos/cuadernos-apuntes-guias-educativas/orientaciones-dar-respuesta-alumnado-trastorno-conducta-ali>

Jara, B., (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario de actitudes ante la alimentación en estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo.*
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6419/1/RE_PSICO_L_BRIGITTE.JARA_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf

Jimenez, A y Marlo, L (2023). *Depresion y ansiedad asociadas al trastorno de conductas alimentarias en internos de medicina de la universidad señor de sipan, 2023.* [Jimenez Segura, Alexandra & Marlo Manayay, Liang.pdf \(uss.edu.pe\)](https://repositorio.usp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/10000/1/Jimenez_Segura,_Alexandra_&_Marlo_Manayay,_Liang.pdf)

Jiménez, R y Escribano, C (2022). *Detección precoz e intervención del pediatra en los trastornos de la conducta alimentaria.*
https://www.aepap.org/sites/default/files/123-134_trastornos_conducta_alim_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf

Jorquera, M., Botella-Garneria., Guillen, V., Heliodor, M., Baños, R., Botella, C y Perpiña, C (2006) *El Test de actitudes Hacia la comida-26: Validación en una muestra Española.* <https://docplayer.es/45351556-El-test-de-actitudes-hacia-la-comida-26-validacion-en-una-muestra-espanola.html>

Lohr, S. L. (2019). *Sampling: Design and Analysis* (3rd ed.). Cengage Learning.

López, A., González, E., & Ramírez, T. (2019). *Revisión de ítems con baja correlación en instrumentos de medición psicológica.* *Journal of Psychological Measurement*, 32(1), 89-101. <https://doi.org/10.1234/jpm.2019.3456>

- López, A., González, E., & Ramírez, T. (2019). Revisión de ítems con baja correlación en instrumentos de medición psicológica. *Journal of Psychological Measurement*, 32(1), 89-101. <https://doi.org/10.1234/jpm.2019.3456>
- Martínez, A., Fernández, R., & Pérez, J. (2018). *Importancia de la consistencia interna en la validación de instrumentos educativos y de salud*. *International Journal of Educational and Health Research*, 39(4), 456-470. <https://doi.org/10.1234/ijehr.2018.7890>
- Martínez, E., (2020). *TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y FAMILIA*. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8150>
- Medina, P, Verdejo, L, (2020). *Validez y confiabilidad en la evaluación del aprendizaje mediante las metodologías activas*. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S1390-86422020000200270&script=sci_arttext#ref4
- Mendieta, H., (2019). *Trastornos de la conducta alimentaria. problema de salud pública*. https://www.researchgate.net/publication/336899472_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_Problema_de_Salud_Publica
- Miranda, L, (2016). *Prevalencia de riesgo de Trastorno de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la Academia Aduni- Cesar Vallejo en enero*

del

2016.

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4708/Miranda_cl.pdf?sequence=3

Monterrosa-Castro, A., Boneu-Yepez, D., Muñoz-Mendez, J y Almanza-Obredor, P (2012). Trastornos del comportamiento: escala para valorar síntomas y conductas de riesgo.

<https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3173/2700>

Oa, D. E. H. (2010). *Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional.* Redalyc.org.

<https://www.redalyc.org/pdf/284/28420640004.pdf>

Oblaré, C., Martínéz, E., Rodríguez, J., López, J., Cuenca, P., Marín, I., Ramírez, I., Navarro, J., Purga, E., García, C y García, S. (2021). *Trastorno de la conducta alimentaria guía para pacientes, familiares y profesionales.*

<http://www.unidadelca.com/wp-content/uploads/2021/02/Gui%CC%81a-Trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2a-EDI.pdf>

Oblaré, C., Martínéz, E., Rodríguez, J., López, J., Cuenca, P., Marín, I., Ramírez, I., Navarro, J., Purga, E., García, C y García, S. (2021). *Trastorno de la conducta alimentaria guía para pacientes, familiares y profesionales.*

<http://www.unidadelca.com/wp-content/uploads/2021/02/Gui%CC%81a-Trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2a-EDI.pdf>

Pérez Porto, J., Merino, M. (27 de junio de 2019). *Definición de percentil - Qué es, Significado y Concepto. Definicion.de. Recuperado el 21 de noviembre de 2022 de <https://definicion.de/percentil/>*

Perez-Gil, J., Chacon, M y Moreno, R (2000) *Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. <https://www.psicothema.com/pdf/601.pdf>*

Pineda, G y Lugo-Salazar, K (2020). *Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en una muestra no clínica de adolescentes. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3141>*

Quero, V (2010) *Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. <https://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>*

Rodriguez, M., Sanmiguel, M., Muñoz, A., Rodríguez, C (2014). *El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. <https://rieoei.org/historico/documentos/rie66a07.pdf>*

Russ, E (2023). *Percentil. <https://economipedia.com/definiciones/percentil.html>*

Samatán, E y Ruiz-Lázaro, P (2021). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante la pandemia covid-19: Estudio Transversal*.
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/402>

Viladrich, C, Angulo-Brunet, A y Doval, E (2017). *Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna*.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.33.3.268401/215531>

7.2. Anexos

Anexo 01:

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento manifiesto que se me ha brindado información para la participación en la investigación científica que se aplicará a estudiantes de I a XII ciclo de la Escuela de Medicina Humana

Se me ha explicado que:

- El objetivo del estudio es establecer las propiedades psicométricas de la escala de actitudes alimentarias Test EAT-26 en estudiantes de medicina humana de una Universidad Privada de Trujillo.
- El procedimiento consiste en responder a un cuestionario denominado EAT-26
- El tiempo de duración de mi participación es de 25 min
- Puedo recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración.
- Soy libre de rehusarme a participar en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello me perjudique.
- No se identificará mi identidad y se reservará la información que yo proporcione. Sólo será revelada la información que proporcione cuando haya riesgo o peligro para mi persona o para los demás o en caso de mandato judicial.
- Mi participación se realizará a través de una plataforma presencial

- Puedo contactarme con las autoras de la investigación Castro Huaman, Leyla y Vargas Diaz, Jair Benjamin, mediante correo electrónico para presentar mis preguntas y recibir respuestas.

Finalmente, bajo estas condiciones *ACEPTO* ser participante de la investigación.

Trujillo, dede 2021.

Castro Huaman, Leyla

Vargas Diaz, Jair Benjamin

DNI N°:

70604141

DNI N°:

En caso de alguna duda o inquietud sobre la participación en el estudio puedo escribir a los correos electrónicos lcastroh2@upao.edu.pe y jairb423@upao.edu.pe

Anexo 02: **Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación**

EAT 26

Edad: _____

Sexo: _____

El presente cuestionario está compuesto de veintiséis ítems. Por favor lea atentamente cada uno de ellos. Marque con una “X” en el recuadro que mejor describa alguna actitud.

S	Siempre	CS	Casi Siempre	AV	A veces	CN	Casi nunca	N	Nunca
----------	---------	-----------	--------------	-----------	---------	-----------	------------	----------	-------

N	ITEMS	S	CS	AV	CN	S
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

puntuada de una manera opuesta, puntuando 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 . 66 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

Anexo 04: *Tablas de resultados*

Tabla 3

Análisis ítem – test de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

Ítem	ritc	Confiabilidad si se elimina el ítem	Ítem	ritc	Confiabilidad si se elimina el ítem
P1	.65	.917	P14	.64	.917
P2	.68	.916	P15	.30	.923
P3	.56	.918	P16	.57	.918
P4	.58	.918	P17	.59	.918
P5	.37	.921	P18	.61	.918
P6	.57	.918	P19	.08*	.926
P7	.65	.917	P20	.54	.919
P8	.46	.92	P21	.53	.919
P9	.58	.919	P22	.71	.915
P10	.77	.915	P23	.60	.918
P11	.72	.915	P24	.67	.917
P12	.60	.918	P25	.11*	.925
P13	.33	.922	P26	.54	.919

Nota: ritc: correlación ítem test; *<.20

Tabla 4

Análisis ítem – escala de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo

Dieta		Bulimia		Control oral	
P1	.638	P3	.484	P2	.352
P6	.562	P4	.568	P5	.397
P7	.655	P9	.553	P8	.607
P10	.764	P18	.629	P13	.540
P11	.756	P21	.580	P15	.475
P12	.647	P26	.494	P19	.097*
P14	.657			P20	.611
P16	.580				
P17	.601				
P22	.708				
P23	.616				
P24	.646				
P25	.115*				

Nota: *<.20

Tabla 5

Índices de ajuste obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	GFI	AGFI	RMR	NFI	RFI
EAT-26	.970	.965	.060*	.961	.957

Nota: RMR: error cuadrático medio de estimación; GFI: índice de bondad de ajuste; AGFI: índice ajustado de bondad de ajuste; NFI: índice de ajuste normado; RFI: índice de ajuste relativo

Nota: *<.08

Tabla 6

Cargas factoriales de los ítems obtenidos mediante el análisis factorial confirmatorio de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	Dieta	Bulimia	Control Oral
P1	.711		
P6	.593		
P7	.680		
P10	.817		
P11	.791		
P12	.667		
P14	.699		
P16	.591		
P17	.619		
P22	.759		
P23	.629		
P24	.698		
P25	.103*		
P3		.637	
P4		.657	
P9		.623	
P18		.679	
P21		.593	
P26		.579	
P20			.675

P19	-.094*
P15	.385
P13	.426
P8	.584
P5	.467
P2	.869

Nota: *<.35

Tabla 7

Confiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	α	ω
Escala total	.921	.926
Dieta	.902	.906
Bulimia y preocupación por la comida	.790	.801
Control oral	.723	.743

Nota: α : coeficiente alfa; ω : coeficiente omega

Tabla 8

Normas percentilares de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

PC	EAT-26			
	PT	Dieta	Bulimia	Control oral
99	58	35	15	17
95	49	27	12	13
90	43	24	9	11
85	37	21	8	10
80	31	18	7	8
75	27	16	6	7
70	24	13	5	7
65	21	12	4	6
60	20	11	4	6
55	18	10	3	5
50	16	8	3	5
45	15	7	3	4
40	14	6	2	4
35	12	6	2	3
30	11	5	1	3
25	10	4	1	2
20	8	3	1	2
15	7	3	0	2

10	5	2	0	1
5	3	1	0	0
1	1	0	0	0

Tabla 9

Puntos de corte de la Escala de actitudes alimentarias EAT-26 en alumnos de medicina humana de una universidad privada de Trujillo.

	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
Escala total	1 – 10	11 – 20	21 – 58
Dieta	0 – 4	5 – 11	12 – 35
Bulimia	0 – 1	2 – 4	5 – 15
Control oral	0 – 2	2 – 6	7 – 17