FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

STEFANNY SILVIA HUAMÁN OBREGÓN
ORCID: 0000-0001-5552-9962

ASESOR

MAG. PAUL ALAN ARKIN ALVARADO GARCIA
ORCID: 0000-0003-1641-207X

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

PSICOMETRÍA

LIMA, PERÚ, OCTUBRE DE 2022

CC BY-NC-ND
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales, sólo permite que otros puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente.

Referencia bibliográfica

Huamán Obregón, S. S. (2022). *Propiedades psicométricas de la escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Stefanny Silvia Huamán Obregón
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73474131
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5552-9962
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Paul Alan Arkin Alvarado Garcia
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	18207322
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-1641-207X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Erika Karina Vidal Gutiérrez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08167222
Secretario del jurado	
Nombres y apellidos	Diego Ismael Valencia Pecho
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	46196305
Vocal del jurado	
Nombres y apellidos	Silvana Graciela Varela Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	47283514
Datos de la investigación	
Título de la investigación	Propiedades psicométricas de la escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana
Línea de investigación Institucional	Persona, Sociedad, Empresa y Estado
Línea de investigación del Programa	Psicometría
URL de disciplinas OCDE	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, el Jurado de Sustentación de Tesis conformado por los psicólogos colegiados: Mag. Erika Karina Vidal Gutiérrez como presidenta, Mag. Diego Ismael Valencia Pecho como secretario y la Mag. Silvana Graciela Varela Guevara como vocal, reunidos en acto público para dictaminar la tesis titulada:

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

Presentado por la Bachiller:

HUAMÁN OBREGÓN, STEFANNY SILVIA

Para obtener el **Título Profesional de Licenciada en Psicología**; luego de escuchar la sustentación de la misma y resueltas las preguntas del jurado, acuerdan:

APROBADA POR UNAMIDIDAD

En fe de lo cual firman los miembros del jurado, a dieciocho días del mes de octubre de 2022.

Mag. Erika Karina Vidal Gutiérrez
C. Ps. P. 7987
Presidenta

Mag. Diego Ismael Valencia Pecho
C. Ps. P. 24039
Secretario

Mag. Silvana Graciela Varela Guevara
C. Ps. P. 24029
Vocal

Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo el Mag. Paul Alan Arkin Alvarado García docente de la Facultad de Ciencias Humanas y Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesora de la tesis titulada "PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA" de la estudiante Stefanny Silvia Huamán Obregón, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 10% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin que se adjunta.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Autónoma del Perú.

Lima, 23 de enero del 2023

Mag. Paul Alan Arkin Alvarado García
DNI 18207322

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a mi familia, mis tres pilares fundamentales en la vida: Andrés Huamán, Elizabeth Huamán y Silvia Obregón.

Asimismo, también se la dedico a Maricielo Sopla, una persona muy especial para mí.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermana, por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera.

A la plana docente, Mg. Robert Briceño, Mag. Guissella y Dr. Anicama, excelentes docentes que contribuyeron enormemente en mis conocimientos, además por el tiempo proporcionado.

Asimismo, agradezco a mis asesores de tesis, el Mag. Paul Arkin y el Mag. Walter Capa. Del mismo modo, a mis jueces para realizar la validez de contenido: Lic. Corina Wong, Lic. Diana Meza, Lic. Keyla Caso, Mag. Lesly Vargas, Lic. Nataly Guimaray, Dra. Paola Bravo, Mag. Paolo Pérez y Lic. Shilery Temple, los cuales hicieron posible la realización de esta investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA 2
AGRADECIMIENTOS 3
RESUMEN 7
ABSTRACT 8
RESUMO 9
INTRODUCCIÓN 10
CAPÍTULO I: **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**
1.1. Realidad problemática 14
1.2. Formulación del problema 18
1.3. Justificación e importancia de la investigación 18
1.4. Objetivos de la investigación: general y específicos 19
1.5. Limitaciones de la investigación 20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de estudios 22
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigación 26
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada 40
CAPÍTULO III: **MARCO METODOLÓGICO**
3.1. Tipo y diseño de investigación 44
3.2. Población y muestra 44
3.3. Hipótesis 45
3.4. Variables – Operacionalización 45
3.5. Métodos y técnicas de investigación 48
3.6. Procesamiento de los datos 49
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS
4.1. Análisis de fiabilidad de las variables 52
CAPÍTULO V: **DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**
5.1. Discusiones 63
5.2. Conclusiones 66
5.3. Recomendaciones 68
REFERENCIAS
ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Definición operacional de los trastornos alimenticios
Tabla 2 Coeficientes V de Aiken pare el análisis de relevancia y claridad del factor restricción alimentaria
Tabla 3 Coeficientes V de Aiken para el análisis de relevancia y claridad del factor bulimia y preocupación por el peso
Tabla 4 Coeficientes V de Aiken para el análisis de relevancia y claridad del factor control oral
Tabla 5 Correlación ítem-test de los trastornos alimenticios
Tabla 6 Prueba de KMO y Bartlett de la EAT-26
Tabla 7 Variabilidad del análisis factorial de la EAT-26
Tabla 8 Comunalidades de los ítems de la EAT-26
Tabla 9 Estructura factorial de la EAT-26
Tabla 10 Estadísticos de fiabilidad de los trastornos alimenticios y sus factores
Tabla 11 Índice de dos mitades de los trastornos alimenticios
Tabla 12 Normas percentilares de la EAT-26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Gráfico de sedimentación de la escala EAT-26

Figura 2 Modelo factorial de la escala EAT-26

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA

STEFANNY SILVIA HUAMÁN OBREGÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El objetivo general fue determinar las propiedades psicométricas de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. Fue de tipo instrumental y de diseño no experimental. La muestra se conformó por 610 universitarios de Lima Sur, Norte, Centro, Este y Oeste, cursando los periodos académicos 2020-2 y 2021-1, de 19 a 31 años. Los resultados evidenciaron que la escala EAT-26 cuenta con validez basada en el contenido mediante el método de criterio de jueces expertos, con puntajes mayores a .80 en la V de Aiken. También, posee validez mediante la correlación ítem-test, donde los ítems se correlacionan cumpliendo el índice de discriminación IHC>.20. Presenta validez basada en la estructura interna, dado que el KMO fue .900 y la prueba de esfericidad de Barttlet ($p<0.001$). Además, mediante el coeficiente alfa de Cronbach se obtuvo un .889 y con el coeficiente de Spearman-Brown .887 confirmando la fiabilidad alta del instrumento. Finalmente, se crearon las normas percentilares desde el nivel de riesgo bajo, riesgo moderado hasta el riesgo alto. Se concluye que la escala EAT-26 cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.

Palabras clave: trastornos alimenticios, propiedades psicométricas.

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE SCALE OF ATTITUDES AD SYMPTOMS OF EATING DISORDERS IN UNIVERSITU STUDENTS OF METROPOLITAN LIMA

STEFANNY SILVIA HUAMÁN OBREGÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The general objective was to determine the psychometric properties of the Scale of attitudes and symptoms of eating disorders in university students from Metropolitan Lima. It was instrumental and non-experimental design. The sample was made up of 610 university students from South, North, Central, East and West Lima, studying the academic periods 2020-2 and 2021-1, from 19 to 31 years old. The results showed that the EAT-26 scale has content-based validity through the expert judges' criterion method, with scores greater than .80 in Aiken's V. It also has validity through the item-test connection, where the items are correlated fulfilling the discrimination index IHC>.20. It presents validity based on the internal structure, given that the KMO was .900 and the Barttlet sphericity test ($p<0.001$). In addition, using Cronbach's alpha coefficient, .889 was obtained and .887 with the Spearman-Brown coefficient, confirming the high reliability of the instrument. Finally, percentile norms are created from the level of low risk, moderate risk to high risk. It is concluded that the EAT-26 scale has adequate psychometric properties.

Keywords: eating disorders, psychometric properties.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ATITUDES E SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMETARES EN UNIVERSITÁRIOS DA REGIAO METROPOLITANA DE LIMA

STEFANNY SILVIA HUAMÁN OBREGÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objetivo geral foi determinar as propriedades psicométricas da Escala de atitudes e sintomas de transtornos alimentares em estudantes universitários da região metropolitana de Lima. Foi um projeto instrumental e não experimental. A amostra foi composta por 610 estudantes universitários do Sul, Norte, Centro, Leste e Oeste de Lima, estudando os períodos acadêmicos 2020-2 e 2021-1, de 19 a 31 anos. Os resultados mostraram que a escala EAT-26 tem validade de conteúdo por meio do método de critério dos juízes especialistas, com pontuação maior que 0,80 no V de Aiken. Também tem validade por meio da conexão item-teste, onde os itens são correlacionados cumprindo o índice de discriminação IHC>.20. Apresenta validade baseada na estrutura interna, visto que o KMO foi de 0,900 e o teste de esfericidade de Barttlet (p<0,001). Além disso, utilizando o coeficiente alfa de Cronbach, obteve-se 0,889 e 0,887 com o coeficiente de Spearman-Brown, confirmando a alta confiabilidade do instrumento. Por fim, as normas de percentil são criadas a partir do nível de baixo risco, risco moderado a alto risco. Conclui-se que a escala EAT-26 possui propriedades psicométricas adequadas.

Palavras-chave: distúrbios alimentares, propriedades psicométricas.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios (TA) son temas poco investigados por lo que en la práctica clínica se evidencian algunos casos de anorexia o bulimia a comparación de depresión o ansiedad, que tienden a ser más comunes. Sin embargo, estos desórdenes alimenticios cada día van en aumento. Así pues, el Ministerio de Salud (MINSA, 2017) informó que estos fenómenos manifiestan prevalencia alta en las zonas urbanas del Perú, con un porcentaje de 6% en Lima y Callao.

Asimismo, los estudiantes universitarios indicaron riesgo de contraer algún TA, esto es debido a los factores estresores como problemas de imagen corporal, horarios inflexibles, exigencia académica, problemas de pareja o familia, etc. Por ello, Velásquez et al. (2018) investigaron a 86 universitarios de primer y segundo ciclo. Los resultados hallaron que el 21% de los alumnos poseen prevalencia hacia algún trastorno alimenticio, siendo en mayor frecuencia las mujeres.

Por lo mencionado anteriormente, se determinaron las propiedades psicométricas de la Escala de Actitudes y Síntomas de los trastornos alimenticios (EAT-26), cuya muestra de estudio fueron 610 universitarios de Lima Metropolitana, para su respectiva adaptación a nuestro contexto. Se justificó, entonces, este estudio por la escasez de adaptaciones de esta escala en Lima, siendo la única de Jara (2020) en Trujillo y la necesidad de brindar a los psicólogos instrumentos válidos y confiables en Lima Metropolitana.

Asimismo, el informe se detalló mediante la siguiente estructura:

En el capítulo I, se presentó el problema de investigación, la realidad problemática, formulación del problema, justificación e importancia de la investigación, también los objetivos tanto el general como los específicos y, por último, las limitaciones.

En el capítulo II, se mencionó el marco teórico, incluidos los antecedentes tanto internacionales como nacionales y el desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado, encontrándose aquí la definición conceptual del constructo estudiado y la definición de la terminología empleada.

En el capítulo III, marco metodológico, estuvo compuesto por el tipo y diseño de investigación, población, muestra, hipótesis (general y específicas), la variable con su respectiva operacionalización dividido en definición conceptual y operacional. Además, los métodos y técnicas de la muestra y, por último, el procesamiento de los datos.

En el capítulo IV, el análisis e interpretación de datos, donde se halló el análisis de fiabilidad de las variables.

Finalmente, en el capítulo V, se presentaron las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

A nivel mundial, según el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud y reportado por Ritchie y Roser (2018) estiman que hasta el año 2017, son 16 millones quienes presentan anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN), recalcando que, la BN tiende a ser más prevalente, con un 79%. Además, a nivel mundial, el país con más población con trastornos alimenticios es Australia (0.94%), seguido de España (0.73%), Austria (0.68%), Nueva Zelanda (0.67%), Italia (0.63%) y Países Bajos (0.57%).

Con respecto al continente asiático, los países con mayor población de anorexia y bulimia nerviosa son Singapur (0.55%), Brunei (0.54%), Israel (0.46%), Japón (0.45%), y Corea del Sur (0.42%). En cuanto al continente europeo; España (0.73%), Austria (0.68%), Italia (0.63%), Bélgica (0.6%) son los países con más casos de trastornos alimenticios. En África, los porcentajes son más bajos, encontrando en Botsuana (0.23%), Gabón (0.23%), Namibia (0.2%), Túnez (0.2%), y Lesoto (0.14%). Además, en el continente de Oceanía; Australia (0.94%) y Nueva Zelanda (0.67%) son los países con más prevalencia de AN y BN. Finalmente; en Norteamérica, se encuentra Groenlandia (0.54%), Estados Unidos (0.51%), Canadá (0.48%), y en Sudamérica; Chile (0.42%), Argentina (0.4%), y Perú (0.4%) (Ritchie y Roser, 2018).

España es uno de los países con mayor población de personas con trastornos alimenticios, exactamente el 6% lo que equivale a un total de 400.000 personas afectadas, de las cuales, las mujeres adolescentes son las que presentan mayor prevalencia. Cabe recalcar que, estas psicopatologías se están iniciando alrededor de los 13 años y son la tercera causa de enfermedad crónica (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, 2019).

Asimismo, en cuanto al contexto latinoamericano, en Colombia-Bogotá, Sandoval (2019) de 90 estudiantes, halló mayor riesgo de contraer anorexia, bulimia o trastorno por atracón en las mujeres, siendo el 82% para ellas, y para los varones, un 5.5%, los cuales son educandos, de 1º a 10º semestre, de Nutrición y Dietética. Como datos adicionales; el 17,7% de los estudiantes, refiere haber padecido trastornos alimenticios (10%, 5.5% y 2.2% en AN, BN y trastorno por atracón, respectivamente) antes del inicio de las carreras.

Respecto a Argentina, Gili et al. (2015) investigaron a 414 estudiantes de Nutrición, de 5 universidades diferentes, quienes cursaban primer a quinto año. Se obtuvo que, el 13.3% o 55 alumnos, manifiestan prevalencia de riesgo; además, el rango más alto de edad es de 18 a 23 años y respecto al año de carrera, el primero fue el que arrojó más porcentaje.

En Ecuador-Quito, Calvopina (2014) investigó los factores de riesgo de los TA, en 554 adolescentes. Los datos reflejan que, el 6.7% de mujeres presenta alto riesgo cuya edad promedio de mayor incidencia es 15 años y, en cuanto a los varones, los que representan riesgo son el 0.4% con edades de 12 y 13 años. En total, el 19.9% de mujeres y hombres adolescentes, presentan riesgo.

En cuanto al contexto nacional, el MINSA (2014) refiere que, 1062 personas padecen un tipo de trastorno alimenticio, resaltando que las regiones de Lima, Junín, La Libertad y Arequipa presentan 334, 81, 58 y 54 casos respectivamente los cuales manifiestan el mayor número de casos entre las 25 regiones del país. Informa que, en el 2013, los diagnósticos llegaron a los 2258 de trastornos alimenticios, perteneciendo 743 a casos de AN y 395 de BN. Señala que, estas enfermedades están apareciendo entre los 12 y 17 años aproximadamente; empero, existen casos de menores de 9 años que lo padecen, y también personas mayores de 60 años las

cuales han iniciado tratamiento, esto quiere decir que es probable, en un 80%, la reaparición de estos trastornos.

El MINSA (2017) refiere que, los TA, son prevalentes en las urbes del país, 6% en Lima y Callao, siendo más común en las féminas con un 7.1% que en los varones con un 4.9%. Además, las conductas bulímicas tienen un porcentaje de 1.6% en las mujeres y 0.3% en varones.

En el sur peruano, según las estadísticas del Hospital Honorio Delgado de Arequipa (2013) la prevalencia de los trastornos alimenticios, se da principalmente en mujeres; pero la edad de inicio cada vez disminuye, puesto que existen casos de pacientes de hasta 9 años. La incidencia ha aumentado, detallando que, por cada 6 mujeres, 1 varón padece anorexia nerviosa.

En cuanto a investigaciones en universitarios; Velásquez et al. (2018) estudiaron a 86 alumnos, del 1º y 2º ciclo, de Arquitectura, de la Universidad César Vallejo de Lima. Obtuvieron como resultados que, el 21% de los alumnos presentan prevalencia hacia estos trastornos, recalcando que, las alumnas arrojaron mayor frecuencia con un porcentaje de 30.8% a diferencia de los varones, quienes obtuvieron un 12.8%.

En Puno, Vilca (2018) investigó la prevalencia de los trastornos alimenticios en 150 educandos de 14 a 25 años, de una universidad de Puno. En cuanto a los resultados, obtuvo que la población con más riesgo de padecer algún trastorno, son las mujeres con un 63.3%. Además, los jóvenes de 17-19 años arrojaron un 52.7%, de 14-16 años con 33.3% y 20-25 años con 14.4% son las que presentan desórdenes alimenticios.

Finalmente, Ponce et al. (2017) al analizar a universitarios de medicina de Lima, hallaron que el 11.3% de mujeres y 8.6% de varones, siendo el promedio 10.1%, presentaron probabilidades de tener algún diagnóstico de anorexia y bulimia,

encontrando mayor significancia en el sexo femenino. En cuanto a los factores asociados a estos desórdenes, los más destacados, fueron el rechazo social su físico, influencia familiar por la imagen corporal, medios televisivos y/o por productos para adelgazar.

Como vemos, cada año y en diferentes países del mundo como en Perú, los distintos trastornos alimenticios, van aumentando y, sobre todo, perjudicando a las personas de diversas edades, especialmente a las mujeres jóvenes, entre ellos los universitarios que, por las actividades diarias que realizan adicionando los factores individuales, familiares, laborales y sociales, están presentando desórdenes en su alimentación. Por toda esta problemática que no es nueva ni actual y que, por el contrario, es conocida popular y científicamente, existen instrumentos para detectar un posible diagnóstico de TA como el Test de bulimia, Inventario de trastornos alimentarios (EDI), Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC), Cuestionario de tres factores de alimentación (TFEQ), Encuesta SCOFF, entre otras. Sin embargo, la mayoría de los instrumentos mencionados se encuentran desactualizados y escasos siendo una de las causas el poco interés por estudiar los desórdenes alimenticios y, por ende, pocas o nulas investigaciones que puedan ser útiles y confiables para los profesionales de la salud mental. Vale añadir que, a nivel nacional solo existe una adaptación de esta escala en Trujillo y Lima Metropolitana no presenta adaptaciones de este instrumento, por este motivo, el fin del análisis es adaptar una de las escalas más conocidas a nivel mundial, para detectar posibles diagnósticos de algún tipo de trastorno alimenticio, que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para llevar a cabo cribados óptimos.

Por todo lo mencionado y expuesto, el problema a resolver es el siguiente:

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

Se **justifica teóricamente**, dado que al ser un estudio de tipo instrumental verificará la teoría (validez de estructura interna) de los autores creadores de la escala utilizada para el proyecto, arrojando entonces si la concepción teórica es correcta. Añadiendo también, que es importante para complementar y ser de aporte en los antecedentes actualizados de las futuras investigaciones psicométricas que, a nivel nacional, son escasas.

Además, presenta **justificación práctica,** ya que la adaptación realizada contribuirá siendo útil para los profesionales de salud mental, quienes podrán evaluar riesgo de algún trastorno alimenticio. Cabe recalcar que, la última escala adaptada a nuestro contexto, fue realizada por Mejía (2017) pero en estudiantes de secundaria, cuyo instrumento es el EDI2; por ende, esta investigación y escala será la primera en el contexto limeño realizado con universitarios.

Asimismo, posee **justificación metodológica**, puesto que, será un instrumento psicométrico que aporte a la investigación científica, válido y confiable para la medición de los trastornos alimenticios. Es relevante y necesario que en nuestro país haya instrumentos que detecten posibles riesgos de contraer algún tipo de trastorno alimenticio.

Finalmente, presenta **relevancia clínica** porque los profesionales encargados, podrán acceder a este instrumento y evaluar a los consultantes, como descarte o verificación de riesgo de algún trastorno alimenticio. Además, es relevante porque conforme pase el tiempo, se pueden realizar más investigaciones instrumentales y

adaptar esta escala al contexto nacional, siendo así, el instrumento útil para todos los peruanos.

1.4. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.4.1. General

Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.

1.4.2. Específicos

1) Identificar la validez basada en el contenido de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.
2) Analizar la validez mediante la correlación ítem-test de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.
3) Identificar la validez basada en la estructura interna del constructo de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.
4) Estimar la fiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.
5) Estimar la fiabilidad por método de dos mitades de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.
6) Elaborar las normas percentilares de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.

1.5. Limitaciones de la investigación

El estudio fue viable, referente a los recursos humanos, puesto que se cuenta con el apoyo, a gran escala, del asesor especialista. Además, porque el proyecto se realizó de manera virtual, obteniendo facilidad y rapidez respecto a la muestra y recolección de datos. Por otro lado, referente a los recursos económicos, fue innecesario recurrir a los gastos cotidianos en una investigación como fotocopias, impresiones y pasajes.

En cuanto a las limitaciones, se considera relevante señalar a variables extrañas, propias del diseño no experimental, las cuales no se pudieron controlar debido a que el procedimiento de evaluación fue de manera virtual, por Formularios de Google. Sin embargo, estas dificultades se trataron de minimizar realizando controles estadísticos sobre las propiedades psicométricas de la escala.

Por otro lado, se ejecutó con poco o escaso tiempo para los procedimientos demandantes que intervienen en los estudios de tipo psicométricos.

Finalmente, respecto a la obtención de la literatura, el presente estudio se limitó en cuanto a los antecedentes y estadísticas nacionales encontrando solo una adaptación sobre la variable estudiada y datos estadísticos desactualizados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

En este acápite, se describen los estudios previos a esta investigación, cabe recalcar que, como se señaló anteriormente, los análisis sobre TA, son escasos a nivel internacional y nacional, por consiguiente, a través de una búsqueda exhaustiva en las bases de datos como ProQuest, Dialnet, IopSciente, ScienceDirect, Redalyc, Scielo y Alicia se confirma que solo existe una adaptación en nuestro país sobre la escala a estudiar (EAT-26) en Trujillo y cuatro adaptaciones de nivel internacional.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Fischer y Prieto (2016) analizaron las propiedades psicométricas y adaptación de la EAT-26, en Paraguay, en 210 adolescentes, estudiantes de bachillerato. Aplicaron el EAT-26 de Garner et al. (1982). Como resultados, encontraron que los 6 tipos de respuesta del test no funcionan correctamente por lo que se redujo a 3 categorías métricamente apropiadas. Mediante el Análisis de Componentes Principales, el porcentaje de la varianza realizada por la medida de Rasch fue del 38.4%, por ello se eliminaron 7 ítems que obtuvieron baja correlación ítem-test y uno adicional que presentaba funcionamiento diferencial asociado al sexo, quedando solo 18 ítems; asimismo se realizó un nuevo ACP de los residuos, obteniendo esta vez 39%. Por otro lado, la fiabilidad del EAT-18 fue adecuada (PSR= .76). Como conclusión, los reactivos se componen en torno a un factor y por ello, asumen que el EAT-18 es una escala adecuada para medir el grado de trastornos alimenticios en la población paraguaya. Además, la versión final del instrumento manifiesta fiabilidad.

Sousa et al. (2016) evaluaron las cualidades psicométricas de la EAT-26 en 357 jóvenes brasileños de 10 a 19 años. Aplicaron el EAT-26 desarrollado por Garner et al. (1982) y el Cuestionario de forma corporal (BSQ) versión validada por Conti et al. (2009). Como resultado, la escala fue sometida al análisis factorial exploratorio,

usando el método del componente principal para extraer factores, la medida de adecuación KMO fue 0.92 y la prueba de esfericidad de Bartlett, 3567 ($p < .01$); el alfa de Cronbach arrojó 0,88 aumentando sutilmente al eliminar los ítems 19 y 25, siendo la confiabilidad de 0,90. En cuanto a la validez discriminante, usando ANOVA, hubo diferencia significativa ($p < .05$) en las puntuaciones entre las categorías de estado nutricional y sobre la validación concurrente, se aplicó el análisis de correlación de Spearman Rank, arrojando correlación significativa de 0.76 entre el EAT-26 y BSQ. Por último, en cuanto a la reproducibilidad, usando la prueba de Wilcoxon, no presentó diferencia significativa en los promedios de las puntuaciones de la escala, en el test y retest, el coeficiente intraclase fue significativa con 0.93 ($p < .01$). Concluyen que, la escala EAT-26 demostró cualidades psicométricas para la muestra investigada.

Constaín et al. (2016) evaluaron la validez y utilidad del EAT-26 en 114 varones; 21 mayores de 14 años que cumplían con los criterios diagnósticos del DSMIV-TR de anorexia, bulimia, desórdenes alimenticios no especificados y 93 controles, estudiantes de secundaria y universitarios sin diagnóstico, de Medellin. Aplicaron el EAT-26 de Garner et al. (1982) validado por Gandarillas et al. (2003). Como resultados, en cuanto a la validación factorial, se obtuvo en el test de esfericidad de Bartlett = 325; $p < .0001$ y KOM=0.785. Respecto a la evaluación de confiabilidad, el alfa de Cronbach fue de .89 en global. Finalmente, basándose en el análisis de ROC, el valor de corte optado fue de 20 puntos; el área bajo la curva indicó que la probabilidad de clasificar adecuadamente a una persona es del 99,9% (z= 142.3; $p < .0001$).

Constaín et al. (2014) evaluaron la validez y utilidad del EAT-26 en 136 mujeres colombianas, 25 casos de 15 a 25 años, con AN y BN, además de 111 controles que

no cumplían con estos criterios, todos estudiantes universitarios de Medellín. Aplicaron el instrumento EAT-26 de Gandarillas et al. (2003). Asimismo, realizaron una prueba piloto del instrumento con 10 mujeres del rango de edad indicado y reajustaron los ítems con el objetivo de que sean más comprensibles. Como resultados, respecto a la validación factorial, el examen de la matriz de correlaciones de los ítems arrojó que los datos fueron adecuados (determinante de la matriz de correlaciones=.000000291, test de esfericidad de Bartlett=2.466,48 con una p< .0001 y KMO=.90). Por otro lado, la fiabilidad fue de 92.1%; sin embargo, al eliminar los ítems 19 y 25, esta aumentó al 93.6%. Además, la fiabilidad por factores fue mayor en bulimia nerviosa con 89.1%, seguidamente del factor dieta con 85.7%, control oral con 81.8% y preocupación por la comida con 75.6%. Finalmente; el valor de corte fue ≥11 puntos, la sensibilidad de 100% y especificidad de 85%, el área bajo la curva indicó que la probabilidad de clasificar de manera correcta a una persona es de 97.3% (z = 20.70, p < .0001).

Salazar y Prado (2014) analizaron la validez discriminante del EAT-40. La muestra, se conformó por 555 mujeres del Costa Rica, de 13 a 23 años. Se conformó por diversos grupos, el primero fue de 19 mujeres diagnosticadas con bulimia y anorexia (3.4%), los demás grupos, por 537 mujeres sin diagnóstico (96.6%) quienes eran estudiantes de colegios (70.3%), universidad (21.6%) y grupos de ballet (4.7%). Aplicaron la escala EAT-40, versión adaptada por Salazar (2008). Como resultados, en cuanto a la estructura de la escala, el análisis de componentes principales obtuvo KMO= .901; Barlett $x^2_{(780)}$ = 6182.058, p < .001. Además, 8 ítems tuvieron saturaciones >.30 y los demás, entre .324 y .733. Respecto al ajuste del modelo, todos los valores presentaron ser superiores a 0.7 pero inferiores a 1.3, así se determinó que el modelo se ajusta a los estándares establecidos. Por otro lado; como resultado

del mapeo de dificultades y la curva característica de la escala total, la discriminación fue muy alta, aunque la curva no fue totalmente vertical, entre las personas diagnosticadas con algún tipo de trastornos alimenticios y las que no. Concluyen entonces, que existen evidencias de validez en el instrumento y la detección de las personas con riesgo de trastornos alimenticios fue considerado como altamente confiable.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Jara (2020) analizó las propiedades psicométricas del EAT-26 de Garner y Garkinkel (1982) en 497 educandos de psicología, de primero a décimo ciclo, de la Universidad Privada de Trujillo, 119 varones y 378 féminas de 17 a 42 años. Como resultado, en cuanto a la confiabilidad, analizada por Omega, presentó un puntaje de .90; en la dimensión dieta .87, control oral .63 y bulimia con .55. Finalmente, respecto a la validez de constructo, aplicó el método de los mínimos cuadros no ponderados, hallando que $\chi 2/gl$, = a 1.68 presenta un valor >4; el RMR= a .053, AGFI= .92, NFI y RFI= .91 y .90 y el PNFI = .93. Concluye entonces, que los resultados indican evidencia de buen ajuste del modelo tridimensional.

Schirmer (2017) determinó las propiedades psicométricas de la Caregivers Eating Messages Scale (CEMS) en 415 universitarios limeños de 16 a 24 años. Aplicó dicha escala, la cual mide los tipos de mensajes inadecuados sobre la alimentación recibida en la etapa de niñez por parte de los familiares. Realizó la traducción de la escala, la cual fue verificada por expertos y piloteada. Además, aplicó el análisis factorial utilizando el método de Factorización de ejes principales y rotación Varimax encontrando un KMO =.79 y en la prueba de esfericidad de Bartlett ($x^2(45) = 1711.48$; p= .000). Los resultados arrojaron que, el cuestionario presenta fiabilidad por consistencia interna (.84 y .82) para cada área. En cuanto a la validez discriminante,

la correlación con la EAT-26 fue significativa ($p < .01$). Concluyen entonces que, la versión de la CEMS, obtuvo adecuadas propiedades psicométricas, es por ello que, puede ser usada en próximas investigaciones con población de universitarios.

Mejia (2017) adaptó el Inventario de TA (EDI-2) en 822 estudiantes de secundaria, de San Juan de Lurigancho. Referente a los resultados, la validación de contenido por criterio de jueces arrojó un 95.8%, el KMO fue .877 demostrando adecuada relación entre las medidas obtenidas; además, arrojó .000 en la prueba de esfericidad de Barlett lo que quiere decir que existe viabilidad para la aplicación del análisis factorial. También se obtuvo la fiabilidad con alfa de Cronbach (.922) por medio del método de las dos mitades (.865). Finalmente, se elaboraron los baremos, concluyen entonces, que el instrumento es útil para medir los TA en la muestra investigada.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigación

2.2.1. Trastornos Alimenticios (TA)

Actualmente, los TA, según refieren Pertuz et al. (2020) son un grupo de condiciones caracterizadas por distorsiones de la imagen corporal y conducta anormal al ingerir alimentos. Son enfermedades cuyas causas se deben a múltiples factores como genéticos, biológicos, familiares y/o socioculturales que pueden afectar a cualquier persona. Asimismo, estos trastornos son condiciones de índole compleja, severa y frecuentemente mortales, los cuales están caracterizados por desórdenes en la conducta alimenticia desembocándose en consecuencias médicas, psiquiátricas, psicológicas y sociales (Rowe, 2017).

En cuanto a las instituciones de salud mental, la Academy for Eating Disorders (AED, 2016) indica que son enfermedades mentales complejas, comórbidas y mortales de índole médico y psiquiátrico, que puede causar gran riesgo en la salud,

sin importar el peso de estas. Además, la National Institute of Mental Health (2014) menciona que, los diversos TA, son enfermedades causantes de perturbaciones en la ingesta de comida y en el peso normal teniendo consecuencias psicológicas, psíquicas y sociales (Carrero, 2018).

Los TA, son alteraciones persistentes de la alimentación o en la conducta alimenticia donde existe alteración de la ingesta de alimentos, produciendo consecuencias negativas y un severo deterioro en la salud física y psicológica. Entre ellas están la anorexia, bulimia y trastorno por atracón (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, 2014).

Además, son psicopatologías preocupantes en las sociedades occidentales, que afectan mayormente a adolescentes y jóvenes mujeres, los cuales se caracterizan por pensamientos y comportamientos respecto la comida de manera patológica, peso e imagen corporal ligados con rutinas o hábitos alimenticios, obsesión por la comida y control de peso causando consecuencias en la vida de los sujetos, entre estos, el desajuste psicológico y deterioro de la salud integral (Kriszman & Salgueiro, 2015; Serra, 2015; Albornoz, 2014; Madruga et al., 2010).

Asimismo, Vázquez et al. (2015) reafirman lo mencionado anteriormente, refiriendo que los trastornos alimenticios, suelen iniciarse en la etapa de la adolescencia, los cuales se caracterizan por la insatisfacción hacia la imagen corporal, temor a subir de peso y constantes pensamientos respecto a la alimentación. La anorexia nervosa, bulimia nervosa y otros trastornos no específicos son parte de los TA (Ponce et al., 2017). Así también, Mustafa et al. (2015) afirman que manifiestan consecuencias físicas en cuanto al peso e imagen corporal con serias complicaciones físicas y psicológicas. La ingesta de alimentos se encuentra alterada puesto que, al comer, se generan distorsiones (Lazo y Durán, 2019).

Autores clásicos y creadores de diversas investigaciones sobre esta variable como Garner et al. (1984) explican que los trastornos alimenticios son pensamientos que con el paso del tiempo se van distorsionando. Su peso y lo que comen se experimentan en términos extremos; si no llegan a cumplir una de sus reglas o rutinas de ingesta, presentan caos y crisis, sienten descontrol y tienen pensamientos de que han fracasado en su propósito por lo cual se sienten culpables (Galarsi et al., 2010). Por otro lado, Morandé (1998) agrega que, los TCA, son enfermedades psicosomáticas de nivel grave con una etiología multifactorial, entendiéndose únicamente como la interacción de múltiples factores tanto psicológicos y fisiológicos que provocan complejidad funcional y estructural (Veses, 2015). Como dato adicional, Currin et al. (2005) consideran a los trastornos alimentarios como patologías que principalmente afectan a las mujeres en la etapa de adolescencia y adultez temprana, entre los 16 y 25 años aproximadamente (Behar, 2018).

Los diversos autores coinciden en que las etapas de mayor prevalencia de estos trastornos son la adolescencia y juventud en mujeres. Además, son desórdenes de riesgo los cuales se caracterizan por una clara distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, ingesta de comida restrictiva, pensamientos obsesivos en cuanto a la comida y control de peso, entre otros. En consecuencia, de lo mencionado, los trastornos alimenticios son tan crónicos y prolongados que fácilmente pueden causar la muerte de las personas si no llegan a recibir ayuda profesional rápidamente.

Modelo teórico explicativo de los trastornos alimenticios.

En el modelo que Garner (1993) postula, menciona que, patrones sintomáticos denotan las vías comunes finales que resultan del intercambio de tres categorías de factores predisponentes. Este modelo estipula que los factores causales culturales, individuales (psicológicos y biológicos) y familiares interactúan entre sí de diversas

formas lo que conduce al desarrollo de los TCA. Se conoce menos sobre los factores precipitantes, excepto que la dieta es habitualmente un elemento temprano. Los avances más útiles en el tratamiento se han derivado de una mayor apreciación de los efectos perpetuos de la inanición con sus consecuencias psicológicas, emocionales y físicas.

- **Factores culturales.**

Garner (1997) explica que, la industria de la moda, publicidad y entretenimiento han bombardeado a las mujeres con imágenes de modelos a seguir por su atractivo físico. Esto es una causa de la dieta restrictiva y vulnerabilidad ante los trastornos alimentarios. El gran impacto de los factores culturales ha llevado a la conclusión de que los trastornos alimenticios pueden desarrollarse incluso en personas que carecen de trastornos subyacentes de la personalidad o disfunciones familiares.

- **Factores familiares y de desarrollo.**

La función de los miembros de la familia y su contribución al desarrollo de TA han sido prominentes en las descripciones del trastorno (Garner, 1997).

Fuera de sus orientaciones teóricas, los escritores han examinado la posible contribución familiar al desarrollo de la AN y BN (Garner, 1997).

- **Factores perpetuantes.**

La depresión, baja autoestima, angustia psicológica, características de la personalidad e inadaptación social, son síntomas de investigaciones del cual las consecuencias de la dieta pueden perpetuar los trastornos alimentarios (Garner, 1997).

Dimensiones de la variable trastornos alimenticios.

La EAT fue creada por Garner & Garfinkel (1979). Sin embargo, Garner et al. (1982) redujeron esta escala de 40 a 26 ítems.

Los factores que componen esta escala son:

1. **Restricción alimentaria:** También conocida como “dieta”, presenta 13 ítems, los cuales están relacionados con la evitación y privación de alimentos que generen mayor peso (engorden) y preocupación por adelgazar.

2. **Bulimia y preocupación por la alimentación:** Posee 6 reactivos, los cuales consisten en ideas repetitivas sobre la ingesta de alimentos y conductas bulímicas.

3. **Control oral:** Constituido por 7 reactivos. Es el autocontrol de la ingesta de comida y percepción de preocupación social por ganar o subir de peso.

Niveles de manifestación de los trastornos alimenticios.

La puntuación total del test distingue entre personas que pueden tener el riesgo de padecer AN o BN.

La escala se puntúa desde 0 a 78; empero, el punto de corte propuesto por los autores es de 20, esto quiere decir que, las personas que arrojen puntajes iguales o mayores de 20 en el total de la escala, es porque pueden poseer riesgo de contraer algún trastorno alimenticio. Se concluye entonces que, a mayor puntuación, mayor probabilidad de presentar AN o BN.

Etiología.

Los trastornos alimenticios presentan etiología multifactorial, donde están inmersos los factores genéticos, etapa de vida, presión social, personalidad, insatisfacción respecto a su imagen corporal realizando dietas y padeciendo depresión, baja autoestima, estrés, entre otros (Portela De Santana et al., 2012).

Adolescencia.

El MINSA (2017) manifiesta que la adolescencia es un período de cambio donde los jóvenes desarrollan capacidades y habilidades para aprender, usar su criterio propio, reforzar su creatividad y participar en eventos sociales y políticos.

Correlación con otras variables.

En cuanto a las diferencias de personalidad relacionadas a mujeres y varones con trastornos alimenticios, Castejón y Berenguí (2019) realizaron una investigación con 604 sujetos, cuya edad promedio fue de 22, todos estudiantes universitarios y sin padecer algún diagnóstico de trastorno alimenticio. Como resultados, obtuvieron que el porcentaje más alto estaba situado en jóvenes cursando tercer ciclo con un 30.63%, seguido de los que cursaban cuarto con 23.68% y segundo, con 23.01%. Cabe recalcar que, en comparación con las personas que no manifiestan riesgo de anorexia o bulimia, presentan altos niveles de neuroticismo, obsesión por la imagen corporal, exactamente, estar delgadas, bulimia e insatisfacción corporal. Entendiéndose como neuroticismo, según refieren Costa y McCrae (1992) al rasgo de personalidad relacionado y caracterizado por ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia, impulsividad o vulnerabilidad.

Arbúes et al. (2019) investigaron los TA con otras variables, en una población universitaria. Los resultados arrojaron que, las mujeres mostraron una alimentación menos saludable en las mujeres con un 82.3% a comparación de los varones, con un 76.4%. Los participantes obtuvieron 23.5% nivel de ansiedad, 18.6% en depresión, 33.9% de estrés y hasta un 43.1% en insomnio, de igual manera, las mujeres fueron las que tuvieron peores puntuaciones respecto a estas variables a excepción de la sintomatología depresiva.

En una investigación con 104 adolescentes, Barajas et al. (2018) analizaron la influencia por el modelo estético en los TA. Demostraron entonces, que el 77.9% de los pacientes se encuentran influenciados por la estética del cuerpo. En personas que padecen AN, el porcentaje fue de 68.18% y en personas con BN, 94.74%. Un año antes, los mismos autores Barajas et al. (2017) encontraron que, los perfiles más

frecuentes de casos de anorexia nerviosa son los conformistas con 33.33%, egoístas 22.72% y dramatizadores con 18.18%; respecto a los casos de bulimia nerviosa, los perfiles fueron rebeldes con un 18.42%, sumisos con 18.42% y limítrofes con 15.78%.

Ponce et al. (2017) ejecutaron un estudio con universitarios de Perú-Lima, donde identificaron que los factores asociados a padecer un trastorno alimenticio son: el rechazo escolar por los trastornos nutricionales, rechazo social a causa de la imagen corporal, familia, modelos e influencia de publicidad para adelgazar.

Efectos y consecuencias.

Además, estos trastornos producen efectos en las personas que, según la National Eating Disorders Association (2018) existen diversas consecuencias en la salud, deficientes y severas, por cada trastorno.

En cuanto a las consecuencias de salud sobre la anorexia nerviosa, se puede evidenciar disminución de la frecuencia cardiaca de manera anormal y presión arterial, Osteoporosis, pérdida de músculos, debilidad muscular, severa deshidratación causando posible falla renal, constantes sensaciones de síncope, desánimo, debilidad, pérdida de cabello, piel seca, aumento y crecimiento de cabello en cualquier parte del cuerpo, incluyendo el rostro.

Respecto a las consecuencias de salud en cuanto a la BN, se encuentra un desbalance de electrolitos causando latidos cardíacos irregulares y posible fallecimiento; también por efectos de las purgaciones, existe disminución de potasio, sodio y cloro, hinchazón y probable rompimiento de esófago debido a los vómitos constantes; caries por los ácidos estomacales, movimientos intestinales irregulares a causa del abuso de laxantes, pancreatitis y úlceras.

Extrapolando la información presentada, existe clara evidencia científica de que, los efectos y consecuencias, en universitarios, pueden ser de índole física

(osteoporosis, ruptura de esófago, úlceras, pérdida de sodio, cloro y potasio, etc.) y psicológica (comorbilidad con el estrés, ansiedad, depresión, rasgos limítrofes, neuroticismo, sumisión, rebeldía, obsesión, conductas autolesivas, entre otros) que acarrean estos desórdenes, anorexia y bulimia, son severos, crónicos y fácilmente, conducen a la muerte si no se lleva a cabo una oportuna intervención. Acotando también que, los estudios universitarios están predispuestos a padecer cualquier tipo de trastornos alimenticios por el motivo de las actividades y trabajos, horario de sueño y alimentación de muchas veces el ritmo se ve alterado; también sociales, donde los medios publicitarios influyen a gran escala en la percepción inadecuada de una imagen corporal irreal o perfecta, por lo que recurren a dietas, vomitar lo ingerido, control excesivo de peso, uso de diuréticos, entre otros.

2.2.2. Propiedades psicométricas

Psicometría.

En términos concretos, es definida como un grupo de métodos, técnicas y teorías las cuales están involucradas en medir las variables psicológicas. Lo que identifica a la psicometría es su especialización en las propiedades métricas que se exigen a las mediciones psicológicas, por ejemplo, aspectos como la fiabilidad o validez (Muñiz, 2018).

Validez.

Para Abad et al. (2006) validar es un proceso con procedimientos distintos con el objetivo de verificar si el instrumento realmente evalúa lo que refiere. Además, mencionan que, para verificar, si una prueba psicológica es válida, existen métodos de comprobación como:

a. Validez basada en el contenido.

Para decir que un instrumento presenta este tipo de validez, se debe tener definido el contenido teórico del que se basan los ítems de los test. Se da, mayormente, en test de inteligencia, así como también en pruebas de conocimientos. Cabe recalcar que, para realizar esta validez, se debe pasar por el criterio de expertos quienes evaluarán y valorarán la relevancia de los reactivos y lo que se desea medir.

A su vez, Muñiz (2018) refiere que si un test no representa el constructo que desea evaluar, las inferencias serán incorrectas y para ello menciona algunos objetivos para la validación del contenido. La primera es una correcta conceptualización del constructo y una veraz representación. Para alcanzar estos objetivos, se puede realizar el análisis de jueces expertos en el constructo y complementar sus comentarios con el análisis estadístico.

Uno de los métodos para valorar esta validez es mediante el cálculo del coeficiente V de Aiken. Consiste en calcular cuán relevantes y precisos son los ítems del instrumento respecto a un dominio de contenido de N cantidad de expertos, donde la magnitud va desde 0.00 hasta 1.00, siendo 1.00 el máximo puntaje en cuanto a la magnitud e indica que todos los jueces han llegado a calificar el ítem de manera perfecta (Aiken, 1980).

b. Validez basada en el constructo.

Teóricos de la psicología han creado el concepto de constructo, con el fin de explicar el comportamiento humano, entre ellos están la extraversión, autoconcepto, asertividad, etc. Es muy probable que estos factores sean los reactivos de un instrumento y, por ende, deben confirmarse científicamente que son correctos para el constructo.

c. Validez referida al criterio.

Se utiliza, cuando se desea asignar un instrumento para pronosticar criterios de rendimiento, es conveniente que el instrumento se relacione con un criterio externo, el cual debe ser confiable para que se pronostique un resultado efectivo.

Fiabilidad.

Con fiabilidad, se hace referencia a las mediciones psicológicas libres de errores y/o que son consistentes. Además, un test no sería fiable si cada vez que se mide, los resultados son distintos e inestables (Muñiz, 2018).

Asimismo, Abad et al. (2006) manifiestan que es el nivel de precisión y firmeza, que presenta un test siendo un instrumento que mide un rasgo en específico.

Muñiz (2018) refiere que, existen distintas maneras de estimar la fiabilidad de los test, por lo cual, a continuación, se explicarán cada uno de ellos:

a. Método de formas paralelas.

Este método, se basa en calcular el coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes de personas representantes del universo del instrumento, en dos formas paralelas del test obtenidas anteriormente. Estos resultados deben medir el mismo constructo y con la misma precisión; si el caso fuera el contrario, probablemente sean producto de fallas de la medición del test, lo que afectaría a la precisión o fiabilidad del test (Barrios y Cosculluela, 2013).

Como se mencionó líneas atrás, es un indicador de la estabilidad de una medición. En este caso, si se aplica a una muestra determinada, un test psicológico y en el transcurso del tiempo, se aplica nuevamente a la misma muestra una forma paralela, puesto que ambos test evalúan lo mismo; si existe fiabilidad no debería haber diferencias y la correlación debería ser perfecta (Muñiz, 2018).

b. Test-retest.

Cuando se desea determinar la fiabilidad mediante este método, se evalúa el instrumento en dos situaciones a la misma muestra y la correlación obtenida entre las puntuaciones será el coeficiente de fiabilidad, dado que refleja el nivel de estabilidad de las mediciones realizada en la primera ocasión (Muñiz, 2018).

c. Dos mitades.

A comparación del método anterior, Muñiz (2018) refiere que, en esta oportunidad, solo se evalúa el test una vez, obteniéndose para cada individuo de la muestra, puntuaciones que corresponden a cada una de las mitades del test. Lo que se obtiene es la consistencia interna del test. Para evitar dificultades o errores, se sugiere optar por dos mitades iguales de ítems pares e impares.

Reafirman lo postulado Abad et al. (2006) quienes manifiestan que, es seccionar el instrumento en dos segmentos, resultando la puntuación de cada sujeto vemos si el test manifiesta fiabilidad si la correlación de Pearson lo indica así.

d. Interjueces.

El usar jueces para establecer puntos de cortes o en cualquier otra situación, no se sabe a ciencia cierta si las estimaciones resultan completamente fiables. Entonces, para estimar la fiabilidad de los expertos, se analizan dos situaciones, la primera está en función de las clasificaciones donde el coeficiente kappa es un indicador apropiado, el cual indica el acuerdo entre los expertos siendo el valor máximo de kappa el 1 (Muñiz, 2018).

Baremación.

Mediante los baremos se puede interpretar el resultado de un instrumento y así comparar este puntaje con los otros resultados que se obtuvieron en los encuestados. En cuentas resumidas, los baremos asignan a cada puntuación directa,

un número que determina la posición que manifiestan en contraste con otras personas (Abad et al., 2006). Además, señalan que existen múltiples formas de baremar un test, las más destacadas son las siguientes:

a. Baremos cronológicos.

Se usa para rasgos psicológicos que varían con la edad, se pueden utilizar los baremos de las Edades Mentales (EM) y Coeficientes Intelectuales (CI).

Se evalúa a individuos de múltiples edades, hallando el promedio del instrumento por edad. Entonces, se le asigna a cada uno la edad que le corresponde acorde a su puntaje. Sin embargo, este tipo de baremos presenta desventaja puesto que se presta a varios errores y, por ende, se utiliza cada vez menos.

b. Centiles o percentiles.

Es la transformación más usada, por su facilidad y tiene el propósito de proporcionar a cada puntaje directo el porcentaje de individuos que arrojaron puntos menores a ellos (Muñiz, 2018).

c. Puntuaciones típicas.

Para que las puntuaciones directas se modifiquen a típicas, se realiza una transformación línea conocida por restar el promedio y dividir la desviación estándar. Mediante este procedimiento, se sabe que el examinado está por debajo o por encima de la media (Muñiz, 2018).

Análisis de los ítems.

Para Muñiz (2018) es el análisis de las propiedades de los reactivos relacionados con los componentes del instrumento. Se mencionarán los 2 índices más relevantes:

1. Índice de dificultad (ID).

el ID de un ítem es la proporción de individuos que lo aciertan de quienes han intentado resolverlo. El valor del índice de dificultad se relaciona con la media del test, es decir, esta medida es la suma de los ID de los ítems.

2. Índice de discriminación.

Cuando un índice posee poder discriminativo, distingue entre las personas que tienen puntales altos y las que puntúan bajo, en el test. Se define, entonces, a este tipo de índice, como la correlación entre las puntuaciones que obtiene una persona en el test y en el ítem. Existen diversas correlaciones, pero las más usadas son: correlación biseral-puntual, correlación biseral, el coeficiente phi y correlación tetracórica.

Teoría Clásica de los Tests (TCT).

Cuando se obtienen resultados de cualquier test de una o varias personas, estos resultados son superficiales y no los que verdaderamente les corresponde por el hecho de que en ese momento la persona no estuvo en sus mejores condiciones para responder, el ambiente de evaluación, etc. Es por ello que existe un error y los psicólogos necesitan llevar a cabo procesos estadísticos para disminuir estos. El modelo lineal clásico es el más conocido, propuesto con Spearman (1904) el cual consiste en que los puntajes directos de las personas obtenidas de un test (llamada puntuación empírica y representada por la letra X), está conformada por la puntuación verdadera (V) y un error (e) producidas por diversas causas que el psicólogo no puede controlar (Muñiz, 2010).

Entonces, se puede representar de la siguiente manera:

$$X = V + e$$

Por otro lado, a pesar que la TCT es útil y eficaz, Muñiz (2010) refiere que presenta limitaciones, las cuales se expondrán a continuación:

- Las mediciones no son invariantes en cuanto al test usado. Es decir, por ejemplo, si un psicólogo evalúa a varias personas con una escala distinta para cada uno, los puntajes obtenidos no podrán compararse y no se podrá saber qué persona es más inteligente, esto es por el hecho de que los resultados de los test aplicados no están en la misma escala sino cada uno tiene la suya propia.
- La confiabilidad y validez estaban en función de las personas evaluadas para que puedan ser calculadas lo cual no es admitido en una medición rigurosa.

Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI).

Abad et al. (2006) exponen que la TRI es un nuevo enfoque de la psicometría cuyo principal objetivo es superar las limitaciones de la TCT puesto que, se centra más en las propiedades de los ítems particulares que en lo general.

Uno de los objetivos de la TRI, es resolver problemas sobre medición psicológica que no estudia la TCT. Además, permite obtener mediciones que sean invariantes en cuanto a los test utilizados y dispone de instrumentos cuyas propiedades no dependan ni sean variantes respecto de la muestra evaluada (Muñiz, 2018).

Además, Martínez et al. (2014) mencionan que, la TRI presenta características que la representan, como:

- Presencia de aptitudes las cuales predicen y/o explican el comportamiento de un sujeto evaluado ante la respuesta al reactivo.
- La especificación de la dimensionalidad.
- Todo sujeto evaluado e ítem se sitúa en un punto en el espacio del rasgo.

Teoría de la Generalizabilidad (TG).

Fue propuesta por Cronbach et al. (1972) y surge a causa de las limitaciones de la TCT, las cuales desea superar modificándolas (Muñiz, 2001). Entre ellas están:

1. La concepción unitaria del error de medida, la cual es una entidad global y a la vez unitaria, combinándose de manera diferenciada, errores provenientes de distintas fuentes. Ello no se ajusta a la práctica de los test y, por ende, no es útil en cuanto a su diseño.
2. El concepto rígido de paralelismo de las medidas.
3. La polisemia de fiabilidad en base a su concepto, lo que manifiesta errores y significados diferentes.

Estudio piloto.

Es una prueba para comprobar el test en cuanto a su funcionamiento, realizando análisis estadísticos de recogida de datos obtenidos de una muestra parecida a la población objetivo. Además, se hallarán las propiedades psicométricas del test, criterios de puntuación, entre otros, cuya meta es perfeccionar la versión final del instrumento. Otro punto importante del estudio piloto, es que el investigador tenga conocimientos sobre si las personas comprender claramente las instrucciones, ítems y procedimientos de respuesta. Para ello se pueden hacer preguntas al final de la evaluación (Martínez et al. 2014).

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

2.3.1. Anorexia

Serna (2015) menciona que su manifestación se da a través de diversos síntomas como la distorsión de imagen corporal, miedo a subir de peso y obsesión por adelgazar, realizan dietas estrictas, ayunos impuestos por ellos mismos, entre otros.

2.3.2. Bulimia Nerviosa

Serna (2015) refiere que, al igual que la AN, se presenta en síntomas como obsesión por el peso y figura ideal, también existe distorsión de la imagen corporal. La BN se manifiesta por atracones seguido de conductas compensatorias.

2.3.3. Atracón

Según el DSM-V (APA, 2014) es el consumo de enormes cantidades de comida ingerida, más de las que comería normalmente una persona. Acompañado por el descontrol en la ingesta, comer de manera rápida (a comparación de lo habitual) seguir comiendo a pesar de no tener más hambre, esconderse por sentir vergüenza de que sepan todo lo que come, sentimientos de culpabilidad, disgusto y depresión.

2.3.4. Conductas compensatorias

Serra (2015) menciona que son los vómitos, abuso de laxantes, diuréticos o realización de dietas muy estrictas o extremas, todo ello con la intención de compensar los atracones.

2.3.5. Imagen corporal

Viene a ser la representación que todo sujeto tiene respecto a su cuerpo, su tamaño y forma; lo cual se encuentra influenciado por los factores socioculturales, biológicos y personales (Slade, 1994, como se citó en Prieto y Muñoz, 2015).

2.3.6. Distorsión de la imagen corporal

Bruch (1962) manifiesta que es la sobreestimación del tamaño corporal, característica de la anorexia.

2.3.7. Prevalencia

Fajardo (2017) explica que, la prevalencia, mide la proporción de las personas que están presentando enfermedades. No hay tiempo de seguimiento.

2.3.8. Incidencia

Fajardo (2017) menciona que, la incidencia, son los casos que presenta una población en un tiempo determinado. Para su cálculo es necesario un seguimiento.

2.3.9. Comorbilidad

Blanco et al. (2017) refieren que es la manifestación de una a más psicopatologías que siguen a una que apareció primero, objetivo de la atención clínica.

2.3.10. Test

Según Martínez et al. (2014) es un reactivo o prueba. Está representado mundialmente como un examen o evaluación para uso de la psicología y educación.

2.3.11. Constructo

Abad et al. (2006) refieren que es una variable de la psicología, la cual se medirá posteriormente con la creación del test.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo

El tipo de estudio llevado a cabo fue instrumental cuya finalidad es analizar las cualidades psicométricas de los instrumentos psicológicos (Muñiz et al., 2013).

3.1.2. Diseño

En cuanto al diseño; se optó por el no experimental, puesto que, ha sido desarrollado en el marco de una intervención pasiva, realizando observaciones y descripciones, sin manipular la variable (Hernández et al., 2014).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Se trabajó con una población infinita, debido a que no existen cálculos precisos y exactos de todos los estudiantes matriculados de las diferentes universidades de Lima Sur, Norte, Centro, Este y Oeste, de los periodos académicos 2020-2 y 2021-1, de 19 a 31 años, que cursan primer a décimo primer ciclo, de todas las profesiones en las universidades de Lima Metropolitana.

3.2.2. Muestra

Conformada por 610 universitarios llevada a cabo mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual se basó en escoger a los encuestados de forma arbitraria y no fortuita, eligiendo según las características relevantes para el investigador (Sabino, 2014).

Es relevante señalar que, los siguientes criterios fueron base para seleccionar a los participantes de la muestra:

Criterio de exclusión:

- Rechazar el ser partícipe de la investigación de manera voluntaria.
- Pruebas incompletas.

Criterios de inclusión:

- Aceptar ser participante voluntario de la investigación.
- Estudiantes que hayan completado correctamente la escala.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

H_a: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios permite obtener puntuaciones válidas y fiables en universitarios de Lima Metropolitana.

3.3.2. Hipótesis específicas

H_1: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios presenta validez basada en el contenido en universitarios de Lima Metropolitana.

H_2: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios presenta validez basada en la correlación ítem-test en universitarios de Lima Metropolitana.

H_3: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios cuenta con evidencias satisfactorias de validez basada en la estructura interna del constructo en universitarios de Lima Metropolitana.

H_4: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios posee fiabilidad por consistencia interna en universitarios de Lima Metropolitana.

H_5: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios presenta fiabilidad mediante el método de dos mitades en universitarios de Lima Metropolitana.

3.4. Variables – Operacionalización

Definición conceptual.

Garner et al. (1984) expresan que los trastornos alimenticios se caracterizan por pensamientos distorsionados, el peso y la alimentación se manifiestan en términos extremos; si no cumplen sus normas alimenticias pueden entrar en crisis,

creen haber perdido el control y piensan que han fracasado en su meta, sintiendo culpabilidad.

Definición operacional.

Se mide a partir de la Escala de Actitudes y Síntomas de los trastornos alimenticios (EAT-26) de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel. En la tabla 1, se observa la operacionalización para los trastornos alimenticios en función de sus factores, indicadores y puntuaciones categorizadas (Galarsi et al., 2010).

Tabla 1

Definición operacional de los trastornos alimenticios

Factores	Indicadores	Ítems	Categorías		Escala de medición
			Respuesta	Niveles	
Restricción alimentaria	Temor	1,6,7			
	Motivación	10,11,12,14,16	Siempre (3)		
	Restricción	17,22,23,24,26			
Bulimia y preocupación por la alimentación	Consumismo		Frecuentemente (2)	>20= riesgo	Intervalo (Tipo Likert)
	Riesgo	3,4,9			
	Culpabilidad	18,21,25	A veces (1)		
Control oral	Autocontrol		Casi nunca (0)		
	Insatisfacción	2,5,8,13,15			
	Autoconcepto	19,20	Nunca (0)		

3.5. Métodos y técnicas de investigación

La EAT, fue elaborada por Garner & Garfinkel (1979) con 40 ítems por lo cual se le denominó EAT-40, cuyo objetivo era medir el riesgo de padecer anorexia nerviosa en varones y mujeres. Años después, Garner et al. (1982) redujeron la escala a 26 ítems, por lo que se le conoce como EAT-26, en este instrumento, el objetivo de medición es discriminar entre las personas que pueden presentar riesgo de padecer AN o BN.

Asimismo, está constituida con 3 factores (restricción alimentaria, bulimia y, preocupación por la alimentación y control oral). Fue validada y traducida por Gandarillas et al. (2003) en España. La escala de medición es ordinal (tipo Likert), además presenta 6 alternativas como respuesta para cada ítem, las cuales son: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Respecto a la calificación, se suman todas las respuestas de cada uno de los reactivos, existiendo presencia de riesgo si el puntaje es igual o mayor a 20.

Finalmente, para la obtención de las propiedades psicométricas, Garner et al. (1982) manejaron una muestra de 160 mujeres con anorexia nerviosa con edad promedio de 21.5 años y 140 mujeres sin diagnóstico, estudiantes de psicología, de 20.3 años, en promedio. La versión abreviada estuvo basada en un análisis factorial de la escala original. Además, el EAT-26 se encuentra altamente correlacionado con el test original (r= 0,98) y los tres factores están significativamente relacionadas con la bulimia, imagen corporal y peso como también con síntomas psicológicos. Además, se redujo el test usando el criterio de Catell, donde se obtuvo la consistencia interna de 0.90, 0.83 y 84 para sus tres factores, respectivamente.

3.6. Procesamiento de los datos

Referente al estudio piloto, para poder acceder a universitarios, se necesitó la colaboración de psicólogos, estudiantes de psicología y distintas carreras que puedan ser de alcance para que el formulario llegue a más personas. Por las circunstancias actuales del confinamiento debido al Covid-19, se aplicó la Escala de Actitudes y Síntomas (EAT-26) de manera virtual, creada en Formularios de Google y el proceso para la obtención de los encuestados se ejecutó enviando el link del formulario a cada participante mediante las diversas plataformas como Gmail, Hotmail, WhatsApp, Facebook, etc. Cabe recalcar que, en el formulario, estuvo presente un consentimiento informado el cual fue visible en la parte superior para que todos los evaluados puedan leerlo, el cual se basa en manifestar que los datos recolectados resguardan la confidencialidad por los principios éticos de Helsinki (Mazzanti, 2011) siendo así de manera anónima, además de que cada participante tiene el derecho de consultar el resultado del instrumento.

Finalmente, se expandió la muestra a 610 universitarios para la realización de la tesis final, el instrumento se aplicó de manera virtual, de igual manera que en el estudio piloto. Además, el tiempo de duración fue de 15 minutos aproximadamente, en 1 sesión y la obtención de los datos se dio en un tiempo de 4 meses. En cuanto a la muestra final recolectada, en primera instancia, se realizó la validez lingüística, siendo relevante la opinión de un psicólogo el cual domine el idioma inglés para que realice la traducción de los ítems al contexto peruano, con el fin de que los reactivos sean entendibles para la muestra. Después, para determinar la validez de contenido, en la prueba piloto, la escala pasó por el criterio de 7 jueces expertos en los trastornos alimenticios los cuales mediante sus conocimientos teórico-práctico evaluaron los ítems como relevantes y claros, calificándolos con puntajes de 0, 1 y 2. Conforme al

análisis que realizaron los expertos, se validaron los cambios realizados a través del coeficiente v de Aiken, donde a través de aquel programa, se pudo verificar cuáles eran los ítems que serían parte de la escala, es decir, cuál sería la versión final del instrumento. Obtenida la muestra final, se determinó la recopilación de los datos en Microsoft Excel, además de verificar las puntuaciones ingresadas y posteriormente importar estos datos al programa IBM SPSS versión 25. Asimismo, en cuanto a la validez basada en el constructo, esta se obtuvo con el análisis de correlación ítem-test y también se procedió a analizar la validez basada en la estructura interna mediante el análisis exploratorio con el estadístico IBM SPSS versión 25 y confirmatorio con la extensión del SPSS (Amos). Por otro lado, se evaluó la fiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach y el método de dos mitades y finalmente, se elaboraron las normas percentilares del EAT-26 con el mismo programa estadístico.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

DE DATOS

4.1. Análisis de fiabilidad de las variables

4.1.1. Evidencia de validez basada en el contenido

Tabla 2

Coeficientes V de Aiken pare el análisis de relevancia y claridad del factor restricción alimentaria

	Relevancia			Claridad		
Ítem	Media	V	IC95%	Media	V	IC95%
1	1.43	0.71	0.45, 0.88	1.71	0.85	0.59, 0.95
6	1.86	0.92	0.68, 0.98	2.00	1.00	0.78, 1.00
7	0.86	0.92	0.68, 0.98	1.86	0.92	0.68, 0.98
10	2.00	1.00	0.78, 1.00	1.86	0.92	0.68, 0.98
11	2.00	1.00	0.78, 1.00	1.86	0.93	0.68, 0.98
14	2.00	1.00	0.78, 1.00	2.00	1.00	0.78,1.00
17	1.86	0.92	0.68, 0.98	2.00	1.00	0.78,1.00
22	1.71	0.85	0.59, 0.95	1.71	0.85	0.59, 0.95
23	2.00	1.00	0.78, 1.00	1.86	0.92	0.68, 0.98
24	1.57	0.78	0.52, 0.92	1.86	0.92	0.68, 0.98
26	1.00	0.50	0.26, 0.73	1.43	0.71	0.44, 0.88

Las tablas 2,3 y 4, presentan el análisis de la evidencia de validez basada en el contenido para la EAT-26. Con el fin de verificar el cumplimiento satisfactorio de los criterios de relevancia y claridad, se usó el coeficiente V de Aiken con sus IC95%, cabe recalcar que los valores de este programa varían desde 0.00 a 1.00, donde 1.00 equivale a una calificación perfecta entre los jueces, es decir, todos están de acuerdo que el ítem es relevante y claro. Por otro lado, se ha considerado el valor de corte de .80 para referir que el ítem cumple satisfactoriamente los criterios y valores debajo de esta cifra refleja que el ítem debe ser observado con la decisión de ser eliminado o ajustado, si se trata de relevancia la decisión final será eliminar el ítem.

En la tabla 2, se aprecia que los ítems 1 y 24 no resultan relevantes aun cuando presentan un valor aceptable respecto a la claridad. Además, el ítem 26, evidencia

que no es relevante aun teniendo un adecuado valor en claridad. Entonces, dado los resultados, los ítems a eliminarse serán 1, 24 y 26 del factor Restricción alimentaria.

Tabla 3

Coeficientes V de Aiken para el análisis de relevancia y claridad del factor bulimia y preocupación por el peso

	Relevancia			Claridad		
Ítem	Media	V	IC95%	Media	V	IC95%
3	2.00	1.00	0.78, 1.00	1.86	0.93	0.68,0.98
4	2.00	1.00	0.78, 1.00	1.71	0.85	0.59, 0.95
9	1.71	0.85	0.59, 0.95	1.71	0.85	0.59, 0.95
18	2.00	1.00	0.78, 1.00	2.00	1.00	0.78,1.00
21	2.00	1.00	0.78, 1.00	1.86	0.92	0.68, 0.98
25	1.86	0.92	0.68, 0.98	2.00	1.00	0.78,1.00

En la tabla 3, se observa que todos los reactivos del factor Bulimia y preocupación por el peso presentan relevancia y claridad.

Tabla 4

Coeficientes V de Aiken para el análisis de relevancia y claridad del factor control oral

	Relevancia			Claridad		
Ítem	Media	V	IC95%	Media	V	IC95%
2	1.86	0.93	0.68, 0.98	2.00	1.00	0.78, 1.00
5	1.57	0.78	0.52, 0.92	2.00	1.00	0.78, 1.00
8	1.71	0.85	0.59, 0.95	1.86	0.92	0.68, 0.98
13	2.00	1.00	0.78, 1.00	2.00	1.00	0.78,1.00
15	1.71	0.85	0.59, 0.95	2.00	1.00	0.78,1.00
19	1.86	0.92	0.68, 0.98	2.00	1.00	0.78,1.00
20	1.86	0.92	0.68, 0.98	1.86	0.92	0.68, 0.98

Como se presenta en la tabla 4, el ítem 5 no resulta relevante a pesar de tener una excelente calificación en claridad. Sin embargo, por no estar acorde al contenido, será eliminado del factor control oral.

4.1.2. Evidencia de validez mediante correlación ítem-test

Tabla 5

Correlación ítem-test de los trastornos alimenticios

Ítems	Rho de Spearman	p	Ítems	Rho de Spearman	p
1	.524**	0	12	.627**	0
2	.562**	0	13	.451**	0
3	.532**	0	14	.606**	0
4	.497**	0	15	.595**	0
5	.563**	0	16	.676**	0
6	.527**	0	17	.309**	0
7	.575**	0	18	.606**	0
8	.679**	0	19	.606**	0
9	.623**	0	20	.723**	0
10	.513**	0	21	.695**	0
11	.292**	0	22	.657**	0

En la tabla 5, se evidencia la validez mediante la correlación ítem-test, de los 22 ítems del instrumento, de los cuales ninguno fue eliminado puesto que cumplieron el índice de discriminación IHC>.20.

4.1.3. Evidencia de validez basada en la estructura interna

Tabla 6

Prueba de KMO y Bartlett de la EAT-26

Kaiser-Meyer-Olkin		.900
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	5217.885
	gl	190
	Sig.	.000

Para hallar la validez basada en la estructura interna, en la tabla 6, se muestra que el índice de adecuación muestral KMO fue .900 por lo cual se le considera como

muy bueno y existe una diferencia estadísticamente significativa en la prueba de esfericidad de Barttlet (p<0.001) indicando que el modelo factorial, es adecuado.

Tabla 7

Variabilidad del análisis factorial de la EAT-26

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación[a]
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total
1	6,844	34,218	34,218	6,844	34,218	34,218	5,641
2	2,123	10,617	44,836	2,123	10,617	44,836	4,042
3	1,868	9,341	54,177	1,868	9,341	54,177	3,582
4	1,169	5,845	60,022				
5	0,833	4,163	64,185				
6	0,765	3,824	68,01				
7	0,723	3,615	71,625				
8	0,653	3,265	74,89				
9	0,624	3,122	78,012				
10	0,55	2,749	80,761				
11	0,527	2,634	83,396				
12	0,494	2,47	85,865				
13	0,48	2,398	88,264				
14	0,421	2,105	90,368				
15	0,404	2,02	92,388				
16	0,386	1,928	94,316				
17	0,333	1,663	95,979				
18	0,288	1,439	97,418				
19	0,269	1,346	98,763				
20	0,247	1,237	100				

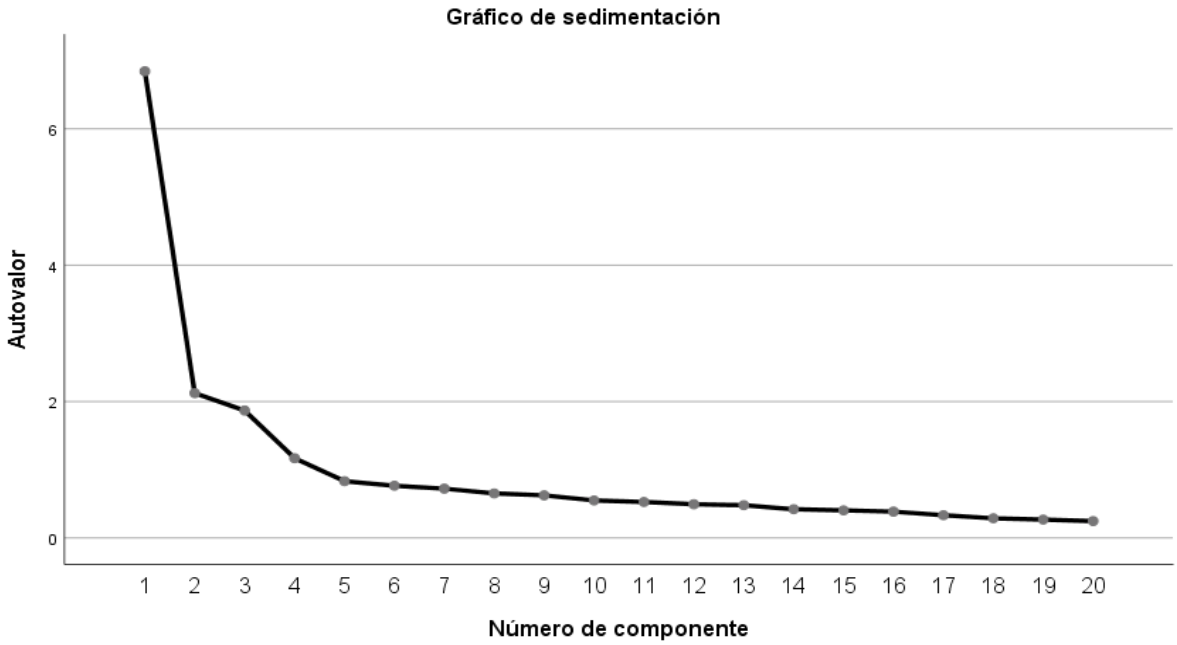
Tabla 8

Comunalidades de los ítems de la EAT-26

	Inicial	Extracción
Item2	1	0,289
Item3	1	0,319
Item4	1	0,418
Item6	1	0,52
Item7	1	0,586
Item8	1	0,622
Item9	1	0,443
Item10	1	0,71
Item11	1	0,588
Item12	1	0,418
Item13	1	0,487
Item14	1	0,52
Item15	1	0,429
Item16	1	0,548
Item17	1	0,548
Item18	1	0,624
Item19	1	0,476
Item20	1	0,686
Item21	1	0,437
Item22	1	0,622
Item23	1	0,608
Item25	1	0,546

Figura 1

Gráfico de sedimentación de la EAT-26



Asimismo, en la tabla 7, se muestra el análisis factorial del método de componentes principales y rotación Oblimin. Se optó por agrupar los ítems en 3 factores, que la misma escala propone. Además, en la tabla 8, se eliminaron 2 ítems (ítem 2 y 3) puesto que obtuvieron una carga menor de .40 en comunalidades.

Tabla 9

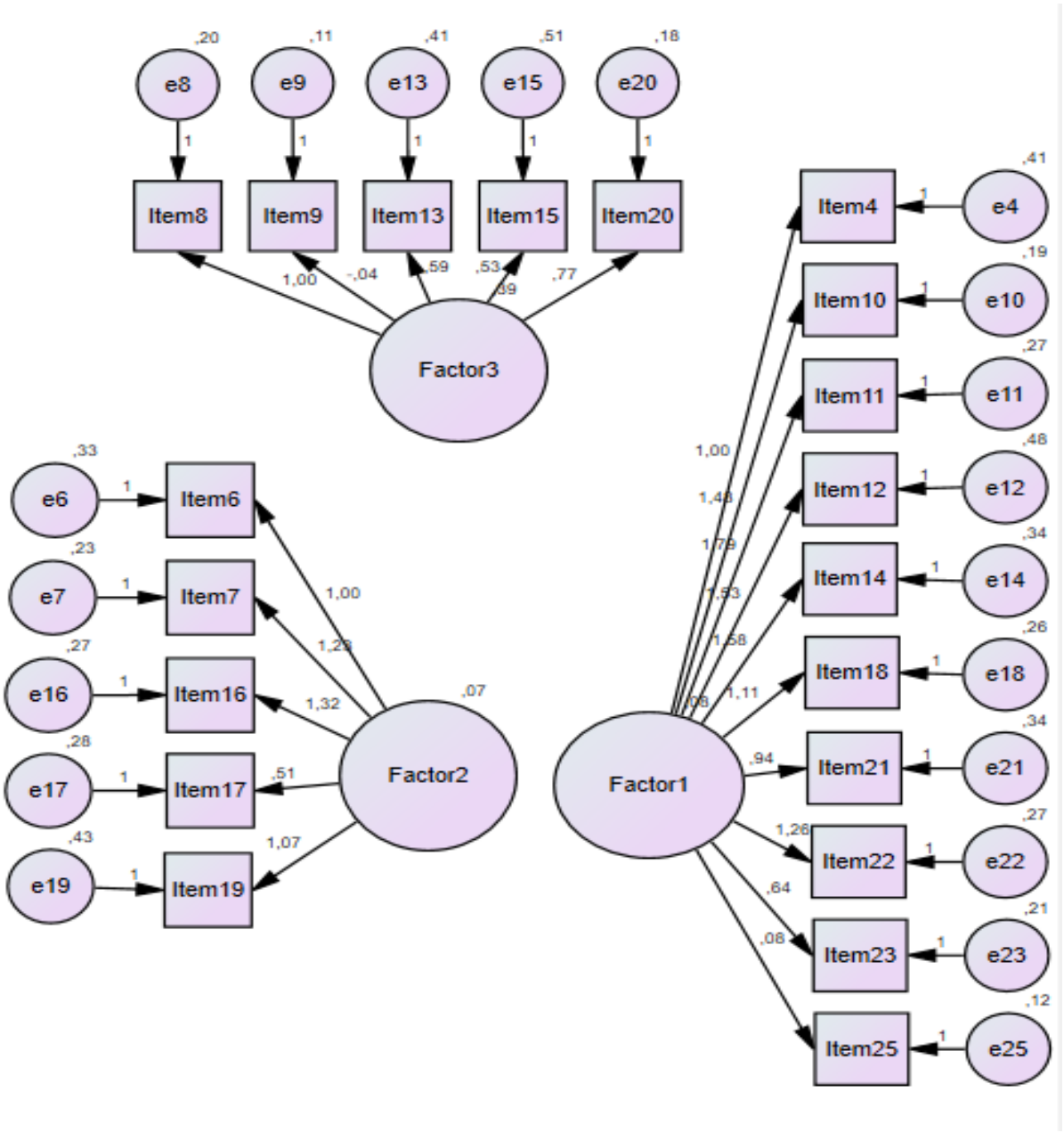
Estructura factorial de la EAT-26

	Componente		
Ítems	1	2	3
4	,630		
6		,719	
7		,761	
8			,786
9			,541
10	,832		
11	,741		
12	,549		
13			,634
14	,710		
15			,633
16		,715	
17		,706	
18	,764		
19		,655	
20			,809
21	,625		
22	,774		
23	,580	,681	
25	,564		,577

Por otro lado, en la tabla 9, se aprecia la estructura factorial de la EAT-26. Cada factor presente el criterio de saturación mínima de ,20, es por ello que la escala queda constituida con 20 ítems.

Figura 2

Modelo factorial de la EAT-26



4.1.4. Evidencia de fiabilidad por consistencia interna

Tabla 10

Estadísticos de fiabilidad de los trastornos alimenticios y sus factores

Factores	Ítems	alfa de Cronbach
Restricción alimentaria	10	0,857
Bulimia y preocupación por la alimentación	5	0,787
Control oral	5	0,654
Trastornos alimenticios	20	0,889

En la tabla 10, se encuentran distribuidos los factores de la escala con su respectivo valor de alfa de Cronbach, siendo .857 para el factor Restricción alimentaria; .787 para Bulimia y preocupación por la alimentación y .654 para Control oral. Además, el valor para la escala total fue .889, lo cual significa que es confiable para instrumentos de medición psicológica.

4.1.5. Evidencia de fiabilidad por método de dos mitades

Tabla 11

Índice de dos mitades de los trastornos alimenticios

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.772
		N de elementos	10[a]
	Parte 2	Valor	.825
		N de elementos	10[b]
	N total de elementos		20
Correlación entre formularios			.797
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.887
	Longitud desigual		.887
Coeficiente de dos mitades de Guttman			.886

En la tabla 11, se aprecia que, mediante el método de dos mitades, el coeficiente de Spearman-Brown fue .887 lo que indica una alta confiabilidad del instrumento.

4.1.6. Normas percentilares

Tabla 12

Normas percentilares de la EAT-26

Niveles	PC	Puntuación directa
Riesgo bajo	1	0
	10	6
	20	9
	30	11
Riesgo moderado	40	12
	50	14
	60	16
	70	20
Riesgo alto	80	23
	90	31
	99	46
Media		16,44
DS		10,058

Finalmente, en la tabla 12, están representadas los baremos de la EAT-26. Es decir, los percentiles y la puntuación directa del instrumento, llevado a cabo por los resultados obtenidos.

CAPÍTULO V

DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones

Mediante este análisis estadístico se pudo establecer las propiedades psicométricas de la EAT-26 en universitarios de Lima Metropolitana. Los resultados demuestran que la escala es válida y fiable; esto coincide con la investigación de Jara (2020) donde los resultados arrojaron que el mismo instrumento, en la provincia de Trujillo, tiene validez y fiabilidad, confirmando entonces que es un instrumento útil para medir riesgo de trastornos alimenticios en universitarios.

Referente al primer objetivo específico, se llevó a cabo la validez de contenido mediante el criterio de 7 jueces especialistas en el constructo investigado. Luego del proceso de evaluación, se decidió eliminar 4 ítems (1, 24, 26 y 5) que no presentaron relevancia para el estudio de acuerdo al criterio de los expertos, quedando 22 ítems los cuales justifican esta validez, puesto que, presentan criterios de relevancia y claridad. Este tipo de validez es relevante y fundamental porque según Muñiz (2018) cuando un instrumento no representa el constructo que pretende evaluar, las inferencias van a realizarse de manera incorrecta. Los jueces expertos son una herramienta importante para ayudar a verificar la definición clara y precisa del constructo a estudiar y una válida representación del instrumento. Para complementar estos datos y llegar a los objetivos mencionados, la herramienta V de Aiken es útil en estos casos de validez de contenido.

Mediante el segundo objetivo específico, se analizó la validez mediante correlación ítem-test, hallando que todos los reactivos cumplen con el índice de discriminación IHC>.20. Este resultado no es congruente con los datos obtenidos de Fischer y Prieto (2016) donde tuvieron que eliminar 7 ítems que presentaron baja correlación ítem-test. Los resultados presentados pueden explicarse en base al contexto cultural, es decir, cada muestra representa un grupo específico; en el caso

de la actual investigación de Perú y de los autores mencionados, de Paraguay; siendo estos países distintos en cultura, creencias, costumbres, raza e identidad, por lo cual, probablemente, está siendo afectada la variación de las respuestas de la escala EAT-26 y, por ende, se evidencian diferentes resultados.

Por otro lado, en base al tercer objetivo específico, la validez basada en la estructura interna demostró que el índice KMO fue .900 y la prueba de esfericidad de Barttlet (p<0.001), datos que son similares al análisis de Constaín et al. (2016) donde obtuvieron un puntaje de 325 en el test de esfericidad de Bartlett (p<0.0001) y *KMO* = .785. De igual manera sucede con la investigación de Sousa, et al. (2016) donde los resultados arrojaron que la medida de adecuación *KMO*= .920 y la prueba de esfericidad de Bartlett, 3567 (p < 0.01). Con los resultados presentados se infiere que la muestra del presente estudio es adecuada para la realización del análisis factorial. Asimismo, se puede explicar que los resultados de las investigaciones son similares porque la escala EAT-26 presenta adecuadas correlaciones entre factores e ítems. Por otro lado, en la presente investigación se optó por elegir los 3 factores que la escala original propone; puesto que, según como lo mencionan Reichnheim y Moraes (2007) para evitar distorsiones en el instrumento, es recomendable la máxima equivalencia entre la escala original y la adaptación.

El cuarto objetivo específico, demostró que la EAT-26 indica alta fiabilidad por consistencia interna, obteniendo un alfa de Cronbach de .857 para el factor Restricción alimentaria; .787 para Bulimia y preocupación por la comida, y .654 para Control Oral. A su vez, la fiabilidad de la escala total es de .889 lo que da a inferir que la escala cuenta con alta fiabilidad en sus factores y como escala total según mencionan Meneses et al. (2013) refiriendo que una alta confiabilidad se encuentra en el intervalo de 0.70 a 0.95. Estos resultados son congruentes con los datos

arrojados de Constaín et al. (2016) donde hallaron una fiabilidad global de .89, además, respecto a los factores; .88 para Dieta-bulimia y preocupación por la comida; 60 para dieta, y .76 para control oral-dieta. De igual manera, Jara (2020) demostró, mediante el coeficiente Omega, que la EAT-26 manifiestó fiabilidad de .90. Entonces, los datos de las diferentes investigaciones, tanto nacional como internacionales, demuestran que la escala EAT-26 es altamente confiable, esto puede deberse por un buen entendimiento y comprensión de los ítems en cuanto a los participantes del estudio y también, adecuada redacción de los ítems en las diversas adaptaciones que tiene la escala a nivel internacional. Asimismo, es importante recalcar que la muestra del estudio psicométrico de Jara (2020) es de estudiantes universitarios de psicología de Perú-Trujillo al igual que de la actual investigación en Perú-Lima, esto puede explicar la alta fiabilidad similar obtenida en los dos resultados puesto que el nivel cultural es posiblemente medio-alto, las creencias sobre la forma y peso del cuerpo son similares al igual que la cultura dietética y la publicidad que influye mucho en los jóvenes. Para finalizar, se puede explicar que existe fiabilidad alta, muy parecida, a la de Constaín et al. (2016) porque la muestra también fue de estudiantes universitarios sin diagnóstico con una pequeña variación, todos del género masculino y el resto de la muestra con el diagnóstico presenta AN y BN, así como TA no especificados.

Respecto al quinto objetivo específico, en cuanto a la fiabilidad por método de dos mitades; la escala demuestra que es confiable puesto que arrojó un puntaje de .887. Según explican Muñiz (2018) y Abad et al. (2006) este método es significativo para obtener la consistencia interna de la escala, dividiéndola en dos mitades, preferentemente en ítems pares e impares. Este método es muy funcional, según refiere Muñiz (2018) puesto que solo es necesario una aplicación del instrumento, a comparación del test-retest, por ejemplo. Además, se aplicó este tipo de fiabilidad

para que se confirmen los resultados como estables, precisos y firmes, características que todo instrumento debe presentar cada vez que pasa por un proceso de medición. Se infiere entonces, que la correlación de Pearson es altamente significativa, lo que hace confiable una vez más a la EAT-26.

Por otro lado, centrándonos en el sexto y último objetivo específico, se elaboraron los baremos generales de la EAT-26 como en el caso de la investigación de los autores de la escala original, dado que no se encontraron diferencias significativas de los datos sociodemográficos evaluados como edad, sexo y ciclo por lo que se infiere que no influye ni la edad, sexo o el ciclo de la muestra en las respuestas del instrumento. Por otro lado, el nivel de riesgo bajo va del percentil 1 al 30; nivel de riesgo moderado, desde el percentil 40 al 70 y nivel de riesgo alto, desde el percentil 80 al 99. Estos percentiles pueden variar de las normas percentilares de los autores de la escala original de Garner et al. (1982) puesto que las muestras de estudio fueron diferentes; siendo 300 mujeres en la investigación de dichos autores y 610 de muestra, de ambos sexos, para el actual estudio.

Cabe recalcar que, Martínez et al. (2014) hacen hincapié en que los principios psicométricos de validez y confiabilidad, son los que garantizan la calidad del instrumento. Por ende, la actual investigación, es un aporte científico al contexto peruano cuyas adaptaciones sobre este constructo son escasas.

5.2. Conclusiones

1. La EAT-26 cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.
2. Respecto al criterio de los 7 jueces expertos, quedaron 22 ítems que satisfacen los criterios de relevancia y claridad que justifican la evidencia de validez de contenido para el constructo de trastornos alimenticios. Además, el coeficiente V de Aiken fue significativo con un punto de corte de .80 e IC95%.

3. Todos los ítems de la escala cumplieron con el índice de discriminación IHC>.20, por lo cual ninguno fue eliminado evidenciando validez mediante correlación ítem-test.
4. La EAT-26 posee validez basada en la estructura interna demostrando en el índice de adecuación muestral KMO .900 y en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p<0.001$) Así como en las comunalidades, los ítems obtuvieron una carga mayor a .30 por lo cual el modelo factorial es adecuado.
5. La escala cuenta con una confiabilidad de .899, por ello, se evidencia que la EAT-26 es altamente confiable, según el Alfa de Cronbach.
6. En cuanto a la fiabilidad por método de dos mitades, el coeficiente de Spearman-Brow fue de .889 por lo cual se sustenta que existe alta confiabilidad del instrumento.
7. Se elaboraron las normas percentilares indicando los niveles de riesgo: bajo (0 a 12); riesgo moderado (13 a 20) y riesgo alto (21 a 46).

5.3. Recomendaciones

1. Se recomienda seguir realizando adaptaciones que midan trastornos alimenticios, ya que se encuentran escasos en el contexto peruano.
2. Ampliar la muestra y si es posible, lograr estandarizar la escala a nivel peruano puesto que no existe aún una investigación de ese tipo referente a la escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios.
3. Incluir la presente investigación en el apartado de los antecedentes nacionales actuales en el contexto limeño.
4. Se sugiere realizar investigaciones de las normas percentilares en ambientes clínicos para medir la evidencia de validez y confiabilidad que presenta.
5. Se sugiere aplicar la escala en universitarios de Lima Metropolitana para medir el riesgo de padecer algún trastorno alimenticio, ya que esta cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.

REFERENCIAS

Aiken, L. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement, 40,* 955–959. https://doi.org/10.1177/001316448004000419

Abad, F., Garrido, J., Olea, J. y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría.* Paidós. http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/investigacion/file.php/39/ARCHIVOS_2010/PDF/IntPsicometria_aristidesvara_1_.pdf

Academy for Eating Disorders. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria, guía de cuidados médicos.* Academy for Eating Disorders. https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/AED_Medical_Care_Guidelines_SPANISH_04_09_18.pdf

Albornoz, P. (2014, 20 de enero). *La obsesión por estar muy delgado es un problema de salud mental generado por baja autoestima y sentimiento de inferioridad.* Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/002.html

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™.* Arlington, VA.

Arbués, E., Martínez, B., Granada, J, Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, G., Guerrero, V. y Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición hospitalaria, 36*(6), 1339-1345. http://dx.doi.org/10.20960/nh.02641

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.* Editorial Médica Panamericana.

Attorresi, H., Lozzia, G., Abal, F., Galibert, M. y Aguerri, M. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem: Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista argentina de clínica psicológica, 18*(2), 179-188. https://revistaclinicapsicologica.com/pdf_files/trabajos/vol_18/num_2/RACP_18_2_179_HQ5ORIYXXB.pdf

Ávila, M. y Jáuregui, J. (2015). Comportamientos de riesgo de trastorno alimentario entre adolescentes y jóvenes de Nuevo León. *Revista mexicana de trastornos alimenticios, 6*(1), 1-12. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2015.1.335

Barajas, B., Jáuregui I., Laporta I. & Santed, M. (2017). Eating disorders during the adolescence: personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa. *Nutr Hosp, 34*, 1178-1184. http://dx.doi.org/10.20960/nh.1037

Barajas, B., Jáuregui, I., Laporta, I. & Santed, M. (2018). The influence of the aesthetic body shape model on adolescents with eating disorders. *Nutrición hospitalaria, 35*(5), 1131-1137. http://dx.doi.org/10.20960/nh.1826

Barrios, M. y Cosculluela, A. (2013). *Fiabilidad* [Tesis de pregrado, Universitat Oberta de Catalunya]. Repositorio de la Universitat Oberta de Catalunya. http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/69325/3/Psicometr%C3%ADa_M%C3%B3dulo%202_%20Fiabilidad.pdf

Behar, R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista chilena de neuropsiquiatría, 56*(3), 177-185. 10.4067/s0717-92272018000300177

Blanco, M., Shunchao, K. y Xueqing, L. (2017). La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 16*(1), 12-22. http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n1/rhcm04117.pdf

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine, 24(*2), 187-194. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.320.7064&rep=rep1&type=pdf

Calvopina, D. (2014). *Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la unidad educativa Sagrados Corazones de Rumipamba* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7509/8.29.001724.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Carrero, V. (2018). *Guía de intervención terapéutica para los trastornos alimenticios: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, dirigía a psicólogos de Puerto Rico* [Tesis de pregrado, Universidad del Turabo]. Repositorio de la Universidad del Turabo. https://search.proquest.com/docview/2133028554/F6EBA72A3FDF457FPQ/11?accountid=187086

Castejón, M. y Berengui, R. (2019). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de psicología, 36*(1), 64-73. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282020000100008&script=sci_arttext&tlng=es

Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente Alpha de Cronbach. *Avances en Medición, 3,* 9-28. http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/1113/8574/8604/Articulo_1_Alfa_de_Cronbach_9-28_2.pdf

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. (2019, 10 de enero). *La farmacia, aliada para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.* Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. https://www.cofm.es/es/comunicacion/noticias/cofares-y-el-cofm-impulsan-una-campana-para-prevenir-y-detectar-trastornos-alimentarios.html?idCategoria=1&fechaDesde=&texto=&idSubCategoria=0&fechaHasta=

Constaín, G., Ramírez, C., Rodríguez, M., Álvarez, M., Marín, C. y Agudelo, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria, 46*(6), 283-289. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009

Constaín, G., Rodríguez, M., Ramírez, G., Gómez, G., Mejía, L. y Cardona, J. (2016). Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria, 49*(4), 206-213. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016

Fajardo, A. (2017). Metodología de la investigación. *Revista Alergia México, 64*(1), 109-120. http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v64n1/2448-9190-ram-64-01-00109.pdf

Fischer, R. y Prieto, R. (2016). Análisis del test de actitudes alimentarias (EAT-26) con un modelo tipo Rasch en una muestra de adolescentes paraguayos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 16*(1), 5-16. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855294

Galarsi, M., Correche, M. y Ledezma, C. (2010). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. *Fundamentos en Humanidades, 21*(1), 193-205. https://www.redalyc.org/pdf/184/18415426013.pdf

Garner, M. & Garfinkel, P. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. *Psychological medicine, 13*, 221. https://doi.org/10.1017/S0033291700050431

Garner, M., Olmsted, M., Bohr, Y. & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12,* 871-878. https://www.researchgate.net/publication/313766446_The_Eating_Attitudes_Test_Psychometric_features_and_clinical_correlates

Garner, M. & Garfinkel, P. (1985). *Handbook of tratmente for eating disorders* (2ª ed.). The Guilford Press. https://books.google.com.pe/books?hl=en&lr=&id=3gmogQshI_MC&oi=fnd&pg=PA94&ots=WLdUA7anE4&sig=FFxF_4eNHzkeChAbDvEel9ThdX0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Garner, M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet, 341*(8861), 1631-1640. 10.1016/0140-6736(93)90768-C

Garner, M. & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anoexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(2), 273-279. 10.1017/S0033291700030762

Garner, D. (2001). Eating disorders in children and adolescentes. *ResearchGate*, 399-419. https://www.researchgate.net/publication/260943570_Eating_disorders_in_children_and_adolescents

Gandarillas, A., Zorrilla, B. y Sepúlveda, A. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid.* Instituto de Salud Pública. http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDT85_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true

Gili, R., Otero, J., Sandoval, I., Ascaino., L., Leal, M., Olmedo, E. y Viglione, L. (2015). Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de argentina. *Nutrición clínica 16*(3), 90-95. http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_3/RSAN_16_3_90.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). Mc Graw Hill. https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

Jara, B. (2020). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario Actitudes ante la Alimentación en Estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego.

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/6419/1/RE_PSICOL_BRIGITTE.JARA_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf

Kirszman, D. & Salgueiro, M. (2015). Body Image. Mediating dimensions in psychopathology and types of intervention. *Mexican Journal of eating disorders, 6*, 129-136. http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.004

Lazo, C. y Durán, S. (2019). Efecto del diagnóstico de la diabetes mellitus y su complicación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición, 46*(3), 352-360. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300352

Madruga, D., Leis, R. y Lambruschini, N. (2010). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, Protocolos de gastroenterologías, hepatología y nutrición* (pp. 325-339). Ergón S.A. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

Mazzanti, M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética, 6*(1), 125-144. https://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf

Martínez, R., Hernández, J. y Hernández, V. (2014). *Psicometría*. Alianza Editorial. https://www.alianzaeditorial.es/libro/manuales/psicometria-maria-rosario-martinez-arias-9788420664064/

Mejia, C. (2017). *Adaptación del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en estudiantes de secundaria – San Juan de Lurigancho. Lima, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11216/Mejia_FCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Meneses, J., Barrios M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. y Valero, S. (2013). *Psicometría.* UOC. https://www.researchgate.net/profile/Julio-Meneses2/publication/293121344_Psicometria/links/584a694408ae5038263d9532/Psicometria.pdf

Ministerio de Salud. (2017). *Documento técnico. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú.* Ministerio de Salud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf

Moroze, R., Duun, T., Holland, J., Yager, J. & Weintraubd, P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal "Orthorexia Nervosa" and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics, 56*(4), 397-403. 10.1016 / j.psym.2014.03.003

Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems. *Papeles del psicólogo, 31*(1), 57-66.

Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema, 25*(2), 151-157. http://www.psicothema.com/pdf/4093.pdf

Muñiz, J. (2018). *Introducción a la Psicometría. Teoría clásica y TRI.* Ediciones Pirámide. https://es.scribd.com/document/423397957/Muniz-Fernandez-J-Introduccion-a-la-Psicometria-Ediciones-Piramide-2018-pdf

National Eating Disorders Association. (2018). *Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios.* National Eating Disorders Association. https://www.nationaleatingdisorders.org/factores-de-riesgo-para-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria

Pérez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de

Madrid]. Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid. https://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf

Pertuz, C., Navarro, E., Laborde, C., Méndez, P. y Lasprilla, S. (2020). Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría, 49*(2), 102-108. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.005

Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri, L., Carhuancho, J. y Taype, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, *43*(4), 552-563. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2017/csp174f.pdf

Portela, M., Da Costa, H., Mora, M. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria, 27(*2), 391-401. 10.3305/nh.2012.27.2.5573

Prado, J. y Salazar, Z. (2014). Ponencia: Validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test en Costa Rica. *Revista costarricense de psicología, 33*(1), 1-17. https://www.researchgate.net/publication/264555920_Validez_y_confiabilidad_del_Eating_Attitudes_Test_en_Costa_Rica_2014

Perú 21. (2014, 11 de agosto). *Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y de anorexia en el Perú.* Perú 21. http://archivo.peru21.pe/amp/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388

Prieto, A. y Muñoz, A. (2015). Bienestar subjetivo e imagen corporal en estudiantes universitarias de Arequipa. *Scholarly Journals*, *21*(2), 321-328.

https://search.proquest.com/docview/1951022713/fulltextPDF/CF7CFD8B03D94A8BPQ/8?accountid=187086

Ramón, E., Martínez, B., Granada, J., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S. y Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp, 36*(6), 1339-1345. http://dx.doi.org/10.20960/nh.02641

Redondo, N., Graña, J. y García, V. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid. https://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf

Reichenheim, M. y Moraes, C. (2007). Operacionalización de la adaptación transcultural de los instrumentos de medición utilizados en epidemiología. *Rev Saude Publica*, *41*(4), 665-73. https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZL8GFt3jxcFfHW3HzJjnyRn/?lang=pt&format=pdf

Ritchie, H. & Roser, M. (2018). *Mental Health.* Orford Martin School. https://ourworldindata.org/mental-health#citation

Romeo, S. (2017). *Propiedades psicométricas de la Escala caregivers eating messages scale en estudiantes universitarios de Lima* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9653/Schirmer_Chauny_Propiedades_psicom%c3%a9tricas_escala1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rowe, E. (2017). Early detection of eating disorders in the general practice. *The Royal Australian College of General Practitioners, 46*(11), 833-838.

https://www.racgp.org.au/afp/2017/november/early-detection-of-eating-disorders/

Sabino, C. (2014). *El proceso de investigación*. Episteme. http://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/proceso_investigacion.pdf

Salazar, Z. y Prado, J. (2014). Análisis de la validez discriminante del Eating attitudes. Test mediante el modelo de Rasch, *Rev. Reflexiones, 94*(1), 123-135. http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/15249/Ana%CC%81lisis%20de%20la%20validez%20discriminante%20del%20Eating%20Attitudes%20Test%20mediante%20el%20modelo%20de%20Rasch.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sandoval, L. (2019). *Prevalencia y factores de riesgo desencadenantes de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de nutrición y dietética de la Pontificia Universidad Javeriana, 2019* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio de la Pontificia Universidad Javeriana. https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/43356

Serra, M. (2015). *Los trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos.* Editorial UOC. https://elibro.net/es/ereader/biblioua/57844?as_parent_theme=trastornos__alimentarios&as_parent_theme_op=unaccent__icontains&prev=as

Schirmer, M. (2017). *Propiedades psicométricas de la Escala Caregivers Eating Messages Scale en estudiantes universitarios de Lima* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú. http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/9653

Sousa, L., Soares, A., Sousa, S., Aparecida, M. y Caputo, M. (2016). Qualidades Psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. *Psicologia, Teoria e Pesquisa, 32*(3), 1-7. http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e323220

Velázquez, V., Vega, E. y Cubas, F. (2019). Frecuencias de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la Escuela de arquitectura de la Universidad César Vallejo, 2018. *In Crescendo, 10*(2), 335-347. https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/2057

Veses, A. (2015). *Factores implicados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes españoles* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid. https://eprints.ucm.es/34267/1/T36673.pdf

Vilca, D. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes del centro pre universitario Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6534/Vilca_Cotacallapa_Dianna_de_la_Flor%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN UNIVERSITARIOS DE LIMA METROPOLITANA	**Pregunta de investigación** ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana?	**Objetivo general** Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. **Objetivos específicos** 1) Identificar la validez basada en el contenido de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. 2) Analizar la validez mediante la correlación ítem-test de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. 3) Identificar la validez basada en la estructura interna del constructo de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. 4) Estimar la fiabilidad por consistencia interna de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. 5) Estimar la fiabilidad por método de dos mitades de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana. 6) Elaborar las normas percentilares de la Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios en universitarios de Lima Metropolitana.	**Hipótesis general**. H_a: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios permite obtener puntuaciones válidas y confiables en universitarios de Lima Metropolitana. **Hipótesis específicas.** H_1: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios presenta validez basada en el contenido en universitarios de Lima Metropolitana. H_2: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios presenta validez basada en la correlación ítem-test en universitarios de Lima Metropolitana. H_3: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios cuenta con evidencias satisfactorias de validez basada en la estructura interna del constructo en universitarios de Lima Metropolitana. H_4: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios posee fiabilidad por consistencia interna en universitarios de Lima Metropolitana. H_5: La Escala de actitudes y síntomas de los trastornos alimenticios presenta fiabilidad mediante el método de dos mitades en universitarios de Lima Metropolitana.

VARIABLE	METODOLOGÍA	MUESTRA	INSTRUMENTOS
Variable: Trastornos alimenticios Factores: Factor dieta; Factor bulimia y preocupación por la comida; Factor control oral	**Tipo de investigación** Fue instrumental **Diseño de Investigación** Fue no experimental	**Población** Estudiantes matriculados de las diferentes universidades de Lima Sur, Norte, Centro, Este y Oeste, de los periodos académicos 2020-2 y 2021-1, de 19 a 31 años, que cursan primer a décimo primer ciclo, de las carreras profesionales en las universidades de Lima Metropolitana. **Muestra** Estuvo conformada por 610 estudiantes universitarios.	Se utilizó la EAT-26, versión reducida por Garner et al. (1982). Constituida por 3 factores y consta de 26 ítems.

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE ACTITUDES Y SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS (EAT-26)

Garner et al. (1982)

Instrucciones

Esta es una medida de detección para ayudarlo a determinar si podría tener un trastorno alimentario que necesite atención profesional. Esta medida de detección no está diseñada para hacer algún diagnóstico de un trastorno alimentario o tomar lugar de consulta profesional. Complete el siguiente formulario de la manera más precisa, honesta y completa posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.

Complete los siguientes datos:

-Edad: -Sexo:

EAT-26	**Siempre**	**Frecuent**	**A veces**	**Casi**	**Nunca**
1.Evito comer aunque tenga hambre					
2.Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como					
3.Evito, especialmente, comer alimentos con alto contenido de carbohidratos (como: pan, arroz, papa, etc.) para no subir de peso					
4.Siento y pienso que las demás personas desean que coma más					
5.Para no subir de peso o sentirme culpable, me autoprovoco el vómito después de haber comido					
6.Me siento demasiado culpable después de comer					

7.Me preocupo por estar más delgado(a) y poder llegar a mi peso ideal					
8.Solo pienso en quemar calorías cuando hago ejercicios					
9.Las personas piensan que estoy muy delgado(a)					
10.Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo					
11.Como más lento que los demás, o me demoro más en terminar mis comidas					
12.Evito comer alimentos que contienen azúcar					
13.Consumo alimentos dietéticos (light)					
14.Siento que la comida controla mi vida					
15.Me controlo al momento de comer					
16.Siento que los demás me presionan para que coma					
17.Paso demasiado tiempo pensando en la comida					
18.Me siento culpable e incómodo(a) después de haber comido dulces					
19.Realizo y estoy comprometido(a) en hacer dietas					
20.Tengo el impulso de vomitar después de comer por miedo a subir de peso					

Anexo 3: Consentimiento informado

Saludos cordiales, mi nombre es Stefanny Silvia Huamán Obregón, estudiante del XI ciclo de la carrera de psicología. Le realizo la invitación a participar de este estudio.

Si usted acepta participar, deberá llenar una ficha de datos y completar una pequeña escala que será validada al contexto limeño, sobre trastornos alimenticios. También se le pide responder a todas las preguntas con honestidad y seriedad, recuerde que no hay respuesta mala. Es importante señalar que no existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Si usted desea, se le puede informar de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la investigación realizada.

Finalmente, se guardará la información haciendo uso de códigos, por lo que en ningún momento se le solicitará sus datos personales.