



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias  
(EAT-26) en una muestra de adolescentes escolarizados de  
Trujillo, 2022**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTORA:**

Torres Chavez, Karla Jelian Amelia (orcid.org/0000-0002-5311-8390)

**ASESOR:**

Mg. Merino Soto, César (orcid.org/0000-0002-1407-8306)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Mental

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO – PERÚ**

**2022**

## DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo incondicional, por darme la fortaleza para seguir adelante, por guiar mi camino en mi aprendizaje académico e incentivarme para alcanzar mis metas.

A mis abuelos, en especial a mi Papielmo, a quien siempre tengo presente porque confió en mí y estuvo presente en cada etapa de mi vida, orientándome a culminar mis estudios satisfactoriamente.

A mis hermanas, Diana por ser un ejemplo para mí en el ámbito profesional, y Claudia, por apoyarme en los buenos y malos momentos.

A mi Thomas, quien desde que llegó a mi vida la llenó de alegría, por acompañarme siempre en las madrugadas mientras estudiaba y quien me espera en casa para darme cariño.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, les agradezco por su apoyo incondicional, por inspirarme a ser una gran profesional.

A mi asesor César Merino, por el apoyo brindado durante el transcurso de la realización de mi tesis, ya que con su ayuda y orientación, he logrado culminar mi trabajo.

A mis amigos por estar presente en las diferentes etapas de mi vida universitaria y motivarme a luchar por mis metas e ideales.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	10
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	10
3.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN (VER ANEXO N°1).....	10
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	11
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	12
3.5. PROCEDIMIENTOS.....	13
3.6. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	14
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	14
IV. RESULTADOS.....	15
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES.....	26
VII. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	37

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	15
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	17
Tabla 4.....	18
Tabla 5.....	18
Tabla 6.....	19
Tabla 7.....	19
Tabla 8.....	19
Tabla 9.....	19
Tabla 10.....	20
Tabla 11.....	20
Tabla 12.....	20

## RESUMEN

Dentro de la presente investigación se tuvo como objetivo principal obtener evidencias de validez de los puntajes del Test de actitudes alimentarias (EAT- 26) en adolescentes escolarizados de Trujillo. El cual está compuesto por 3 factores: dieta, bulimia y preocupación por la comida; y control oral.

Se trabajó con estudiantes entre primero y quinto año de secundaria de la I.E Aroldo Reátegui Reátegui, cuyas edades oscilaron entre 12 y 17 años. Antes de aplicar el test, se examinó si el instrumento es percibido como claro y entendible por adolescentes que se obtuvieron durante una muestra piloto, estos resultados se analizaron con el coeficiente V de AIKEN cuyo resultado fue de .846.

Para investigar la estructura interna del EAT-26 se examinó el número de dimensiones que representa el constructo medido por el instrumento; para esto se aplicó un análisis paralelo. Se determinó la relación de los ítems con las dimensiones obtenidas en el paso anterior, mediante un análisis factorial semi-confirmatorio.

Se propuso un modelo reducido del instrumento conformado por 10 ítems cuya confiabilidad por consistencia interna mediante el  $\alpha$  de Cronbach fueron  $\alpha=.78$  para el F1,  $\alpha=.75$  para el F2, y  $\alpha=.72$  para F3; mientras que, mediante el coeficiente omega se obtuvo:  $\omega=.78$  para el F1,  $\omega=.795$  para el F2, y  $\omega=.72$  para F3. Por último, se estimó la asociación de los factores obtenidos con los síntomas de ansiedad y de depresión mediante la correlación de Spearman, encontrándose correlación positiva entre ambos.

**Palabras clave: EAT-26, propiedades psicométricas, validez, confiabilidad, adolescentes, escolarizados, Perú, ansiedad, depresión.**

## ABSTRACT

Within the present investigation, the main objective was to obtain evidence of validity of the scores of the Eating Attitudes Test (EAT-26) in school adolescents from Trujillo. Which is composed of 3 factors: diet, bulimia and concern for food; and oral control.

We worked with students between the first and fifth year of high school of the I.E Aroldo Reátegui Reátegui, whose ages ranged between 12 and 17 years. Before applying the test, it was examined whether the instrument is perceived as clear and understandable by adolescents that were obtained during a pilot sample, these results were analyzed with the AIKEN V coefficient whose result was .846.

To investigate the internal structure of the EAT-26, the number of dimensions represented by the construct measured by the instrument was examined; For this, a parallel analysis was applied. The relationship of the items with the dimensions obtained in the previous step was determined through a semi-confirmatory factor analysis.

A reduced model of the instrument was proposed, made up of 10 items whose reliability by internal consistency through Cronbach's  $\alpha$  was  $\alpha=.78$  for F1,  $\alpha=.75$  for F2, and  $\alpha=.72$  for F3; while, using the omega coefficient, it was obtained:  $\omega=.78$  for F1,  $\omega=.795$  for F2, and  $\omega=.72$  for F3.

Finally, the association of the factors obtained with the symptoms of anxiety and depression was estimated using Spearman's correlation, finding a positive correlation between them.

**Keywords: EAT-26, psychometric properties, validity, reliability, adolescents, school children, Peru, anxiety, depression.**

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un periodo crítico, en esta etapa, los adolescentes se encuentran en proceso de transformación en el aspecto físico, psicológico y en su interacción social, estos cambios son los que los hacen vulnerables a padecer trastornos mentales. Alrededor del mundo conforme a la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 7 adolescentes padece de alguna enfermedad mental.<sup>1</sup>

A nivel nacional de acuerdo a los estudios epidemiológicos de salud mental (EESM), el 20.7% de los habitantes mayores de 12 años sufre de algún trastorno mental.<sup>2</sup>

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas que afectan sobre todo a los adolescentes, y más frecuentemente a las mujeres. Estos están caracterizados por el descontento de la apreciación de la imagen corporal, el temor a aumentar de peso y pensamiento reiterativo con la alimentación.<sup>3</sup> Entre la población juvenil representa la tercera enfermedad crónica más común, con una incidencia del 5%, suelen coexistir con otras enfermedades mentales como son la depresión y la ansiedad.<sup>4</sup> La prevalencia mundial de TCA entre el 2000 y 2018 incrementó de un 3.5% a un 7.8%.<sup>5</sup> En Latinoamérica la tasa promedio de prevalencia es de 1.16% tanto como para anorexia como para bulimia nerviosa.<sup>6</sup> A nivel nacional, el Ministerio de salud en el 2013 encontró que los adolescentes con mayor tendencia a sufrir de problemas alimentarios se encontraban en las áreas urbanas y con una prevalencia del 6% en Lima y Callao, predominando en las mujeres, donde la bulimia y la anorexia nerviosa presentaron una prevalencia de 0.7% y 0.2% respectivamente.<sup>7</sup>

La depresión es una problemática que va en aumento, alrededor del mundo afecta a más de 280 millones de personas aproximadamente, entre ellos se calcula que afecta al 2.8% de adolescentes entre 15 y 19 años; y en 1.1% a los de 10-14 años. A nivel de Latinoamérica la prevalencia de los trastornos afectivos oscila entre 7 y 8.7%. A nivel nacional, la depresión es el trastorno mental más común en este grupo; se registra una prevalencia del

7%, siendo más común en mujeres (11%) que en los varones (3%).<sup>1,8,9,10</sup>

La ansiedad es uno de los trastornos más habituales en este grupo etario, a nivel global se calcula que alrededor del 3.6% de adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 14 años; y el 4.6% entre 15 y 19 años sufren de ansiedad. En Latinoamérica la prevalencia de los trastornos de ansiedad varía entre 9.3 y 16.1%; mientras que; en el Perú, se calcula una prevalencia de 14.9%.<sup>1,9,11</sup>

La anorexia nerviosa suele asociarse a los trastornos depresivos en el 65% de los casos; mientras que a la fobia social llamada también como trastorno de ansiedad social se relaciona en el 34%. Por otro lado, en una investigación se encontró que el 23.6% de los pacientes con bulimia nerviosa obtuvieron puntajes en rangos entre moderado-severo de depresión en la escala de Hamilton.<sup>3</sup>

El problema que se planteó en el siguiente estudio fue: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Test de actitudes alimentarias en adolescentes escolarizados en Trujillo?

El motivo de realizar la presente investigación fue por los escasos estudios locales y nacionales en cuanto a la validación del test de actitudes alimentarias, que es una herramienta utilizada en distintos países para evaluar el riesgo de padecer trastorno de conducta alimentaria, la cual ha demostrado poseer altos valores de confiabilidad y validez sobre todo en mujeres; por lo que es fundamental realizar un estudio de validez en nuestra realidad ya que los TCA afectan principalmente a los adolescentes, y suelen aparecer en esta etapa debido a todos los cambios a los que están expuestos además repercuten tanto en su salud mental como en la salud física. Los resultados de la presente investigación ayudarán a mejorar las estrategias para un abordaje integral que incluya no solo a los profesionales de salud, sino también a la familia y a los docentes, con la finalidad de disminuir esta problemática social, beneficiando al grupo escolar, que es el grupo poblacional más vulnerable.

El instrumento hasta la fecha no tiene ningún estudio de validez en



población peruana y es una práctica inadecuada, no recomendable y cuestionable pensar que los resultados de validez obtenidos en otro contexto (con base a un diferente país, diferentes características culturales, diferentes características de la muestra, y diferentes características de aplicación del instrumento) sean transferibles y generalizables a otro contexto. Más aún cuando la estructura factorial (número de dimensiones y los ítems) tienden a ser inestables de un estudio a otro. Por lo tanto, la necesidad de un estudio de validez en la población donde se pretende usar el instrumento es una condición necesaria para el EAT-26. Esta necesidad es evidente en instrumentos que miden aspectos intangibles de la conducta humana por ejemplo las actitudes, la inteligencia emocional, la ansiedad, etc.

El objetivo principal fue: - Obtener evidencias de validez de los puntajes del Test de actitudes alimentarias en adolescentes. Los objetivos específicos fueron: - Obtener evidencias de la estructura interna. - Caracterizar estadísticamente los ítems del EAT-26 respecto a sus propiedades distribucionales, sus opciones de respuesta y su asociación con variables externas (edad, sexo). - Obtener evidencias de la confiabilidad de los puntajes del EAT-26, centrada en la consistencia interna para la muestra total y submuestras. Finalmente - Obtener evidencias de asociación de otras variables mediante la correlación de las dimensiones del EAT-26 y síntomas de ansiedad y depresión.

Las hipótesis planteadas en la presente investigación fueron: Hi: La confiabilidad de las dimensiones del EAT-26 será mayor o igual a .70. Hi2: La estructura dimensional del EAT-26 será compuesta de 3 factores: dieta, bulimia y preocupación por la comida; y control oral. Hi3: Habrá relación entre las dimensiones del EAT-26 y los síntomas de ansiedad generalizada. Hi4: Habrá relación entre las dimensiones del EAT-26 y los síntomas de depresión. Hi5: Las mujeres tendrán mayores puntajes que los hombres en el EAT-26.

## II. MARCO TEÓRICO

Haddad C. et al (Líbano, 2020) realizaron la validación de una versión en árabe del EAT-26 e identificaron factores asociados; tales como, depresión, estrés, ansiedad e insatisfacción corporal, en una muestra de 811 libaneses. Encontraron un  $\alpha = .895$ , además la prevalencia de actitudes alimentarias desordenadas fue del 23,8 %. Por otro lado, las puntuaciones más altas del instrumento se asociaron significativamente con una mayor depresión ( $\beta = 0.325$ ).<sup>12</sup>

Lugo K. et al (México, 2019) evaluaron las propiedades psicométricas del EAT-26 en estudiantes que no tenían un diagnóstico clínico para TCA, su muestra estuvo compuesta por 1337 estudiantes de Tijuana, dentro de ellos, 604 hombres y 733 entre 14 y 20 años, a quienes se les aplicó el instrumento EAT-26. Entre sus resultados encontraron  $\alpha = .80$ , esta versión cuenta con 5 factores a) preocupación por la comida ( $\alpha = .82$ ), b) dieta ( $\alpha = .62$ ), c) presión social percibida ( $\alpha = .59$ ), d) anorexia ( $\alpha = .60$ ), e) atracones ( $\alpha = .66$ ). Concluyendo que el instrumento estudiado es útil para la evaluación del riesgo de TCA en adolescentes de Tijuana.<sup>13</sup>

Khaled S. et al (Qatar, 2018) evaluaron la estructura factorial y la invariancia de medición del EAT-26 en 446 mujeres árabes con rango de edad entre 17 a 40 años. En el análisis confirmatorio se encontraron 5 dimensiones: miedo a engordar  $\alpha = .84$ , control relacionado con la alimentación  $\alpha = .8$ , preocupación por la comida  $\alpha = .71$ , presión social para engordar  $\alpha = .72$ , conducta de vómito-purga  $\alpha = .8$ .<sup>14</sup>

Constaín G. et al (Colombia, 2017) validaron el EAT-26 y estudiaron su utilidad diagnóstica para la evaluación del riesgo de trastornos alimentarios en la población masculina, constó de una muestra de 21 hombres  $\geq 14$  años que cumplieron con los criterios DSM IV TR para anorexia y bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no específicos (EDNOS); y 93 varones sin TCA. En su consistencia interna global se encontró un  $\alpha = .89$ , a través del análisis factorial se determinaron 4 escalas: a) dieta-bulimia y preocupación por la comida ( $\alpha = .88$ ), b) dieta ( $\alpha = .60$ ), c) control oral- dieta ( $\alpha = .76$ ), y d) control oral-bulimia ( $\alpha = .27$ ).<sup>15</sup>

Kang Q. et al (China, 2017) investigaron la confiabilidad y validez de la versión china del EAT-26 entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes en China, se tuvo una muestra de 396 mujeres con trastornos alimentarios y 406 controles sanos sin trastornos alimentarios. El instrumento demostró poseer una buena consistencia interna ( $\alpha = 0.822-0.922$ ), fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase = 0.817) y validez convergente ( $r = 0.450-0.750$ ).<sup>16</sup>

De Sousa L. et al (Brasil, 2016) evaluaron las cualidades psicométricas del EAT-26 para adolescentes varones brasileños. La muestra estuvo compuesta por 357 jóvenes, entre 10 y 19 años. Los resultados demostraron una consistencia interna ( $\alpha > 0,88$ ), concluyeron que este instrumento tiene buenas cualidades psicométricas para el grupo estudiado.<sup>17</sup>

Rogoza R. et al (Polonia, 2016) analizaron el EAT-26 en una muestra no clínica de 616 estudiantes de secundaria y universitarios, del sexo femenino, mediante el análisis factorial confirmatorio bifactorial se encontraron 4 dimensiones: a) presión social ( $\alpha = .77$ ), b) conciencia alimentaria ( $\alpha = .82$ ), c) bulimia ( $\alpha = .70$ ), d) preocupación por la comida ( $\alpha = .86$ ). Concluyeron que el instrumento es útil para la detección de grupos de riesgo de TCA, además que es rápido y fácil de aplicar.<sup>18</sup>

McEnery F. et al (Irlanda, 2016) examinaron las propiedades psicométricas del EAT-26 en una muestra de 3033 estudiantes irlandeses, cuyas edades oscilaron entre los 12 y 18 años. Establecieron 6 dimensiones: a) Miedo a Engordar  $\alpha = .85$ ; b) Presión social para ganar peso  $\alpha = .65$ ; c) Comportamiento de vómitos y purgas  $\alpha = .48$ , d) Control relacionado a la comida  $\alpha = .55$ ; e) Preocupación por la comida  $\alpha = .65$  y f) Culpa relacionada con la comida  $\alpha = .56$ .<sup>19</sup>

Constaín G. et al (Colombia, 2014) realizaron la validación y analizaron la utilidad diagnóstica del EAT-26 para la valoración del riesgo de TCA en la población femenina, su muestra estuvo compuesta de 25 mujeres entre 15 y 25 años que cumplían con criterios según el Manual de

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) para anorexia y bulimia nerviosa; y por 111 pacientes sin TCA. El alfa de Cronbach fue de 92.1%. Mediante el análisis factorial encontraron 4 dominios: a) bulimia ( $\alpha = .89$ ), b) dieta ( $\alpha = .86$ ), c) preocupación por la comida ( $\alpha = .76$ ), y d) control oral ( $\alpha = .82$ ).<sup>20</sup>

Ahmadi S, Moloodi R, Zarbaksh M, Ghaderi A. (Irán, 2014) evaluaron la validez y confiabilidad del EAT-26 utilizando una muestra de 598 universitarias iraníes. Mediante el análisis confirmatorio demostraron que la presencia de 5 factores a) necesidad de adelgazar ( $\alpha = .92$ ), b) alimentación restringida ( $\alpha = .77$ ), c) presión social percibida para comer ( $\alpha = .86$ ), d) preocupación por la comida y control oral ( $\alpha = .77$ ), e) bulimia ( $\alpha = .76$ ); resume apropiadamente las actitudes y comportamientos alimentarios de las mujeres estudiante iraní. Además, entre sus resultados encontraron que las actitudes y comportamientos alimentarios patológicos, a excepción de la alimentación restringida estaban débilmente asociados con puntuaciones elevadas en el inventario de Beck sobre depresión y en el de ansiedad.<sup>21</sup>

En diferentes estudios revisados hay un inconsistente nivel de la confiabilidad, así como diferentes nombres asignados a las dimensiones. Otra consistencia es que se encuentran diferentes números de dimensiones. Esto implica que la confiabilidad en contexto donde no se ha investigado las propiedades psicométricas del EAT-26, puedan encontrarse altos o bajos niveles de confiabilidad. Otra implicación es que no hay seguridad del número de dimensiones que se puedan hallar, todo esto sugiere que un estudio de las propiedades psicométricas del EAT-26 es requerido en una nueva muestra.

Zila J. et al (Perú, 2022) determinaron la prevalencia y los factores de los TCA en estudiantes de medicina durante la pandemia de covid-19, tuvo una muestra de 1224 participantes a quienes se les aplicó el EAT-26 a través de un cuestionario online. Encontraron una prevalencia de 12.5%, es decir, que 1-2 estudiantes presentaron TCA. Entre los factores asociados se determinaron la preocupación por la imagen corporal,

percepción de una inadecuada alimentación, el entorno familiar entre otros.<sup>22</sup>

Jara B. (Perú, 2020) analizó las propiedades psicométricas del EAT-26 en estudiantes universitarios trujillanos de psicología, tuvo una muestra de 497 alumnos (119 hombres y 378 mujeres) cuyas edades oscilaron entre 17 y 42 años. Entre sus resultados encontró: Dieta ( $\alpha=.87$ ), Bulimiy y preocupación por la comida ( $\alpha=.55$ ) y Control oral ( $\alpha=.63$ ). Concluyendo que el EAT-26 cuenta con buenas propiedades psicométricas para ser empleada como herramienta de evaluación de TCA.<sup>23</sup>

Flores A. et al (Perú, 2019) determinaron los factores de riesgos que se encuentran asociados a los TCA en estudiantes universitarios. Su muestra estuvo compuesta por 264 estudiantes mayores de 16 años a los cuales se les aplicaron el EAT-26 y el Body Shape Questionnaire. Entre sus resultados se encontró que la prevalencia de TCA fue de 8%, además se demostró una relación entre TCA, y los siguientes factores de riesgo: actitud alimentaria, imagen corporal, autoestima y depresión.<sup>24</sup>

Ponce C. et al (Perú, 2017) determinaron la prevalencia de posible diagnóstico de trastornos alimentarios en estudiantes de medicina y sus factores relacionados, cuya muestra estuvo compuesta de 440 universitarios de medicina de primer año, a quienes se les aplicó el EAT-26. Entre sus resultados encontraron que la prevalencia de probable diagnóstico de TCA fue de 10.1%, siendo más común en mujeres que en varones, 11.3% y 8.6% respectivamente. Además, entre los factores asociados hallaron que la aversión social por la imagen corporal, la influencia de la familia sobre esta, además de la influencia de anuncios por televisión sobre productos para adelgazar fueron quienes estuvieron más relacionados con los resultados de la prevalencia encontrada.<sup>25</sup>

Lazo Y. et al (Perú, 2015) evaluaron si existía relación entre los prototipos de figura corporal presentados en los diversos medios de comunicación y el riesgo de padecer TCA en escolares adolescentes mujeres en Lima. Participaron 438 estudiantes con edades entre 12 y 17

años, emplearon el EAT-26 para medir el riesgo de TCA y el SATAQ-3 para estimar la influencia de los medios de comunicación con respecto a la apariencia de las adolescentes. Encontraron que el 13.9% presentaron riesgo de sufrir de TCA, y las escolares que presentaron mayor influencia de los medios tuvieron mayor riesgo de padecer de TCA.<sup>26</sup>

Palpan J. et al (Lima, 2007) aplicaron una investigación con el fin de evaluar los factores psicosociales tales como disfunción familiar, ansiedad, depresión y autoconcepto que están asociados a TCA en adolescentes escolarizados, participaron 180 alumnos con edades que oscilaron entre 14-18 años, emplearon el EAT-26, el cuestionario de disfunción familiar, la escala de Golberg para ansiedad y depresión, el inventario AF5 de autoconcepto. Encontraron que el 20% de varones y el 26% de mujeres presentaron TCA, además su Odds ratio indicó que tanto la ansiedad como la disfunción familiar constituyen factores de riesgo; mientras que, el autoconcepto representa un factor protector para trastornos alimentarios. Dentro de su estudio, también evaluaron las propiedades psicométricas del EAT-26, donde encontraron un  $\alpha$  de Cronbach de 0.783.<sup>27</sup>

Estos estudios no han usado versiones validadas o han tenido como referencia un estudio donde la confiabilidad del instrumento tendió a ser inaceptable. Por lo tanto, no existió una verificación de esas propiedades psicométricas para asegurar la propia interpretación del EAT-26.

Los TCA conforman un grupo de enfermedades biopsicológicas graves y multifactoriales que representan un elevado riesgo de mortalidad.<sup>28</sup> Estos trastornos mentales se caracterizan por la presencia de una conducta de la ingesta alimentaria alterada además de la manifestación de comportamientos dirigidos al control de peso corporal.<sup>3</sup> De acuerdo al DSM-5 existen 8 tipos de TCA entre los cuales encontramos: pica, trastorno de rumiación, trastorno de restricción de ingestión de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos no especificados, trastorno por atracón y, otros trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos especificados.<sup>29</sup>

Los TCA son de los trastornos más frecuentes durante la adolescencia ya que es la población que tiene mayor vulnerabilidad para su desarrollo personal y familiar. La etiopatogenia es multifactorial, están incluidos los factores genéticos tanto como los ambientales, como son las experiencias infantiles dañinas como puede ser negligencia, abuso físico y/o sexual, disfunción de los padres; o experiencias dañinas que se encuentren asociadas con la alimentación y el peso; comentarios negativos sobre la comida, presiones para adelgazar por parte de familiares, amigos.<sup>30</sup>

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por la pérdida intencional marcada de peso corporal. Existen 2 tipos: a) restrictivo con solo aversión a las comidas, y b) atracones con un evidente comportamiento de purga que incluye el auto-vómito o abuso de agentes purgantes.<sup>31</sup>

La bulimia nerviosa (BN) consiste en episodios de ingesta de alimentos exagerada durante cortos periodos de tiempo, lo que se conoce como atracones, luego de ello se produce un comportamiento purgativo mediante la utilización de laxantes, vómito o la realización excesiva de ejercicio.<sup>3, 32</sup>

En los trastornos alimentarios no especificados (EDNOS), si bien no cumplen con los criterios diagnósticos para AN o BN, se aprecia una conducta anormal en la alimentación u otras conductas encaminadas a mantener un bajo peso corporal.<sup>31</sup>

Entre las complicaciones médicas de los TCA encontramos alteraciones cardiovasculares como hipotensión y bradicardia que afectan al 80% de los pacientes. Las complicaciones gastrointestinales más frecuentes son disminución de la motilidad intestinal que a largo plazo ocasiona estreñimiento, además el abuso de laxantes ocasiona síndrome de colon catártico, estreñimiento crónico, además de pérdida de potasio y bicarbonato, lo que puede conllevar a acidosis metabólica. Mientras que los vómitos, producen pérdida de electrolitos, tales como, hidrógeno, sodio y potasio, los cuales producen alcalosis metabólica.<sup>33</sup>

Los trastornos de ansiedad y depresión son de las enfermedades mentales más prevalentes en la adolescencia. Ambos son los diagnósticos comórbidos más comunes en los TCA sobre todo en la adolescencia.<sup>34</sup>

En un estudio realizado en mujeres entre 15 a 25 años, se encontró que aquellas con trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad tenían 4 veces más probabilidades de tener un trastorno alimentario de por vida.<sup>35</sup> Mientras que, en otro estudio, se demostró que específicamente la ansiedad social comórbida a TCA dificulta los esfuerzos de recuperación, ya que la evitación de situaciones interpersonales y los temores a las evaluaciones negativas interfieren con el compromiso con el tratamiento y la construcción de una buena relación terapéutica.<sup>36</sup>

### **III.METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Tipo de investigación: Aplicada.<sup>37</sup>

Diseño de investigación: No experimental.

#### **3.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN (VER ANEXO N°1)**

##### **Actitudes alimentarias:**

Definición conceptual: las actitudes alimentarias se definen como aquellas creencias, pensamientos, sentimientos y comportamientos que se encuentran relacionados con los alimentos, que influyen en las elecciones de estos y como consecuencia repercuten en la salud de las personas.<sup>38</sup>

Definición operacional: puntajes obtenidos en el test de actitudes alimentarias.

Indicadores: compuesto por 26 ítems, donde un puntaje  $\geq 20$  se define como riesgo de padecer TCA.

Escala de medición: Ordinal



### 3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población: adolescentes escolarizados entre los 12 y los 17 años 11 meses.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes cuyos padres aceptaron que participen en la investigación.
- Adolescentes que hayan respondido de manera completa y correcta los cuestionarios; y que hayan aceptado formar parte de esta investigación de forma voluntaria.
- Adscritos en la institución educativa Aroldo Reátegui Reátegui.

Criterios de exclusión:

- Un número grande de ausencia de respuestas a las preguntas del EAT-26
- Alumnos cuyos padres no hayan aceptado que participen en la investigación
- Alumnos mayores de 18 años

Muestra: adolescentes escolarizados

Tamaño de muestra: 288

De acuerdo Lloret S. et al, mencionan que por regla general el tamaño de muestra aceptable es de 200 personas, mientras que por la “regla de los 10” la cual consiste en que la muestra debe ser 10 veces mayor que la cantidad de ítem.<sup>39</sup> Mundfrom et al recomienda que el tamaño mínimo de muestra para la realización de análisis factorial debe incluir de 3 a veces el número de variables por lo que los rangos varían de 100 hasta 1000 personas.<sup>40</sup>

Muestreo: no probabilístico, intencional

Unidad de análisis: respuestas de los participantes

Unidad de muestreo: aulas de adolescentes participantes

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Test de actitudes alimentarias

Procedimiento: presencial, monitoreado

Instrumento: EAT-26

El Test de actitudes alimentarias (Eating Attitudes Test-26, EAT-26) fue creado originalmente en 1982 por Garner et al <sup>41</sup>, existe una versión validada al español, aplicable en adolescentes desarrollada en 2003 por Garandillas et al. Este instrumento consta de 26 ítems para las dimensiones: Dieta (D) conformado por 13 ítems sobre actitudes evitativas de alimentos que ocasionen aumento de peso corporal y preocupación por delgadez, Bulimia y preocupación por la comida (B) constituido por 6 ítems que abarcan sobre las conductas bulímicas como los atracones y vómitos, y pensamientos acerca de comida; y Control Oral (CO) conformado por 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert, presenta 6 opciones de respuesta que van desde “nunca” a “siempre”. Los ítems del 1 al 24, y el 26 se puntúan en dirección favorable (“Siempre” = 3, “Casi siempre” = 2, “A veces” = 1, “Casi nunca” y “Nunca” = 0). Solamente el ítem 25 se puntúa en dirección contraria (“Nunca” = 3, “Casi nunca” = 2, “A veces” = 1, “Casi siempre” y “Siempre” = 0). El test presenta 88,9% de sensibilidad y 97,7% de especificidad, resultando eficaz para el cribado de TCA.<sup>42</sup>

Instrumento: PHQ-2

El Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) está compuesto por 2 ítems, los cuales evalúan los aspectos emocionales y cognitivos que se encuentran relacionados con la depresión, cada pregunta cuenta con 4 opciones de respuesta, las cuales van desde “para nada” hasta “casi todos los días”.<sup>43</sup> En un estudio internacional realizado por Richardson L. et al se examinó la validación del

cuestionario en adolescentes, donde definieron valores  $\geq 3$  como punto de corte, los cuales obtuvieron sensibilidad del 74% y especificidad del 75% para detectar trastorno de depresión en adolescentes.<sup>44</sup> En Perú, Merino et al, emplearon este instrumento en estudiantes universitarios y obtuvieron una confiabilidad aceptable de  $\alpha=0.75$ .<sup>45</sup> Además, en otro estudio realizado por Caycho et al en Perú se encontró un valor de confiabilidad de 0.73.<sup>46</sup>

Instrumento: GAD-2

El Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2) está constituido por 2 preguntas las cuales exploran las conductas ligadas con la exteriorización emocional y cognitiva de la ansiedad generalizada, cada una cuenta con 4 opciones de respuesta las cuales van desde “para nada” hasta “casi todos los días”. El punto de corte para identificar posibles casos de trastorno de ansiedad generalizada es 3 puntos. Este instrumento tiene una sensibilidad del 86 % y una especificidad del 83% para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.<sup>47</sup> Es considerado una medida de cribado breve y fiable. Staples L. et al encontraron una confiabilidad de 0.81 en adolescentes.<sup>48</sup> Merino et al, emplearon en Perú este instrumento en estudiantes universitarios y obtuvieron una confiabilidad de  $\alpha=0.73$ .<sup>45</sup>

### 3.5. PROCEDIMIENTOS

Se solicitará el permiso a la institución educativa, la cual estará dirigida al director de la institución para poder realizar la investigación en los estudiantes de primero a quinto de secundaria, luego se procederá a solicitar la autorización a los padres para que sus hijos participen dentro de la investigación. Una vez se cuente con la autorización, se aplicará el instrumento a los alumnos y antes de finalizar la encuesta se verificará que todas las casillas estén llenas. Por último, se agradecerá a los participantes por su apoyo brindado.

### 3.6. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

Validez de contenido: se examinará si el instrumento es percibido como claro y entendible por parte de los participantes. Los resultados de estos, se analizarán con el coeficiente V de AIKEN<sup>49</sup>, junto con sus intervalos de confianza para determinar la significancia estadística del valor obtenido. El punto de corte para determinar una claridad aceptable es  $\geq .60$ .<sup>50</sup>

Validez de la estructura interna: Primero, se examinará el número de dimensiones que representa el constructo medido por el EAT-26; para esto se aplicará un análisis paralelo. Segundo, se determinará la relación de los ítems con las dimensiones obtenidas en el paso anterior, mediante un análisis factorial semi-confirmatorio. En este análisis la ubicación de los ítems en sus factores esperados será corroborado. Tercero, la confiabilidad por consistencia interna se estimará mediante del coeficiente alfa. Cuarto, se estimará la asociación de los factores obtenidos con variables externas como el sexo, la edad, síntomas de ansiedad y de depresión. Finalmente, se obtendrán estadísticos descriptivos según el sexo, la edad y grado de estudio.

### 3.7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo se ejecutará de acuerdo a las normas éticas, conforme la declaración de Helsinki. Se considerará el principio 10, donde indica que en la investigación médica es responsabilidad del galeno salvaguardar la vida, salud, intimidad y el honor del ser humano. Por otro lado, el principio 21, afirma que debe mantenerse el respeto a la protección de la integridad de los investigados. Debe considerarse precauciones para preservar el anonimato e intimidad de las personas estudiadas. Además, se hará uso del consentimiento informado, que manifiesta libremente la aceptación de participar en un estudio. Se entregará resultados para aquellos participantes que lo soliciten.<sup>51</sup>

#### IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Evaluación de la claridad de los ítems: coeficiente V

	V	Inf	Sup
eat1	.857	.852	.863
eat2	.893	.888	.897
eat3	.840	.834	.845
eat4	.803	.796	.808
eat5	.875	.870	.880
eat6	.768	.761	.774
eat7	.823	.817	.828
eat8	.875	.870	.880
eat9	.785	.779	.791
eat10	.875	.870	.880
eat11	.857	.852	.863
eat12	.840	.834	.845
eat13	.768	.761	.774
eat14	.875	.870	.880
eat15	.893	.888	.897
eat16	.803	.796	.808
eat17	.823	.817	.828
eat18	.875	.870	.880
eat19	.893	.888	.897
eat20	.875	.870	.880
eat21	.910	.906	.914
eat22	.840	.834	.845
eat23	.893	.888	.897
eat24	.803	.796	.808
eat25	.857	.852	.863
eat26	.803	.796	.808
Gad1	.928	.923	.931
Gad2	.875	.870	.880
Phq1	.893	.888	.897
Phq2	.893	.888	.897
EAT			
M	0.846	0.841	0.851
Md	0.857	0.852	0.863
SD	0.041	0.042	0.041
Min	0.768	0.761	0.774
Max	0.910	0.906	0.914

Tabla 2.

**Descripción de la muestra**

	N	%	
<b>Sexo</b>			
H	140	48.61	
M	148	51.39	
<b>Edad</b>			
12	17	5.90	
13	82	28.47	
14	40	13.89	
15	58	20.14	
16	53	18.40	
17	38	13.19	
<b>Grado de instrucción</b>			
1° secundaria	67	23.26	
2° secundaria	59	20.49	
3° secundaria	52	18.06	
4° secundaria	58	20.14	
5° secundaria	52	18.06	
<b>Convivencia familiar</b>			
Ambos padres	166	57.64	
Mamá	77	26.74	
Papá	21	7.29	
Hermanos	18	6.25	
Otros familiares (tíos, abuelos)	6	2.08	
<b>Percepción de calidad de alimentación</b>			
Mala	26	9.03	
Aceptable	64	22.22	
Buena	99	34.38	
Muy buena	51	17.71	
Excelente	48	16.67	
<b>GAD-2</b>			
≥3	134	46.53	
	H	M	
	47	87	35.08% 64.92%
<3	154	53.47	
<b>PHQ-2</b>			
≥3	125	43.40	
	H	M	
	44	81	35.2% 64.8%
<3	163	56.60	
TOTAL	288	100%	

Tabla 3.

Matriz target para la rotación factorial

	Tres factores		
	F1	F2	F3
EAT01 +	X	0	0
EAT06 +	X	0	0
EAT07 +	X	0	0
EAT10 +	X	0	0
EAT11 +	X	0	0
EAT12 +	X	0	0
EAT14 +	X	0	0
EAT16 +	X	0	0
EAT17 +	X	0	0
EAT22 +	X	0	0
EAT23 +	X	0	0
EAT24 +	x	0	0
EAT25 -	X	0	0
EAT03 +	0	X	0
EAT04 +	0	X	0
EAT09 +	0	X	0
EAT18 +	0	X	0
EAT21 +	0	X	0
EAT26 +	0	X	0
EAT02 +	0	0	X
EAT05 +	0	0	X
EAT08 +	0	0	X
EAT13 +	0	0	X
EAT15 +	0	0	X
EAT19 +	0	0	X
EAT20 +	0	0	x

Tabla 4.

Resultados: matriz rotada y coeficientes de congruencia (Modelo de tresfactores)

	F1	F2	F3	Congruencia	Selección
EAT01 +	<b>0.598</b>	0.331	-0.292	0.805	
EAT06 +	<b>0.789</b>	-0.519	0.212	0.816	
EAT07 +	<b>0.816</b>	-0.459	0.200	0.852	*
EAT10 +	0.331	0.538	0.013	0.523	
EAT11 +	<b>0.676</b>	0.321	-0.296	0.840	
EAT12 +	<b>0.748</b>	0.062	-0.251	<b>0.945</b>	
EAT14 +	0.496	0.387	-0.156	0.766	
EAT16 +	<b>0.825</b>	-0.335	0.100	0.921	*
EAT17 +	<b>0.834</b>	-0.345	0.158	0.910	*
EAT22 +	<b>0.509</b>	0.117	0.021	<b>0.974</b>	
EAT23 +	<b>0.855</b>	-0.182	-0.005	<b>0.978</b>	*
EAT24 +	0.344	0.429	0.090	0.617	
EAT25 -	<b>0.569</b>	-0.102	0.067	<b>0.978</b>	
EAT03 +	0.262	0.366	-0.015	0.812	
EAT04 +	0.235	<b>0.518</b>	-0.046	0.908	*
EAT09 +	-0.007	0.438	0.318	0.809	*
EAT18 +	0.186	0.337	0.142	0.822	
EAT21 +	-0.021	0.350	0.108	<b>0.954</b>	
EAT26 +	0.098	0.492	0.261	0.870	*
EAT02 +	0.358	0.408	0.101	0.183	
EAT05 +	0.457	-0.054	0.259	0.491	
EAT08 +	-0.091	0.151	<b>0.686</b>	<b>0.969</b>	*
EAT13 +	-0.273	0.183	<b>0.524</b>	0.847	*
EAT15 +	0.083	0.278	0.258	0.665	
EAT19 +	0.182	-0.353	0.091	0.225	
EAT20 +	-0.045	0.288	<b>0.529</b>	0.876	*
	F1	F2	F3	Total	
Congruencia	.792	.572	.695	.708	

Tabla 5.

Correlación entre los factores

	F1	F2	F3
F1	1		
F2	.706	1	
F3	.502	.424	1



Tabla 6.

Resultados del análisis factorial: EAT-breve

	F1	F2	F3	Congruencia
EAT07 +	<b>0.610</b>	-0.015	0.012	1.000
EAT16 +	<b>0.665</b>	-0.077	0.098	0.983
EAT17 +	<b>0.756</b>	-0.001	-0.000	1.000
EAT23 +	<b>0.745</b>	0.033	-0.057	0.996
EAT04 +	0.214	<b>0.513</b>	-0.095	0.910
EAT09 +	-0.085	<b>0.831</b>	0.042	0.994
EAT26 +	0.051	<b>0.819</b>	0.029	0.997
EAT08 +	0.079	0.045	<b>0.648</b>	0.990
EAT13 +	-0.156	-0.095	<b>0.775</b>	0.973
EAT20 +	0.119	0.088	<b>0.612</b>	0.972
	F1	F2	F3	Total
Congruencia	.972	.972	.986	.976

Tabla 7.

Correlación entre los factores

	F1	F2	F3	
F1	1			
F2	.499	1		
F3	.380	.436	1	

Tabla 8.

Confiabilidad

	Alfa	Omega
F1 (4 ítems)	.781	.787
F2 (3 ítems)	.756	.795
F3 (3 ítems)	.722	.723

Tabla 9.

Correlación con ansiedad, depresión y factores

	F1	F2	F3
GAD_total	.267**	.427**	.326**
PHQ_total	.321**	.411**	.322**

Nota. correlaciones Spearman. \*\*p < .01

Tabla 10.

Correlación con edad

Correlaciones					
Coeficiente de correlación					
		F1	F2	F3	Edad
Rho de Spearman	F1	1.000	.350**	.262**	.066
	F2	.350**	1.000	.267**	.035
	F3	.262**	.267**	1.000	-.017
	Edad	.066	.035	-.017	1.000

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 11.

Diferencia de sexo en el EAT-26

	Mujer		Hombre		t	sig	Dirección
	M	DE	M	DE			
F1	3.08	3.01	2.37	2.31	2.244	.026	Mujer > hombres
F2	1.621	2.15	.42	.95	6.123	.000	Mujer > hombres
F3	2.52	2.73	1.30	1.69	4.545	.000	Mujer > hombres

Tabla 12.

Correlación con calidad de alimentación

	Calidad de alimentación
F1	-.185**
F2	-.294**
F3	-.125*

## V. DISCUSIÓN

Antes de aplicar el instrumento a los estudiantes de secundaria se examinó si el instrumento era percibido como claro y entendible por parte de una muestra piloto la cual estuvo conformada por 15 adolescentes cuyas edades oscilaron entre 13 y 17 años. Los resultados de estos, se analizaron mediante el coeficiente V de AIKEN, siendo el punto de corte para determinar una claridad aceptable  $\geq .60$ .<sup>49</sup> En la Tabla 1, los valores del V de AIKEN de los ítems del EAT26 oscilaron entre .768 y .910; los ítems del GAD2 obtuvieron resultados de .875 y .928; mientras que, en los ítems del PHQ2 se encontraron valores de .893; por lo que se concluye que los instrumentos aplicados son entendibles para la población estudiada.

En la tabla 2 podemos observar los datos demográficos obtenidos en el cuestionario aplicado, la muestra estuvo conformada por 288 escolarizados entre 12 y 17 años, el 48.61% fueron varones y 51.39% fueron mujeres. Se encontró que el 64.92% de los 134 participantes que presentaron puntajes  $\geq 3$  en el GAD-2 fueron las mujeres; mientras que, el 35.08% restante fueron hombres. Por otro lado, 64.8% de los 125 escolares que presentaron puntajes  $\geq 3$  en el PHQ-2 de igual manera fueron las mujeres; entretanto, el 35.2% fueron los varones. En cuanto a la percepción de los estudiantes sobre su calidad de alimentación, 26 de ellos refirieron poseer una mala calidad de alimentación, 64 una calidad aceptable, 99 una buena calidad, 51 una calidad muy buena, y por último el 48 restante percibió tener una excelente calidad en su alimentación.

Se hizo un análisis factorial semi-confirmatorio (AFSM; Browne, 1972).<sup>52</sup> Este análisis es una manera intermedia entre un enfoque exploratorio (análisis factorial exploratorio; AFE) y uno confirmatorio (análisis factorial confirmatorio, AFC). El método consiste en especificar una hipótesis de cómo se relacionan los ítems con las dimensiones esperadas a pertenecer, y con las dimensiones no esperadas. El AFSM hace una rotación, como en un AFE, para mejorar la interpretación de los resultados factoriales. El primer paso de este método es construir una

matriz target, o matriz de ubicación de los ítems en sus factores esperados, el segundo paso es obtener un resultado factorial no rotado, y el tercer paso es rotar los resultados del paso 2 hacia la matriz target. En la Tabla 2 aparecen la matriz target para el modelo de tres factores (xxx, xxx, xx), según como originalmente se construyó el instrumento (Garner et al, 1942).<sup>41</sup> Las “x” representan la ubicación de los ítems en su factor esperado, y los “0” indican el valor hacia donde la rotación acercará el resultado (es decir, hacia el valor cero). Para evaluar si el resultado factorial se ajusta con las hipótesis de la matriz target, se utilizó el coeficiente de congruencia factorial phi (Tucker, 1951)<sup>53</sup>, en el nivel de los ítems, de cada factor, y del resultado total. Este coeficiente phi mide el grado de similaridad, y va de 0.0 a 1.0. Para la interpretación (Lorenzo & ten Berge, 2006)<sup>54</sup>, el coeficiente phi entre .85 a .94 indican aceptable similaridad, y valores iguales o mayores a .95 indican que ambos factores comparados pueden considerarse iguales. Los resultados factoriales se obtuvieron mediante el programa Factor (Ferrando & Lorenzo, 2017)<sup>55</sup>, y la confiabilidad mediante el programa JAMOV (The jamovi Project, 2022).<sup>56</sup> La interpretación de cada factor, se observarán las cargas factoriales, las cuales deben ser iguales o mayores a .50 para un adecuado ajuste del ítem en su factor, y valores cercanos a cero o debajo de .10 en los otros factores.

En el modelo de tres factores: Factor 1 (Dieta), Factor 2 (Bulimia y preocupación por la comida) y Factor 3 (Control oral); aunque hay cargas factoriales encima de .50 en los factores esperados, también hay cargas factoriales menos de .40. En la Tabla 4 aparecen los resultados, donde las cargas en negrita indican los ítems que cumplen con el criterio > .50. El F1 tiene varios ítems que cumplen este criterio, pero el resto de los factores tienen menos de la mitad de ítems que cumplen con el criterio. Los coeficientes de congruencia phi (en la última fila de la Tabla 4) indican que apenas hay 6 ítems que ajustan bien con la matriz target (en negrita), mientras que una cantidad es aceptablemente similar y otra cantidad puede considerarse disimilar. Este resultado sugiere que el instrumento no se ajusta al modelo como originalmente fue construido, y

no representa adecuadamente las dimensiones teóricas. Esto también está respaldado por los coeficientes de congruencia en el nivel de cada factor y de los resultados totales (ver última fila de la Tabla 4).

En la Tabla 5 se muestra las correlaciones lineales entre los tres factores. Se observa que hay correlaciones altas entre F1 y F2, indicando posible traslape de contenido. Este resultado no es recomendable para un instrumento que mide factores relacionados pero distintos. Entre los factores F1 y F3, la correlación es moderadamente alta, mientras que entre F2 y F3 la correlación es moderada y sugiere independencia entre ambos. Estos resultados también fortalecen la conclusión que el modelo original del instrumento no se ajusta apropiadamente, y se requiere una modificación del instrumento.

En base a los resultados previos, se propone un modelo de tres factores reducidos, para lo cual, se seleccionaron los ítems que tuvieran: a) las más altas cargas factoriales en su factor, b) altos coeficientes de congruencia (al menos .90 o más), y c) las menores cargas factoriales en los otros factores no intentados para medir. Entonces se seleccionaron los ítems marcados con asterisco en la columna "Selección", de la Tabla 4: 7, 16, 17 y 23 para el factor 1; 4, 9 y 26 para el factor 2; 8, 13 y 20 para el factor 3. Nuevamente se analizó el modelo con la versión reducida de 10 ítems, y los resultados se presentan en la Tabla 6. En negrita se resaltan los ítems en sus factores esperados, que son  $> .50$  en cada factor. Las cargas factoriales en los factores no hipotetizados están cerca de cero, e indican que los ítems son suficientemente independientes de otros factores, excepto el propio factor. A diferencia de los resultados iniciales presentados en las Tablas 4 y 5, los coeficientes de congruencia son uniformemente altos ( $> .96$ ), y las cargas factoriales también similares. En la Tabla 7 se muestra que las correlaciones entre los factores no superaron el valor .51, y variaron entre .380 y .499. Este rango de valores indica que los factores son moderadamente independientes, y que guardan asociaciones que teóricamente son interpretables. Estas correlaciones son similares, y se diferencian de los resultados iniciales, presentados en la Tabla 5.

La confiabilidad de cada factor fue estimada mediante el coeficiente alfa y omega. En el presente estudio se obtuvo mediante el alfa de Cronbach los siguientes resultados para los factores: Dieta (F1)  $\alpha = .781$ , Bulimia y preocupación por la comida (F2)  $\alpha = .756$ , Control oral (F3)  $\alpha = .722$ . Mientras que, mediante el coeficiente omega se obtuvieron las siguientes confiabilidades: F1  $\omega = .787$ , F2  $\omega = .795$ , F3  $\omega = .723$ . Estos valores pueden considerarse altos dado el pequeño número de ítems en cada factor. (ver Tabla 8).

En la versión original de Garner et al (1982) se obtuvieron puntajes de confiabilidad para factor Dieta  $\alpha = .86$ , Bulimia y preocupación por la comida  $\alpha = .61$  y Control oral  $\alpha = .46$ .<sup>41</sup> En la versión en castellano del instrumento realizado por Garandillas et al (2003) se encontraron valores de  $\alpha = .88$  para el F1,  $\alpha = .77$  para el F2,  $\alpha = .79$  para el F3.<sup>42</sup> Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren de los reportados en el estudio de Jara (2020) donde se encontraron confiabilidades por debajo del valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach en los factores Bulimia y preocupación por la comida  $\alpha = .55$  y Control oral  $\alpha = .63$ , aunque cabe recalcar que la muestra estudiada fueron estudiantes universitarios.<sup>23</sup>

Para evaluar si existía relación entre los factores del EAT-26 y los puntajes obtenidos en el GAD2 y PHQ2, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Para la interpretación (Martínez & Campos, 2015), este coeficiente va de +1 a -1 según la correlación sea positiva (relación directa), negativa (relación inversa) o cero (que indica correlación nula). En la tabla 9, mediante la correlación de Spearman en cuanto a los puntajes obtenidos en el GAD-2 se encontró correlación positiva baja entre F1 y los síntomas de ansiedad, al igual que para el F3; mientras que, para el F2 se obtuvo una correlación positiva moderada. Por otro lado, se encontró correlación positiva baja entre F1 y los síntomas de depresión, de la misma manera que para el F3, por último, para el F2 hubo correlación positiva moderada. Los resultados obtenidos en la presente investigación se distinguen del estudio realizado por Ahmadi et al (2014)<sup>21</sup>, quienes encontraron que de sus 4

de sus 5 cargas factoriales presentaban débil asociación con puntajes elevados obtenidos en el inventario de Beck de depresión y en el de ansiedad; mientras que, los resultados mostrados el estudio de Haddad C. et al (2020) se asemejan más al presente trabajo ya que encontró una asociación significativa entre las puntuaciones más altas del EAT-26 con puntuaciones altas de la escala de depresión de Hamilton.<sup>12</sup>

Se correlacionó los factores del instrumento con la edad, encontrándose una correlación positiva con los F1 y F2, mientras que, con el F3, presenta una correlación negativa, tal y como se muestra en la tabla 10.

En la tabla 11, se observa una diferencia significativa en cuanto al sexo, esto quiere decir que fueron las mujeres quienes obtuvieron mayores puntuaciones en los ítems del instrumento comprendido en los 3 factores. Además, mediante la prueba de Levene de igualdad de varianzas, se encontró en la significancia estadística valores menores de .05 por lo que no se asumen varianzas iguales.<sup>58</sup>

Finalmente, en la tabla 12 se demuestra que, a mayor puntaje obtenido en cada factor del instrumento, se encontró que los estudiantes percibieron menor calidad de su alimentación.

## VI. CONCLUSIONES

- La validación de contenido del instrumento del Test de actitudes alimentarias (EAT-26), se obtuvo mediante el coeficiente V de Aiken cuyo valor fue de .84, lo cual le confiere una adecuada validez.
- El análisis de la estructura interna del EAT-26, demostró la presencia de 3 factores: F1 (Dieta), F2 (Bulimia y preocupación por la comida) y F3 (Control oral).
- El análisis de la estructura factorial del EAT-26 indicó que el instrumento no se ajusta al modelo original construido, y no mostró adecuadamente las dimensiones teóricas.
- La versión reducida de 10 ítems, demostró que las cargas factoriales de los ítems en sus factores esperados fueron  $> 0.50$ ; es decir, cada ítem es suficientemente independiente de otros factores, excepto del propio factor a que pertenece.
- La evaluación de confiabilidad interna a través de Alfa de Cronbach mostró un valor de .78 para el F1, .75 para el F2, y .72 para F3; lo cual permite afirmar que el instrumento tiene adecuada consistencia interna.
- La evaluación de confiabilidad interna a través de omega mostró un valor de .78 para el F1, .795 para el F2, y .72 para F3; lo cual permite afirmar que el instrumento tiene adecuada consistencia interna.
- Los síntomas de ansiedad y depresión se correlacionaron con los tres factores del instrumento.



## **VII. RECOMENDACIONES**

- Aplicar la versión reducida del instrumento (EAT-10) a la muestra estudiada en la presente investigación, con la evaluación conjunta de un especialista, psiquiatra, para establecer un nuevo punto de corte para el instrumento con las nuevas puntuaciones obtenidas.
- Desarrollar nuevas investigaciones EAT-10, ya que demostró poseer valores adecuados de confiabilidad y adecuada consistencia interna.
- Realizar más estudios psicométricos del EAT-10, con muestras más amplias a la empleada en la presente investigación, con la finalidad de generar e incrementar sus evidencias de validez y confiabilidad en adolescentes.
- Presentar los datos obtenidos a partir del estudio, a las autoridades de la institución analizada, de esta manera, se podrá llevar a cabo adecuadas acciones de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad y depresión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Salud mental del adolescente (Página web). WHO; 2021 (citado 4 de mayo del 2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018 (RM N° 935 – 2018/ MINSa). Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (citado 10 de junio del 2022). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
3. Bermúdez L, Chacón M, Rojas D. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Rev Med Sinerg [Internet]. 2021 (citado 10 de junio del 2022); 6(8). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/753/1368>
4. López C, Treasure D. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev. Med. Clin [Internet]. Condes. 2011 (citado el 5 de mayo del 2022); 22(1) 85 – 97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703960>
5. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci M. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr [Internet]. 2019 (citado el 5 de mayo del 2022); 109(5):1402-1413. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/#:%7E:text=Results%3A%20I n%2094%20studies%20with,0.3%2D0.9%25\)%20for%20men](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/#:%7E:text=Results%3A%20I n%2094%20studies%20with,0.3%2D0.9%25)%20for%20men)
6. Zerpa CE, Ramírez A. Prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes de Caracas: 2012 vs. 2018. Revista Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2020 (citado el 5 de mayo del 2022); 19 (2): 9-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2020/spn202b.pdf>
7. Ministerio de Salud. Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Lima. 2017 (citado 7 de mayo del

- 2022). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
8. Organización mundial de la salud. Depresión (Página web). WHO; 2021 (citado 4 de mayo del 2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  9. Organización panamericana de la salud. La salud mental en la región de las Américas (Página web). PAHO; 2017 (citado 4 de mayo del 2022). Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html>
  10. Navarro JS, Moscoso M, Calderón G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. Liberabit [Internet]. 2017 (citado el 5 de mayo del 2022); 23(1), 57-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v23n1/a05v23n1.pdf>
  11. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 (citado el 15 de mayo del 2022); 31(1):39-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a06v31n1.pdf>
  12. Haddad C, Khoury C, Salameh P, Sacre H, Hallit R, Kheir N, et al. Validation of the Arabic version of the Eating Attitude Test in Lebanon: a population study. Public Health Nutrition [Internet]. 2020 (citado el 20 de octubre del 2022); 24(13):4132-4143. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7BEEAF526BAA284ED2D1085EF9106C25/S1368980020002955a.pdf/validation-of-the-arabic-version-of-the-eating-attitude-test-in-lebanon-a-population-study.pdf>
  13. Lugo K, Pineda G. Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. Rev. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología I [Internet]. 2019 (citado el 29 de mayo del 2022); 19(2):1-11. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3141/2701>
  14. Khaled S, Kimmel L, Le Trung K. Assessing the factor structure and measurement invariance of the eating attitude test (EAT-26) across language and BMI in young Arab women. Journal of Eating Disorders

- 2018 (citado el 20 de octubre del 2022); 6(14). Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s40337-018-0199-x.pdf?pdf=button>
15. Constaín G, Rodríguez M, Ramírez G, Gómez G, Mejía L, Cardona J. 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. Rev Aten Primaria [Internet]. 2017 (citado el 29 de mayo del 2022); 49(4): 206-213. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875980/>
  16. Kang Q, Chan R, Li X, Arcelus J, Yue L, Huang J, et al. Psychometric Properties of the Chinese Version of the Eating Attitudes Test in Young Female Patients with Eating Disorders in Mainland China. Eur Eat Disorders Rev [Internet]. 2018 (citado el 20 de octubre del 2022). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/erv.2560>
  17. De Sousa L, Soares A, De Sousa S, Aparecida M, Caputo M. Qualidades Psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2016 (citado el 30 de mayo del 2022); 32(3): 1- 7. Disponible en: <http://old.scielo.br/pdf/ptp/v32n3/1806-3446-ptp-e323220.pdf>
  18. Rogoza R, Brytek A, Garner D. Analysis of the EAT-26 in a non-clinical sample. Arch Psych Psych [Internet]. 2016 (citado el 20 de octubre del 2022); 18(2):54-58. Disponible en: [https://www.archivespp.pl/pdf63647-80150?filename=Analysis%20of%20the%20EAT\\_26%20in.pdf](https://www.archivespp.pl/pdf63647-80150?filename=Analysis%20of%20the%20EAT_26%20in.pdf)
  19. McEnery F, Fitzgerald A, McNicholas F, Dooley B. Fit for Purpose, Psychometric Assessment of the Eating Attitudes Test-26 in an Irish Adolescent Sample. Eating Behaviors [Internet]. 2016 (citado el 20 de octubre del 2022); 23: 52-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015316301556>
  20. Constaín G, Ramírez C, Rodríguez M, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. 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. Rev Aten Primaria [Internet]. 2014 (citado el 29 de

- mayo del 2022); 46(6): 283-289. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81936094.pdf>
21. Ahmadi S, Moloodi R, Zarbaksh M, Ghaderi A. Psychometric properties of the Eating Attitude Test-26 for female Iranian students. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2014 (citado el 21 de octubre del 2022); 19: 183-189. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-014-0106-7>
  22. Zila JP, Grados P, Regalado KM, Luna C, Sierra G, Díaz M. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2022 (citado el 21 de octubre del 2022). Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0034745022000853?token=05ED8E8F4B8E4888F6D3652D41A7C60D3463A02FF0145FBE5F43F49F5522EFD7F96CEE5334E7CC4912F3DE7FCB0319AE&originRegion=us-east-1&originCreation=20221016230228>
  23. Jara B. Propiedades Psicométricas del Cuestionario Actitudes ante la Alimentación en Estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo [Tesis de pregrado]. Perú; 2020. Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6419/1/RE\\_PSICOL\\_BRIGITTE.JARA\\_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6419/1/RE_PSICOL_BRIGITTE.JARA_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf)
  24. Flores K, Arenas K, Franco L, Huallpa K, Tacuri B, Pérez J. Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, 2019. *Rev Yachay Pediatr* [Internet]. 2019 (citado el 30 de mayo del 2022); 8(1): 550-552. Disponible en: <https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/Yachay/article/view/138/172>
  25. Ponce C, Turpo K, Salazar C, Viteri L, Carhuancho J, Taype A. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2017. (citado el 30 de mayo del 2022); 43(3): 552- 563. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/824/956>
  26. Lazo Y, Quenaya A, Mayta P. Influencia de los medios de comunicación

- y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015 (citado el 30 de mayo del 2022); 113(6):519-525. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n6/v113n6a11.pdf>
27. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. Psychology International [Internet]. 2007 (citado el 30 de mayo del 2022); 18(4): Disponible en: <https://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>
  28. Ayuzo N, Covarrubias J. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2019 (citado el 5 de junio del 2022); 86(2): 80- 86. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmp/v86n2/0035-0052-rmp-86-03-80.pdf>
  29. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 (citado el 5 de junio del 2022); 91(5): 784-793. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v91n5/0370-4106-rcp-rchped-vi91i5-1534.pdf>
  30. Mora F, Alvarez M, Fernandez S, Ortega M, Feliz M, Morales I, et al. Psychosocial Factors in Adolescence and Risk of Development of Eating Disorders. Nutrients [Internet]. 2022 (citado el 5 de junio del 2022); 14(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35406094/>
  31. Tsuboi K. Eating Disorders in Adolescence and their Implications. JMAJ [Internet]. 2005 (citado el 5 de junio del 2022); 48(3): 123-129. Disponible en: [https://www.med.or.jp/english/pdf/2005\\_03/123\\_129.pdf](https://www.med.or.jp/english/pdf/2005_03/123_129.pdf)
  32. Cipatli N, Covarrubias J. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2019 (citado el 5 de junio del 2022); 86(2): 80- 86. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmp/v86n2/0035-0052-rmp-86-03-80.pdf>
  33. Muñoz T, Argente J. Trastornos del comportamiento alimentario. Asociación Española de Pediatría (AEPED) [Internet]. 2019 (citado el 5 de junio del 2022); 1: 2950-306. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19\\_trastornos.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_trastornos.pdf)

34. Sander J, Moessner M, Bauer S. Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 (citado el 10 de junio del 2022); 18(5): 2779. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7967486/#B11-ijerph18-02779>
35. García S, Mikhali M, Keel P, Burt A, Neale M, Boker S, et al. Increased Rates of Eating Disorders and their Symptoms in Women with Major Depressive Disorder and Anxiety Disorders. *Int J Environ* [Internet]. 2020 (citado el 10 de junio del 2022); 53(11): 1844-1854. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7669595/>
36. Smith K, Mason T, Leonard R, Wetterneck C, Smith B, Farrel N, et al. Affective Predictors of the Severity and Change in Eating Psychopathology in Residential Eating Disorder Treatment: The Role of Social Anxiety. *Eat Disord* [Internet]. 2018 (citado el 10 de junio del 2022); 26(1): 66–78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6022364/>
37. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.
38. Alvarenga M, Scagliusi F, Philippi S. Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2012 (citado el 10 de junio del 2022); 17(2): 435–444. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22267037/>
39. Lloret S, Ferreres A, Hernández A, Tomás I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal Psicol* [Internet]. 2014 (citado el 10 de junio del 2022); 30(3): 1151-1169. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000300040](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300040)
40. Mundfrom D, Shaw D, Lu T. Minimum Sample Size Recommendations for Conducting Factor Analyses, *International Journal of Testing* [Internet]. 2005 (citado el 10 de junio del 2022); 5(2):159-168. Disponible en: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327574ijt0502\\_4](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327574ijt0502_4)

41. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* [Internet]. 1982 (citado el 12 de junio del 2022); 12:871-878. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6961471/>
42. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda A, Muñoz P. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, n° 85. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2003 [citado el 10 de junio del 2022]. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia\\_tca\\_en\\_mujeres\\_adolescentes.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/prevalencia_tca_en_mujeres_adolescentes.pdf)
43. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* [Internet]. 2003 (citado el 10 de junio del 2022); 41(11): 12843–1292. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583691/>
44. Richardson L, Rockhill C, Russo J, Grossman D, Richards J, McCauley E, et al. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2010 (citado el 15 de junio del 2022); 125(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20368315/>
45. Merino C, Domínguez S, Fernández M. Validación inicial de una Escala Breve de Satisfacción con los Estudios en estudiantes universitarios de Lima. *Educ Med* [Internet]. 2017 (citado el 15 de junio del 2022); 18(1):74-77. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316300894?via%3Dihub>
46. Caycho T, Ventura J, Barboza M, Arias W, García C, Cabrera I et al. Validez e invarianza factorial de una medida breve de Satisfacción con la Vida Familiar. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2018 (citado el 10 de junio del 2022); 17(5). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-5%20\(2018\)/64757336001/64757336001\\_visor\\_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/17-5%20(2018)/64757336001/64757336001_visor_jats.pdf)



47. Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Lowe B. Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Int Med* [Internet]. 2007 (citado el 10 de junio del 2022); 146:317. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17339617/>
48. Staples L, Dear B, Gandy M, Fogliati V, Fogliati R, Karin E, et al. Psychometric properties and clinical utility of brief measures of depression, anxiety, and general distress: The PHQ-2, GAD-2, and K6. *General Hospital Psychiatry* [Internet]. 2019 (citado el 20 de junio del 2022); 56: 13–18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834318303712>
49. Ecurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev Psicol* [Internet]. 1988 (citado el 14 de junio del 2022); 6(1): 103–111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123333>
50. Merino C, Livia J. Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología* [Internet]. 2009 (citado el 14 de junio del 2022); 25(1): 160–171. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71631/69111>
51. Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2019 (citado el 18 de junio del 2022); Disponible en: [https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac\\_Helsinki\\_ivestigacs\\_medicas\\_serres\\_hum.pdf](https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_serres_hum.pdf)
52. Browne, M. Oblique rotation to a partially specified target. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 1971 (citado el 12 de diciembre del 2022); 25(2), 207-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1972.tb00492.x>
53. Tucker, L. R. A method for synthesis of factor analysis studies (No. PRS-984). Princeton, NJ, USA: Educational Testing Service. 1951. Disponible en: <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/AD0047524.pdf>
54. Lorenzo U, ten Berge J. Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology: European Journal of Research*

- Methods for the Behavioral and Social Sciences [Internet]. 2006 (citado el 12 de diciembre del 2022); 2(2): 57–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1027/1614-2241.2.2.57>
55. Ferrando P, Lorenzo U. Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema* [Internet]. 2017(citado el 12 de diciembre del 2022); 29(2): 236–240. Disponible en: <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
56. The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from: <https://www.jamovi.org>.
57. Martínez A, Campos W. Correlación entre actividades de interacción social registradas con nuevas tecnologías y el grado de aislamiento social en los adultos mayores. *Rev. Mex. de Ing. Biomed* [Internet]. 2015 (citado el 12 de diciembre del 2022); 36(3). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmib/v36n3/v36n3a4.pdf>
58. Brown M, Forsythe A. Robust Tests for the Equality of Variances. *Journal of the American Statistical Association* [Internet]. 1974 (citado el 12 de diciembre del 2022); 69:346, 364-367. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1974.10482955>

## ANEXOS

### ANEXO N°1: Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
<b>Actitudes alimentarias</b>	Creencias, pensamientos, sentimientos y comportamientos que se encuentran relacionados con los alimentos, que influyen en las elecciones de estos y como consecuencia repercuten en la salud de las personas. <sup>30</sup>	Clasificación de los puntajes obtenidos en el test de actitudes alimentarias	Con riesgo de TCA ≥ 20 Sin riesgo de TCA < 20	Ordinal

## ANEXO N°2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del proyecto:** Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en una muestra de adolescentes escolarizados de Trujillo, 2022

**Nombre de la estudiante:** Karla Jelian Amelia Torres Chávez

Estimado padre de familia:

Su menor hijo(a) ha sido seleccionado(a) para participar en el presente proyecto de investigación, como parte de mis estudios en Medicina Humana.

Se le requerirá responder a varias preguntas, de manera anónima. Los datos obtenidos podrían servir como fuente de otras investigaciones científicas destinadas a dar alternativas de manejo en adolescentes con riesgo de padecer TCA (Trastornos de la conducta alimentaria). Los resultados se publicarán como parte de un informe de tesis de pregrado para obtener el título de Médico Cirujano en medicina de la Universidad César Vallejo.

Toma aproximadamente menos de 15 minutos responder las preguntas y no hay alguna recompensa por su participación. Debido que es participación voluntaria, el menor puede dejar de participar en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta, no dude en hacérmela saber, gustosamente se la responderé. Si se han aclarado todas sus dudas y usted está dispuesto a aceptar que su hijo(a) participe en el estudio de manera voluntaria marque por favor en el recuadro correspondiente y coloque su firma.

Si lo desea, también puede quedarse con una copia de este consentimiento informado

(  ) **No** deseo participar en el estudio

(  ) **Sí** deseo participar en el estudio

---

FIRMA

### ANEXO N°3: HOJA DEMOGRÁFICA

	ID
<b>Edad:</b>	<b>Grado escolar:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b> ___/___/___	<b>Sección:</b>
<b>Fecha de evaluación:</b> ___/___/___	<b>Turno:</b>
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Ingreso familiar estimado</b> <input type="checkbox"/> Menos de S/. 500 <input type="checkbox"/> Entre S/. 1001 y S/. 1500 <input type="checkbox"/> Entre S/. 501 y S/.1000 <input type="checkbox"/> Más de S/. 1500
<b>Lugar de nacimiento:</b>	<b>Distrito de residencia actual:</b>
<b>Convivencia familiar</b> <input type="checkbox"/> Vivo con ambos padres <input type="checkbox"/> Vivo con la madre <input type="checkbox"/> Vivo con el padre <input type="checkbox"/> No vivo con ninguno	<b>Número de hermanos:</b> _____
<b>Ultimo nivel de estudio de la madre:</b> <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario	<b>Ultimo nivel de estudio del padre:</b> <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario
<b>Tengo una alta autoestima:</b> <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo	<b>Puedo hacer frente a las dificultades (problemas) que se me presentan:</b> <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
<b>Pienso que tengo buenas cualidades:</b> <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo	<b>Me gusta como soy:</b> <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
<b>Estrés significa una situación en que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, que tiene problemas para dormir, debido a su mente está preocupada todo el tiempo. ¿Usted se siente así en estos días?</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Casi nada <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho	<b>En general podría decir que su salud física general es:</b> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala
<b>En términos generales, ¿podría decir que está satisfecho con su vida?</b> <input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Aceptablemente <input type="checkbox"/> No muy satisfecho <input type="checkbox"/> Para nada satisfecho	<b>Percepción de calidad de su alimentación:</b> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala

**GENERALMENTE...**

¿Con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas durante las últimas dos semanas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
4. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3

## ANEXO N°4: EAT-26

Sírvase contestar las siguientes preguntas y autoevaluarse respecto de cada uno de los criterios que se indican utilizando la escala de la derecha de la página. Al contestar cada pregunta, coloque una X en la casilla que mejor describa la forma en que se ha sentido y comportado durante los últimos meses.

N°	ITEMS	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1	Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a					
2	Procuro no comer cuando tengo hambre					
3	La comida es para mí una preocupación habitual					
4	He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6	Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como					
7	Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos					
8	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más					
9	Vomito después de comer					
10	Me siento culpable después de comer					
11	Me obsesiona el deseo de estar más delgada/o					
12	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o					
14	Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de celulitis					
15	Tardo más tiempo que los demás en comer					
16	Procuro no comer alimentos que tengan azúcar					
17	Como alimentos dietéticos					
18	Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida					
19	Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida					
20	Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más					
21	Paso demasiado tiempo pensando en comida					
22	No me siento bien después de haber comido dulces					
23	Estoy haciendo dieta					
24	Me gusta tener el estómago vacío					
25	Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías					
26	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar					



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, MERINO SOTO CESAR AYAX, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis Completa titulada: "Propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-26) en una muestra de adolescentes escolarizados de Trujillo, 2022", cuyo autor es TORRES CHAVEZ KARLA JELIAN AMELIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 16 de Enero del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
MERINO SOTO CESAR AYAX <b>DNI:</b> 09353036 <b>ORCID:</b> 0000-0002-1407-8306	Firmado electrónicamente por: CMERINOS el 17-01- 2023 18:38:19

Código documento Trilce: TRI - 0521522