



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES**

**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD UAA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.1 AGUASCALIENTES**

**“VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA  
EAT-40 EN MEDICOS BECARIOS DE PREGRADO Y  
POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1  
IMSS, AGUASCALIENTES”**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**DR. JAIME ALBERTO OROZCO SALAZAR.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:**

**MEDICINA FAMILIAR.**

**ASESOR:**

**DRA. MARGARITA MURO PARRA**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**

**AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO, 2022**



AGUASCALIENTES, AGS. A 12 NOVIEMBRE 2021

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS  
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD  
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

**DR. JAIME ALBERTO OROZCO SALAZAR**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA EAT-40 EN MEDICOS BECARIOS  
DE PREGRADO Y POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 IMSS,  
AGUASCALIENTES “**

Número de Registro: R- 2021-101-004 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Jaime Alberto Orozco Salazar asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante al comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

**ATENTAMENTE:**

**DRA. MARGARITA MURO PARRA**

**ASESOR**  




AGUASCALIENTES, AGS. A NOVIEMBRE 2021

**DRA. PAULINA ANDRADE LOZANO**  
**DECANA INTERNA DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

**DR. JAIME ALBERTO OROZCO SALAZAR**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA EAT-40 EN MEDICOS BECARIOS DE  
PREGRADO Y POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 IMSS,  
AGUASCALIENTES"**

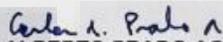
Número de Registro: **R- 2021-101-004** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El **Dr. Jaime Alberto Orozco Salazar** asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

**ATENTAMENTE:**

  
**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 03/12/21

NOMBRE: JAIME ALBERTO OROZCO SALAZAR ID: 268867

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: ( X ) Tesis ( ) Trabajo práctico

TITULO: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA EAT-40 EN MEDICOS BECARIOS DE PREGRADO Y POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 IMSS, AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): Validez de herramienta de trastornos de alimentación entre personal médico

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
El egresado cumple con lo siguiente:
SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (a) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado SI x No

FIRMAS

Revisó: NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO: Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó: NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO: Dra. Paulina Andrade Lozano

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado en cumplimiento con el ART. 231C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre los funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el ART. 231P los Funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero Expresar mi agradecimiento:

Gracias a Dios por darme la fe y esperanza necesaria, gracias por todas tus bendiciones en los momentos más difíciles de mi vida, por darme toda esa fuerza y voluntad para poder continuar y lograr con tu luz las metas que me he propuesto.

A mi Madre por haberme dado la vida, educado, guiarme por el buen camino y la mejor herencia el espíritu de superación, mi formación académica y humana.

A mi Padre: Quien me ofreció los mejores consejos de vida, me enseñó a tomar buenas decisiones y proteger a mi familia.

A mi Niña Hermosa, gracias por tu apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida, eres la felicidad encarnada, eres mi todo reflejado, a la cual amo demasiado y por la que estoy dispuesto a enfrentar todas las adversidades que se me presenten. Mi niña sabes que al estar a mi lado, eres mi inspiración de superación, y mi corazón se regocija al saber que siempre estarás conmigo tanto en las situaciones difíciles como en este día tan importante para mí, sabes que no tengo palabras para agradecerte todo lo que haces por mí, cada sacrificio y esfuerzo para que pudiera culminar con uno de mis sueños, quiero que sepas que cada logro es tuyo también porque siempre estás cuando más te necesito, con tu hermosa sonrisa y alentándome para lograr todo mis objetivos y si llego a caer me das el valor y la fuerza para continuar, doy gracias a dios por ponerte en mi vida y ser parte de esta gran aventura, que es como un libro sin terminar, al que aún le faltan muchas hojas limpias, que juntos llenaremos en este camino que nos falta por andar. Sabes que te amo mucho, y como dice el dicho “detrás de un hombre hay una gran mujer”, pero esto se queda corto contigo, porque eres más que una gran mujer, eres todo para mí.

A mis hijos Casie y Sam, porque ellos son parte muy importante en mi vida, y que, durante estos años, sacrificaron mucho para brindarme su apoyo, me comprendieron tuvieron tolerancia e infinita paciencia y cedieron su tiempo para que “Papá estudie”, para permitirme así llevar adelante un proyecto que paso de ser una meta personal a otro emprendimiento más de familia, a ellos mi infinito cariño y gratitud. Y espero ser ejemplo en su vida profesional y personal, los amo mucho.

Agradezco a mi asesora, la Dra. Muro por todo el apoyo y consejos brindados y porque veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, le agradezco la orientación que siempre me ha otorgado.

Y, por último, pero no menos importantes, a mis compañeros de generación quienes me acompañaron en este camino de aprendizajes y conocimientos, les agradezco ser parte de mi vida y el compartir momentos agradables y momentos tristes los cuales nos permiten valorar a las personas que nos rodean. Los quiero mucho y nunca los olvidare.

## I. INDICE GENERAL

I.	INDICE GENERAL.....	1
II.	INDICE DE GRÁFICAS .....	4
III.	INDICE DE TABLAS .....	4
IV.	RESUMEN .....	5
V.	ABSTRACT .....	6
VI.	ANTECEDENTES .....	7
	VI.1. DIAGRAMA DE BUSQUEDA DE INFORMACION .....	8
	VI.2. ARTICULOS SOBRE VALIDEZ DE INSTRUMENTO EAT-40 .....	9
VII.	MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL .....	14
	VII.1. ADAPTACION CULTURAL.....	15
	VII.2. VALIDACION .....	16
	VII.3. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	16
	VII.4. VALIDEZ DE CONTENIDO.....	17
	VII.5. VALIDEZ APARENTE .....	17
	VII.6. VALIDEZ DE CONSTRUCTO: .....	18
	VII.7. VALIDEZ DE CRITERIO.....	19
	VII.8. CONFIABILIDAD .....	20
	VII.9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	20
	VII.10. EPIDEMIOLOGÍA.....	21
	VII.11. ETIOPATOGENIA.....	21
	VII.11.1. FACTORES PSICOLÓGICOS.....	21
	VII.11.2. FACTORES FAMILIARES .....	22
	VII.11.3. FACTORES GENÉTICOS .....	22
	VII.11.4. FACTORES SOCIOCULTURALES.....	22
	VII.11.5. FACTORES BIOLÓGICOS.....	23
	VII.12. MODELOS TEORICOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA .....	23
	VII.12.1. TEORÍA COGNITIVA SOCIAL O TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.....	23
	VII.12.2. TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL .....	24
	VII.12.3. MODELO TRANS-TEÓRICO .....	24
	VII.13. MEDICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	25
	VII.13.1. EAT (Eating Attitudes Test) .....	26

VIII. JUSTIFICACIÓN..... 28

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: ..... 29

IX.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION..... 31

X. OBJETIVOS ..... 32

X.1. OBJETIVO GENERAL..... 32

X.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 32

X.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO (EN CASO PERTINENTE): ..... 32

XI. MATERIAL Y MÉTODOS..... 33

XI.1. TIPO DE ESTUDIO: ..... 33

XI.2. UNIVERSO DE TRABAJO ..... 33

XI.2.1 UNIVERSO..... 33

XI.2.2. POBLACION EN ESTUDIO:..... 33

XI.3. CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN ..... 33

XI.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... 33

XI.3.2. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN ..... 34

XI.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN ..... 34

XI.4. MUESTREO ..... 34

XI.4.1 TIPO DE MUESTREO ..... 34

XI.4.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA: ..... 34

XI.5. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES ..... 34

XI.5.1. SOCIODEMOGRAFICAS (ANEXO)..... 34

XI.5.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (ANEXO) ..... 34

XI.6. PROCEDIMIENTOS..... 35

XI.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..... 35

XI.6.2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO ..... 35

XI.6.3. LOGÍSTICA..... 35

XI.7. METODOLOGÍA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... 35

XI.7.1. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL EAT -40 ..... 35

XI.7.2. VALIDEZ DE CONTENIDO ..... 36

XI.7.3. VALIDEZ APARENTE ..... 36

XI.7.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO ..... 36

XI.7.5. VALIDEZ DE CRITERIO ..... 37

XI.8. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... 37

XI.8.1. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS .....	37
XI.8.2. ANALISIS DE DATOS.....	37
XI.9. ASPECTOS ÉTICOS:.....	38
XI.10. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA .....	39
XI.10.1. RECURSOS HUMANOS.....	39
XI.10.2. RECURSOS MATERIALES: .....	39
XI.10.3. FINANCIAMIENTO .....	40
XI.10.4. EXPERIENCIA DEL GRUPO.....	40
XI.10.5. TIEMPO PARA DESARROLLARSE .....	40
XII. RESULTADOS.....	41
XII.1. CARACTERIZACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO .....	41
XII.2. SUPUESTOS DE NORMALIDAD .....	46
XII.3. VALIDEZ DE CONTENIDO .....	47
XII.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO .....	48
XII.5. VALIDEZ DE CRITERIO .....	49
XII.6. CONFIABILIDAD .....	49
XIII. DISCUSION.....	51
XIV. CONCLUSIONES .....	52
XIV.1. SESGOS Y LIMITACIONES.....	52
XIV.2. RECOMENDACIONES.....	53
XV. GLOSARIO .....	53
XVI. REFERENCIAS .....	54
XVII. ANEXOS.....	58
ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	58
ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	60
ANEXO C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	61
ANEXO D. ESCALA EAT-40 .....	62
ANEXO E. VALIDEZ DE CRITERIO.....	65
ANEXO F. VALIDEZ DE CONTENIDO .....	67
ANEXO G. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	70

**II. INDICE DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Distribución de la población por sexo ..... 41  
 Gráfica 2. Distribución de la población por grupos de edad ..... 42  
 Gráfica 3. Distribución de la población por estado civil ..... 42  
 Gráfica 4. Grados de obesidad ..... 43  
 Gráfica 5. Nivel de estudios ..... 44  
 Gráfica 6. Especialidades médicas ..... 45

**III. INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Distribución de la población por sexo ..... 41  
 Tabla 2. Distribución de la población por grupos de edad ..... 42  
 Tabla 3. Distribución de la población por estado civil ..... 43  
 Tabla 4. Estadísticas descriptivas la estatura ..... 43  
 Tabla 5. Estadísticas descriptivas del peso ..... 43  
 Tabla 6. Grados de obesidad ..... 44  
 Tabla 7. Nivel de estudios ..... 44  
 Tabla 8. Especialidades médicas ..... 45  
 Tabla 9. Estadísticas descriptivas de cada ítem y supuestos de normalidad ..... 46  
 Tabla 10. Tabla de validez de contenido ..... 48  
 Tabla 11. Análisis factorial ..... 48  
 Tabla 12. Confiabilidad del instrumento ..... 50

## IV.RESUMEN

**TITULO:** Validez y confiabilidad de la encuesta EAT-40 en médicos becarios de pre y posgrado del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes.

**ANTECEDENTES:** Los cuestionarios, son herramientas que nos ayudan a recolectar información de poblaciones acerca de la prevalencia, distribución e interrelaciones de variables dentro de la población. Dichos cuestionarios deben reunir 2 requisitos esenciales: confiabilidad y validez. La confiabilidad es la confianza que se concede a los datos, la validez es el grado en que el cuestionario mide lo que pretende medir. Los desórdenes de alimentación son actitudes y comportamientos muy comunes entre los jóvenes. Estos grupos se caracterizan por hábitos de alimentación anormales e incluyen: atracones, bulimia y anorexia nerviosa. Los médicos en proceso de formación están predispuestos a presentar trastornos de alimentación debido a la combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales; están sujetos principalmente a altos niveles de estrés, siendo este, un factor crítico para presentar desórdenes alimentarios. Los principales instrumentos que evalúan los trastornos de conducta alimentaria son los cuestionarios auto aplicados y las entrevistas estructuradas. El EAT 40 se ha empleado en múltiples países sin embargo dichos estudios no se encuentran validados y adaptados culturalmente de forma adecuada.

**OBJETIVO:** Determinar la validez y confiabilidad de encuesta EAT-40 en médicos becarios del Hospital General de Zona # 1 IMSS, Aguascalientes. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio de validez tipo descriptivo, instrumental realizado a médicos becarios (de pre y posgrado) del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes. Se aplicó la encuesta de trastornos de la conducta alimentaria EAT-40. La puntuación total del EAT-40, es la suma de 40 ítems, > 30 indica apoyo de entrevista con especialista, en psiquiatría. Se incluirán otras variables como talla, peso, índice de masa corporal, edad, sexo, grado escolar y procedencia. La población de estudio está conformada por todo el personal de médicos becarios de pre y posgrado del HGZ 1 los cuales son un total de 183. **RESULTADOS:** El 58% son del sexo femenino; 45.8% tienen de 26 a 30 años, 78.2% son solteros, 66.5% son médicos con posgrado mayormente de la especialidad de medicina familiar (38.5%). 36.9% tiene sobrepeso. El instrumento mostró una validez de contenido con índice de Lawshe superior a 0.582; de criterio Kappa Fleiss =0.801; varianza explicada de 51.63 y un alfa de Cronbach 0.818. **CONCLUSIONES:** El instrumento mostró niveles adecuados de validez y confiabilidad para medir adecuadamente las conductas alimentarias en médicos de pregrado y posgrado, el cual obtuvo mejores parámetros psicométricos que su versión original de 40 ítems.

## V. ABSTRACT

**TITLE:** Validity and reliability of the EAT-40 survey in undergraduate and postgraduate medical fellows at the General Hospital of Zone 1 IMSS Aguascalientes.

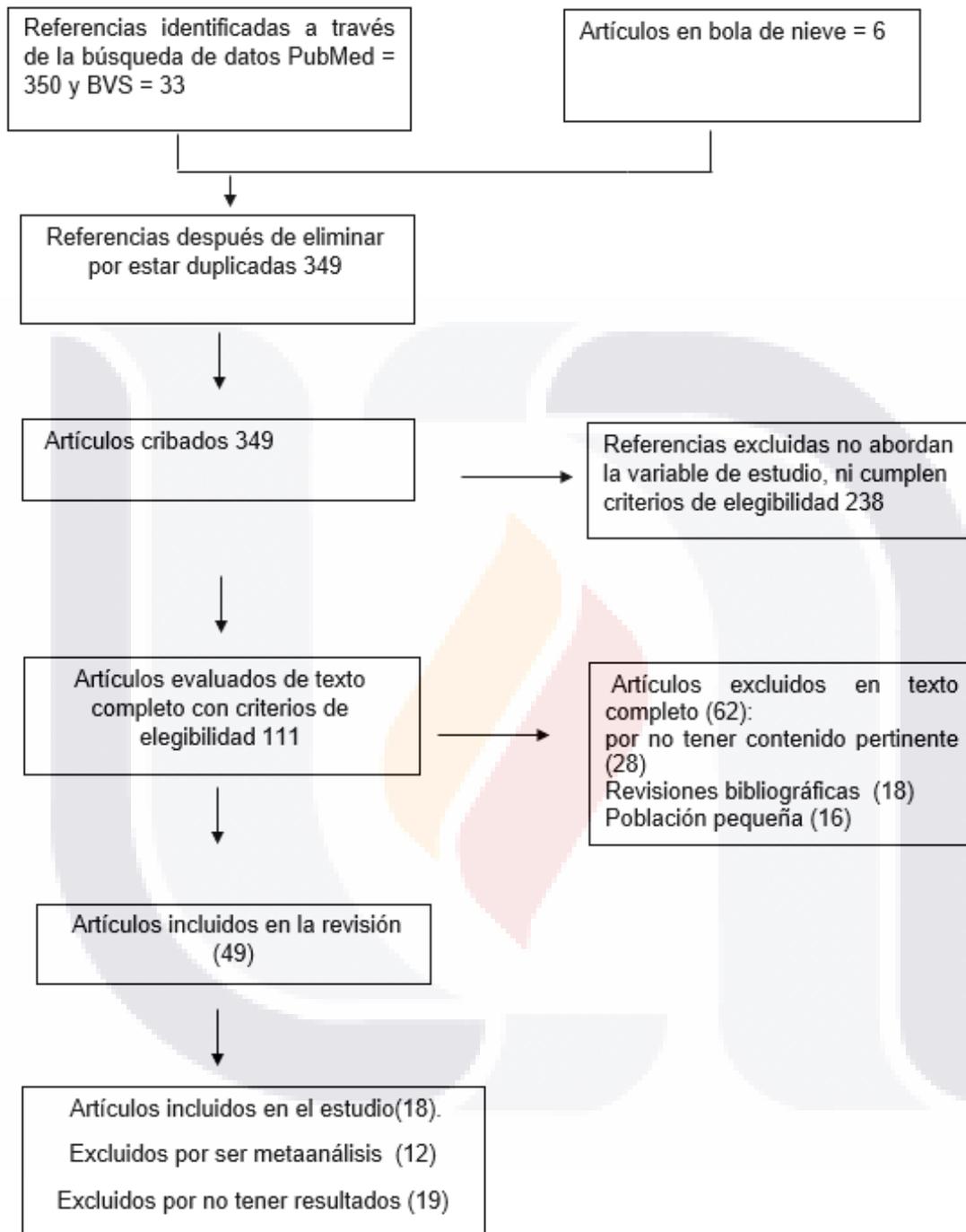
**BACKGROUND:** Questionnaires are tools that help us collect information from populations about the prevalence, distribution and interrelationships of variables within the population. These questionnaires must meet 2 essential requirements: reliability and validity. Reliability is the confidence given to the data, validity is the degree to which the questionnaire measures what it claims to measure. Eating disorders are very common attitudes and behaviors among young people. These groups are characterized by abnormal eating habits and include: binge eating, bulimia, and anorexia nervosa. Physicians in the process of training are predisposed to present eating disorders due to the combination of biological, psychological and environmental factors; They are subject mainly to high levels of stress, this being a critical factor for presenting eating disorders. The two main instruments for evaluating eating disorders are self-administered questionnaires and structured interviews. The EAT 40 has been used in multiple countries, however, these studies are not validated and culturally adapted in an adequate way. **OBJECTIVE:** To determine the validity and reliability of the EAT-40 survey in fellow physicians of the General Hospital of Zone # 1 IMSS, Aguascalientes. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive, instrumental type validity study carried out on fellow physicians (undergraduate and graduate) of the General Hospital of Zone 1 IMSS Aguascalientes. A survey of eating disorders EAT-40 was applied. The total score of the EAT-40 is the sum of 40 items, > 30 indicates support for an interview with a specialist in psychiatry. Other variables such as height, weight, body mass index, age, sex, school grade and origin will be included. The study population is made up of all the HGZ 1 undergraduate and postgraduate medical scholarship personnel, a total of 183. **RESULTS:** 58% are female; 45.8% are between 26 and 30 years old, 78.2% are single, 66.5% are doctors with a postgraduate degree, mostly in the specialty of family medicine (38.5%). 36.9% are overweight. The instrument showed a content validity with a Lawshe index higher than 0.582; Kappa Fleiss criterion = 0.801; explained variance of 51.63% and a Cronbach's alpha of 0.818. **CONCLUSIONS:** The instrument showed adequate levels of validity and reliability to adequately measure eating behaviors in undergraduate and graduate doctors, which obtained better psychometric parameters than its original version of 40 items.

## VI. ANTECEDENTES

### VI.1. Estrategia de búsqueda de información

Después de una búsqueda sistemática en la base de información, para establecer el estado de arte del conocimiento en diferentes bases de datos, Se utilizaron buscadores de PubMed y BVS usando los siguientes sintaxis, se utilizaron los descriptores trastornos de la conducta alimentaria, EAT 40, The Eating Attitudes Test (EAT-40) en inglés y español, **PubMed** ("eat"[All Fields] AND "40"[All Fields]) OR (("trastorno"[All Fields] OR "trastornos"[All Fields]) AND (de, la[Author] OR de la[Author]) AND ("conducta"[All Fields] OR "conductas"[All Fields]) AND ("alimentaria"[All Fields] OR "alimentarias"[All Fields])) ( ("eating"[MeSH Terms] OR "eating"[All Fields]) AND ("research design"[MeSH Terms] OR ("research"[All Fields] AND "design"[All Fields]) OR "research design"[All Fields] OR "test"[All Fields])) AND "EAT-40"[All Fields]) OR (((("eating"[MeSH Terms] OR "eating"[All Fields]) AND ("research design"[MeSH Terms] OR ("research"[All Fields] AND "design"[All Fields]) OR "research design"[All Fields] OR "test"[All Fields])) AND "EAT-40"[All Fields]) ("eating"[MeSH Terms] OR "eating"[All Fields]) AND "eat-40"[All Fields] The Eating Attitude Test ( EAT-40 ) [Title]((("trastorno"[All Fields] OR "trastornos"[All Fields]) AND (de, la[Author] OR de la[Author]) AND ("conducta"[All Fields] OR "conductas"[All Fields]) AND ("alimentaria"[All Fields] OR "alimentarias"[All Fields])) OR (((("eating"[MeSH Terms] OR "eating"[All Fields]) AND ("research design"[MeSH Terms] OR ("research"[All Fields] AND "design"[All Fields]) OR "research design"[All Fields] OR "test"[All Fields])) AND "EAT-40"[All Fields]) **BVS** (ti:(trastornos de la conducta alimentaria)) OR (ti:(eat 40)), (trastornos de la conducta alimentaria) OR (eat 40), (au:(trastornos de la conducta alimentaria)) OR (au:(EAT 40)) (ti:(trastornos de la conducta alimentaria)) OR (ti:(eat 40)) AND ( fulltext:("1")) AND (year\_cluster:[2015 TO 2020]), (ti:(The Eating Attitude Test (EAT-40).)) OR (ti:(EAT 40)) (ti:(the eating attitude test (eat-40).)) OR (ti:(eat 40)) AND ( fulltext:("1")) AND (year\_cluster:[2015 TO 2020]) (ti:(trastornos de la conducta alimentaria)) OR (ti:(eat 40)) (ti:(trastornos de la conducta alimentaria)) AND NOT (ti:(eat 40)) (the eating attitude test (eat-40).) OR (eat 40), (the eating attitude test (eat-40).) OR (eat 40) AND ( fulltext:("1")) AND (year\_cluster:[2015 TO 2020])

**DIAGRAMA DE BUSQUEDA DE INFORMACIÓN**



**Figura 1. Diagrama Cochrane.** Adaptado de manual Cochrane de revisión sistemáticas de intervenciones.2011;(March):p.349.

## VI.2. ARTICULOS SOBRE VALIDEZ DE INSTRUMENTO EAT-40

A continuación, se mencionan algunos de los trabajos de investigación encaminados a la identificación de trastornos de la conducta alimentaria por medio de instrumentos válidos y confiables.

**David M. Garner y Paul E. Garfinkel et, al, 1979, Canadá.** Se trata de la validación del instrumento EAT-40, realizada en población canadiense por Garner en el año de 1979, donde se describe el test de actitudes alimentarias el cual consta de 40 ítems, donde se tiene una escala bipolar de 6 opciones, el procedimiento de validación estuvo basado en dos grupos de trastornos de anorexia nerviosa ( $n= 32 -33$ ) y grupos control ( $n= 34$  y  $59$ ), el diagnóstico de anorexia nerviosa se hizo basándose en los criterios de Feighner Robins, mostrando un coeficiente de alfa de Cronbach 0.79 para la muestra clínica, y 0.94 para el grupo control. Al igual que se realizó la validez predictiva obteniendo un coeficiente de validez de  $r= 0.87$  ( $p<0.01$ ), en lo que se refiere a la validez discriminante en el cual se comparó cuatro grupos anorexia nerviosa, control, hombres y obesos. Encontrando que la puntuación del primer grupo fue mayor a los otros grupos ( $p<.001$ , gracias a este análisis realizado por Garner y Garfinkel (1979), de donde se derivó los 7 factores los cuales son: 1.- La preocupación por la comida, La imagen corporal idealización de la delgadez, Auto provocación de vómito en el cual utilizaron vomitivos o laxantes, para controlar el peso, Practica de un régimen dietario restrictivo, alimentación lenta, alimentación clandestina, y presión social percibida el cual pretendo utilizar para mi protocolo de investigación.(1)

**Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, et, al 1982. Canadá** se llevó un segundo análisis, factorial donde se obtiene 3 factores : 1. Dieta, 2.-Bulimia y preocupación por la comida , 3.-Control oral Este estudio se ha validado en la población española ( Castro , Toro Salamero y Quimera en 1991), en el cual este estudio se llevó a cabo en una 78 mujeres con anorexia nerviosa diagnosticadas conforme a la DSM3, y un grupo de control, obteniendo un coeficiente de alfa de 0.93 para ambos grupos, en lo que se refiere a la validez predictiva se obtuvo 0.61 ( $p<0.01$ ) por lo que en este estudio el análisis factorial fueron 3 factores que explican la varianza del estudio: 1.- Dieta y preocupación por la comida, 2.- Presión social percibida, y angustias alimentarias, y 3.- trastornos psicobiológicos. Pero es importante que este estudio se realizó para población española y no mexicana.

**Álvarez G y col, et, al 2000. México**, en la Universidad Autónoma de México campus FES Iztacala evaluaron las propiedades psicométricas del EAT-40, en mujeres jóvenes mexicanas de 13 a 25 años , utilizando el EAT 40 el cual consta de un cuestionario con 40 preguntas diseñado bajo el formato de una escala de Likert con 6 opciones de respuesta y el rango de puntuación es de 0-120 el punto de corte que se utilizo es de  $> 30$  empleándose la traducción de Castro et (1991), la cual fue adaptada para la población mexicana por el proyecto de investigación en Nutrición de la UNAM – Campus Iztacala, en donde se obtuvo una buena confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach 0.72, se observó un coeficiente de validez global para predecir trastornos alimentarios ( anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastornos de la conducta alimentaria no especificados fue de  $r=0.45$  ( $p<.0001$ ). cabe mencionar que este trabajo se encontraron 7 factores (motivación

para adelgazar, evitación de comida engordante, preocupación por la comida, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, patrones y estilos alimentarios estereotipados, y conductas compensatorias. concluyeron que las 7 dimensiones que evalúa con buenos predictores de trastorno de la Conducta Alimentaria (2).

**Garcia-Garcia E y col, et al 2001. México.** Se trata de un estudio observacional, comparativo, transversal, y prolectivo realizado en dos grupos del sexo femenino, unas pertenecían a la Clínica de Anorexia y de una escuela de la Ciudad de México, donde evaluaron la validez interna (0.80), utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory (EDI-2), en mujeres mexicanas, la cual la aplico el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", reportaron que el *Eating Disorder Inventory (EDI-2)* es útil para investigar trastornos de la conducta alimentaria con un alto coeficiente de validez ya que tiene una alfa de Cronbach 0.80, dicho cuestionario consta de 91 reactivos, con formato de respuesta era una escala tipo Likert de 6 puntos, "siempre", "casi siempre", "frecuentemente", "en ocasiones", "rara vez", o "nunca", dichos reactivos están distribuidos en 11 escalas las cuales son (impulso hacia la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación de impulsos, e inseguridad social), este estudio se enfocó en estudiantes de preparatoria, el cuestionario se tradujo al español, mediante la validez de consenso, después se realizó la nueva traducción al inglés por un experto, para validar la confiabilidad se utilizó el programa de Statistica versión 5.0 y el Epidat versión 1.0, también se incluyó, una confiabilidad de test retest, validez de contenido, de concurrencia y de constructo en la población estudiada. (3)

**Álvarez-Rayón y col, et, al 2004. México.** El objetivo de este estudio era evaluar las propiedades psicométricas de la versión mexicana de la Eating Attitudes Test EAT-40 reportaron un alto nivel de validez concurrente ( $r = 0.77$ ,  $p \leq 0,0001$ ), con un pequeño solapamiento en la distribución de frecuencias del grupo control y el de pacientes con un bajo grado de anorexia y bulimia, teniendo un adecuado nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach 0.93), pero cabe mencionar que es más alta en comparación a la reportada por Garner, et, al, con una consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.79), por lo que en el estudio concluyeron que este instrumento en su versión mexicana es económico y confiable; y es potencialmente útil en la investigación en este tipo de trastornos. Cabe mencionar que el análisis factorial produjo cinco factores que representa el 46.6% de la varianza total los cuales son la restricción dietética, bulimia, preocupación por la comida, accionamiento de la delgadez, la presión social percibido. Además de requerir más investigación para comparar el EAT- 40 con otras pruebas, así como evaluar la validez concurrente y demostrar su estabilidad en el tiempo fiabilidad prueba – re prueba. (4)

**Rivas T y col, et. Al. 2010. España.** Presentaron dos estudios que contribuyen a la validación de la versión española del EAT-26; Gardner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982, en el primero participaron un total de 778 mujeres de la población en general, mientras que en el segundo se incluyeron 86 mujeres con algún trastorno de la conducta alimentaria y 86 mujeres de la población en general los resultados de los análisis de los componentes principales muestran una estructura unidimensional, indican una adecuada consistencia interna, en el primer estudio exploran la capacidad del EAT-26 para discriminar entre sujetos con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), Sintomático o Asintomático.

Obteniendo una aceptable especificidad de 94.67%, pero insuficiente sensibilidad 25.81% para detectar un TCA completo o parcial; mientras que en el segundo estudio se analizó la capacidad del cuestionario para discriminar entre sujetos con y sin TCA. Concluyendo que el EAT-26 muestra una aceptable especificidad de 94.67% y moderada sensibilidad 25.81% para detectar un TCA. En resumen, los resultados de este estudio proporcionan evidencia transcultural que el EAT-26 puede ser utilizado como una medida continua de la conducta alimentaria anormal. (39)

**Mancilla J y col, et, al 2010. México.** Es un estudio transcultural que se realizó en la Universidad Nacional Autónoma de México campus FES-Iztacala para evaluar el rol de las influencias socioculturales sobre las conductas alimentarias no saludables en países hispanoparlantes utilizando el EAT (por sus siglas en inglés Eating Attitudes Test, Garner & Garfinkel, 1979) fue validado en población española encontrando un nivel adecuado de consistencia interna (Alpha = .93) y un punto de corte de 28 (sensibilidad = 83% y especificidad = 91%). Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés, Smith & Thelen, 1984) identifica la presencia de síntomas y preocupaciones relacionadas con la BN. El encontraron una adecuada consistencia interna (Alpha = .88) y derivaron un punto de corte de 85 (sensibilidad = 80% y especificidad = 97%). Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero & Martínez, 1994) evalúa las influencias socioculturales relacionadas con los TCA. Encontraron una consistencia interna buena (Alpha = .94), el Test de bulimia (BUILT) y el cuestionario de Influencia del modelo estético Corporal (CIMEC), la cual se aplicó a una población española 438 participantes( 254 mujeres y 184 varones), con una edad promedio de 20.79 años (DE=2.43) y la muestra 2 estudiantes universitarios mexicanos incluyó 424 participantes (243 mujeres y 181 hombre) común edad promedio de 20.61 años ( DE= 2.49). No se reportaron diferencias significativas para la variable nacionalidad; sin embargo, en las variables género, se encontraron diferencia significativa en la subescala malestar con la imagen corporal ( $p=.001$ ), influencia de los mensajes verbales ( $p = .035$ ) e influencia de los modelos sociales ( $p = .008$ ), la influencia en los mensajes verbales y los modelos sociales así como en los efectos de la variables sintomatología si se encontraron diferencias significativas; concluyendo que se requieren desarrollar intervenciones culturalmente sensibles debido a que es importante disminuir la disparidad de los servicios de salud brindados a la población latina en relación a la población española.(5)

**Rivas T y col, et, al 2013. España.** Este estudio mide la confiabilidad, la cual determinaron que la versión española de EAT-40 tiene una buena confiabilidad interna, por qué se observa un coeficiente alfa de Cronbach de 0.97, con una especificidad de 94.38%, sensibilidad de 93.68%, y una fiabilidad de test retes  $r=0.96$ . por lo que estos datos nos permiten decir que la versión EAT 40 tiene una validez convergente es mayor para esta versión extensa en relación con el test EAT-26 (Rivas et al., 2010)

Los resultados reportados en la investigación de Rivas y col en 2010 sugieren que las dos versiones del cuestionario, es decir tanto el EAT-40 como el EAT -26 se pueden emplear para detectar trastornos de la conducta alimentario sin embargo cabe destacar que la versión extensa tiene una mayor validez convergente. Debido a que con el EAT-40 es posible identificar sujetos con trastornos de la Conducta alimentaria no diferenciada, es

decir tiene una alta especificidad 94.38% y sensibilidad 93.68% para las formas completas de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos de la alimentación no especificadas (BN, AN, TANE), Los resultados anteriores contrastan con los reportados por Rivas et al. De la evaluación de la versión española del EAT-26, que reportaron que esta versión corta cuenta con una buena especificidad, pero moderada sensibilidad. De lo que se desprende que la versión larga del EAT 40 es una herramienta más adecuada, sin embargo, la versión corta también es útil para la detección de formas completas de trastornos de la conducta alimentaria. Se realizó un análisis de los Componentes Principales y Simultáneos que muestran una estructura unidimensional en las puntuaciones del EAT-26, con lo que se confirma la adecuada confiabilidad y consistencia interna. (50)

**Prado JE y col, et, al 2014. Costa Rica.** Exponen evidencia sobre la validez y confiabilidad del EAT-40, para lo cual realizaron 3 estudios en el primero adaptaron el AET-40 al léxico costarricense, aplicándose a 594 adolescentes, teniendo un alfa de Cronbach de 0.87 con riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, el segundo estudio se compararon las puntuaciones de mujeres con trastornos de conducta alimentaria (n=19), y sin él trastornos de la conducta alimentaria (n=533), con lo que se obtuvieron buenas propiedades discriminatorias, con un corte de 30 (sensibilidad 63.2%, especificidad 85.8%), y de 20 (sensibilidad 73.7%, especificidad 71.8%), finalmente el tercer estudio se aplicó el EAT 40 una muestra nacional de adolescentes de ambos sexos (n=4285) se obtuvo que la prevalencia de riesgo es de 6.2%, siendo mayor en mujeres (9.4%), que en los hombres (2.3%), y los mejores predictores de riesgo es el malestar psicossomático ( $\beta = .275$ ) y el nivel de satisfacción con la imagen corporal ( $\beta = .159$ ). Demostrando que la consistencia interna del EAT -40 en los 3 estudios fue alta (Estudio 1,  $\alpha = 0,87$ ; Estudio 2,  $\alpha = 0,888$ ; Estudio 3,  $\alpha = 0,850$ ), así como la validez concurrente que se obtuvo en el estudio 3 entre sus puntuaciones y las obtenidas en las escalas de malestares psicossomáticos ( $r = 445$ ) y Satisfacción con la imagen corporal ( $r = -.310$ ). en la relación existente entre las puntuaciones y la satisfacción de la imagen corporal, así como la presencia de malestares psicossomáticos y el riesgo de desarrollar TCA.

**Salazar Z y col, et al 2014. Costa Rica.** Se realizó un análisis de la validez discriminante del Eating Attitudes Test (EAT-40) mediante la Teoría de Respuesta al Ítem y su modelo de un parámetro, conocido como modelo de Rasch. El EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979) consiste en un instrumento de detección temprana del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA), Este estudio se muestreo a 556 mujeres del área metropolitana de Costa Rica, con un edad promedio de 17.6 años (DE = 6.65), la muestra estuvo compuesta por estudiantes preparatorianos (n = 391, 70.3%), de universidad (n = 120, 21.6%), de academias de ballet (n = 26, 4.7%) y pacientes hospitalizadas por bulimia nerviosa o anorexia nerviosa (n = 19, 3.4%). Mediante el modelo de Rasch, el análisis del mapeo de dificultad, y el análisis de las curvas características de los ítems y de la prueba completa, se obtuvo evidencia consistente de la capacidad de los ítems del EAT-40 para discriminar entre personas con y sin riesgo de TCA, la mayor parte de los participantes (n = 464, 83.5%) obtuvo puntuaciones iguales o menores a 30 en el EAT-40, lo que se interpreta como que no presentaron riesgo de desarrollar un TCA. Por otra parte, 92

participantes (16.5%) sí presentaron puntuaciones mayores a 30 en este test, por lo que se considera que sí presentaron riesgo de TCA. Respecto a la estructura factorial del EAT-40, el análisis de componentes principales ( $KMO = .901$ ;  $Barlett \chi^2 (780) = 6182.058, p < .001$ ) reveló una estructura unifactorial cuyo autovalor inicial fue de 9.87. y que explicó un 24.68% de la varianza. Ocho de los ítems presentaron saturaciones menores a .30, los restantes cargaron con saturaciones entre .324 y .733.” hay que recordar que esto es para valorar el modelo RASCH no el EAT 40, ya que en el artículo nos comenta, por lo que este análisis se utilizó para discriminar de la mejor forma a los jóvenes que poseen riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Para la discriminación entre personas, el modelo Rasch es considerado una herramienta de mucha utilidad. Vale la pena recalcar que en este estudio es utilizado por primera vez para analizar el EAT-40 en población costarricense. Los principales resultados del análisis muestran que fue pertinente utilizar el modelo TRI de un parámetro tanto a nivel del ajuste del modelo, como en la discriminación de las participantes: el EAT-40 obtuvo una alta capacidad de diferenciación entre las personas con riesgo de TCA de aquellas que no lo poseían. La curva característica de la prueba, así como la de los ítems que poseían las curvas de menor discriminación, indican que en todos los casos las preguntas del EAT-40 presentan alta capacidad discriminante. Asimismo, es importante señalar como una dificultad de la investigación, el reducido número de casos de personas diagnosticadas clínicamente con TCA. En nuestra investigación, estos casos fueron necesarios no para comparar la muestra clínica con el resto de los participantes, sino para aumentar la variabilidad de las puntuaciones del EAT-40. Para obtener estos casos se utilizaron los datos de las pacientes internas o de consulta externa de tres hospitales de San José, Costa Rica, con su debido consentimiento informado y en un periodo de tres meses se logró contar con ese número de casos.(6)

**Ponce C y Turpo K , et, al 2017. Perú.** Es un estudio descriptivo transversal el cual se realizó en estudiantes de medicina de primer año de la Universidad de Lima, Perú se aplicó el EAT-26 se considera como posible diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. Para determinar los factores se calcularon razones de prevalencia e intervalos de confianza al 95% usando regresión de poisson, con una fuerte varianza, del total de la población estudiada (440 estudiantes de primer grado) , 375 ( 85.2%) realizaron completo el cuestionario y se observó que la prevalencia de probable diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria fue del 10.1%( 11.3 % mujeres y 8.6% en hombres), los factores asociados a esta variables fueron: rechazo escolar por trastornos nutricionales, rechazo laboral por la delgadez rechazo social cercano por la imagen corporal, influencia familiar sobre la imagen corporal, influencia de la imagen corporal de modelos de pasarela e influencia de anuncios televisivos de productos para adelgazar, Los dos últimos con la mayor prevalencia. encontrando que uno de cada 10 estudiantes presenta un probable trastorno de la conducta alimentaria asociada con factores familiares, sociales laborales y otros relacionados con los medios de la comunicación Trastornos de la Conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú, cabe mencionar que en el artículo no comenta sobre la validez y confiabilidad del instrumento (7).

## VII. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

Los cuestionarios, son herramientas utilizadas para recolectar información ayudan a la medición, la cual constituye una actividad presente en la práctica médica, a su vez nos aproxima al monitoreo y valoración del proceso educativo. (8) La encuesta tiene el propósito de obtener información de poblaciones acerca de la prevalencia, distribución e interrelaciones de variables dentro de la población. Cualquier subgrupo de la población extensa se llama muestra. Cuando las encuestas estudian una muestra, como suele ocurrir, se acostumbra a denominarlas encuentros de muestra.(9)

La palabra encuesta puede utilizarse para designar cualquier actividad de investigación, en la cual el investigador recolecta datos de una población a fin de examinar características, opiniones o intenciones de la población. En la práctica clínica se recolecta información de una muestra de individuos valiéndose de auto comunicado, es decir la muestra responde a una serie de preguntas hechas por el investigador.(10)

El contenido de una encuesta por auto comunicado se limita en esencia por el grado en el cual quienes responden están dispuestos a informar sobre el tema. (11) Cualquier información que pueda obtenerse de manera fidedigna haciendo preguntas directas a una persona es aceptable para incluir en una encuesta.

Los cuestionarios difieren de las entrevistas en que las llena el propio sujeto entrevistado, es decir, él lee las preguntas y da las respuestas por escrito. Puede o no estar presente una persona relacionada con la encuesta al llenar el cuestionario, para aclarar dudas que surjan; se debe tener especial cuidado en la formación de un cuestionario, para enunciar las preguntas de manera clara, sencilla y no ambigua(10)

Usar un instrumento elaborado para diagnóstico inicial o cuestionario para la recolección de datos lleva necesariamente a controlar la confiabilidad y validez de estos. Estas dos condiciones son cruciales, porque si las herramientas de recolección usadas son defectuosas, la investigación no tendrá el éxito esperado, dado que el tratamiento estadístico no conseguirá transformar datos de mala calidad en buenos resultados.(12)

Para validar un cuestionario se requieren de varios requisitos, en primer lugar, se debe definir el tipo de validez a evaluar(13); una de las más empleadas es la de criterio que establece la validez de un cuestionario comparándola con algún criterio externo; este criterio externo es un estándar con el que se juzga la validez del cuestionario, entre más se relacionen los resultados con el criterio, la validez de criterio será mayor.(9) también es necesario aplicar como mínimo a una cantidad de individuos igual a 5 veces el número de ítems con la finalidad de evitar obtener correlaciones ítem – total falsamente altas, que pueden aparecer cuando el número de ítems y el de individuos que responde el cuestionario, son semejantes.(14)

A continuación, se hará un análisis de las características relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, la confiabilidad y con la validez en general

## VII.1. ADAPTACION CULTURAL

La adaptación cultural de instrumentos requiere una metodología específica instaurada por la OMS (Organización de las Naciones Unidas), sin embargo es poco conocida por los profesionales sanitarios, es por esto que aunque a nivel mundial se llevan a cabo estudios de validez de instrumentos traducidos a varios idiomas, estos carecen de dicha validez, debido a que al realizar la traducción se altera estructuralmente el instrumento, requiriendo de la adaptación cultural y no solo la traducción. (15)(16)

Para realizar la adaptación transcultural de un instrumento se requiere realizar una traducción de este, con el objetivo de conseguir la equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio. (17)(18)(15)

- **Equivalencia semántica:** determina que el significado de cada ítem sea el mismo en cada cultura después de la traducción.
- **Equivalencia conceptual:** afirma que el instrumento mide el mismo constructo teórico en cada cultura.
- **Equivalencia de contenido:** certifica que el contenido de cada ítem es relevante en cada cultura.
- **Equivalencia técnica:** dice que el método de recogida de datos es comparable en cada cultura.
- **Equivalencia de criterio:** certifica que la interpretación de la medida se mantiene igual cuando se compara con las normas de cada cultura estudiada

El proceso de traducción requiere a grandes rasgos lo siguiente: se realiza la traducción del instrumento, una retrotraducción, una técnica bilingüe, de un comité evaluador y de un estudio piloto. (19)

El proceso de que se considera más completo y que garantiza una mayor calidad en el proceso de traducción es la traducción retrotraducción por personas bilingües o monolingües.(20)(15)

## VII.2. VALIDACION

Es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos y que se realiza por medio de un plan explícito y organizado para clasificar datos disponibles. (12)(21)(22)

Toda medición o cuestionario de recolección de datos debe reunir 2 requisitos esenciales:

## VII.3. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

La validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir (autenticidad), es decir, que el instrumento mida la propiedad o propiedades psicológicas aisladas que subyacen a la variable, (23); algunos procedimientos que se emplean son: Know groups (preguntar a grupos conocidos), Predictive validity (comprobar comportamiento) y Cross-check- questions (contrastar datos previos).

Martínez (2006) mencionó en sentido amplio y general, que una investigación tendrá un alto nivel de "validez" en la medida en que sus resultados "reflejen" una imagen lo más completa posible, clara y representativa de la realidad o situación estudiada.(24)(25)

Existen diferentes tipos de validez, cada una con un grado de complejidad específico. En 1954 Cronbach y colaboradores establecieron que la validez puede ser de 4 tipos: (23)

- a) Validez de contenido
- b) Validez aparente
- c) Validez de constructo
- d) Validez de criterio.

Actualmente desde el punto de vista científico se considera que la única validez admisible es la validez de constructo,(26), sin embargo se deben aplicar todas las pruebas para determina el resto de los tipos de validez.

La validación aparente, la de contenido como la de criterio se consideran insuficientes para justificar el uso de pruebas dirigidas a evaluar las aptitudes cognitivas o atributos de personalidad. (9) la validación de constructo constituye un marco integral para obtener pruebas de la validez incluyendo las procedentes de la validación de criterio y de contenido. (9)(8)(13)(27)

#### **VII.4. VALIDEZ DE CONTENIDO**

También llamada validez externa que trata de verificar si los resultados de un determinado estudio son generalizables más allá de los linderos de este. Esto requiere que se dé una homología o, al menos, una analogía entre la muestra y el universo al cual se quiere aplicar.

Es el grado en que los elementos de prueba representan el rendimiento de dominio del instrumento que intenta medir, es decir es la justificación de que los ítems para medir el criterio son una muestra representativa del contenido a evaluar. (9)(8) Considera si el instrumento incorpora una muestra representativa de los componentes de la tarea en cuestión; es decir el grado en que las preguntas en una prueba son representativas de los rasgos, el comportamiento, o atributo que se está midiendo. (10)(21)(9)

Una prueba no puede considerarse válida si los ítems que la componen no muestran adecuadamente el contenido a evaluar. (9) Es un juicio personal, pero más sistemático de los medios. Este tipo de validez puede asociarse con la llamada validez aparente. (28)

Se pueden utilizar (como concepto de cartografía y el análisis factorial, se mide mediante un grupo de expertos que examine la relación entre los objetivos del instrumento y los elementos de este o por el conocimiento de las pruebas habituales, por lo que una vez desarrollado se debe someter al juicio subjetivo de los expertos para que puedan valorar la pertinencia de cada pregunta en relación a lo que se está midiendo, lo que garantiza que la medición tiene sentido y es razonable.(8) Los expertos primero describen el contenido del dominio y de las subcategorías de las pruebas universo; después determinan si cada uno de los elementos de prueba se ajusta con respecto a las pruebas universo y por último compararan la estructura de las pruebas con la de la estructura del universo de pruebas.(29) Es necesario establecer la razón del instrumento, proporcionar definiciones operativas de este, de las variables e identificar los objetivos específicos del instrumento. (28)

Tiene un rango de -1,00 a +1,00, indicando el peor posible con la perfecta congruencia entre el tema y los ensayos de prueba pertinentes objetivo o dominio. Una puntuación de +0,70 se considera aceptable para el tema de inclusión, mientras que los elementos con índices entre +0,50 y +0,69 debe ser examinado individualmente para decidir aceptar, rechazar o revisar artículos. Este paso implica la localización de la investigación teórica o empírica, de hablar con los expertos, o la revisión de otros instrumentos similares. Se considera un requisito previo para la validez de criterio y la validez de constructo y en general, debe ser establecido antes de cualquiera de estos. Se utiliza para pruebas de logros.

#### **VII.5. VALIDEZ APARENTE**

La validez aparente se refiere al grado en que el test parece que mide lo que se quiere con él medir; es decir mide cuán representativo es un cuestionario "en apariencia" y si parece ser bueno o no En cierto tipo de instrumento tiene gran importancia por sí misma, pero, no es suficiente, porque en muchos casos hay que aplicar el test a ciertos sujetos que sólo se

prestan a contestarlos si les parece aceptable, es decir que si los sujetos no colaboran, el test no puede aplicarse o sus resultados se deterioran.(23)(12)

Se basa en el principio de analizar el cuestionario y evaluar la viabilidad de la **investigación**, de manera subjetiva. Es considerada una medida débil de validez, sin embargo, su importancia no debe ser subestimada.(24)

La validez aparente se diferencia de la validez de contenido, en que la primera es una medida general; y los sujetos, ya sean sujetos de estudio o expertos en el tema, deben aportar su opinión, sin embargo, es muy útil como un filtro para eliminar ítems o cuestionarios completos que resultan ser inadecuados (23)

#### **VII.6. VALIDEZ DE CONSTRUCTO:**

Es el principal tipo de validez; es el grado en que una prueba mide una construcción teórica; es decir conceptos que no existen ni en el sentido literal o físico, es decir es una evaluación de lo bien que traducen sus ideas o teorías reales en programas o medidas. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento.(12)(26)

Parte del grado en el que las mediciones del concepto proporcionadas por el instrumento se relacionan de manera consistente con mediciones de otros conceptos o variables vinculadas empírica y teóricamente Es el más amplio tipo de validez; la validez de contenido y la de criterio pueden ser utilizadas para apoyarla.(28) (22)

Es un tipo de validez general, e incluye a todos los demás tipos de validez. Es necesario definir el contenido de dominio que representa a la construcción y también para definirla se construye de acuerdo con un marco teórico. Las definiciones de construcciones a menudo varían de una persona a otra, incluso entre las personas que se consideran expertos en un área de estudio. Se deben identificar las conductas que se relacionan con la construcción, esto ayudará a determinar los límites de la construcción. Identificar los comportamientos relacionados con estas construcciones similares y disímiles y determinar si estos comportamientos se relacionan con la construcción actual. Se divide en convergente y discriminante: (10)(21)

- **Convergente:** compara el objetivo del instrumento con otras medidas que cree reflejan la construcción de esta. Si la construcción de esta se refleja en los resultados de ambas pruebas se deben correlacionar altamente. (11)
- **Discriminante o divergente:** compara el objetivo del instrumento con otros para valorar la correlación de este con diferentes características o rasgos. (11)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

No existe un único método para determinar la validez de constructo, sino más bien se requiere la acumulación de pruebas, a menudo más numerosos estudios; se pueden realizar las siguientes pruebas: pruebas t, de Wilcoxon y el análisis de la varianza se utilizan para determinar en qué grupo existen diferencias. Los métodos utilizados en la recolección de pruebas son las siguientes: Método de Grupos, la correlación con otras pruebas incluye el examen del grado de convergencia o divergencia con las otras pruebas de que se presume que la misma medida o diferentes construcciones o rasgos (matriz mutirasgo-multimetodo), hipótesis y factor de análisis.(9)(13)

La validez de constructo incluye tres etapas(22):

1. Sobre la base de la revisión de la literatura, se establece y especifica la relación entre el concepto o variable medida por el instrumento y los demás conceptos incluidos en la teoría, modelo teórico o hipótesis.
2. Se asocian estadísticamente los conceptos y se analizan cuidadosamente las correlaciones.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

#### VII.7. VALIDEZ DE CRITERIO

Es la correlación entre las puntuaciones del test y las puntuaciones en el criterio,(9) es decir que para validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Se subdivide en concurrente y predictiva y se considera que es el enfoque más práctico y el más objetivo. (10)(21)

- **Concurrente:** examina la relación entre dos o más medidas dadas a los mismos temas en aproximadamente el mismo tiempo para que ambos reflejan el mismo incidente de comportamiento; se compara con el existente, por ejemplo, el estándar de oro. (11)
- **Predictiva:** compara el rendimiento de un sujeto en el momento de las pruebas iniciales para el rendimiento obtenido en una fecha futura con otra medida de gran valor o también llamado patrón oro. Se basa en la capacidad de una prueba para predecir los resultados obtenidos en otro ensayo. Para su análisis se utilizan el porcentaje, los coeficientes de correlación y kappa. Es útil cuando el objetivo del instrumento es nuevo o no probado y que se propone como alternativa a la evaluación del criterio de medida debido a la facilidad de administración, eficiencia, eficacia y / o seguridad. Es esencial para la toma de decisiones clínicas. (11)

## VII.8. CONFIABILIDAD

A fin de perfeccionar la valoración de test psicológicos, Cronbach (1951) introdujo en la evaluación dos elementos a considerar en la confiabilidad de los cuestionarios: equivalencia (confiabilidad o consistencia interna) y estabilidad (confiabilidad externa). Ambos elementos confieren cierto grado de precisión del cuestionario.(11) (21)(30)

La confiabilidad es un reflejo de confianza, se concibe como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite en diferentes tiempos, es decir la posibilidad de encontrar resultados similares (24); el índice estandarizado de consistencia o precisión de un instrumento se denomina coeficiente de confiabilidad que puede oscilar entre 0 y 1.(9)

La confiabilidad se considera externa cuando otros investigadores llegan a los mismos resultados en condiciones iguales; e interna cuando varios observadores concuerdan en los hallazgos al estudiar el mismo evento. La confiabilidad es la encargada de disminuir, en la investigación cualitativa, el error de medición al mínimo posible(24)

Para estimar empíricamente las estadísticas de confiabilidad se emplean diferencias diseños de recolección de datos, los más conocidos se denominan: (8)(27)

- Test-retest: que es la aplicación de un test a una muestra de personas en 2 ocasiones
- Formas paralelas: se aplica a una muestra en la misma ocasión o en distintas ocasiones, pero 2 versiones de test equivalentes en contenido.
- Consistencia entre las partes de una prueba: se divide el test en 2 subconjuntos equivalentes de ítems o estimación a partir de las covarianzas entre los ítems de la prueba
- Consistencia de las puntuaciones de distintos calificadores: evaluación de una muestra de conducta por calificadores independientes,

## VII.9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Generalmente los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.(31)

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.(7)(32) Son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la

alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal, una de las características importantes de este tipo de trastornos es su cronicidad.(33)(34)

El DSM IV lo define como un trastorno en el que una persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo intenso de ganar peso y una significativa mala interpretación de su cuerpo y forma.(33)

Los principales subtipos de este tipo de trastornos son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.(33)

Estos trastornos no solo afectan a niños y adolescentes sino también adultos, uno de los factores desencadenantes esta mediado por los medios de comunicación que imponen nuevas tendencias en la moda, nuevos estándares en el aspecto físico y en los patrones de alimentación.(33)

Dado que los trastornos de la conducta alimentaria son una enfermedad psiquiatría su etiología es multifactorial, teniendo componentes, genéticos, sociales, metabólicos, de la personalidad, hormonales, sexuales, del modo de expresar las emociones, de aprendizaje, de la historia de abuso, maltrato o perfeccionismo y la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos como la depresión, trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad, etc.(33)(35)(36)

La anorexia nerviosa se caracteriza por una profunda distorsión de la imagen corporal y una implacable búsqueda de delgadez que a menudo llega a la inanición(37).

## **VII.10. EPIDEMIOLOGÍA**

Ha habido un incremento en la incidencia de anorexia nerviosa durante las últimas décadas, especialmente durante la etapa pre púber, adolescencia y en la primera parte de la adultez siendo del 1 al 2 % de la población total (33)

Es la primera causa muerte no traumática por causa psiquiátrica en este grupo etario. Es más frecuente en mujeres, con una incidencia en mujeres de 18.6%, en comparación con los hombres, que es de 7.4%. (38); puede afectar a todas las clases sociales (33)(39).

La población en mayor riesgo es la formada por atletas, modelos, deportistas, y aquellos con antecedentes familiares de trastornos de la alimentación o antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, depresión y alexitimia, también trastorno de la personalidad limítrofe o inestable(33)(40) (41).

## **VII.11. ETIOPATOGENIA**

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen un origen multifactorial:(33)(35)

### **VII.11.1. FACTORES PSICOLÓGICOS**

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser una reacción frente a ciertas demandas como son el aumento de la relaciones sociales y sexuales, la independencia, etc. Las personas suelen dirigir sus preocupaciones hacia la comida y el aumento de peso

por lo que suelen perder el sentido de autonomía y autoconfianza. Los psicoanalistas reportan que se trata de personas que han sido incapaces de separarse psicológicamente de su madres (33)(37)(42). Personas con rasgos de la personalidad perfeccionista, rigidez, escasa empatía, y personalidad obsesiva compulsiva (33)(43) (35)

En estos pacientes se encuentran alteradas 3 áreas a nivel psicológico:

- 1- trastorno de proporciones delirantes en la imagen y concepto corporales.
- 2- trastorno de la percepción e interpretación cognoscitivas inadecuadas y confusas de los estímulos.
- 3- una sensación paralizante de ineffectividad.

#### **VII.11.2. FACTORES FAMILIARES**

Minuchin, Rosman y col e 1978 propusieron el modelo de la familia psicósomática donde incluyeron a las familias de personas con anorexia nerviosa, principalmente estas familias presentaban una estructura con elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos.(33)(40)

Leug, Schwartzman y col explican la influencia familiar a través de 2 vías sobre la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria que son: la preocupación de peso y figura en la familia, que puede contribuir a la insatisfacción corporal de sus miembros y que la disfunción familiar puede propiciar una baja autoestima.(35)

El perfeccionismo y las altas expectativas suelen ser factores implicados en el desarrollo de psicopatología alimentaria. (35)

#### **VII.11.3. FACTORES GENÉTICOS**

Se ha identificado un gen, en el cromosoma 1, implicado en el desarrollo de anorexia nerviosa, aunque en los trastornos de la conducta alimentaria, la susceptibilidad genética puede deberse a efectos de interacción entre diferentes genes. (33)(44)

#### **VII.11.4. FACTORES SOCIOCULTURALES**

Uno de los factores más importantes es la sobrevaloración de la delgadez. (33)(45) Se ha observado que las burlas y críticas que reciben las personas sobre su peso y apariencia física se ve reflejada en un incremento de la incidencia de casos de alteraciones de la conducta alimentaria (33)(35)

### **VII.11.5. FACTORES BIOLÓGICOS**

Diversos estudios han demostrado el papel de los opioides endógenos en la negación del hambre en pacientes con anorexia. (33)(45) Se ha reportado que la leptina producida en las células adiposas está implicada en la regulación del apetito a nivel hipotalámico ya que altera las concentraciones del neuropéptido Y. (33)(46) También se han visto en las tomografías computarizadas de cráneo, cambios en la región frontal y parietal del hemisferio derecho, así como un aumento de los surcos y ventrículos cerebrales en pacientes con anorexia. (33)(47).

### **VII.12. MODELOS TEORICOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

El comportamiento alimentario es conceptualizado como toda acción o estrategia emitida por los organismos, dirigida a “hacer para alimentarse.”

La evidencia científica demuestra el importante papel que tiene la conducta en el aprendizaje como determinante de consumo, preferencias y selecciones de alimento (Galef, 1986). La manera en que se alimentan los adultos que integran una familia, es un determinante en la cantidad, calidad y forma en que se alimentan los niños. Es decir, la conducta es el medio por el cual los organismos regulan su estado interno, y esta conducta, es el resultado de una gran cantidad de estrategias evolutivas de tipo biológicas, psicológicas y sociales para dotar a los organismos de un instrumento efectivo de supervivencia.(31)(34)

#### **VII.12.1. TEORÍA COGNITIVA SOCIAL O TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.**

Fue creada por Albert Bandura en 1999, se basa en la idea de que las personas aprenden de observar a otras, las interacciones sociales, las experiencias, y la influencia de los medios de comunicación; es decir que la elección de alimentos es el producto de una decisión racional, respondiendo a una serie de influencias del medio ambiente. Proporciona la estructura para comprender, predecir y cambiar el comportamiento. Los cambios se basan en cuatro condiciones:(31)

- La atención
- La retención
- El motor de reproducción
- La motivación.

Se debe tener en cuenta el contexto social para la comprensión de la desigualdad social entorno a la alimentación y de este modo mejorar la efectividad de las intervenciones públicas.

El conocimiento de la influencia del contexto social y cultural sobre el comportamiento alimentario es por demás complicado, debido en primer lugar, porque la base teórica y empírica de la mayoría de las investigaciones sobre la antropología de la alimentación son trabajos realizados en otros contextos culturales (Europa). No obstante, las estructuras

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales, las prácticas alimentarias, las presentaciones que tienen los productos alimenticios varían de un contexto cultural a otro y de un país a otro. Y a pesar de que existen similitudes, es difícil garantizar la unificación de los resultados, sabiendo que la relación que tienen las personas con los alimentos es muy particular.(6)

Las estrategias para el asesoramiento nutricional son:

- Demostración y modelización
- Desarrollo de habilidades y entrenamiento
- Apoyo social
- Refuerzo
- Establecimiento de objetivos
- Control de estímulos
- Entrevista de motivación

#### **VII.12.2. TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL**

Desarrollada por Albert Skinner, Aaron Beck y Albert Ellis. Esta teoría utiliza un enfoque directivo orientado a la acción que enseña a una persona a explorar, identificar y analizar los patrones disfuncionales de pensamiento y acción; es decir ¿Cómo actuamos (comportamiento), pensamos (cognición) y sentimos (emoción) y cómo interactúan, ya que para hacer efectivo el cambio se utilizan ambas estrategias, la cognitiva y la conductual(34)(56)

Las estrategias que se utilizan para el asesoramiento nutricional son el trabajo en el Autocontrol (los pensamientos, las emociones, la ingesta de alimentos, el comportamiento), la resolución de problemas, el establecimiento de objetivos, las recompensas y el manejo de la contingencia, la reestructuración cognitiva, el apoyo social, el manejo del estrés, el control de estímulos, así como la prevención de recaídas(56)

#### **VII.12.3. MODELO TRANS-TEÓRICO**

Fue desarrollado por James O. Prochaska, esta teoría describe la secuencia de pasos cognitivos (actitudes, intenciones) que una persona debe seguir para cambiar la conducta. Este modelo ofrece estrategias específicas efectivas en varios puntos del proceso de cambio e indica las medidas de los resultados incluyendo el balance de las decisiones y la autoeficacia.(34)(57)

Las estrategias que son más adecuadas en el asesoramiento dependen de la etapa de cambio del paciente y son:

- Entrevista de motivación
- Capacitación y entrenamiento para el desarrollo de habilidades
- Demostración y modelización

- Refuerzo
- Autocontrol
- Establecimiento de objetivos y conducta
- Establecimiento de objetivos y pautas de conducta contratación
- Apoyo social
- Control de estímulos

### **VII.13. MEDICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Existen cuestionarios que sirven como instrumentos de tamizaje para detectar el probable diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, como son el Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Examination-self-report Questionnaire (EDE-Q), Sick Control Outweight Fat Food (SCOFF), Eating Disorders Inventory (EDI), entre otros. Dichas encuestas son utilizadas en estudios epidemiológicos.(48)(16)

Los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos hacen difícil un diagnóstico oportuno. Los cuestionarios auto aplicados y las entrevistas estructurada son los dos principales instrumentos para la evaluación de (Trastornos de la conducta alimentaria).(49)

Existen además otras mediciones relacionadas, como son:

- La preocupación por la imagen corporal
- El índice de masa corporal
- La ingesta dietética, entre otras.

Los cuestionarios auto aplicados reportan síntomas o conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, no dan un diagnóstico específico, cuando un individuo obtiene una puntuación que indique la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria es necesario verificar el diagnóstico por medio de entrevistas estructuradas.

El diagnóstico definitivo de trastornos de la conducta alimentaria debe ser hecho por un especialista en psiquiatría, en base a una anamnesis dirigida complementaria y con los exámenes auxiliares necesarios.(7)

### VII.13.1. EAT (Eating Attitudes Test)

El EAT es una de los instrumentos más utilizados en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria Rivas, Teresa (2004)(50)

Garner y Garfinkel, 1979) crearon el EAT-26 y EAT-40, que actualmente es una de las medidas más utilizadas en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria. (1)

El cuestionario que se va a valorar es el Cuestionario de Actitudes Alimentarias (**EAT-40**, por sus siglas en inglés), fue elaborado por Garner y Garfinkel en 1979.(1)

Es un instrumento diseñado para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. (51)(6), evaluar síntomas y características de la anorexia nerviosa;(52), consta de 40 ítems agrupados en 7 dimensiones: (53)(51)(6)

- Preocupación por la comida
- Imagen corporal con tendencia a la delgadez derivados de patrones y estilos alimentarios estereotipados.
- Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos
- Restricción alimentaria (dieta) evitar alimentos engordantes.
- Conductas compensatorias: comer lentamente
- Comer clandestinamente como motivación para adelgazar
- Presión social percibida para aumentar peso (control oral).

Cada ítem se valora con una escala de Likert de 6 posibles respuestas que abarcan desde siempre a nunca y sólo se registra de 1 a 3. La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de 1 a 3 de cada ítem. Los valores finales van de 0 a 120. El punto de corte es de 30 que, nos permite distinguir entre pacientes anoréxicos y población sana, pacientes bulímicos y población sana, sin embargo, no es posible diferenciar entre pacientes anoréxicos y bulímicos.

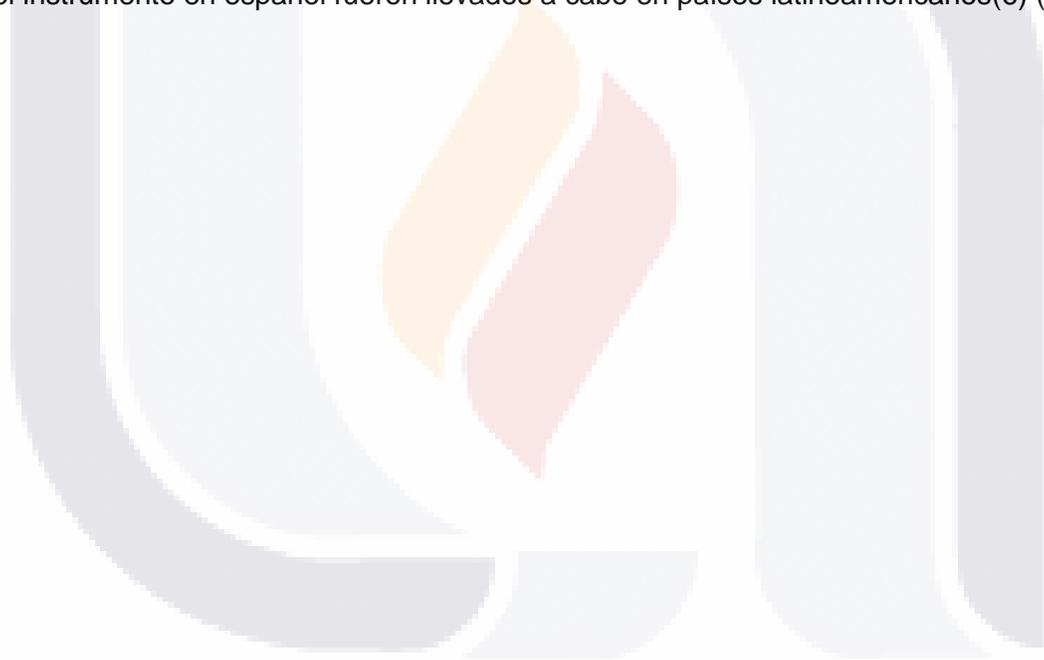
La confiabilidad de la EAT 40 es de un  $\alpha$  igual a 0.79 en muestras clínica y de  $\alpha$  0.94 cuando se agrupan muestras clínicas y grupo control. (53)

En 1982 el test fue modificado por Garner y Olmsted dejando únicamente 26 ítems debido a que es más fácil y objetivo, se eliminaron 14 preguntas que eran redundantes, y también porque no alteraban el resto del cuestionario. Dejando 3 factores o dimensiones: (52)

- conductas bulímicas
- imagen corporal con tendencia a la delgadez
- control oral o también llamado presión social percibida al aumentar de peso.

Los desórdenes de alimentación son actitudes y comportamientos muy comunes entre los jóvenes. Estos grupos se caracterizan por hábitos de alimentación anormales e incluyen: atracones, bulimia y anorexia nerviosa. Los médicos en proceso de formación están predispuestos a presentar trastornos de alimentación debido a la combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales; están sujetos principalmente a altos niveles de estrés, en relación a cambios de residencia, jornadas de más de 24 horas, privación del sueño, pérdida de redes de apoyo conocidas, (54) así como situación económica incierta, siendo este, un factor crítico para presentar desórdenes alimentarios.(55)

Los estudios llevados a cabo sobre el EAT-40, en su versión en español, presentan errores metodológicos, entre ellos el solo realizar un tipo de validez, ya sea de criterio o contenido, en otro se reporta una validez global, que es considerada baja de 0.45(2000), en estudios posteriores (2004) no se realizaron todos los tipos de validez y se empleó la traducción de otros investigadores, sin mencionar la metodología para la adaptación cultural, solo se encontró un estudio llevado a cabo por Rivas en 2013 que si llevo a cabo también la validez de constructo, en la comparación de la versión extensa y simplificada del EAT, reportando una mayor validez convergente para la versión extensa, el resto de los estudios realizados con el instrumento en español fueron llevados a cabo en países latinoamericanos(6) (29)



## VIII. JUSTIFICACIÓN

Los cuestionarios, son un valioso instrumento para recolectar información, y a partir de ellos es que es posible detectar un sinfín de patologías, de ahí la importancia de contar con instrumentos ágiles, confiables y validos que identifiquen a las personas con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, instrumentos adecuados, constituyen una parte vital en el diagnóstico precoz y el desarrollo de programas de prevención y detección oportuna, en este caso médicos becarios. (58)(59)(60)

*¿Cómo se relaciona la investigación con las prioridades de la región y del país?*

Los trastornos de la conducta alimentaria en las últimas décadas ha tomado gran importancia, debido al incremento de casos, así como las incapacidades que produce en quienes los padecen que pueden llevar al individuo hasta la muerte, en México, aun cuando existen numerosos estudios, estos no han sido llevados a cabo con la metodología adecuada, por lo que no se cuenta con instrumentos adaptados a nuestro ámbito social y cultural.(61)

*¿Qué conocimiento e información se obtendrá?*

Al contar con instrumentos adecuados se podrá conocer en forma más veraz la incidencia de este tipo de trastornos en nuestra población, en el presente estudio se decidió aplicarlo a médicos becarios debido a que esta población está expuesta a altos niveles de estrés que puede generar cambios en el comportamiento alimentario; algunas personas pueden hacer frente al estrés comiendo y complaciéndose con “comidas emocionales” (eating emotional), es decir, comiendo como resultado de estados de ánimo negativos, como tristeza, soledad y preocupación, desencadenado por el estrés.(25)

*¿Cuál es la finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará el estudio?*

Los estudios encontrados durante la revisión bibliográfica mostro que aun cuando se han realizado estudios con instrumentos adaptados a nuestra cultura, en la descripción y análisis de los resultados no se especifica qué tipo de validez fue aplicada, por lo tanto, aun cuando se reportan altos índices de confiabilidad y validez no se pueden generalizar y establecer como adaptaciones aceptables. (16)

*¿Cómo se utilizarán los resultados y quiénes serán los beneficiarios?*

Si se cuentan con instrumentos validados y adaptados culturalmente a nuestra población, se podrá detectar trastornos de la conducta alimentaria, se dará tratamiento, disminuyendo la generación de algún tipo de incapacidad e incluso la muerte. (15)

## IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Magnitud, frecuencia y distribución. Áreas geográficas afectadas y grupos de población afectados por el problema. Consideraciones étnicas y de género.

Para que los resultados de una investigación sean válidos y confiables se requiere emplear instrumentos que tengan ambas cualidades, durante la revisión bibliográfica se encontraron múltiples cuestionarios, en variados idiomas. En México se han realizado diversos estudios en relación con los trastornos de la conducta alimentaria utilizando el EAT-40, durante la revisión de estos se observó que la mayoría de los instrumentos no cuentan con un punto de corte establecido; también encontramos que estas investigaciones solo incluyeron muestras pertenecientes a la ciudad de México y su zona metropolitana, sin embargo, los trastornos de la conducta alimentaria se han reportado en todos los estados de la república mexicana. (53)

Además, la mayoría de las investigaciones han sido realizadas en población femenina, y aunque la epidemiología muestra una prevalencia mayor en esta población, en las últimas décadas ha habido un incremento de detección de trastornos de la conducta alimentaria en varones, lo que muestra la importancia de realizar más estudios en esta población. (62)

Causas probables del problema: ¿Cuál es el conocimiento actual sobre el problema y sus causas? ¿Hay consenso? ¿Hay discrepancias? ¿Hay evidencias conclusivas?

Durante la revisión bibliográfica se encontró que solo el EAT 40, el BULIT, el BTE, el BSQ, el EDI-2 presentan un punto de corte para su empleo en mujeres mexicanas con una adecuada sensibilidad y especificidad, con porcentajes de predicción  $> o = a 80$  sin embargo debido a errores metodológicos no pueden ofrecer información concluyente.(62)

Específicamente en relación con el instrumento elegido, el EAT-40 conocemos que fue creado en 1979, y ha sido traducido y adaptado a diferentes culturas, sin embargo, los estudios México, a pesar de reportar valores altos de confiabilidad y validez no muestran una metodología clara en cuanto al análisis de resultados y la adaptación cultural. Por lo que estudios realizados a partir de esta adaptación podrían no ser acertados.(63)

El estudio realizado por Álvarez en 2000 menciona una validez global de 0.45, que no se considera adecuada, en 2004 reportan solo validez de criterio concurrente, debido a que no se llevó a cabo una evaluación completa que incluyera a todos los tipos de validez, en el 2013 Rivas y col realizaron un estudio con la versión española de la versión simplificada (EAT-26) que menciona que la versión extensa tiene una adecuada validez de constructo convergente. El resto de los estudios realizados para valorar el EAT-40 fueron llevados a cabo en países latinoamericanos como Costa Rica y Perú.(64)

Soluciones posibles: ¿Cuáles han sido las formas de resolver el problema? ¿Qué se ha propuesto? ¿Qué resultados se han obtenido?

El EAT-40 es un cuestionario auto aplicado, por lo que su aplicación es relativamente económica, no se requiere inversión de gran cantidad de tiempo y se puede aplicar al mismo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tiempo a un grupo de personas, por lo que es una buena opción para su empleo en la detección de trastornos de la conducta alimentaria. (64)

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de patologías clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Este tipo de trastornos pueden ser desencadenadas por situaciones cotidianas como las actividades escolares, laborales o problemas económicos; que pueden producir en estas personas emociones y pensamientos negativos que los orillan a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.(5)

Los TCA se han convertido en un importante problema de salud pública que requiere ser estudiado y atendido de manera específica con urgencia cada vez mayor, por su alta prevalencia y sus importantes consecuencias en la salud mental debido a que afectan la autonomía, la autoestima y las habilidades sociales, que en muchos casos se asocia a enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad y abuso de sustancias e incluso el suicidio; y en la salud física sus implicaciones van desde desnutrición, alteración de ciclos menstruales, esofagitis, gastritis, entre otras.(33)

La capacidad de asimilar o canalizar el estrés depende de la personalidad de cada individuo, que influye en la forma en como manejan y perciben los eventos estresantes, de ahí la importancia de contar con instrumentos validados y confiables que nos ayuden a detectar oportunamente este tipo de trastorno.(54)

Se decidió realizar este estudio con la población de médicos becarios, debido a que son vulnerables a presentar trastornos de la conducta alimentaria dado que en el curso de su formación están expuestos a altos niveles de estrés, secundario, entre otras situaciones, al abandono de la residencia familiar, que conlleva cambios en sus hábitos alimenticios, alteraciones del ciclo circadiano (secundario a la privación del sueño, propia de la práctica clínica),(65)(54)(15). dificultades económicas e incertidumbre acerca del futuro y nuevos retos profesionales que tiene repercusiones en el estado de salud, como problemas cognitivos, afecto inapropiado, irritabilidad, disminución del estado anímico, déficit en la memoria reciente, trastornos de la conducta alimentaria, deserción, depresión e incluso el suicidio(66)(55)(44). Esta patología solo se ha estudiado en adolescentes estudiantes de secundaria y educación media superior. (53).

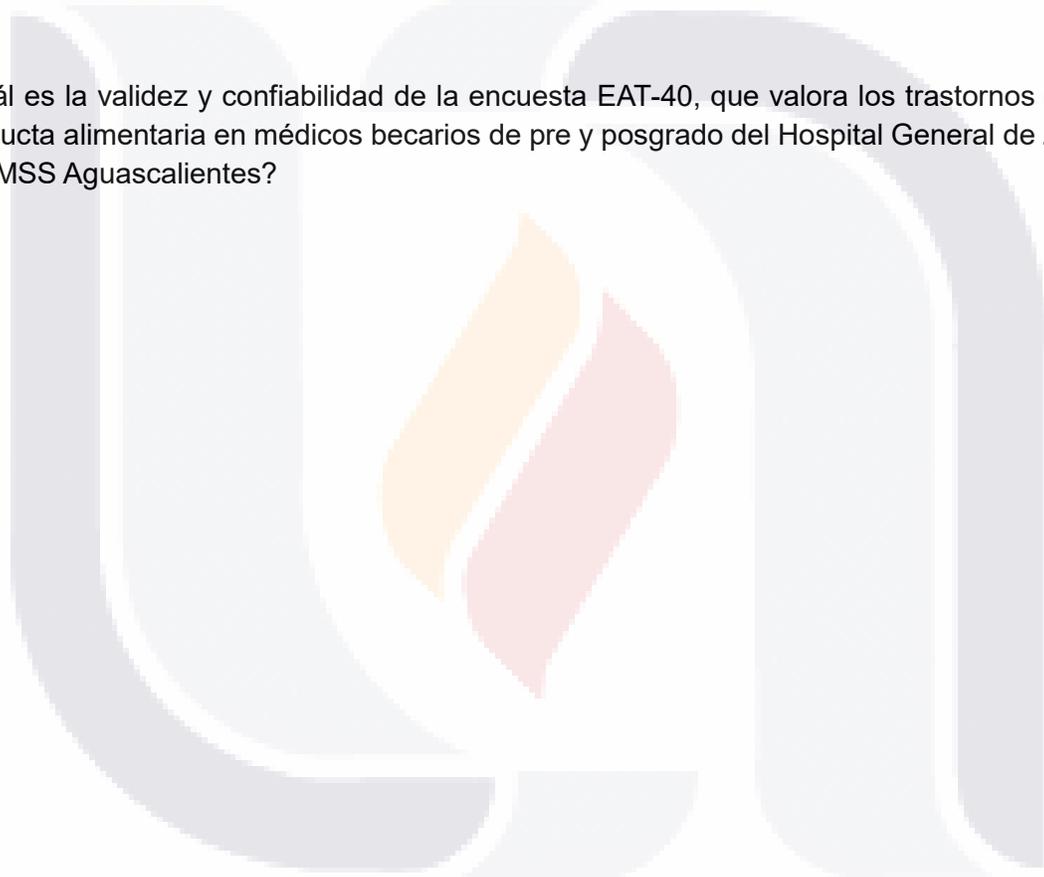
Preguntas sin respuesta: ¿Qué sigue siendo una interrogante? ¿Qué no se ha logrado conocer, determinar, verificar, probar?

Actualmente no existen estadísticas precisas ya que los trastornos de la conducta alimentaria pasan desapercibidos para la mayoría de los médicos y los casos reportados corresponden a los diagnósticos realizados por médicos especialistas en psiquiatría, con quienes los pacientes acuden después de varios años de evolución que corresponden en el caso de la anorexia nerviosa en casi el 50 % de los casos (63), cuyas implicaciones en el curso y pronóstico, afectan la calidad de vida y elevan los costos del tratamiento.(58)(67)

Por todo lo anterior se observa la importancia de contar con instrumentos que nos permitan, en futuras investigaciones, determinar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en médicos becarios de pre y posgrado con el fin de realizar un tamizaje; que permita la detección oportuna de este tipo de trastornos, así como permitirá ofrecer un diagnóstico, y manejo de forma oportuna, por especialistas en la materia (psiquiatría y psicología). Ya que como se mencionó anteriormente los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos severos que tienden a la cronicidad con una alta mortalidad y disfuncionalidad. (58) (68)(69).

### **IX.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la validez y confiabilidad de la encuesta EAT-40, que valora los trastornos de la conducta alimentaria en médicos becarios de pre y posgrado del Hospital General de Zona # 1 IMSS Aguascalientes?



## X. OBJETIVOS

### X.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez y confiabilidad de la encuesta EAT-40 en trastornos de la conducta alimentaria en médicos becarios del Hospital General de Zona # 1 IMSS Aguascalientes.

### X.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A. Caracterizar a la población de acuerdo con variables sociodemográficas.
- B. Traducir la encuesta EAT-40 al español.
- C. Adaptar culturalmente la encuesta EAT-40 traducida al español.
- D. Aplicar el EAT-40 en los becarios del HGZ #1 de la delegación IMSS Aguascalientes.
- E. Establecer la confiabilidad de la EAT-40
- F. Medir la validez aparente de la EAT-40.
- G. Establecer la validez de contenido de la EAT-40
- H. Determinar la validez de constructo de la EAT-40
- I. Determinar la validez de criterio de la EAT-40.

### X.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO (en caso pertinente):

No aplica para el presente estudio.

## **XI.MATERIAL Y MÉTODOS**

### **XI.1. TIPO DE ESTUDIO:**

La presente investigación es un estudio descriptivo de validez y confiabilidad.

### **XI.2. UNIVERSO DE TRABAJO**

#### **XI.2.1 UNIVERSO**

De acuerdo con los datos proporcionados en la delegación IMSS Aguascalientes hay un total de 352 Médicos becarios, de los cuales 226 son residentes y 126 internos de pregrado distribuidos en 3 hospitales.

#### **XI.2.2. POBLACION EN ESTUDIO:**

Fue constituido por los médicos internos de pregrado y médicos residentes de las especialidades Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Anestesiología, Pediatría, Urgencias Médico-Quirúrgicas y Medicina Familiar del Hospital General de Zona # 1 IMSS, Aguascalientes.

#### **XI.2.3. UNIDAD DE OBSERVACION Y ANALISIS:**

Médicos becarios de pre y posgrado del Hospital General de Zona # 1 IMSS Aguascalientes.

En el Hospital General de Zona # 1 IMSS, Aguascalientes, hay un total de 183 becarios de los cuales 54 son internos de pregrado y 129 son residentes, correspondientes a las especialidades de Medicina Interna 12, Ginecología y Obstetricia 6, Pediatría 6, Cirugía 6 Anestesiología 6, Urgencias Médico-Quirúrgicas 22 y Medicina Familiar 71.

Médicos becarios de pre y posgrado del Hospital General de Zona # 3 IMSS Aguascalientes, para prueba piloto.

### **XI.3. CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN**

#### **XI.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Para la validez de contenido y aparente se incluyó a 5 expertos en el tema con al menos 5 años de experiencia en las siguientes materias: psiquiatría, médicos familiares, psicología y nutrición.
- b) Para la prueba piloto se incluyeron a médicos becarios de pre y posgrado del Hospital General de Zona # 3 que desearan participar.
- c) Médicos becarios: residentes e internos del Hospital General de Zona # 1 IMSS Aguascalientes sin distinción de edad y sexo que acepten participar en la presente investigación.

### **XI.3.2. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- a) Se eliminaron del estudio a los médicos becarios que no aceptaron participar en la prueba piloto.
- b) Se eliminaron del estudio a los médicos becarios que contestaron el cuestionario incompleto.

### **XI.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- a) Expertos en otras áreas del conocimiento o con menos de 5 años de experiencia.
- b) Para la prueba piloto se excluyó a los médicos becarios que no estén adscritos al Hospital General de Zona #3
- c) Médicos becarios que ya fueron diagnosticados previamente con un trastorno de la conducta alimentaria.
- d) Médicos becarios que se negaron a participar en la presente investigación
- e) Estudiantes del área de la salud.
- f) Médicos adscritos con las categorías 08 o 02 del Hospital General de Zona # 1 IMSS Aguascalientes

## **XI.4. MUESTREO**

### **XI.4.1 TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico

### **XI.4.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

El tamaño de la muestra se determinó por el número de médicos becarios adscritos al Hospital General de Zona # 1 IMSS Aguascalientes, que en este caso fue de 183.

## **XI.5. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

### **XI.5.1. SOCIODEMOGRAFICAS (anexo G)**

Edad, sexo, pregrado, especialidad, lugar de origen, estado civil, peso talla e índice de masa corporal.

### **XI.5.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (anexo G)**

## **XI.6. PROCEDIMIENTOS**

### **XI.6.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una entrevista a los médicos becarios de pre y posgrado, previa autorización por parte del personal directivo del Hospital General de Zona # 1 IMSS, Aguascalientes. Se reunió a los becarios y se les aplicara la EAT-40; se les explicó el objetivo de estudio, se les dió a conocer la carta de consentimiento informado y a los que aceptaron participar en el proyecto se les pidió que la firman, también se informó sobre el seguimiento en los servicios de psiquiatría, en caso de tamizaje positivo. A los médicos becarios que aceptaron firmar la carta de consentimiento se les pidió que respondieran el test EAT-40.

### **XI.6.2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

Es un instrumento creado y validado en 1979 por Garner y Garfinkel para medir síntomas y conductas características de la Anorexia Nerviosa. Consta de 40 ítems con seis opciones de respuesta en escala tipo Likert, que se califican de 0 a 3 puntos, agrupados en 7 dimensiones: (53)(51)(6) la preocupación por la comida, la imagen corporal con tendencia a la delgadez derivados de patrones y estilos alimentarios estereotipados, el uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos, la restricción alimentaria (dieta) evitar alimentos engordantes, las conductas compensatorias: comer lentamente, comer clandestinamente como motivación para adelgazar y la presión social percibida para aumentar peso. Los valores van de 0 a 120 con un punto de corte de 30.

### **XI.6.3. LOGÍSTICA**

Tras la aprobación del protocolo, se procedió a la aplicación del cuestionario. Se solicitó a la jefatura de enseñanza del Hospital General de Zona # 1 permiso y apoyo para la realización de este proyecto de investigación.

Se les explicó e invitó a los Médicos becarios, a participar en el presente estudio, previa firma del consentimiento informado, se les aplicó la EAT40, así como el llenado de la ficha de identificación.

## **XI.7. METODOLOGÍA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

### **XI.7.1. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL EAT -40**

Se encontró en la búsqueda bibliográfica que los estudios de adaptación cultural del cuestionario no reportan que tipo de validez se aplicó y en otros solo realizaron validez de

craterio y aparente, por lo que se procedió a emplear la metodología internacionalmente establecido por la OMS que consta de (16)(70):

- Traducción por una persona cuya lengua materna era el inglés.
- Mediante un grupo focal de expertos en la materia (nutriólogo, psicólogo, médico familiar y psiquiatra) se realizaron 3 sesiones con una duración aproximada de 2 hrs cada una.
- Posteriormente y previa autorización de director de hospital general de zona número 3, se realizará una prueba piloto, invitando a los médicos becarios de pre y posgrado y se formaron 2 grupos, constituidos por 7 becarios cada uno, para determinar en base a las opiniones, la claridad de los ítems del cuestionario traducido con la finalidad de hacer el cuestionario más comprensible.
- El cuestionario con las modificaciones realizadas se envió a un traductor experto para su traducción al idioma inglés.
- Ya con las 2 versiones del cuestionario, se reunió nuevamente al grupo de expertos para comparar ambos cuestionarios y se realizaron las modificaciones pertinentes.

#### **XI.7.2. VALIDEZ DE CONTENIDO**

Se seleccionó a un grupo de expertos en la materia: formado por un psiquiatra, dos médicos familiares, un psicológico y un nutriólogo, cada uno con más de 5 años de experiencia; vía correo electrónico se les envió un documento con la encuesta y una escala nominal de 1 a 5 en donde debían determinar si el cuestionario cumplía con los siguientes criterios: Suficiencia, Claridad, Coherencia y Relevancia, mismo que se regresó mediante la misma vía, posteriormente se vaciaron los datos en una hoja de Excel para su posterior análisis mediante el índice de validez de Lawshe.

#### **XI.7.3. VALIDEZ APARENTE**

El instrumento se aplicó a 2 grupos de 7 médicos becarios del hospital General de Zona # 3, previa autorización por parte de jefatura de enseñanza de dicho nosocomio, se recabo información sobre la comprensión de las palabras y la sintaxis de cada ítem, se contó con un moderador que fue llevado a cabo por el tesista teniendo como secretario de apoyo a un médico familiar; quien fue el encargado de tomar notas sobre las opiniones y el consenso a que llegaron los participantes. Se cambiaron las palabras o enunciados con falta de claridad. Posteriormente se realizó una segunda ronda en donde se presentó el instrumento con las modificaciones realizadas en la reunión anterior.

#### **XI.7.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

Se aplicó el instrumento a los médicos becarios del Hospital General de Zona 1 IMSS Aguascalientes, previa firma de consentimiento informado, posteriormente se vacía la información en una base de datos llamada SPSS, se procedió a realizar el análisis factorial con la finalidad de determinar el grado de validez, mediante el análisis factorial exploratorio rotación VARIMAX.

#### **XI.7.5. VALIDEZ DE CRITERIO**

Se realizó una correlación entre los ítems y las dimensiones de cada dominio, y entre los ítems y los dominios, con el apoyo nuevamente del grupo focal.

Mediante la técnica Delphi se emplearon 3 rondas en donde los expertos emitieron un juicio inicial para establecer la congruencia y pertinencia entre los ítems y la teoría, seguido de una evaluación de cada ítem de acuerdo con una plantilla de evaluación que incluyó la escala:

- 1 pertinente
- 2 poco pertinente
- 3 no pertinente

#### **XI.8. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

##### **XI.8.1. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se vaciaron los resultados de los ítems en el programa estadístico SPSS. Posteriormente se realizaron análisis descriptivos de las variables obtenidas, y se graficaron los resultados.

Los datos obtenidos de los cuestionarios realizados a los médicos becarios de pre y posgrado se vaciaron en una base de datos de SPSS, donde se obtuvieron las estadísticas descriptivas de cada variable y se analizaron a través de diagramas de dispersión, histogramas y tablas de variables categóricas, así como la estratificación de acuerdo con la población inferida.

##### **XI.8.2. ANALISIS DE DATOS**

**Validez de contenido:** los datos obtenidos de las sesiones con el grupo de expertos se vaciaron en una hoja de cálculo de la aplicación Excel para posteriormente obtener el coeficiente de validez de contenido de Lawshe solo se conservaron los ítems que obtuvieron un valor de  $>- 0.8$

**Validez aparente:** se realizó a partir de la información obtenida de los 2 grupos focales, conformados por los médicos becarios del Hospital General de Zona #3 teniendo en cuenta los criterios de comprensión de las palabras y la sintaxis de cada ítem; Se consideró necesaria una concordancia de, por lo menos, 70% entre los participantes, que consideraron como claros y comprensibles los ítems.

**Validez de constructo:** se realizó un análisis factorial para correlacionar los ítems con el análisis de las 7 dimensiones que componen el instrumento, empleando la rotación VARIMAX a partir de la base de datos SPSS, El método estima que, si se logra incrementar la varianza de las cargas factoriales al cuadrado de cada factor, se consigue que, algunas

de sus cargas factoriales tiendan a aproximarse a 1 mientras que otras se aproximan a 0, se obtuvo una pertenencia más clara e inteligible de cada variable al factor.

**Validez de criterio:** se realizó a partir de los valores obtenidos de los expertos, mediante la correlación lineal entre las dimensiones de cada dominio con la correlación kappa de Fleiss que mide la correlación de esta, cuyo valor va de 0 a 1, en donde se consideró como pobre correlación valores menores a 0, correlación leve de 0.01 a 0.2, correlación justa de 0.21 a 0.4, correlación moderada 0.41 a 0.60, correlación sustancial de 0.61 a 0.8, y correlación casi perfecto de 0.81 a 1

**Confiabilidad:**

A partir de los datos obtenidos en la aplicación del test, se procedió a su análisis con la fórmula de alfa de Cronbach donde se esperaba obtener un valor mayor de 8.0

**XI.9. ASPECTOS ÉTICOS:**

El presente protocolo de investigación corresponde a una investigación sin riesgos debido que solo se implementó un cuestionario previa carta firmada de consentimiento informado. Tiene como finalidad determinar la validez de constructo de la adaptación cultural de la encuesta EAT 40 en relación con trastornos de la conducta alimentaria en médicos becarios de pre y posgrado adscritos al Hospital General de Zona #1 IMSS, Aguascalientes, empleando la EAT-40.

Tomando en cuenta los principios básicos éticos que toda investigación médica establecidas en la Declaración de Helsinki revisada en el año 2000 en Edimburgo, Escocia por la Asociación Médica Mundial. Se respetará la vida, la salud, la intimidad, la dignidad, y la confidencialidad de los participantes.

La participación fue justa y de libre elección para todos ellos, se les informó claramente de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, beneficios, riesgos previsibles e incomodidades del proyecto y se corroboró que hubiera comprendido la información posteriormente se les otorgó un consentimiento informado donde se les pidió que firmaran libremente sin ningún condicionante, se hizo del conocimiento a los informantes que en cualquier momento podían retirarse sin represalias.

El estudio se rigió por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud mencionados en el Título Segundo, Capítulo I: De los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Durante el desarrollo se tomaron en cuenta los 4 principios básicos de la bioética: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia.

Como ya se mencionó con anterioridad a cada participante se le otorgó la carta de consentimiento informado la cual contenía la información del proyecto, riesgos y beneficios y se cumplió con las disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Los médicos becarios de pre y posgrado son una población vulnerable para TCA, por lo que es importante detectar y canalizar a los médicos que obtengan puntuaciones mayores a 30 puntos a los servicios correspondientes como Psiquiatría para que realicen entrevista estructurada y diagnóstico definitivo, así como a psicología para un programa de sesiones de terapia.

## **XI.10. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA**

### **XI.10.1. RECURSOS HUMANOS**

El presente estudio se llevó a cabo por un equipo conformado por un investigador, un tesista (médico residente de medicina familiar), un asesor de tesis que cuenta con subespecialidad en cirugía pediátrica, con preparación en Educación Médica, y un psiquiatra, que valoró y, en su caso diagnosticó a los becarios con puntuaciones mayores a 30, sugestivos de la presencia de trastornos de la conducta alimentaria

Traductor inglés-español

Traductor español-inglés

Para el grupo de expertos se contó con un Médico Psiquiatra, dos Médicos Familiares, un Nutriólogo y un Psicólogo.

2 grupos focales formados por médicos becarios de pre y posgrado del Hospital General de Zona # 3

### **XI.10.2. RECURSOS MATERIALES:**

- Infraestructura del departamento de Enseñanza del HGZ1.
- Computadora personal.
- Programas Informáticos y de Microsoft Office.
- Insumos: bolígrafos, test, engrapadora, grapas, consentimiento informado

Recurso	Cantidad	Costo	Total
Computadora	2	24000.00	24000.00
Bolígrafo	100	8.00	800.00
Fotocopias	400	0.30	120.00
Engrapadora	1	150.00	150.00
Grapas	2 cajas	50.00	50.00

Se llevó a cabo la aplicación de encuesta, previa autorización de carta de consentimiento informado, llenado por los mismos sujetos de estudio (médicos becarios de pre y posgrado).

**XI.10.3. FINANCIAMIENTO**

El costo total del protocolo corrió a cargo del tesista.

**XI.10.4. EXPERIENCIA DEL GRUPO**

El asesor de tesis cuenta con subespecialidad en cirugía pediátrica, con preparación en Educación médica. El tesista es residente de medicina familiar.

**XI.10.5. TIEMPO PARA DESARROLLARSE**

De octubre 2020 a marzo del 2021.

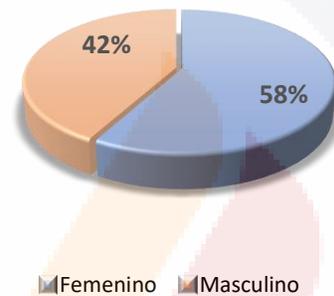
## XII. RESULTADOS

### XII.1. CARACTERIZACION DE LA POBLACION EN ESTUDIO

A continuación, se muestran los resultados sociodemográficos de los 179 médicos que participaron en el presente estudio, la primera sección presenta los resultados de las variables sociodemográficas.

La gráfica 1 muestra la distribución de frecuencias en torno al sexo de los médicos participantes de este estudio, obteniendo que el 58% de ellos pertenecen al sexo femenino y el restante 42% del sexo masculino.

**Gráfica 1. Distribución de la población por sexo**



Fuente: Encuesta directa

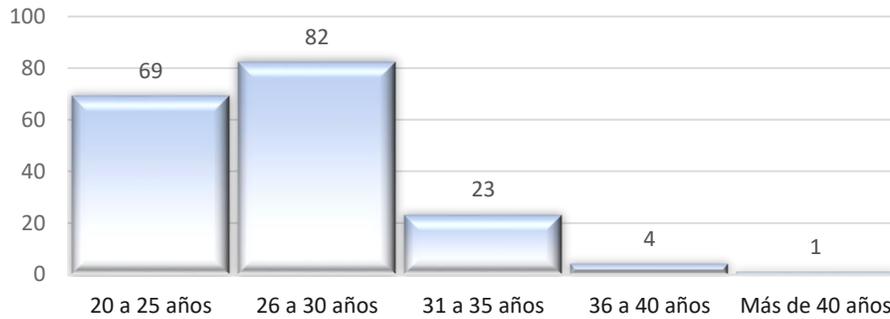
**Tabla 1. Distribución de la población por sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	104	58.1%
Masculino	75	41.9%
Total	179	100.0%

Fuente: Encuesta directa

Con respecto a la edad, la **tabla 2** muestra que el 45.8% de los entrevistados corresponde al grupo de 26 a 30 años, seguidas del 38.5% del grupo de 20 a 25 años, En tercer lugar, el 12.8% que tienen de 31 a 35 años y el restante 2.8% tienen más de 36 años.

**Gráfica 2. Distribución de la población por grupos de edad**



Fuente: Encuesta directa

**Tabla 2. Distribución de la población por grupos de edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 25 años	69	38.5%
26 a 30 años	82	45.8%
31 a 35 años	23	12.8%
36 a 40 años	4	2.2%
Más de 40 años	1	0.6%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta directa

En relación con el estado civil, se obtuvo que en su mayoría manifiestan ser solteros con un 78.2%, seguidos el 17.9% que son casados, 3.4% están en unión libre y el restante 0.6% es divorciado. **Tabla 3**

**Gráfica 3. Distribución de la población por estado civil**



Fuente: Encuesta directa

**Tabla 3. Distribución de la población por estado civil**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a).	32	17.9%
Divorciado (a)	1	0.6%
En unión libre.	6	3.4%
Soltero (a).	140	78.2%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta directa

En la **tabla 4** se observa que la estatura promedio de la población fue de 160.3 cm, cromos edición estándar de 57.5, una estatura mínima de 130 cm y una máxima de 195 cm.

**Tabla 4. Estadísticas descriptivas la estatura**

Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
160.3	57.5	152.0	195.0

Fuente: Encuesta directa

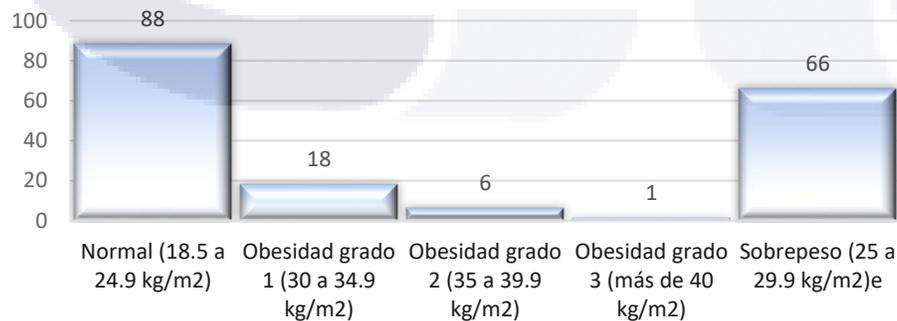
El peso promedio de la población encuestada fue de 71 kg, con una desviación estándar de 16.9, un peso mínimo de 37 kg y un máximo de 150 kg. **Tabla 5**

**Tabla 5. Estadísticas descriptivas del peso**

Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
71.3	16.9	47.0	150.0

Fuente: Encuesta directa

**Gráfica 4. Grados de obesidad**



Fuente: Encuesta directa

En la **tabla 6** se muestran las estadísticas descriptivas con respecto a los grados de obesidad, obteniendo que el 49.2% tiene un índice de masa corporal que corresponde a un peso normal, seguidos del 36.9% que están en sobrepeso, 10.1% presentan obesidad grado 1, 3.4% tiene obesidad de grado 2 y el restante 0.6% tiene obesidad de grado 3.

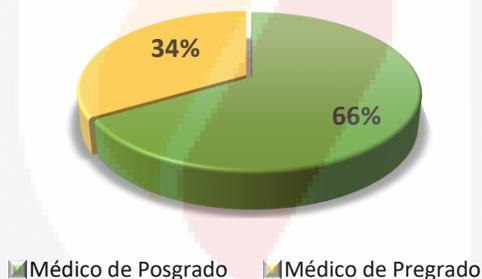
**Tabla 6. Grados de obesidad**

Peso	Frecuencia	Porcentaje
Normal (18.5 a 24.9 kg/m <sup>2</sup> )	88	49.2%
Obesidad grado 1 (30 a 34.9 kg/m <sup>2</sup> )	18	10.1%
Obesidad grado 2 (35 a 39.9 kg/m <sup>2</sup> )	6	3.4%
Obesidad grado 3 (más de 40 kg/m <sup>2</sup> )	1	0.6%
Sobrepeso (25 a 29.9 kg/m <sup>2</sup> )	66	36.9%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta directa

Con respecto al nivel de estudios se obtuvo que el 66.5% fueron médicos de posgrado y el restante 33.5% son médicos de pregrado quienes participaron en este estudio. **Tabla 7**

**Gráfica 5. Nivel de estudios**



Fuente: Encuesta directa

**Tabla 7. Nivel de estudios**

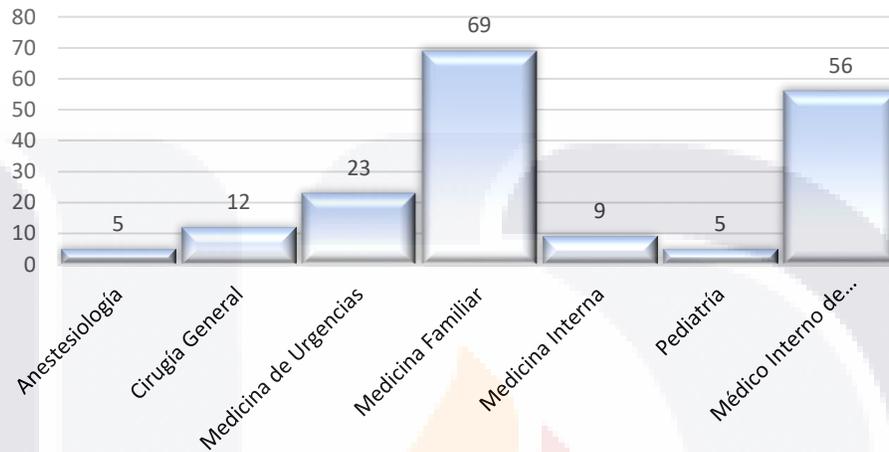
Nivel escolar	Frecuencia	Porcentaje
Médico de Posgrado	119	66.5%
Médico de Pregrado	60	33.5%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta directa

En la **tabla 8** se muestran las especialidades a las que corresponden los médicos que participaron en este estudio, obteniendo que la especialidad más frecuente fue de Medicina Familiar con un 38.5%, seguidos de Urgencias Médico-Quirúrgicas con 12.8%, en tercer

lugar Cirugía General con 6.7%, Medicina Interna con 5%, y finalmente, Pediatría y Anestesiología, cada uno con 2.8 %, el restante 31.3% son Médicos Internos de Pregrado.

**Gráfica 6. Especialidades médicas**



Fuente: Encuesta directa

**Tabla 8. Especialidades médicas**

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Anestesiología.	5	2.8%
Cirugía General.	12	6.7%
Medicina de Urgencias	23	12.8%
Medicina Familiar	69	38.5%
Medicina Interna	9	5.0%
Pediatría	5	2.8%
Médico Interno de Pregrado.	56	31.3%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta directa

## XII.2. SUPUESTOS DE NORMALIDAD

A continuación, se muestran las estadísticas descriptivas de tendencia central y de dispersión de las respuestas para cada ítem así como sus valores de asimetría y curtosis que indican si la distribución es normal, obteniendo que en 4 ítems la distribución tiene una asimetría y curtosis demasiado elevadas.

El ítem 13 que corresponde a la pregunta "vómito después de haber comido" tiene la curtosis más elevada con un puntaje de 44.15 y una simetría de 6.3, interpretando que los resultados están consistentemente concentrados en el límite inferior de las respuestas "nunca".

Asimismo, el ítem 28 que corresponde la pregunta "tomo laxantes", mostro esta situación con una curtosis de 22.11 y una asimetría de 4.2.

El ítem 17 "me peso varias veces al día" obtuvo una curtosis de 17.9 y una simetría 3.7, seguido del ítem 40 "tengo ganas de vomitar después de las comidas" fortuna curtosis de 16.09 y una simetría de 3.9.

En el resto de los ítems no se mostraron tan sesgados los resultados ya que las curtosis, aunque no son las ideales por debajo de 2, tampoco sobrepasan el límite de 10.

Estas variables fueron excluidas del modelo final debido a su falta de variación

**Tabla 9. Estadísticas descriptivas de cada ítem y supuestos de normalidad**

Ítem	Media	Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.	1.268	0.675	3.163	0.182	11.560	0.361
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.	2.844	1.635	0.598	0.182	-0.686	0.361
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.	1.425	0.880	2.762	0.182	9.112	0.361
37. Me comprometo a hacer régimen dietético	2.737	1.242	0.440	0.182	-0.199	0.361
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	2.302	1.151	0.797	0.182	0.593	0.361
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	2.084	1.175	-1.299	0.182	1.268	0.361
30. Como alimentos de régimen dietético.	2.425	1.289	0.742	0.182	0.021	0.361
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a,	1.866	1.220	1.406	0.182	1.392	0.361
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	2.553	1.391	0.586	0.182	-0.552	0.361
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños.	1.453	1.362	0.822	0.182	0.025	0.361
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.	1.609	1.295	0.620	0.182	-0.081	0.361
32. Me controlo en las comidas.	1.391	1.616	0.186	0.182	-1.034	0.361
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	1.732	1.042	1.432	0.182	1.723	0.361
20. Me levanto pronto por las mañanas.	1.944	1.468	-0.247	0.182	-0.905	0.361
6. Me preocupo mucho por la comida.	2.391	1.196	0.799	0.182	0.435	0.361
35. Tengo estreñimiento.	2.123	1.230	1.247	0.182	1.485	0.361
13. Vomito después de haber comido.	1.061	0.338	<b>6.363</b>	0.182	<b>44.155</b>	0.361

28. Tomo laxantes (purgantes).	1.190	0.643	<b>4.297</b>	0.182	<b>22.112</b>	0.361
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	1.749	0.923	1.302	0.182	2.118	0.361
1. Me gusta comer con otras personas.	2.486	1.229	-0.500	0.182	-0.518	0.361
27. Disfruto comiendo en restaurantes.	2.631	1.361	-0.713	0.182	-0.369	0.361
26. Tardo en comer más que las otras personas.	2.302	1.315	1.106	0.182	0.737	0.361
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. Pan, arroz, papas, etc.).	2.285	1.233	0.897	0.182	0.228	0.361
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	1.520	1.002	2.674	0.182	8.140	0.361
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	2.559	1.430	0.673	0.182	-0.349	0.361
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	1.128	0.450	<b>3.911</b>	0.182	<b>16.099</b>	0.361
5. Procuo no comer, aunque tenga hambre.	1.547	0.808	1.199	0.182	0.219	0.361
14. Me siento muy culpable después de comer.	1.592	0.998	1.715	0.182	2.637	0.361
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	2.676	1.425	0.730	0.182	-0.026	0.361
17. Me peso varias veces al día.	1.263	0.681	<b>3.710</b>	0.182	<b>17.937</b>	0.361
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	1.263	0.639	2.843	0.182	9.119	0.361
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	1.804	1.112	1.807	0.182	3.704	0.361
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	1.978	1.568	0.541	0.182	-0.677	0.361
11. Me siento lleno/a después de las comidas.	2.313	1.363	-0.570	0.182	-0.459	0.361
21. Cada día como los mismos alimentos.	2.872	1.022	0.452	0.182	0.641	0.361
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	1.385	0.843	2.645	0.182	7.213	0.361

### XII.3. VALIDEZ DE CONTENIDO

A partir de la valoración de los panelistas expertos para cada dimensión se obtuvieron los puntajes que van de 1 a 5 en función a cada criterio (suficiencia, claridad, coherencia, relevancia), para el instrumento completo coeficiente de razón de validez, obteniendo los puntajes que se presentan en la Tabla 10. Se calculó el coeficiente de razón de validez (CVR) para cada criterio de verificación, y el coeficiente de razón de validez ajustado (CVR<sup>1</sup>) con el cual se obtuvieron los valores de contraste, mismos que se validaron con el punto mínimo aprobatorio de acuerdo para esta escala de 0.5823 según Lawshe, por lo que el instrumento se asume como los 4 criterios de evaluación, siendo que los acuerdos mínimos fueron en suficiencia y claridad, ambos con 0.60.

**Tabla 10. Tabla de validez de contenido**

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	CVR	CVR <sup>1</sup>
Suficiencia	5	5	4	4	4	-0.4	0.6
Claridad	4	4	5	4	5	-0.4	0.6
Coherencia	5	4	5	5	5	0.6	0.8
Relevancia	4	5	5	5	5	0.6	0.8

**XII.4. VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

A continuación se muestran los eigenvalores para cada ítem tras el cálculo del análisis factorial con el método de rotación varimax del instrumento conformado por 40 ítems el cual quedó finalmente conformado por 21 con una varianza explicada del 51.63% en donde se agruparon cuatro dimensiones en cuatro factores.

Se obtuvo que el comportamiento alimentario explica el 19.08% de la varianza; seguido del estilo de vida relacionado con la dieta con un 12.37%; en tercer lugar, la preocupación por el peso con un 11.38% y finalmente la preocupación por la comida con 8.79. Los eigenvalores mínimos los obtuvo el ítem 16 con 0.371, el ítem 20 con 0.390 y el ítem 11 con 0.375, el resto de los ítems tienen valores de hasta 0.866 como es el caso del ítem 15 que corresponde al factor 1.

**Tabla 11. Análisis factorial**

Ítem	Componente			
	Comportamiento alimentario	Estilo de vida relacionado con la dieta	Preocupación por el peso	Preocupación por la comida
<b>Varianza explicada total</b>	<b>51.63</b>			
<b>Variación explicada por dimensión</b>	<b>19.08</b>	<b>12.37</b>	<b>11.38</b>	<b>8.79</b>
37. Me comprometo a hacer régimen dietético		.679		
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.		.371		
30. Como alimentos de régimen dietético.		.783		
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.		.659		
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.		.738		
32. Me controlo en las comidas.		.647		
20. Me levanto pronto por las mañanas.				.390
35. Tengo estreñimiento.				.645
11. Me siento lleno/a después de las comidas.				.375

28. Tomo laxantes (purgantes).		.580
1. Me gusta comer con otras personas.		.538
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	.866	
14. Me siento muy culpable después de comer.	.767	
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	.810	
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	.529	
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	.670	
13. Vomito después de haber comido.		.805
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas		.592
5. Procuero no comer, aunque tenga hambre.		.433
17. Me peso varias veces al día.		.526
33. Noto que los demás me presionan para que coma.		.690

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
 Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La validez de criterio se calcula a partir de kappa de Fleiss en donde los puntajes por dimensión fueron adecuados y reportados en la siguiente tabla.

La dimensión de preocupación por el peso obtuvo el puntaje más alto con una kappa de 0.864; seguidas de la dimensión de comportamiento alimentario con una kappa de 0.803; en tercer lugar, la preocupación por la comida con una kappa de 0.768 y en cuarto lugar la dimensión que mide el estilo de vida relacionado con la dieta con una kappa de 0.749; obteniendo una kappa de Fleiss general de 0.801.

**XII.5. VALIDEZ DE CRITERIO**

Dimensión	Kappa de Fleiss
Comportamiento alimentario	0.803
Estilo de vida relacionado con la dieta	0.749
	0.801
Preocupación por el peso	0.864
Preocupación por la comida	0.768

**XII.6. CONFIABILIDAD**

La confiabilidad se calcula mediante el alfa de Cronbach obteniendo que los puntajes para cada ítem en general fueron adecuadas por encima del 0.6, la dimensión con el valor más

elevado fue la preocupación por el peso con un alfa de Cronbach de 0.823, seguida de la dimensión que mide el comportamiento alimentario con alfa de Cronbach de 0.787; en tercer lugar, la dimensión de preocupación por el peso obtuvo un alfa de Cronbach de 0.864, finalmente, la preocupación por la comida con un alfa de Cronbach de 0.670, obteniendo un puntaje global de 0.818 a cuál es adecuado.

**Tabla 12. Confiabilidad del instrumento**

Ítem	Alfa de Cronbach
37. Me comprometo a hacer régimen dietético	0.800
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	0.804
30. Como alimentos de régimen dietético.	0.797
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	0.799
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.	0.807
32. Me controlo en las comidas.	0.822
20. Me levanto pronto por las mañanas.	0.825
35. Tengo estreñimiento.	0.818
11. Me siento lleno/a después de las comidas.	0.826
28. Tomo laxantes (purgantes).	0.813
1. Me gusta comer con otras personas.	0.822
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	0.798
14. Me siento muy culpable después de comer.	0.803
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	0.803
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	0.806
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	0.798
13. Vomito después de haber comido.	0.816
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	0.814
5. Procuro no comer, aunque tenga hambre.	0.812
17. Me peso varias veces al día.	0.812
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	0.820

0.787

0.373

0.818

0.823

0.670

### XIII. DISCUSION

Las conductas alimentarias son un aspecto particularmente problemático en donde se originan diversas complicaciones a mediano y largo plazo que generan una demanda de atención evitable. Con respecto a la población de estudio de esta investigación cobra particular interés ya que son profesionistas cuyas jornadas laborales y de estudio implica una demanda adicional de tiempo y esfuerzo, situación que puede detonar trastornos alimenticios entre otros.

Los instrumentos adaptados a partir del original diseñado por David M. y publicado en 1979 (1), con 40 ítems en 7 factores con una confiabilidad del 0.79, ha sido adaptado en diferentes contextos y poblaciones, para este estudio la confiabilidad esta fue de 0.81, superior a la obtenida por Álvarez G. la cual fue de 0.72 (2), así como la obtenida por Garner E. De 0.79 (1), y a la de García E. De 0.80 (3). Sin embargo, esto fue inferior que la obtenida por otros estudios la cual fue de 0.88 hasta 0.97 (5,6,9 y 63). Lo que significa que su reproducibilidad es bastante aceptable al igual que otros autores que reportaron este índice con valores aceptables, sin embargo, está diferencia puede deberse al número de factores que se agruparon en el instrumento final con 21 ítems posterior a la eliminación de algunos debido a su asimetría y curtosis.

Con respecto a la validez concurrente, esta se había reportado mediante correlación con valores que van desde 0.46 (2) de Alvarez G.,  $r=0.77$  de Alvarez R. (7) y  $r=0.87$  de Garner D. (1). como el número de dimensiones o factores que reportan el modelo final, no obstante, en este estudio el instrumento mostró un desempeño adecuado de tipo concurrente y por lo tanto es útil para su aplicación en futuros estudios.

Otros autores me dieron el desempeño del instrumento a partir de la sensibilidad y especificidad comparándolo con un estándar de oro y obteniendo valores adecuados de de especificidad entre 62% 85% y sensibilidad de entre el 50% hasta 95%, (1,2 y 6). Sin embargo, esta medición no se realizó un estudio ya que no se comparó el resultado de la escala con un estándar de oro.

En cuanto al número de factores, este instrumento ha mostrado un comportamiento unidimensional en otros estudios, (6,39 y 5), con 3 dimensiones (7), 5 dimensiones (4), 7 dimensiones (2) y 11 dimensiones (3), en el caso de este estudio, se agruparon 4 dimensiones en 21 ítems con una varianza explicada de 51%, superior a la reportada por Salazar Z. (6) con 24.68% y de Alvarez R. (4) con 46.6%, esta diferencia se puede atribuir a los diferentes grupos de estudio, ya que no se habían reportado estudios de validez y confiabilidad y adaptaciones en población de estudiantes del área de la salud, ya que los estudios publicados abordaron este instrumento en personas con trastornos de anorexia (1), estudiantes de preparatoria (2,38), etc.

Para mejorar la validez y confiabilidad de esta escala con las 21 agrupados en las cuatro dimensiones los cuales se explican una varianza del 51%, es necesario análisis confirmatorio a partir de un modelo de ecuaciones estructurales que permite identificar el porcentaje de error que no está explicando el modelo final, así como los test específicos para valorar la el ajuste de un modelo definitivo.

## XIV. CONCLUSIONES

Se logró cumplir satisfactoriamente con los objetivos planteados en este estudio obteniendo que en su mayoría fueron población del sexo femenino con un 58% (n=104); 45.8% corresponden al grupo de 26 a 30 años (n=82); 78.2% son solteros (n=140); con una estatura promedio de 160 cm y un peso promedio de 71.3 kg; 49.2% tiene peso normal, 36.9% tiene sobrepeso y el resto tienen algún grado de obesidad; en su mayoría son médicos con un nivel de posgrado en un 66.5%; de los cuales la especialidad más frecuente es la de medicina familiar con un 38.5%.

En cuanto los supuestos de normalidad se obtuvo una distribución normal con niveles de curtosis y asimetría dentro de los parámetros deseables, sin embargo, sólo en 4 ítems se obtuvieron valores por encima de 10 puntos, mismos que fueron descartados inicialmente para el modelo factorial. También cuenta con validez de contenido que se realizó a partir de un comité de cinco expertos en el área de la salud, de los cuales se obtuvieron juicios sobre el instrumento a partir de los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Con los cuales se obtuvieron razones de validez ajustados para contrastar el índice de Lawshe a partir de un 0.582 como límite inferior con los cuales se obtuvieron valores adecuados, aunque éstos se obtuvieron por diversión y no por ítem.

Se obtuvieron valores adecuados para cumplir con la validez de criterio del instrumento a partir de la kappa de Fleiss, con valores por dimensión que van desde 0.749 para la dimensión de estilo de vida relacionado con la dieta hasta 0.864 con la dimensión de preocupación por el peso y un puntaje general para la escala de 0.801. El instrumento final quedó con 21 ítems de los 40 con una varianza explicada de 51.63%, agrupar en cuatro dimensiones en donde el comportamiento alimentario agrupo el 19.08% de la varianza con 5 ítems cuyos eigenvalores van desde 0.529 hasta 0.866; en segundo lugar, la dimensión de estilo de vida relacionada con la dieta con una varianza explicada de 12.37 en donde se agrupan 6 ítems con valores que van desde 0.371 hasta 0.738; en tercer lugar, la dimensión preocupación por el peso con 11.38% de varianza acumulada y conformada por cinco ítems con valores que van desde hasta 0.805, y finalmente, la preocupación por la comida, con 8.79% de varianza explicada y conformada por cinco ítems cuyos valores van desde 0.390 hasta 0.645. Finalmente, la confiabilidad del instrumento fue obtenida a partir de un alfa de Cronbach por ítem, dimensión y general, obteniendo un puntaje general de 0.818 asumiendo con esto que es un instrumento confiable para su aplicación.

### XIV.1. SESGOS Y LIMITACIONES

Las principales limitaciones de este estudio surgen desde la selección de los participantes, ya que la muestra fue elegida a conveniencia, debido a la naturaleza del fenómeno, no obstante, se pierde representatividad al momento de externar los resultados para su aplicabilidad en contextos similares.

## XIV.2. RECOMENDACIONES

Para estudios posteriores y aplicaciones de este test se recomienda realizar un análisis desempeño comparando con otras escalas como estándar de oro, similar a los estudios realizados por Prado J. (36), Rivas T. (39) y Mancilla (5) quienes obtuvieron la sensibilidad y especificidad de esta escala para ser utilizada como prueba pronóstica de trastornos alimenticios.

## XV GLOSARIO

**Confiabilidad:** como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite en diferentes tiempos

**EAT-40:** Eating Attitudes Test version de 40 ítems

**Encuesta:** Actividad de investigación, en la cual el investigador recolecta datos de una población a fin de examinar características, opiniones o intenciones de la población.

**Estudio descriptivo:** Aquel en que la información es recolectada sin cambiar el entorno,

**Médicos becarios:** Los alumnos (estudiantes, internos y residentes) suelen desempeñarse en campos clínicos (Hospitales públicos) donde se limita la atención de pacientes tomando historias y evolución clínica, realizando algunos procedimientos incluyendo cirugías.

**TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria. La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos

**Validez:** Consiste en que mida lo que tiene que medir.

**Validez de constructo:** Es el grado en que una prueba mide una construcción teórica.

**DSM IV:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

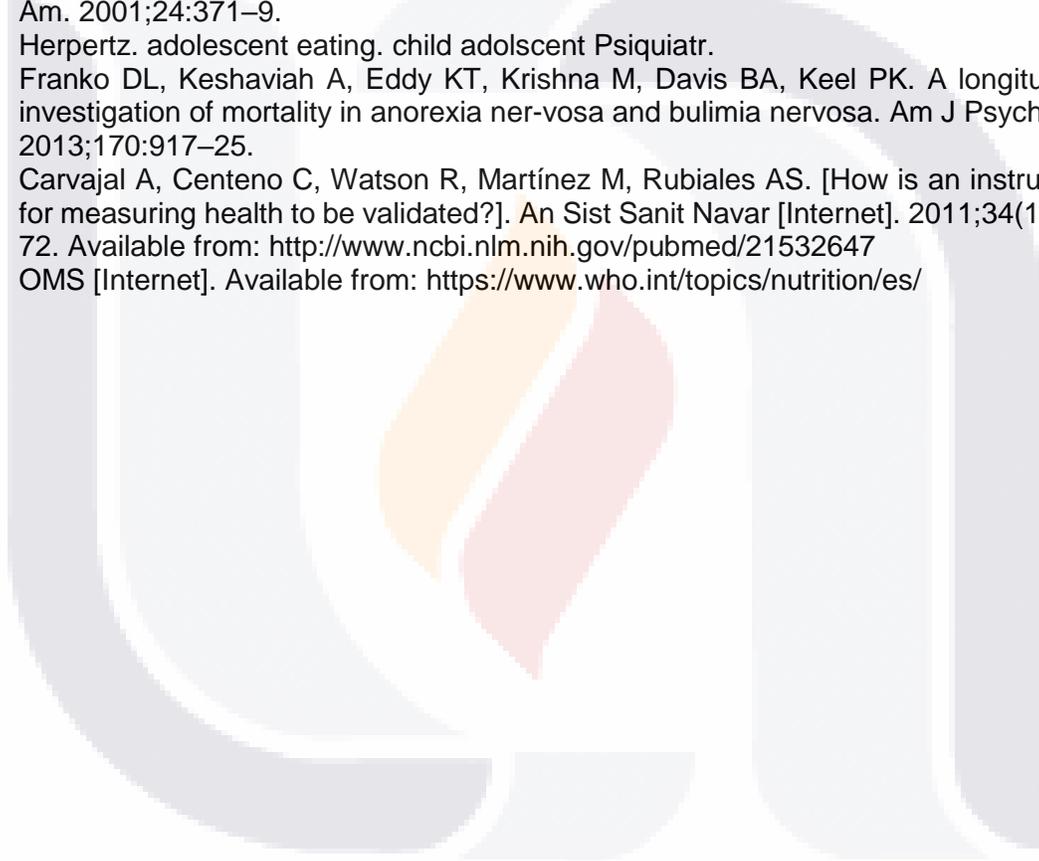
## XVI. REFERENCIAS

1. Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test an index of. *Psychol Med.* 1979;273–9.
2. Rayón GÁ, Arévalo RV, Díaz JMM, Gómez-Peresmitré G. Evaluación de las Propiedades Psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en Mujeres Mexicanas. *Rev Mex Psicol.* 2002;19(1):47–56.
3. García, García E. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. p. 1–8.
4. Alvarez-Rayón G, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R, Unikel-Santoncini C, Caballero-Romo A, Mercado-Corona D. Validity of the eating attitudes test: A study of mexican eating disorders patients. *Eat Weight Disord.* 2004;9(4):243–8.
5. Mancilla-Díaz JM, Lameiras-Fernández M, Vázquez-Arévalo R, Alvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, et al. Sociocultural influences and disordered eating behaviors in men and woman of Spain and Mexico Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord [Internet].* 2010;1:36–47. Available from: <http://journals.iztacala.unam.mx/>
6. Salazar Mora Z, Prado Calderón J. Análisis de la validez discriminante del Eating Attitudes Test mediante el modelo de Rasch Analysis of the Discriminant Validity of the Eating Attitudes Test Through the Rasch Model. *Reflexiones.* 2015;94(1):123–36.
7. ponce torres C. trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de universidad de peru. 2017. p. 552–63.
8. Prieto, G. y Muñiz J. Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo.* 2000;77:65–71.
9. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y Validez [Reliability and Validity]. *Papeles del Psicólogo [Internet].* 2010;31(1):67–74. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441007.pdf> <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1797.pdf>
10. validity [Internet]. Available from: [http://xnet.rrc.mb.ca/tomh/validity\\_i.htm](http://xnet.rrc.mb.ca/tomh/validity_i.htm)
11. Innes E. SL. Validity of work-related assessments. 1999;13(2):125–52.
12. Meza IL. Validación de instrumentos para medir conocimientos [Internet]. Available from: <http://www1.unne.edu.ar/cyt/2002/09-Educacion/D-027.pdf>.
13. Padilla, J.L., Gómez, J., Hidalgo, M.D. y Muñiz J. No Title Esquema conceptual y procedimientos para analizar la validez de las consecuencias del uso de los tests. *Psicothema.*, 2007;19:173–8.
14. Communication skills education for doctors: an update. Board of Medical Education. *Br Med Assoc.* 2004;
15. Carvajal, A Centeno C. How is an instrument for measuring health to be validated? *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(1):63–72.
16. Ramada-rodilla JM, Serra-pujadas C. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud : revisión y recomendaciones metodológicas. 2013;55(1):57–66.
17. Dunckley M HR. Traslating clinical tools in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2003;44:420–6.
18. Cella D, Hernandez L BA. Spanish language translation and initial validation of the functional assessment of cancer therapy quality-of-life instrument. *Med care.* 1998;36:1407–18.
19. S D. Translating health status questionnaires and evaluating their quality the IQOLA

- project approach. *J Clin Epidemiol.* 1998;913–23.
20. Maneesriwongul W DJ. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs.* 2004;48:175–86.
  21. Carmines E. G. Zeller R. Reliability and validity assessment. Indiana University. Bowling Green State University. The international professional publishers. Series/number. SAGE University [Internet]. Available from: [http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=BN\\_MMD9BHogC&oi=fnd&pg=IA2&dq=reliability+zeller&ots=\\_LNZD7ZwVc&sig=U0rULeozlvsGAdNfCOHV0Z-seus#PPA7,M1](http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=BN_MMD9BHogC&oi=fnd&pg=IA2&dq=reliability+zeller&ots=_LNZD7ZwVc&sig=U0rULeozlvsGAdNfCOHV0Z-seus#PPA7,M1)
  22. R H-S. Metodología de la Investigación. 2014. 634 p.
  23. Martínez Miguélez M. Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma.* 2006;27(2):7–33.
  24. Plaza J, Uriguen A, Bejarano H. Validez y Confiabilidad en la Investigación Cualitativa. *Rev Arjé.* 2017;11:352–7.
  25. Figueroa SF. ¿Cómo se desarrolla un protocolo? *Medigraphic* [Internet]. 2015;11(33):79–83. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2015/ot152e.pdf>
  26. Pérez-Gil JA, Chacón Moscoso S, Moreno Rodríguez R. Validez de constructo: El uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema.* 2000;12(SUPPL. 2):442–6.
  27. Muñoz J. Las teorías de los tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems. *Papeles del Psicólogo.* 2010;31:57–66.
  28. Chiner E. ateriales docentes de la asignatura Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica [Internet]. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/19380>
  29. Gómez-Benito, J., Hidalgo, M.D. y Guilera G. El sesgo de los instrumentos de medición. *Tests justos. Papeles del Psicólogo.* 2010;31(1):75–84.
  30. Validity.
  31. Oyarce Merino K, Valladares Vega M, Elizondo-Vega R, Obregón AM. Conducta alimentaria en niños. *Nutr Hosp.* 2016;33(6):1461–9.
  32. Meyer DF. Codependency as a Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. *J Clin psychology.* 1997;53(2):107–16.
  33. Benito Ruiz A, Diéguez Porres MF. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas. *Medicine (Baltimore).* 2007;9(86):5529–35.
  34. Lipson S, Sonnevile K. Eating Disorder Symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. Colleges and Universities. 2016.
  35. Rodríguez G. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord.* 2013;4:58–67.
  36. Kaplan HI SBS de PC de la CP 6ªed. BW& W 1995: 1361-1363. Sinapsis de Psiquiatría. *Ciencia de la Conducta Psiquiátrica.* 1995;1361–6.
  37. Kaplan HI SBS de PC de la CP 6ªed. BW& W 1995: 1361-1363. Sinapsis de Psiquiatría. *Ciencia de la Conducta Psiquiátrica.* 6ªed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995: 1361-1363.
  38. Esteban J, Zaida P, Rica UDC. Ponencia : Validez y confiabilidad del Eating Attitudes Test en Costa Rica Paper Presentation : Validity and Reliability of the Eating Attitudes Test in Costa Rica. 2014;33(August):1–17.
  39. Rubinstein A, Terrasa S, Duarte E, Rubinstein E CP. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria.* 2004. 442–446 p.
  40. Alarcon RD, Mazzotti G NH. *Psiquiatría.* 2005. 519–527 p.
  41. Cohen P KS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adult hood. *Am J Psychiatr.* 2002;159:394–

- 400.
42. Toro RJ YL. Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. 2001. 223–229 p.
  43. Jarry JL VF. Eating disorder and obsessivecompulsive disorder: Neurochem Phenomenol commonalities J Psychiatry Neurosci. 1996;21(36).
  44. Grice DE, Halmi KA FM. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome. Am J Hum Genet. 2002;70:787–92.
  45. Lopez Romero A. Introducción a la Psiquiatría. 2000. 273–279 p.
  46. Panacciulli N. Anorexia Nervosa is characterized by increased adiponectin plasma levels and reduced nonoxidated glucose metabolism. J Clin Endoc Metab. 2003;88:1748–52.
  47. Naruo T, Nakabeppu Y SK-I. Characteristic regional cerebral blood patterns in anorexia nervosa patients with binge/purge behavior. A J Psychiatr. 2000;157:1520–2.
  48. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Avila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. Biomédica. 2005;25(2):196.
  49. Iñarrítu, Pérez M del C. Instrumento de Evaluación para los trastornos de la conducta aliemntaria. Dep salud la Fac Med la unicversidad Auton la unam.
  50. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The eating attitudes test (EAT-26): Reliability and validity in spanish female samples. Span J Psychol. 2010;13(2):1044–56.
  51. Koslowsky M, Scheinberg Z, Bleich A, Mark M, Apter A, Danon Y, et al. The Factor Structure and Criterion Validity of the Short Form of the Eating Attitudes Test. Vol. 58, Journal of Personality Assessment. 1992. p. 27–35.
  52. Ocker LB, Lam ETC, Jensen BE, Zhang JJ. Psychometric properties of the eating attitudes test. Meas Phys Educ Exerc Sci. 2007;11(1):25–48.
  53. Madrid HM, Pombo MG, Otero AG. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. Psicothema. 2001;13(4):539–45.
  54. Brostedt EM PN. Stressful life events and affective illness. 2003. 107AD;208–15.
  55. Brant H, Wetherell MA, Lightman S, Crown A VK. An exploration into physiological and self-report measures of stress in pre-registration doctors at the beginning and end of a clinical rotation. Stress. 2010;13:155–62.
  56. Joanne M. Spahn, Rebecca S. Reeves, Kathryn S. Keim, Ida Laquatra, Molly Kellogg, Bonnie Lortberg NAC. Estado de la evidencia con respecto a las teorías y estrategias del cambio de comportamiento en el asesoramiento nutricional para facilitar el cambio de comportamiento en la salud y los alimentos. J Am Diet Assoc. 210AD;110:879–91.
  57. Diaz, F SN. Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente. FORUM Qual Soc Res Sozialforsch. 2013;14.
  58. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MDLÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta 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. Aten Primaria [Internet]. 2014;46(6):283–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
  59. pike km roberto c, wolk sl, gluck m walsh bt. Eating disorders measures. 2008. 621–647 p.
  60. Garfinkel P NA. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. Eat Weight Disord. 2001;6:1–24.
  61. Franco- K. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en

- hombres y mujeres de España y México. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2010;1(1):36–47.
62. Franco-Paredes, Karina, Alvarez-Rayon G. Eating disorders questionnaires validated in Mexican women: A review of the literature. *Mex J Eat Disord.* 2011;2:148–64.
  63. Garner DM, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychol Med.* 1982;12(4):871–8.
  64. Alvarez-Rayón, Georgina VAR. Evaluacion de las propiedades psicometricas del test Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Rev Mex Psicol.* 2002;19:47–56.
  65. Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn C. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *J Eat Disord.* 1997;6:485–94.
  66. Lewis KE, Blagrove M EP. Sleep deprivation and junior doctors performance and confidence. *Postgr Med J.* 2002;78:85–7.
  67. Agras W. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24:371–9.
  68. Herpertz. adolescent eating. *child adolscent Psiquiatr.*
  69. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis BA, Keel PK. A longitudinal investigation of mortality in anorexia ner-vosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2013;170:917–25.
  70. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales AS. [How is an instrument for measuring health to be validated?]. *An Sist Sanit Navar [Internet].* 2011;34(1):63–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21532647>
  71. OMS [Internet]. Available from: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>



## XVII. ANEXOS

### ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
	20	20	20	20	20	21	21	21	21	21	21	21
Elección del Tema	X											
Compilación de información	X	X										
Revisión de información		X										
Diseño del protocolo			X									
Planteamiento del problema			X									
Antecedentes			X									
Justificación			X									
Objetivos generales y específicos			X									
Diseño de la investigación												
Envío del protocolo al comité local				X								
Revisión y modificación del protocolo					X							
Registro del protocolo					X	X						
Aprobación del protocolo						X	X					
Trabajo de campo							X	X				

Captura y tabulación de datos	X	X			
Análisis de datos		X	X		
Elaboración de informe final			X	X	
Discusión de resultados			X	X	
Examen de presentación					X



**ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA EAT-40 EN MÉDICOS BECARIOS DE PRE Y POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 IMSS, AGUASCALIENTES</b>
Lugar y fecha:	2021 Aguascalientes, Ags.
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Entiendo que los trastornos de la conducta alimentaria es la enfermedad donde hay alteración de la percepción de la ingestión de alimentos. Que son más frecuentes en personas de mi edad. Que las complicaciones son muchas, incluso la desnutrición o la muerte. Por lo tanto, es importante detectarla pronto para iniciar un tratamiento. Entiendo que se desea aplicar un examen para ver si funciona en médicos becarios.
Procedimientos:	Se me explico que me van a pedir mis datos personales. Se me explico que el examen tiene 40 preguntas, y que tardará 30 minutos. Se me explico que si tengo dudas puedo preguntar. Se me dijo que debo de firmar está hoja, solo si quiero participar en este examen, y que me puedo ir cuando yo quiera.
Posibles riesgos y molestias:	Se me explico que el examen no tiene riesgos importantes para mi vida. Solo que me puedo tardar en contestarlo 30 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Me dijeron que, si parece que tengo trastornos de la conducta alimentaria, se me canalizara con el médico especialista en psiquiatría.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No corresponde en nuestro estudio
Participación o retiro:	Me dijeron que me puedo ir cuando yo quiera.
Privacidad y confidencialidad:	Mis datos no se los darán a nadie.
En caso de colección de material biológico ( si aplica)	No autorizo que se tome la muestra  Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio  Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Dr. Dra. Margarita Muro Parra. Lugar de trabajo: Hospital General de Zona 1. Domicilio: Av. Prolongación Ignacio Zaragoza 905, CP 20908, Jesús María Aguascalientes. Teléfono particular: 449 8905348. Correo Electrónico: <a href="mailto:maguimuro17@gmail.com">maguimuro17@gmail.com</a>
Investigadores asociados:	Dr. Jaime Alberto Orozco Salazar. Lugar de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Delegación Aguascalientes. Domicilio José María Chávez 1202, Colonia Lindavista C.P.20170, Aguascalientes, Ags. Teléfono particular: 449 1263075 Correo electrónico: <a href="mailto:albertorozcosa@gmail.com">albertorozcosa@gmail.com</a>
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.  
 \*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO C. FICHA DE IDENTIFICACIÓN



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION  
ESTATAL AGUASCALIENTES**

**FICHA DE IDENTIFICACION**

FOLIO

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Sexo	F: _____	Categoría	Pregrado: _____
	M: _____		Posgrado: _____
	20 a 25 años: _____	Talla:	_____
	26 a 30 años: _____	Peso:	_____
Edad	31 a 35 años: _____	IMC:	_____
	36 a 40 años: _____		Soltero: _____
	Anestesiología _____	Estado civil	Casado: _____
	Cirugía _____		Divorciado: _____
	Ginecología y obstetricia _____		Viudo: _____
Especialidad:	Medicina familiar _____		Unión libre: _____
	Medicina interna _____		
	Pediatría _____		
	Urgencias medico quirúrgicas _____		

Lugar de origen: \_\_\_\_\_

**ANEXO D. ESCALA EAT-40**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL AGUASCALIENTES**

**EAT – 40**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi Siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuro no comer, aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. Pan, arroz, papas, etc.)						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						

15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías
17. Me peso varias veces al día
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada
19. Disfruto comiendo carne
20. Me levanto pronto por las mañanas
21. Cada día como los mismos alimentos
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
23. Tengo la menstruación regular
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
26. Tardo en comer más que las otras personas
27. Disfruto comiendo en restaurantes
28. Tomo laxantes (purgantes)
29. Procuo no comer alimentos con azúcar
30. Como alimentos de régimen
31. Siento que los alimentos controlan mi vida
32. Me controlo en las comidas
33. Noto que los demás me presionan para que coma
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
35. Tengo estreñimiento

36. Me siento incómodo/a después de comer dulces

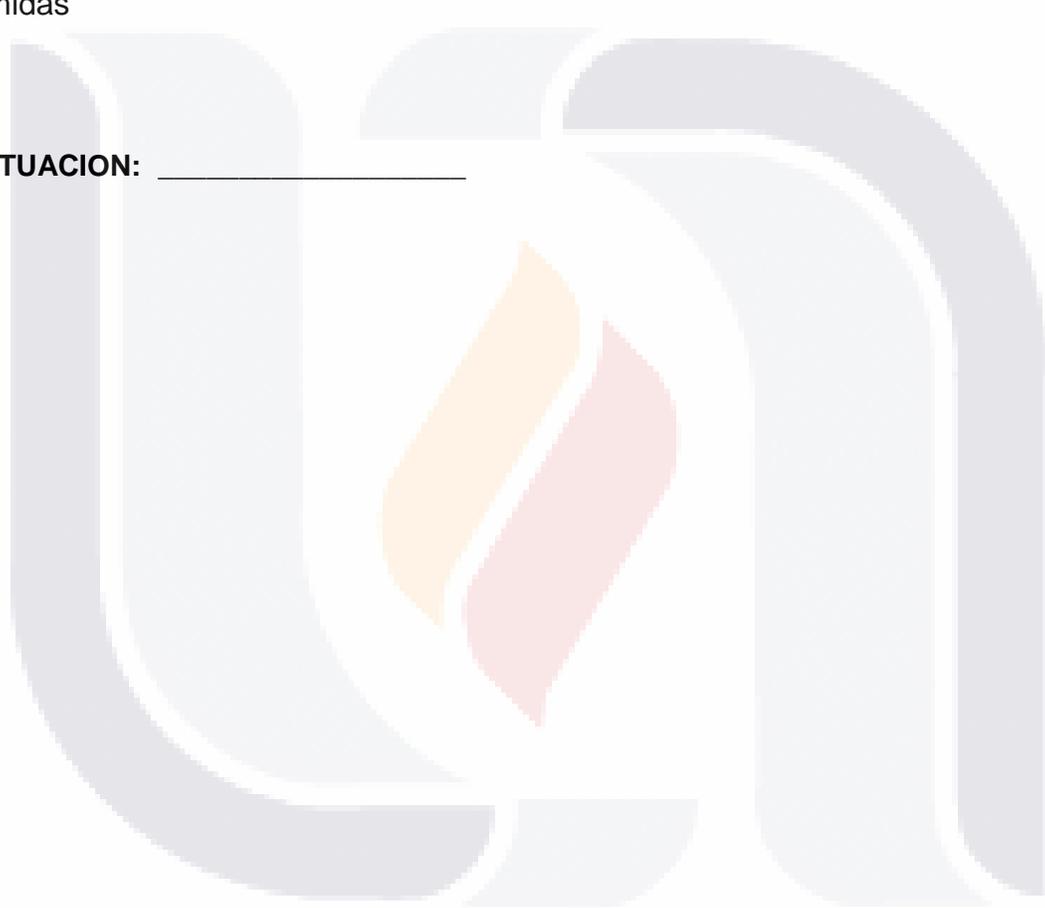
37. Me comprometo a hacer régimen

38. Me gusta sentir el estómago vacío

39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas

40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas

**PUNTUACION:** \_\_\_\_\_



**ANEXO E. VALIDEZ DE CRITERIO**

**VALIDEZ DE CRITERIO**

METODO JUICIO DE EXPERTOS

ESTADISTICO FLEISS DE KAPPA

INDICACION: señor experto se le solicita su colaboración para que luego de un riguroso análisis de cada ítem, teniendo en cuenta el objetivo de la encuesta, usted valide a su juicio de experto, El criterio predictivo del instrumento.

Aplique para ello la escala propuesta a continuación, marcando con una X en la casilla correspondiente a su valoración.

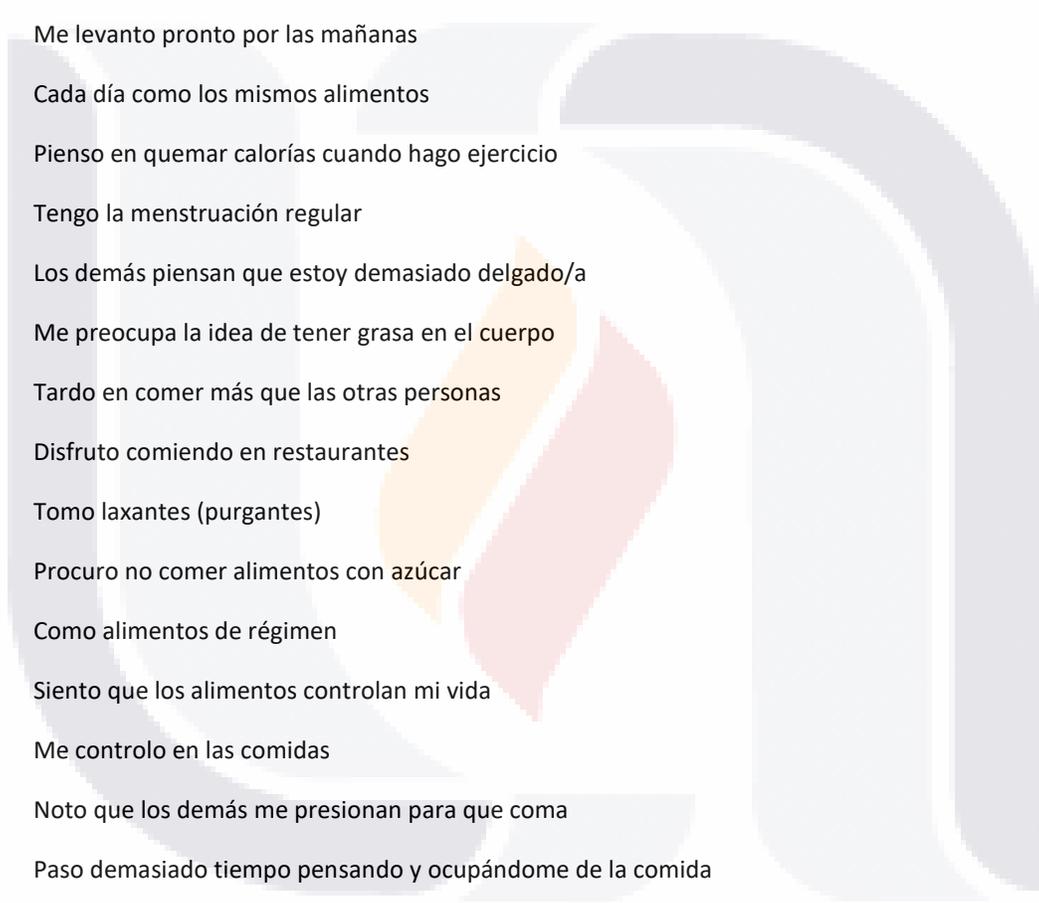
Escala:

- 1. En nada
- 2. Muy poco
- 3. De forma algo deficiente
- 4. Lo suficiente
- 5. Satisfactoriamente

OBJETIVO DE LA ENCUESTA: detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos.

Escala

Ítem	1	2	3	4	5
1 Me gusta comer con otras personas					
2 Preparo comidas para otros, pero yo no me las como					
3 Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas					
4 Me da mucho miedo pesar demasiado					
5 Procuero no comer, aunque tenga hambre					
6 Me preocupo mucho por la comida					
7 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer					
8 Corto mis alimentos en trozo pequeños					
9 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como					
10 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. Pan, arroz, papas, etc.)					
11 Me siento lleno/a después de las comidas					
12 Noto que los demás preferirían que yo comiese más					

- 
- 13 Vomito después de haber comido
  - 14 Me siento muy culpable después de comer
  - 15 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
  - 16 Hago mucho ejercicio para quemar calorías
  - 17 Me peso varias veces al día
  - 18 Me gusta que la ropa me quede ajustada
  - 19 Disfruto comiendo carne
  - 20 Me levanto pronto por las mañanas
  - 21 Cada día como los mismos alimentos
  - 22 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
  - 23 Tengo la menstruación regular
  - 24 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
  - 25 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
  - 26 Tardo en comer más que las otras personas
  - 27 Disfruto comiendo en restaurantes
  - 28 Tomo laxantes (purgantes)
  - 29 Procuero no comer alimentos con azúcar
  - 30 Como alimentos de régimen
  - 31 Siento que los alimentos controlan mi vida
  - 32 Me controlo en las comidas
  - 33 Noto que los demás me presionan para que coma
  - 34 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
  - 35 Tengo estreñimiento
  - 36 Me siento incómodo/a después de comer dulces
  - 37 Me comprometo a hacer régimen
  - 38 Me gusta sentir el estómago vacío
  - 39 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
  - 40 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

**ANEXO F. VALIDEZ DE CONTENIDO**

**VALIDEZ DE CONTENIDO**

**METODO JUICIO DE EXPERTOS**

**INDICE DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE LAWSHE**

INDICACION: señor experto se le solicita su colaboración para que luego de un riguroso análisis de cada ítem, teniendo en cuenta el objetivo de la encuesta, usted valore si e contenido permite medir lo que se ha propuesto, evaluando la suficiencia, la claridad, la coherencia y la relevancia de sus ítems.

Objetivo de la encuesta: detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos.

ítem

- 1 Me gusta comer con otras personas
- 2 Preparo comidas para otros, pero yo no me las como
- 3 Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas
- 4 Me da mucho miedo pesar demasiado
- 5 Procuero no comer, aunque tenga hambre
- 6 Me preocupo mucho por la comida
- 7 A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
- 8 Corto mis alimentos en trozo pequeños
- 9 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
- 10 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej. Pan, arroz, papas, etc.)
- 11 Me siento lleno/a después de las comidas
- 12 Noto que los demás preferirían que yo comiese más
- 13 Vomito después de haber comido
- 14 Me siento muy culpable después de comer
- 15 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
- 16 Hago mucho ejercicio para quemar calorías
- 17 Me peso varias veces al día

- 18 Me gusta que la ropa me quede ajustada
- 19 Disfruto comiendo carne
- 20 Me levanto pronto por las mañanas
- 21 Cada día como los mismos alimentos
- 22 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
- 23 Tengo la menstruación regular
- 24 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
- 25 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
- 26 Tardo en comer más que las otras personas
- 27 Disfruto comiendo en restaurantes
- 28 Tomo laxantes (purgantes)
- 29 Procuro no comer alimentos con azúcar
- 30 Como alimentos de régimen
- 31 Siento que los alimentos controlan mi vida
- 32 Me controlo en las comidas
- 33 Noto que los demás me presionan para que coma
- 34 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
- 35 Tengo estreñimiento
- 36 Me siento incómodo/a después de comer dulces
- 37 Me comprometo a hacer régimen
- 38 Me gusta sentir el estómago vacío
- 39 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
- 40 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

ESCALA DE CALIFICACIÓN:

RECOMENDACIONES:

calificar de 1 a 5 cada ítem, siendo el 1 el menor nivel de cumplimiento y 5 el total cumplimiento del componente evaluado

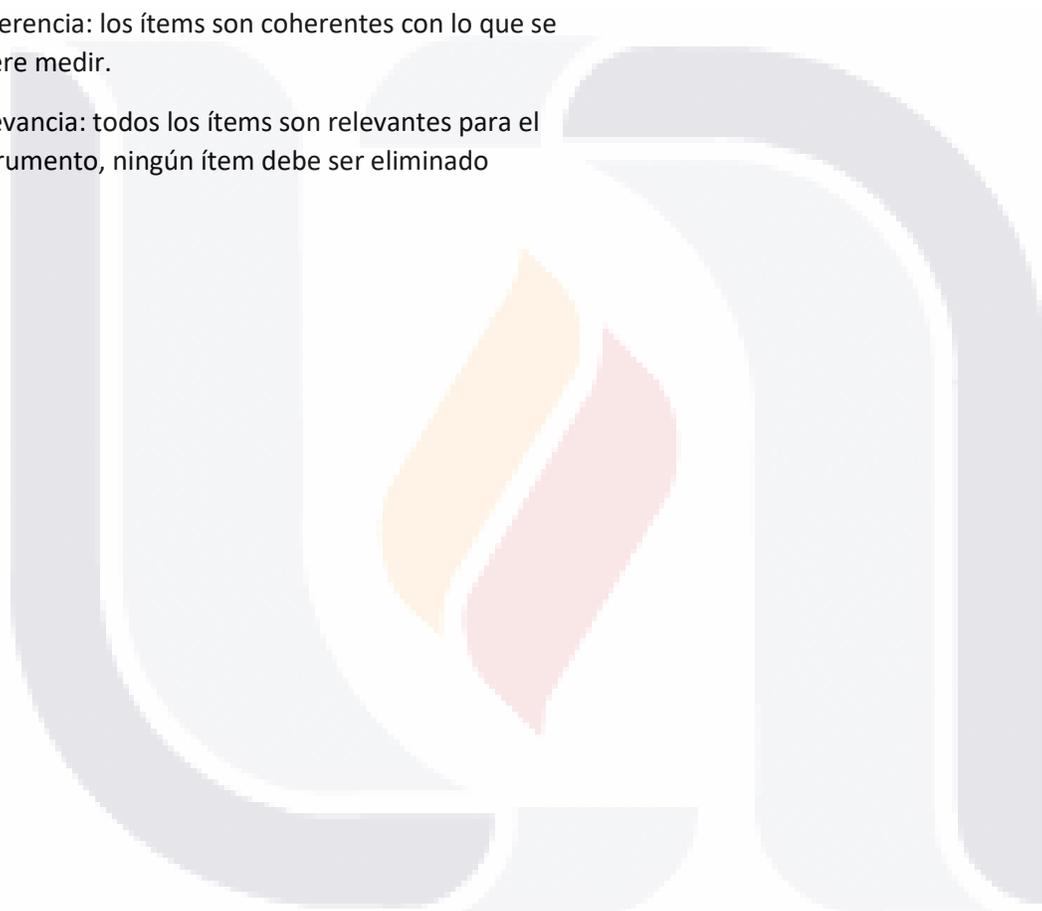
1 2 3 4 5

Suficiencia: los ítems son suficientes para lograr el objetivo.

Claridad: los ítems se comprenden fácilmente, es decir sintáctica y semánticamente están bien elaborados.

Coherencia: los ítems son coherentes con lo que se quiere medir.

Relevancia: todos los ítems son relevantes para el instrumento, ningún ítem debe ser eliminado



**ANEXO G. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Se realizó la operacionalización de las variables del EAT 40, posteriormente a la aprobación del protocolo, se realizarán las modificaciones pertinentes.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES						
Variable y Definición	Dimensiones o Dominios	Tipo de variable	Ítem	Escala de Medición o Indicador	Índice	Interpretación
<p>Dieta: es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo (71)</p> <p>Restricción alimentaria: es la falta de interés aparente por alcanzar los requerimientos nutricionales diarios mínimos.</p> <p>Exponen la actitud del sujeto hacia la</p>	<p>Motivación para adelgazar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría cognitiva conductual</li> <li>• Modelo trans-teórico:</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>4.- Me da mucho miedo pesar demasiado</p> <p>15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.</p> <p>22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio</p>	<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>	<p>1 a 3</p>	<p>Nunca 0</p> <p>Casi nunca 0</p> <p>Algunas veces 0</p> <p>Bastantes veces 1</p> <p>Casi siempre 2</p> <p>Siempre 3</p>

<p>comida y el deseo de estar más delgado.</p> <p>Alimentación: es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, elemento importante en la buena salud, influye la calidad y la cantidad de la comida y los hábitos.</p>			<p>25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo</p> <p>37.- Me comprometo a hacer dieta.</p> <p>38.- Me gusta sentir el estómago vacío</p>			
<p>Evitación de alimentos engordantes o restricción alimentaria: se define como la ingestión de muy poca cantidad de alimento y/o evitar el consumo de ciertos alimentos.</p>	<p><b>Evitación de alimentos engordantes o restricción alimentaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría cognitiva social</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como</p> <p>10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)</p>	<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>	<p>1 a 3</p>	<p>Nunca 0</p> <p>Casi nunca 0</p> <p>Algunas veces 0</p> <p>Bastantes veces 1</p> <p>Casi siempre 2</p> <p>Siempre 3</p>

			29.- Procuo no comer alimentos con azúcar			
Preocupación por la comida: Explica la preocupación del sujeto por las propiedades nutritivas de los alimentos	<p><b>Preocupación por la comida:</b> también llamada Ortorexia que es la obsesión por consumir alimentos saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría cognitiva social.</li> <li>• Modelo trans-teórico:</li> </ul>	Cualitativa nominal	<p>7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer</p> <p>14.- Me siento muy culpable después de comer.</p> <p>31.- Siento que los alimentos controlan mi vida</p> <p>34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida</p>	<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>	1 a 3	<p>Nunca 0</p> <p>Casi nunca 0</p> <p>Algunas veces 0</p> <p>Bastantes veces 1</p> <p>Casi siempre 2</p> <p>Siempre 3</p>

<p>Presión social percibida para aumentar peso:</p> <p>Explica la presión a la que se encuentra sometido el sujeto para comer más.</p>	<p><b>Presión social para ganar peso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría cognitiva social</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más</p> <p>24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a</p> <p>33. Noto que los demás me presionan para que coma</p>	<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>	<p>1 a 3</p>	<p>Nunca 0</p> <p>Casi nunca 0</p> <p>Algunas veces 0</p> <p>Bastantes veces 1</p> <p>Casi siempre 2</p> <p>Siempre 3</p>
<p>Comer clandestinamente:</p> <p>Está relacionado con el control oral y con el trastorno psicobiológico.</p>	<p><b>Obsesiones y compulsiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría cognitiva conductual</li> <li>• Modelo trans-teórico</li> </ul>	<p>Cualitativa nominal.</p>	<p>30.- Como alimentos de régimen.</p> <p>17.- Me peso varias veces al día</p> <p>21.- Cada día como los mismos alimentos</p>			<p>Nunca 0</p> <p>Casi nunca 0</p> <p>Algunas veces 0</p> <p>Bastantes veces 1</p> <p>Casi siempre 2</p> <p>Siempre 3</p>

			18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada			<p>Nunca 3</p> <p>Casi nunca 2</p> <p>Algunas veces 1</p> <p>Bastantes veces 0</p> <p>Casi siempre 0</p> <p>Siempre 0</p>
<p>Imagen corporal: es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico; es decir, cómo la persona cree que es.</p> <p>Nuevos modelos estéticos especialmente presentados en los medios de comunicación ocasionalmente son transmitidos de padres a hijos como si se tratara de una importante herencia familiar conllevan</p>	<p><b>Patrones y estilos alimentarios estereotipados</b></p> <p>Imagen corporal delgada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría cognitiva social</li> </ul>	Cualitativa nominal.	<p>1.- Me gusta comer con otras personas</p> <p>27.- Disfruto comiendo en restaurantes</p> <p>39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas</p> <p>19.- Disfruto comiendo carne</p>	<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>	1 a 3	<p>Nunca 3</p> <p>Casi nunca 2</p> <p>Algunas veces 1</p> <p>Bastantes veces 0</p> <p>Casi siempre 0</p> <p>Siempre 0</p>

un incremento de los riesgos de patología alimentaria						
<p>Laxante: es un medicamento que facilita la evacuación</p> <p>Vomito: Expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago</p>	<p><b>Conductas compensatorias</b> Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo trans-teórico</li> </ul>	Cuantitativa nominal	<p>13. Vomito después de haber comido</p> <p>28. Tomo laxantes (purgantes)</p> <p>40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas</p>	<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Bastantes veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>	1 a 3	<p>Nunca 0</p> <p>Casi nunca 0</p> <p>Algunas veces 0</p> <p>Bastantes veces 1</p> <p>Casi siempre 2</p> <p>Siempre 3</p>

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Variable y Definición	Dimensiones o Dominios	Tipo de variable	Ítem	Escala de Medición o Indicador	Índice	Interpretación
-----------------------	------------------------	------------------	------	--------------------------------	--------	----------------

<p><u>Características económicas:</u> recursos con los que cuenta un individuo para satisfacer sus necesidades. (humanos, bienestar y estratificación sociales)</p>		<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Lugar de origen:</p>			
<p><u>Somatometría:</u> técnicas que permiten realizar mediciones exactas de las dimensiones de un cuerpo.</p>		<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>Peso Talla IMC</p>			<p>Kg metros kg/mt2</p>
<p><u>Edad:</u> Intervalo de tiempo desde la fecha de nacimiento a la fecha actual</p>		<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>Cuál es su edad</p>	<p>20 a 25 años 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años Mas de 41 años</p>	<p>Intervalo de 5 años</p>	<p>Años</p>
<p><u>Género:</u> conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones</p>		<p>Cualitativa discreta</p>	<p>¿cuál es su género?</p>	<p>Femenino Masculino</p>		

<p>sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es "propio" de los hombres y mujeres</p>					
<p><u>Categoría:</u> clasificación de personas o cosas según un criterio o jerarquía</p>		<p>Cualitativa</p>		<p>Médico interno de pregrado Médico residente Especialidad</p>	<p>Cirugía Urgencias medico quirúrgicas Ginecología y obstetricia Anestesiología Medicina interna Pediatria</p>

						Medicina familiar
--	--	--	--	--	--	-------------------

