

O. Zúñiga
E. Padrón

Traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario infantil para trastornos de la conducta alimentaria (CITCA)

Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro
México D.F.

Introducción. Pocos estudios han utilizado instrumentos estandarizados para evaluar la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario infantil para trastornos de la conducta alimentaria (CITCA).

Método. Se aplicaron los siguientes instrumentos a sujetos con edades entre 7-17 años: K-SADS-PL-MX, el Test de actitudes alimentarias-40 (TAA-40) y el CITCA.

Resultados. Participaron 98 mujeres, la edad promedio fue 12,5 años \pm 2,5 (7-17). El coeficiente alpha de Cronbach para el total del EITCA fue de 0,92. La estructura factorial mostró que los reactivos se agruparon en dos componentes principales, los cuales explicaban el 74,4% de la varianza. La validez convergente entre el CITCA y el TAA-40 fue significativa: $r = 0,832$ ($p = 0,01$). La validez de criterio al comparar el CITCA con el K-SADS-PL-MX fue aceptable: $r = 0,899$ ($p = 0,01$). El test-retest a los 15 días correlacionó positivamente: $r = 0,967$ ($p = 0,01$).

Palabras clave:
Trastornos de la conducta alimentaria. Infancia. Adolescencia.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(6):326-329

Translation and psychometric properties of the Kid's Eating Disorders Survey (KEDS)-Spanish version

Introduction. Few studies have used standardized instruments to evaluate the psychopathology of the Eating Behavior Disorders (EBD) in child and adolescence.

Objective. The objective of this study was to determine the psychometric properties of the Kid's Eating Disorders Survey (KEDS)-Spanish version [Cuestionario infantil para trastornos de la conducta alimentaria (CITCA)].

Method. The following instruments were applied to subjects aged 7-17 years: K-SADS-PL-MX, Eating Attitude Test-40 (EAT-40) and CITCA (Spanish version of the KEDS).

Results. A total of 98 females, age 12.5 \pm 2.5 (7-17), participated. Cronbach's alpha coefficient for the total of the KEDS was 0.92. The scale items were grouped into two main components, which accounted for 74.4% of the variance. The convergent validity between the Spanish version of the KEDS and the EAT-40 was significant: $r = 0.832$ ($p = 0.01$). The criterion validity, on comparing the Spanish version of the KEDS with the K-SADS-PL-MX, was acceptable, with a $r = 0.899$ ($p = 0.01$). The test-retest at 15 days was positive: $r = 0.967$ ($p = 0.01$).

Key words:
Eating disorders. Childhood. Adolescence.

INTRODUCCIÓN

La incidencia reportada de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en edad pediátrica es aproximadamente del 1%¹⁻³. La naturaleza, el curso y el pronóstico de los TCA en niños y adolescentes han sido descritos en la literatura en una serie de artículos y estudios de seguimiento⁴. Sin embargo, pocos de estos estudios han utilizado instrumentos estandarizados para evaluar la psicopatología de los TCA en niños y adolescentes.

Existen diversos instrumentos clinimétricos para hacer el diagnóstico de TCA en población adulta, pero son pocos los adaptados para la población pediátrica. Tal vez, el instrumento más utilizado en este grupo etario sea el Test de actitudes alimentarias para niños (TAA-n)⁵, sin embargo, este instrumento requiere de entrenamiento previo para su aplicación, lo cual dificulta su uso general. Por esto, consideramos necesaria la utilización de un instrumento práctico, sencillo, entendible y de rápida aplicación para niños y adolescentes.

Correspondencia:
Oscar Zúñiga Partida
Hospital Psiquiátrico Infantil
Juan N. Navarro
Guayaquil 2387, Col. Providencia
Guadalajara, Jalisco
México, CP 44630
Correo electrónico: drozup@hotmail.com

En 1989 se desarrolló y validó el trastorno de la conducta alimentaria (TCA)⁶, basado en los criterios DSM-III, con estudiantes de educación secundaria. Debido a las marcadas diferencias en el desarrollo de los niños y adolescentes y a la complejidad del TCA, una versión corta y sencilla fue desarrollada: el CITCA^{7,8}, que consta de 12 ítems autoaplicables que se contestan en un formato de «sí», «no» y «no se», además de tener una lamina con ocho figuras humanas para medir gráficamente la insatisfacción corporal y la autoimagen. El CITCA se compone de dos factores principales: «insatisfacción corporal» y «restrictivo/purgativo». La correlación de Spearman entre los reactivos en el estudio original fue altamente significativa ($r = 0,83$) con una consistencia interna igualmente alta (alfa = 0,73). Es importante mencionar que el CITCA no hace diagnóstico de acuerdo con los criterios del DSM-IV de TCA *per se* en niños y adolescentes. Sin embargo, sirve como un instrumento sensible para detectar conductas y actitudes en niños y adolescentes que pueden estar en riesgo de presentar estos trastornos.

El objetivo de este estudio fue traducir al español y determinar las propiedades psicométricas del CITCA en una muestra pediátrica de la Ciudad de México.

METODOLOGÍA

Una vez que los sujetos y sus padres o tutores autorizaron su participación en el estudio, se realizó el procedimiento de traducción-retraducción del instrumento, y la versión final fue aplicada a un grupo de 30 sujetos para determinar el entendimiento de las preguntas del cuestionario. Tras la adaptación del cuestionario se procedió a aplicarlo a sujetos que acudían por primera vez a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro de la Ciudad de México. Se obtuvo el peso y talla de todos los participantes con el fin de obtener su índice de masa corporal (IMC).

Para determinar la validez de criterio se aplicaron la entrevista introductoria, la sección de tamizado y el suplemento de TCA del K-SADS-PL-MX (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime)⁹ y para la validez concurrente se aplicó el TAA-40. Veinte sujetos volvieron a contestar el instrumento a los 15 días, con el fin de obtener la confiabilidad temporal. Para obtener la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para el total y subtotales de las dos dimensiones que mide el instrumento. Finalmente se realizó un análisis factorial, con rotación varimax para obtener la validez de constructo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 13 para realizar los procedimientos estadísticos.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Se utilizó una muestra de 139 sujetos, 41 del sexo masculino (31,4%) y 98 femenino (68,6%). Diez (7,1%) sujetos

fueron diagnosticados con AN, 90% del sexo femenino, y 18 (12,9%) sujetos diagnosticaron BN, 14 (77%) del sexo femenino. El grado académico en años de estudio de la población presentó una media $6,4 \pm 2,4$ (1-12).

Edad

El promedio de edad en año fue de $12,5 \pm 2,5$ (7-17). Al dividir la población en dos grupos de edad, 73 (52,6%) sujetos estaban dentro del grupo de 7 a 12 años, y 66 (47,4%) sujetos en el grupo de 13 a 17 años de edad. El promedio de edad de los sujetos con AN fue de $13,4 \pm 2,6$ (11-17) y de los sujetos con BN fue de $12,5 \pm 1,6$ (11-15).

Índice de masa corporal

La media del IMC de los sujetos sin TCA fue de $20,5 \pm 2,8$ (15,3-30,4). En los sujetos con AN el IMC tuvo una media de $16,1 \pm 0,4$ (15,5-16,8). Los sujetos con BN tuvieron una media en el IMC de $22,1 \pm 2,2$ (19,9-24,9). El análisis de varianza del IMC de los sujetos con BN, con AN y sin TCA mostró una $F = 10,92$, $gl = 2$ ($p = 0,01$).

Puntajes en el Cuestionario infantil para trastornos de la conducta alimentaria

En la aplicación del CITCA los puntajes totales mostraron una media de $5,0 \pm 6,5$ (0-23). Aquellos pacientes que no tuvieron diagnóstico de TCA mostraron una media en el puntaje total de $2,1 \pm 2,3$ (0-10). Los sujetos que diagnosticaron AN tuvieron una media de puntaje de $13,0 \pm 1,0$ (12-14), los pacientes con BN puntuaron una media de $20,0 \pm 2,6$ (14-22). El análisis de varianza del puntaje de los sujetos con BN, con AN y sin TCA mostró una $F = 380,50$, $gl = 2$ ($p = 0,01$).

Consistencia interna

En la aplicación del CITCA, se obtuvo una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach para el total del cuestionario de 0,92. Al separar los dos componentes de la escala, la dimensión de insatisfacción corporal tuvo un alfa de Cronbach de 0,91 y la dimensión de conductas purgativas/restrictivas tuvo un alfa de Cronbach de 0,87.

Análisis factorial

La estructura factorial con rotación varimax del CITCA mostró que los reactivos se agruparon en dos componentes principales con valores eigen superiores a uno, los cuales explicaban el 74,4% de la varianza, con un porcentaje de varianza explicada de 57,1% el primer factor (ítems 5, 6, 8, 9 y 10) y 17,3% el segundo factor (ítems 1, 2, 3, 4, 7, 11 y 12). Los ítems 11 y 12 se agruparon en la subescala de conductas purgativas/restrictivas (tabla 1).

Tabla 1

Análisis de componentes principales con rotación varimax del Cuestionario infantil para trastornos de la conducta alimentaria

Reactivos por dimensión	Carga factorial en dimensión conductas purgativas/restrictivas	Carga factorial en dimensión insatisfacción corporal
	Valor eigen 4,2 % de varianza 35,79	Valor eigen 2,6 % de varianza 22,42
1. ¿En este momento desearías perder peso?	-0,018	0,434
2. ¿Alguna vez haz pensado que la gente piensas que estás gordo?	0,174	0,826
3. ¿Alguna vez te ha dado miedo comer porque piensas que vas a aumentar de peso?	0,200	0,896
4. ¿Alguna vez has tratado de perder peso poniéndote a dieta (que comas menos alimentos de lo normal para perder peso)?	0,282	0,876
5. ¿Alguna vez haz tratado de perder peso haciendo ayuno (no comer nada sólido durante 24 h)?	0,656	0,610
6. ¿Alguna vez te haz ocasionado el vómito para perder peso?	0,818	0,401
7. ¿Alguna vez haz hecho mucho ejercicio para perder peso (más de 1 h al día)?	0,212	0,616
8. ¿Alguna vez haz tomado algún medicamento para bajar de peso (incluyendo naturistas)?	0,821	0,290
9. ¿Alguna vez haz tomado diuréticos para bajar de peso (pastillas que te hacen orinar)?	0,963	-0,009
10. ¿Alguna vez haz tomado laxantes para bajar de peso (medicamentos para hacer del baño más fácil)?	0,959	0,012
11. Presencia de atracones.	0,879	0,281
12. Alteración de la imagen corporal.	0,669	0,623

Validez de criterio y convergente

El puntaje del CITCA mostró correlación positiva con el diagnóstico del K-SADS-PL-MX con una $r = 0,899$ ($p = 0,01$). La correlación entre el CITCA y el TAA-40 fue buena y estadísticamente significativa, con una $r = 0,832$ ($p = 0,01$).

DISCUSIÓN

Desgraciadamente, la edad de inicio de los TCA cada vez es más temprana, por lo cual, es frecuente encontrar en la consulta de psiquiatría infantil y de la adolescencia casos de TCA¹⁰. Es por esto que la necesidad de tener un instrumento confiable para identificar a la población pediátrica con riesgo de padecer un TCA es imperante en la práctica clínica. El CITCA es un instrumento diseñado para este fin, ya que la identificación temprana de los TCA favorece el pronóstico de éstos.

Sobre el instrumento, es importante mencionar que algunos sujetos menores de 9 años tuvieron dificultades para

entender el significado de «laxantes y diuréticos», para lo cual se les tuvo que explicar el significado de estas palabras.

La media del puntaje total en la población sin diagnóstico de TCA fue de 2,1, mientras que los sujetos con AN puntuaron cinco veces más alto, y los sujetos con BN puntuaron 10 veces más alto. Con esto queda de manifiesto la sensibilidad que tiene este instrumento, para identificar a los sujetos en riesgo de padecer un TCA.

Los índices de consistencia interna alfa de Cronbach fueron altos, tanto para los subtotales como para el total de la escala. En lo referente al análisis factorial, se mostró por un lado que los reactivos se agruparon como se esperaba, en dos factores, sin embargo, a diferencia de la escala original, los ítems 11 y 12, se agruparon en la dimensión purgativo/restrictivo. Estos dos ítems evalúan la presencia de atracones y la insatisfacción de la imagen corporal. Esto es entendible, si recordamos que los atracones se presentan frecuentemente posterior a una restricción de alimentos (dieta), mencionándose a las dietas severas como disparadores de los atracones.

Al comparar el CITCA con el apartado de TCA del K-SADS-PL-MX, se obtuvo una validez de criterio adecuada. La validez convergente con el EAT-40, que es de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar a los TCA, fue buena.

Además, la correlación entre la primera y segunda aplicación (a los 15 días) de la CITCA fue alta y estadísticamente significativa, lo que denota estabilidad temporal del instrumento; una característica por demás relevante para medidas que pretenden el tamizaje de constructos relativamente estables como lo son los trastornos mentales.

El CITCA se comportó de una manera práctica y adecuada para identificar a la población pediátrica en riesgo de padecer un TCA.

CONCLUSIONES

La versión en español del CITCA mostró datos de confiabilidad y validez en población mexicana. Su uso es adecuado en población pediátrica a partir de los 8 años de edad. Así es posible concluir que la versión en español del CITCA, es un instrumento sensible con fines de tamizaje para TCA en niños y adolescentes de habla hispana.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rosa Elena Ulloa Flores del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y a la clínica de adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por el apoyo recibido para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luca AR, Beard CM, O'Fallon WM. Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917-22.
2. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147:401-8.
3. Whitaker A, Davies M, Shaffer D, Johnson J, Adams S, Walsh BT. The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychol Med* 1989;19:143-63.
4. Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL. The kids' eating disorder survey (KEDS): a study of middle school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:843-50.
5. Garner DM, Olmsted MP, Bahr Y, Garfinkel PE. The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
6. Holtkamp K, Muller B, Heussen N. Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2005;14:106-10.
7. Childress AC, Jarrell MP, Brewerton TD. The kid's eating disorders survey (KEDS): internal consistency, component analysis, and reliability. *Eat Disord* 1993;1:123-31.
8. Brewerton TD. The Use and Scoring of the kid's eating disorders survey (KEDS). *Eat Disord* 2001;9:71-4.
9. Ulloa RE. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:36-40.
10. Nichol D, Lynn R, Viner R. Eating disorders in children under 13: clinical profiles from a British national surveillance study. *Arch Dis Child* 2007;92:A50-A52.