

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



TRADUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN  
ESPAÑOL DEL EXAMEN INFANTIL PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA (EITCA)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN:

LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

DR. OSCAR ZÚÑIGA PARTIDA

ASESORES:

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES  
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. EDITH PADRÓN SÓLOMON  
ASESOR TEÓRICO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Agradecimientos:**

**A mi familia, por el apoyo recibido.**

**A todas aquellas personas e instituciones que hicieron posible la realización de esta  
tesis.**

## ÍNDICE

<b>I. RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>III. MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
Definición, 5	
Epidemiología, 7	
Etiología, 9	
Genética, 11	
Biología de los TCA, 11	
Factores de riesgo, 12	
Apego, 12	
Salud mental materna en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, 13	
Infancia y desarrollo, 13	
Familia y Trastornos de la Conducta Alimentaria, 14	
Otros factores de riesgo, 14	
Comorbilidad, 15	
Curso natural y pronóstico, 17	
Escala de evaluación de la psicopatología infantil, 18	
Escala de evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, 20	
<b>IV. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>20</b>
<b>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>21</b>
<b>IV. OBJETIVO</b>	<b>22</b>
<b>V. MATERIAL Y METODOS</b>	<b>22</b>

Tipo de estudio, 22	
Muestra y sujetos, 22	
Variables, 23	
Criterios de inclusión, 23	
Criterios de exclusión, 23	
Sede, 23	
<b>VI. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN</b>	<b>23</b>
Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria, 23	
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime, 24	
Test de Actitudes Alimentarias- 40, 25	
Escala de Birleson para Depresión en Adolescentes, 25	
Escala para Ansiedad en Niños y Adolescentes, 25	
<b>VII. PROCEDIMIENTO</b>	<b>26</b>
<b>VIII. ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>	<b>27</b>
<b>IX. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
Descripción de la muestra, 27	
Grado académico, 27	
Edad, 28	
Índice de masa corporal, 28	
Puntajes en el Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria, 28	
Ansiedad y depresión en pacientes con AN, BN y sin TCA, 29	
Consistencia interna, 30	

**Validez factorial, 30**

**Validez de criterio, 30**

**Validez convergente, 30**

**Validez divergente, 31**

**Validez de confiabilidad temporal, 31**

<b>X. DISCUSIÓN</b>	<b>32</b>
<b>XI. CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>XII. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>35</b>
<b>XIII. ANEXOS</b>	<b>44</b>

## I. RESUMEN.

**Introducción.** Pocos estudios han utilizado instrumentos estandarizados para evaluar la psicopatología de los TCA en niños y adolescentes. **Objetivo.** El objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas de la versión en español del Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria (EITCA). **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 EITCA. **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 EITCA y el TAA-40 fue significativa:  $r=.832$  ( $p=.01$ ). La validez de criterio al comparar el EITCA con el K-SADS-PL-MX fue aceptable:  $r=.899$  ( $p=.01$ ). El test-retest a los 15 días correlacionó positivamente:  $r=.967$  ( $p=.01$ ).

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, infancia, adolescencia.

## II. INTRODUCCION

Históricamente, los trastornos de la conducta alimentaria han sido estereotipados como exclusivos de mujeres jóvenes, sin embargo, actualmente esta tendencia de presentación ha evolucionado, para poner a los TCA en el campo de la psicopatología infantil y adolescente, ya que su incidencia en este grupo de edad ha demostrado ir en aumento. Mucho se ha dicho sobre la causa de esta situación, siendo en la mayoría de los casos multifactorial. Por un lado, los medios de comunicación han enfatizado el “modelo ideal del ser humano”, el cual la mayoría de las veces es un modelo que exalta la figura delgada, y

por consiguiente, la delgadez se ha relacionado con el “éxito”. Por otro lado, las exigencias sociales y los estresores hacia los niños y adolescentes propios de la sociedad actual, han ocasionado que en edad pediátrica se observen Trastornos que históricamente se pensaban eran exclusivos de los adultos.

Es importante recalcar las diferencias de presentación clínica que se dan en los TCA en la infancia, ya que el niño y el adolescente, manifestarán sus síntomas de acuerdo a su nivel de desarrollo cognoscitivo y emocional. En la consulta diaria de Paidopsiquiatría, cada vez es mas frecuente atender a pacientes incluso en edad escolar, con síntomas identificados con los TCA. Por lo anterior, y en base a lo observado en la práctica clínica, es necesario contar con un instrumento adecuado, que pueda facilitar la detección de sujetos con TCA, un instrumento que sea fácil de entender y de aplicar, además de ser práctico. Este instrumento es el Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Es un instrumento de mucha ayuda en la practica diaria del médico especialista, que se muestra adecuado para detectar posibles casos de TCA en edad pediátrica, y así poderles dar seguimiento a estos pacientes, con el fin de tratarlos o en su caso prevenirlos.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **Definición**

Anorexia Nervosa. Las características esenciales de la AN consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado su menarquia, sufren amenorrea. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la AN se inicia en la niñez o en las primeras



etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (por ejemplo mientras que el sujeto crece en altura). Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a volverse obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran a si mismas "obesas", mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas "obesas". En niñas que ya hayan presentado la menarca, la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica. En niñas prepúberales la AN puede retrasar la aparición de la menarca **(1)**.

#### Bulimia Nervosa.

Las características esenciales de la BN consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de

tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o de manera simulada. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan por una rápida ingesta de alimento, acompañándose de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso **(2)**.

### **Epidemiología**

La prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes se ha incrementado durante los últimos 50 años. Mientras que los TCA continúan teniendo una mayor prevalencia en las naciones occidentales industrializadas, en personas de raza blanca y en niñas y adolescentes de clase socioeconómica media alta y alta, existe un aumento en la diversidad de grupos étnicos y estratos socioeconómicos.

Lucas y cols. **(3)** desarrollaron un estudio de prevalencia de AN en población general en Rochester, Minnesota, durante un periodo de 50 años (1935-1984). El índice para mujeres decreció de 16.6 por 100,000 personas al año en el periodo de 1935 a 1939 a 7 en el periodo comprendido de 1950 a 1954. Este mismo índice aumento a 26.3 en 1980-1984. Los porcentajes de incidencia para mujeres mayores de 20 años permanecieron constantes, pero hubo un marcado aumento en mujeres en el grupo de 15 a 24 años. La incidencia total ajustada fue de 14.6 en mujeres y 1.8 para hombres. El incremento en el

intervalo de edades de 15 a 24 años coincide con la época en la que las modelos de revistas eran más delgadas. Las formas más severas y resistentes a tratamiento de AN han continuado constantes, pero tal vez los adolescentes sean más vulnerables en el presente a la presión cultural y pueden desarrollar una forma no tan severa de la enfermedad en respuesta a esta presión **(4, 5, 6)**.

La mayoría de los estudios epidemiológicos reportan distorsiones de la imagen corporal moderadas en los sujetos que califican para un TCA no especificado (TANE). Entre 40% y 60% de las jóvenes que estudian bachillerato en Estados Unidos se ponen a dieta para perder peso, aunque el significado de “dieta” varía de manera importante. Aproximadamente el 13% se inducen el vómito o usa píldoras dietéticas, laxantes o diuréticos. Cerca del 30 al 40% de las niñas de educación secundaria también admiten tener preocupación sobre su peso. Los Trastornos Alimentarios no Especificados, son probablemente los TCA más comunes en los jóvenes.

En 1991, Fairburn y Beglin **(7)** encontraron en una población de adolescentes y mujeres jóvenes una prevalencia aproximada al 1% de estos trastornos. Estos mismos autores encontraron que la frecuencia reportada de ciertas conductas patológicas como los atracones estaba en el rango del 7% al 79%, el vómito autoinducido del 2% al 21%, y las dietas estrictas y el ayuno del 7% al 55%. En 1989, Whitaker y cols. **(8)**, realizaron un estudio en New Jersey, con estudiantes de secundaria, utilizando el Inventario Autoaplicable de Síntomas Alimentarios (Eating Symptoms Inventory, ESI, por sus siglas en inglés), encontrando que las dietas, los atracones, el uso de píldoras para adelgazar y el vómito autoinducido eran comunes en este grupo de sujetos, sin embargo menos del 1% de los estudiantes cumplieron criterios del DSM III para AN o BN.

La naturaleza, el curso y el pronóstico de los TCA en niños y adolescentes han sido descritos en la literatura en una serie de reportes y estudios de seguimiento. Sin embargo, pocos de estos estudios han utilizado instrumentos estandarizados para evaluar la psicopatología de los TCA en niños y adolescentes **(9)**.

En los adultos, existen medidas disponibles para evaluar los TCA, los cuales caen dentro de dos grandes categorías, los cuestionarios de autoreporte como el Cuestionario de Actitudes Alimentarias y las entrevistas semiestructuradas y estructuradas como el SCID en su sección de TCA. Los instrumentos usados en adultos, generalmente no son apropiados para su uso en niños y adolescentes, ya que su lenguaje y formato no toman en cuenta las habilidades cognitivas y el nivel de desarrollo del niño. Es por esto que Childress **(10)** desarrollo un instrumento que evalúa este tipo de trastornos en esta población.

### **Etiología**

La patogénesis de los TCA permanece aún confusa. Los conceptos etiológicos actuales son multidimensionales con factores biológicos, psicológicos y familiares involucrados. Teorías psicoanalíticas mencionan que el paciente anoréxico y bulímico utiliza su enfermedad para crear una área de protección en la cual puede llevar una vida secreta de acuerdo a sus propias reglas y ambiente. La anorexia provee protección y poder sobre aquellos que se preocupan por el paciente. Los atracones representan una recompensa ante la privación severa de alimentos, produciendo esto un placer enorme para el paciente, siendo una forma de olvidar momentáneamente la frustración del mismo. Durante un periodo más o menos extenso de tiempo, el TCA afecta de manera importante la autoestima del enfermo y le permite evadir los problemas y adversidades de la vida

diaria. Es importante entender que para el paciente su enfermedad representa una ganancia secundaria **(11)**.

Los modelos para describir la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, han variado desde los puramente biológicos hasta los puramente psicológicos. Por ejemplo, al inicio del siglo 20, se pensaba que la AN era el resultado de insuficiencia pituitaria. En la década de los 30's, apareció la teoría psicogénica de este trastorno. Durante los 60's y 70's, el ambiente familiar "anorexígeno" se consideraba crucial para el desarrollo de la AN. Por otro lado, el abuso sexual durante la infancia y el maltrato infantil, eran considerados como factores principales en la aparición de la BN. Actualmente, con la aparición de nuevas biotecnologías (moleculares y de neuroimagen) estamos viendo un resurgimiento en el interés para explorar factores genéticos y biológicos como causantes de estos trastornos **(12)**.

Como sucede en otros trastornos psiquiátricos, la psicopatología de los TCA es considerada el resultado de múltiples factores protectores y de riesgo, pero aún es poco lo que se sabe de la interacción e importancia de cada uno de estos factores, ya sean de naturaleza biológica o psicológica. También ha crecido el interés en la necesidad de incluir una perspectiva del desarrollo para identificar patrones de continuidad y discontinuidad en los procesos adaptativos y desadaptativos durante el crecimiento del ser humano **(13)**.

Se ha logrado observar, que aproximadamente un 50% de los pacientes con AN desarrollarán BN; aproximadamente una tercera parte de los pacientes con BN han tenido un episodio previo de AN, y aproximadamente otra tercera parte tienen un historial de obesidad. Debido a esta sobreposición de diagnósticos, las investigaciones recientes se han enfocado más en definir los fenotipos, incluyendo aquellos casos subsindromáticos y

enfocándose en factores cognitivos y conductuales más que en síndromes completos. Algunas características de personalidad han sido relacionadas. Por ejemplo con la AN se ha relacionado una personalidad ansiosa, evitativa, perfeccionista, persistente, obsesiva y compulsiva. Las características en la personalidad de los pacientes con BN han sido mencionadas como impulsivas, emocionalmente inestables, compulsivas, perfeccionistas y obsesivas. Recientemente se ha mencionado que la “multi-impulsividad”, característica compartida con otros trastornos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y causante de conductas como la autolesión, el abuso de sustancias, compras compulsivas y la desinhibición, puede ser un factor innato en la personalidad de los sujetos con TCA **(14)**.

### **Genética**

El papel potencial desempeñado por la genética en los TCA sólo ha comenzado a abordarse en los últimos años. El mayor progreso en este campo se ha dado desde que el objetivo ha sido asociar la genética con los factores que confieren vulnerabilidad a la AN o BN. Entre los factores predisponentes, en la actualidad se conocen estudios de pedigríes familiares y de concordancia gemelar, así como el inicio de estudios basados en la genética molecular, observándose un predominio del genotipo 1438 A/A en la región promotora del gen 5-HT 2, aproximadamente en un 41% de las pacientes anoréxicas restrictivas frente al 9% de los sujetos controles. Así mismo, se ha observado un aumento de los TCA en familias de pacientes anoréxicos y se ha comprobado en gemelos monocigotos una concordancia aumentada frente a los gemelos dicigotos. Los familiares de pacientes con TCA tienen un riesgo 10 veces mayor de padecer TA que la población que no tienen familiares con estos trastornos **(15)**.

## **Biología de los TCA**

Los repetidos hallazgos que muestran la disfunción hipotalámica en la AN no han conseguido establecer si se trata de causas o de consecuencias de la enfermedad. Una razón importante es que muchos de estos hallazgos (por ejemplo los que corresponden al eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo) son encontrados también en casos de desnutrición no debidos a TCA. El hecho es que no se dispone de marcadores que permitan evidenciar mecanismos fisiopatológicos. Se vienen estudiando especialmente los sistemas 5HT NA y DA, así como determinados neuropéptidos ( $\beta$ -endorfina, CCK, neuropéptido Y, péptido YY), por su posible influencia en la conducta alimentaria. También resulta atractiva la investigación sobre leptina, por su posible influencia en la regulación del peso corporal e incluso en conductas de ingesta. La investigación actualmente más sugerente es quizá la relativa a las disfunciones en el sistema 5HT y  $\beta$ -endorfina. En la BN disminuyen los atracones si se administran inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En la obesidad se han encontrado niveles bajos de metabolitos de 5HT en líquido cefalorraquídeo, lo que también tiene que ver con la apetencia por hidratos de carbono. En cuanto al sistema  $\beta$ -endorfina, se conoce que este péptido estimula el deseo de comer. Parece que en la AN puede encontrarse disminuida su actividad opioide **(16)**.

### **Factores de riesgo**

#### **Apego**

Existe evidencia de que la insatisfacción corporal puede ser precursora de los TCA. En una muestra de adolescentes seguidas de manera prospectiva durante tres años, 3.6%

presentaron un TCA durante este tiempo, con una importante asociación con la insatisfacción corporal. El origen de la insatisfacción corporal parece ser multifactorial, con factores familiares, biológicos y socioculturales involucrados. Se ha sugerido que un estilo de apego inseguro puede ser uno de los factores implicados en la etiología de la insatisfacción corporal. La teoría del apego es uno de los modelos más influyentes propuestos para explicar la relación entre experiencias tempranas y la personalidad adulta. De acuerdo con la teoría del apego, los niños desarrollan expectativas acerca de la disposición y respuesta de sus “cuidadores” basadas en la calidad del cuidado parental que reciben. Esta expectativa sirve posteriormente como base de las representaciones mentales de uno mismo y de otros que influyen posteriormente en el funcionamiento psicosocial. Los niños con cuidadores emocionalmente positivos desarrollan un modelo del yo positivo y valioso a la vez que perciben a los demás como amorosos. Niveles altos de ansiedad de separación en edades tempranas y un estilo de apego inseguro son frecuentes en mujeres con AN y BN. Un estilo de apego inseguro es un correlato frecuente de una imagen corporal negativa no solo en preadolescentes y adolescentes, también en adultos con patología de la conducta alimentaria (17,18, 19).

### **Salud mental materna en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

La salud mental de la madre de los pacientes también ha sido sugerida como factor de riesgo para desarrollar un TCA. Más aún, la calidad en la relación madre-hijo influye en el tipo de alimentación que se dará en esta díada. Por ejemplo, las interacciones entre las madres e hijos con problemas de alimentación están caracterizadas por una insensibilidad y una conducta controladora de parte de la madre, por un temperamento difícil del niño y por una comunicación social muy pobre tanto en la alimentación como en el juego. Una



variedad de aspectos de la salud mental materna se han asociado de manera consistente con dificultades en la alimentación de los niños, incluyendo síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, algunas veces los hallazgos encontrados son ambiguos, sobre todo en cuanto a la dirección causal en esta relación madre-hijo, particularmente en el contexto de la ansiedad y depresión, y en los mecanismos de su interacción, los cuales continúan siendo confusos. Algunos estudios han demostrado los efectos de la ansiedad materna pero no de la depresión en las dificultades de la interacción alimentaria con sus hijos, mientras que otros estudios han hallado efectos significativos de los trastornos afectivos en la interacción alimentaria. En general, la información actual sugiere que los problemas de alimentación en los niños están influenciados de manera importante por la ansiedad y depresión materna, aunque se menciona que esta influencia puede variar de acuerdo al sexo del hijo, siendo diferente en los niños y en las niñas **(20)**.

### **Infancia y desarrollo.**

Se ha sugerido un modelo de desarrollo para los trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de niños preescolares. Estudios demográficos han mostrado que los problemas de alimentación en edades tempranas sugieren que los varones son más vulnerables a estos trastornos en edades preescolares y las niñas lo son durante la adolescencia. Los patrones desadaptativos de la alimentación incrementan la aparición tardía de problemas alimentarios. Se ha sugerido que la Pica y los problemas digestivos predisponen la aparición tardía de anorexia, mientras que aquellos niños que rechazan los alimentos e incluso pelean a la hora de alimentarlos (indicando esto problemas de la autorregulación y patrones de conducta alimentaria familiar negativos), predice aparición de BN. Las madres de aquellos pacientes con TCA mencionan que introdujeron alimentos

sólidos a la dieta mas tempranamente que los sujetos controles. Los adolescentes que se sienten más incómodos con su cuerpo durante la pubertad están en mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Factores de riesgo contextuales en la adolescencia incluyen la pobre confianza para hablar de sus problemas con sus padres, un interés de la madre por hacer dietas, y la culturización occidental en inmigrantes. La relación entre la edad de inicio y el pronóstico de la AN y BN aún permanece confusa, debido a los problemas metodológicos para investigarla **(21)**.

### **Familia y Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Las familias de los pacientes con BN son referidas como caóticas, críticas y conflictivas, y las de aquellos pacientes con AN son referidas como controladoras y organizadas. Algunas teorías mencionan que la enfermedad representa un intento disfuncional para obtener autonomía y control en el contexto de una familia caótica y, por extensión, desalenta cualquier involucramiento parental, especialmente el autoritativo, que podría exacerbar la dinámica familiar y, en consecuencia, empeorar el TCA **(22)**.

### **Otros factores de riesgo**

La personalidad en las pacientes anoréxicas es referida como ansiosa, inhibida y controlada, mientras que en la bulimia los pacientes tienden a presentar labilidad afectiva con un pobre autocontrol, y en general ser más activas **(23, 24)**.

Poblaciones como la de atletas y bailarinas se han considerado de riesgo para desarrollar TCA, dependiendo del nivel de competición de la actividad deportiva, de la raza y de la edad, llegando a encontrarse una prevalencia de TCA de hasta 8% en bailarinas de ballet. Adicionalmente, algunas características adicionales como la preocupación por la

autoimagen, afectividad negativa, obesidad premórbida y abuso físico y sexual se han considerado correlatos de los TCA (25, 26).

El estrés también es considerado como un precursor importante de los TCA. Las investigaciones de estrés y su relación con los TCA han sido en su mayoría retrospectivas y en poblaciones clínicas. Utilizando una entrevista semiestructurada en una muestra clínica para obtener información a lo largo de la vida de los pacientes, Stroerber (27) encontró que los sujetos con AN tipo purgativa habían tenido mas eventos negativos en los 18 meses previos que aquellos con AN tipo restrictiva. Los eventos estresantes que se relacionan con los TCA de manera más frecuente son los relacionados con la familia y con los amigos.

Otros factores de riesgo que no se asocian a la edad o a las etapas del desarrollo son el ser de genero femenino y tener un índice de masa corporal alto. También se menciona al abuso sexual como un factor de riesgo, siendo mayor en la BN que en la AN.

### **Comorbilidad**

Los TCA tienen alta comorbilidad con trastornos del EJE I. La comorbilidad psiquiátrica puede incrementar la severidad, cronicidad y la resistencia al tratamiento. La comorbilidad predice una pobre recuperación y una pobre respuesta de los trastornos comórbidos al tratamiento debido al efecto del estado nutricional y al curso de la enfermedad de los pacientes. Se ha estipulado que la comorbilidad de los TCA puede tener implicaciones genéticas, debido a que la regulación del apetito, la selección de alimentos y las conductas alimentarias están moduladas y parcialmente determinadas neurobiológicamente por el mismo sistema de neurotransmisores envueltos en otros

trastornos psiquiátricos. Además, muchos trastornos mentales también se presentan con alteraciones en el apetito y la alimentación.

La comorbilidad más común de los TCA incluye a los trastornos de ansiedad y afectivos. Se ha reportado de un 20 a 98% de los pacientes con TCA padecen algún trastorno afectivo. De un 7 a 65% de los pacientes con TCA padecen trastornos de ansiedad, siendo el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social los más comunes.

En la AN, la psicopatología específica de la alimentación frecuentemente se relaciona con síntomas de ansiedad, depresión y trastorno obsesivo compulsivo. Más aun, es frecuente que después de remitir la sintomatología del trastorno de alimentación, queden síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con TCA hasta por 3 años posteriores **(28, 29)**.

Los estudios epidemiológicos han mostrado consistentemente que la mayoría de los sujetos con AN y BN experimentan uno o más trastornos de ansiedad. Generalmente el inicio de los trastornos de ansiedad precede a la aparición de AN y BN, sin embargo, el trastorno de pánico, el TEP y la agorafobia pueden aparecer después del TCA. Se ha sugerido que el estar enfermo de algún TCA exagera los síntomas asociados con la ansiedad. Kaye **(30)** encontró en un estudio con 672 sujetos con TCA, un riesgo del 64% a lo largo de la vida para padecer un trastorno de ansiedad, y de un 41% para TOC. En mujeres con TCA, la presencia de TOC se ha estimado entre el 3% y 40%.

Existe evidencia que indica la asociación entre psicopatología preexistente y el desarrollo de un TCA. Patton y cols. **(31)** estudió una cohorte de 2,032 adolescentes durante tres años y encontró que la morbilidad psiquiátrica era un predictor importante para desarrollar un TCA. La asociación entre depresión y el inicio de un TCA en estudios longitudinales ha sido ampliamente demostrada **(32, 33)**.

Muchos de los factores asociados con los TCA son generados por síntomas depresivos, los cuales pueden llegar a agravar el curso y pronóstico de la patología. Holtkamp (34) encontró en 17 pacientes anorexias, que después de tres años de remitidos los síntomas de la conducta alimentaria, persistían los síntomas de tipo depresivo. La depresión asociada a AN ha mostrado transmisión familiar independiente, pero este puede no ser el caso de la BN.

### **Curso natural y pronóstico.**

El curso de la AN es variable. Algunos pacientes se recuperan completamente después del episodio inicial. Otros desarrollan un curso fluctuante de pérdida y ganancia de peso, mientras algunos permanecen en un deterioro crónico. Más de la tercera parte presenta enfermedades afectivas, y se ha reportado el suicidio en un 5% de los pacientes crónicos con AN. Se estima una mortalidad del 3% al 10% (35). Las complicaciones médicas que se dan en la AN son bien conocidas. Las alteraciones más comunes se presentan en la secreción de hormona de crecimiento, hipogonadismo hipotalámico, hipoplasia ósea, anormalidades estructurales en el cerebro, disfunción cardíaca y alteraciones gastrointestinales, sin embargo, el problema más serio se da en el crecimiento de los adolescentes con AN, el cual se ve reducido (36).

Los pacientes con BN tienen un curso variable, la mayoría de las veces fluctuante entre conductas purgativas y atracones. La BN generalmente aparece durante la adolescencia tardía. Es común que los atracones aparezcan en el contexto de una dieta estricta. Una vez identificado este trastorno, los pacientes buscan ayuda terapéutica y generalmente se muestran motivados, pero cuando las conductas purgativas inician y son reforzadas, pueden resultar demasiado resistentes al cambio. Aun cuando los pacientes presentan

variaciones en el peso, raramente alcanzan un peso tan bajo como el que se da en la AN. Otras complicaciones médicas como la hipocalcemia, las úlceras esofágicas, las alteraciones gastrointestinales, la deshidratación y los cambios en la presión ortostática pueden llegar a requerir internamiento hospitalario **(37)**.

Niveles altos de descarga plasmática de leptina se han sugerido como predictores de mal pronóstico. Actualmente se estudian otros gastropéptidos y neuropéptidos como predictores de pronóstico. Incluso se ha sugerido que niveles posprandiales elevados de colecistoquinina pueden incrementar las náuseas y los vómitos en adolescentes con AN **(38)**.

#### **Escalas de evaluación de la psicopatología infantil.**

Dentro de las entrevistas altamente estructuradas empleadas en la evaluación clínica se encuentra el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). La conducción de esta entrevista es inflexible, el orden de aplicación está predeterminado y el entrevistador debe preguntar exactamente lo escrito por lo que la inferencia del evaluador en la integración diagnóstica es poca o nula. Otra entrevista altamente estructurada es el Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), que fue una de las primeras entrevistas estructuradas en ser utilizadas; se ha trabajado con ellas desde mediados de los años setentas y ha sido revisada en varias ocasiones. Existe una versión en español. Cuenta con dos versiones, una para padres y otra para niños y adolescentes **(39)**.

Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por estar orientadas a su aplicación en poblaciones e investigaciones clínicas; deben ser aplicadas por clínicos, psiquiatras o psicólogos que requieren una formación especializada en la psicopatología; la capacitación que se necesita para su aplicación es prolongada; en Interview Schedule for

Children (ISC) requiere un entrenamiento de seis meses; la conducción de la entrevista es flexible y el clínico puede modificar la pregunta propuesta tanto como lo crea necesario para recabar la información necesaria, por lo que su participación en la integración diagnóstica es elevada.

Dentro de las entrevistas semiestructuradas, el K-SADS es sin lugar a dudas la de mayor difusión. Surge durante los primeros años de los ochentas después que se publicaran los resultados del estudio del Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) **(40)** en adultos. Existen dos versiones del K-SADS que incorporan los datos en el momento actual y a lo largo de la vida; sin embargo, la más reciente investigación clinimétrica de este instrumento combina ambas, generando el K-SADS-PL **(41)**.

La ESA, fue desarrollada dentro de la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines como el K-SADS, el ISC, el DISC y el SCAN. La ESA fue diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Esta entrevista tiene un tiempo de aplicación de 60 a 90 minutos **(42)**.

Un equipo de psiquiatras del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN) de la ciudad de México, ha desarrollado la Entrevista Semiestructurada para Escolares (ESE), relacionada para los criterios diagnósticos de 44 categorías diagnósticas. La ESE cuenta con dos versiones, una que se aplica a los niños y otra que se aplica a los padres o adultos responsables **(43)**.

Otras escalas son las de severidad, llamadas así porque miden la severidad de padecimientos específicos. Para el trastorno depresivo mayor, la escala de Birleson fue validada en México con población adolescente. La utilización de esta escala como prueba

diagnóstica presentó una sensibilidad de 87% y una especificidad del 74% cuando el punto de corte fue de 14 **(44)**.

Para el Trastorno por Déficit de Atención, probablemente el instrumento de mas uso a nivel internacional sea la escala de Conners, tanto en su versión de padres como en su versión maestros **(45)**

Para los trastornos de ansiedad, el SCARED por sus siglas en ingles (the Screen for Child Anxiety Related Emocional Disorders), es un instrumento ampliamente utilizado en la práctica clínica y con fines de investigación.

### **Escalas de evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

El Test de Actitudes Alimentarias, (EAT, Eating Attitude Test), una versión corta de este mismo instrumento, el EAT-26, el Inventario de Trastornos Alimentarios, (EDI, Eating Disorders Inventory) y el Inventario de Síntomas Alimentarios, (ESI, Eating Symptoms Inventory) son instrumentos adecuados para la evaluación de los TCA en población de jóvenes de 17 o mas años. Algunos estudios que utilizaron el EAT y el EAT-26 incluyeron a sujetos de edad pediátrica **(46, 47)**.

El esfuerzo para realizar estudios epidemiológicos de los TCA en población pediátrica ha sido pobre. Maloney **(48)** atribuyó la poca cantidad de estos estudios, a la falta de instrumentos de investigación comprensibles en población pediátrica. Son pocos los instrumentos realizados para este fin, ya que uno de los requisitos básicos para ser utilizados en niños es su entendimiento, de acuerdo a su desarrollo cognitivo.

Existen numerosos estudios anecdóticos de AN en niños menores de 11 años, pero los criterios diagnósticos no son consistentes en estos reportes. En referencia a la BN, todavía es menos lo que se ha estudiado en esta población.



Por lo anterior, el Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria fue desarrollado, con el fin de detectar patología de riesgo en población pediátrica. Este instrumento mide actitudes y conductas relacionadas con la AN y con la BN niños y adolescentes.

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

La anorexia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), son trastornos psiquiátricos caracterizados por una preocupación alterada acerca de la ingesta de alimentos, el control del peso y la imagen corporal. Es frecuente que los pacientes con AN, BN o TA presenten cogniciones y emociones patológicas sobre la apariencia y la comida, además de presentar conductas alimentarias alteradas. Son además, patologías de curso crónico, con altos niveles de comorbilidad física y psicológica, así como pobre nivel de funcionamiento.

La AN, especialmente la de tipo restrictiva, ha sido reconocida en la literatura médica desde aproximadamente hace 150 años. Ha sido reportada en diferentes culturas, con poco incremento en su incidencia. En contraste, la BN es un trastorno descrito de manera relativamente reciente e inicialmente lo fue exclusivamente en la cultura occidental, lo cual ha cambiado en la actualidad, con su incidencia en aumento. Desgraciadamente, estos trastornos, han comenzado a presentarse en edades más tempranas, incluso antes de la adolescencia. La población pediátrica cada vez se ve mas afectada por TCA, o por síntomas asociados a estos trastornos. Existen diversos instrumentos clinimétricos para hacer el diagnóstico de TCA en población adulta, pero solo existe un instrumento que hace diagnóstico en población pediátrica, el Children's Eating Attitude Test, sin embargo, este instrumento requiere de entrenamiento previo para su aplicación, lo cual dificulta el uso de la misma. Por esto, consideramos necesaria la utilización de un instrumento práctico, sencillo, de aplicación rápida y entendible para la población pediátrica. Este instrumento es el Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria, para el cual

se realizó la traducción al castellano con el fin de ser utilizada en población de habla hispana (49).

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dado que no existe un instrumento en español que evalúe en población infantil y adolescente tanto Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa como síntomas asociados al Trastorno por Atracón, se propone traducir y validar en esta lengua al Examen Infantil Para Trastornos de la Conducta Alimentaria (EITCA).

## **IV. OBJETIVO**

En este sentido, el objetivo de este estudio es traducir al español y determinar las propiedades psicométricas (validez convergente, validez de constructo, validez concurrente, divergente, consistencia interna y confiabilidad temporal) del Examen Infantil Para Trastornos de la Conducta Alimentaria (EITCA).

Objetivos específicos:

1. Encontrar la comorbilidad de ansiedad y depresión en sujetos en edad pediátrica con diagnóstico de TCA.
2. Identificar la diferencia en el índice de masa corporal en aquellos sujetos con y sin diagnóstico de TCA.
3. Identificar la prevalencia de acuerdo al sexo de los TCA en la población estudiada.

## V. MATERIAL Y METODOS

### **Tipo de estudio**

De validación y confiabilidad.

### **Muestra y sujetos**

El tamaño de la muestra fue de 139 sujetos. Se estudió a una población con edades comprendidas entre los 8 y 17 años de edad, de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, que acudían por primera vez al hospital, a los cuales se les invitaba a participar en el estudio si cumplían con los criterios de inclusión. El tipo de selección fue dirigida, ya que se revisaban los registros de citas de la consulta externa, y aquellos pacientes que acudían por primera vez a la institución, eran elegidos para ingresar al estudio, para lo cual un residente de segundo año de psiquiatría infantil y de la adolescencia abordaba a los pacientes e iniciaba el reclutamiento y aplicaba los instrumentos.

### **Variables.**

**Cuantitativas Continuas:** Edad, sexo, escolaridad, IMC.

**Cualitativas nominales:** Escalas, subescalas y reactivos de: SCARED, CDRS, K-SADS-PL Y EITCA (50).

### **Criterios de inclusión**

- Sujetos con edad comprendida entre los 8 y los 17 años.
- Sujetos que eran capaces de leer y contestar los instrumentos.
- Ser paciente de primera vez de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

- Firmar el consentimiento informado tanto el paciente como cualquiera de sus padres o tutores.

#### **Criterios de exclusión**

- Tener diagnóstico previo de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, trastorno bipolar o retraso mental.
- Haber llenado los cuestionarios de manera incompleta.

#### **Sede**

Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

### **VI. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

*Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria (EITCA)*. En 1989 se desarrolló y validó el ESI (Eating disorder Survey), basado en los criterios DSM III, con estudiantes de educación secundaria. Debido a las marcadas diferencias en el desarrollo entre los niños y adolescentes y a la complejidad del ESI, una versión corta y sencilla fue desarrollada: el EITCA, que consta de 12 ítems autoaplicables que se contestan en un formato de “sí”, “no” y “no se”, además de tener una lamina con 8 figuras humanas para medir gráficamente la insatisfacción corporal y la autoimagen. El EITCA se compone de dos factores principales: “insatisfacción corporal” (ítems 5, 6, 8, 9 y 10) y “restrictivo/purgativa” (ítems 1, 2, 3, 4, 7, 11 y 12). La correlación de Spearman entre los reactivos en el estudio original fue altamente significativa ( $r= 0.83$ ) con una consistencia interna igualmente alta ( $\alpha =0.73$ ). Es importante mencionar que el EITCA no hace diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM IV de TCA per se en niños y adolescentes. Sin embargo, sirve como una manera rápida, sencilla y confiable de detectar conductas y

actitudes en niños y adolescentes que pueden estar en riesgo de presentar estos trastornos. Si el EITCA nos muestra que existe alguna área problemática para un niño en particular, entonces se debe de aplicar una entrevista clínica más completa para determinar si existe y la gravedad del problema **(51, 52) (Anexo 1)**.

*K-SADS-PL-MX (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime (6-18 Years, Kiddie-SADS-PL)*. Es una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV. Los diagnósticos principales que se evalúan con el K-SADS-PL incluyen: depresión mayor, distimia, manía, hipomanía, ciclotimia, bipolar, esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, psicosis reactiva breve, pánico, agorafobia, ansiedad de separación, evitativo de la infancia y adolescencia, fobia simple, fobia social, ansiedad excesiva, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, encopresis, anorexia nervosa, bulimia, tics transitorios, G. Tourette, tics motores o vocales crónicos, abuso de alcohol, abuso de sustancias, estrés postraumático y trastornos de ajuste (adaptativos). Se administra entrevistando al padre(s), al niño/adolescente y finalmente completando los sumarios clínicos que incluyen las fuentes posibles de información (escuela, expediente clínico, otros familiares, etc.)

Esta entrevista constituye un instrumento adecuado para evaluar la psicopatología de niños y de adolescentes transversal y longitudinalmente. Fue traducida y adaptada al español por Ulloa y Cols. **(53)** demostrando propiedades psicométricas similares a la versión en inglés.

*Test de Actitudes Alimentarias-40 (EAT-40, Eating Attitude Test).* El EAT-40, posee 40 preguntas distribuidas en 3 factores que miden 1) dieta: evitación de alimentos que engordan; 2) control oral: control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso; 3) bulimia y preocupación por el alimento: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas. Cada respuesta tiene un valor máximo de 3 puntos. Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréctico o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias. En adolescentes africanos se ha utilizado una versión corta de esta escala **(54, 55, 56, 57, 58) (Anexo 2).**

*Escala de Birmaher para Depresión en Adolescentes (CDRS, Children Depression Rating Scale).* Esta es la primera escala validada en México en población adolescente para medir la depresión. La utilización del CDRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28.8% de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes **(59, 60, 61) (Anexo 3).**

*Autoreporte de ansiedad en adolescentes (SCARED, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders).* Se diseñó a partir de criterios del DSM IV para trastornos de ansiedad. Se realizó un listado de síntomas de ansiedad, que se dirigió a una pequeña muestra de niños de diferente edad con la finalidad de adaptarla según edad y nivel de entendimiento. Posteriormente se estructuró una escala de 85 reactivos autoaplicable en dos versiones para el niño-adolescente y otra para el adulto. Esta escala contempla los

siguientes trastornos: TAS (trastorno de ansiedad por separación), TAG (trastorno de ansiedad generalizada), trastorno de pánico (TP), fobia social y fobia escolar. La intensidad de los síntomas se valora del 0 al 2. El análisis de los 85 reactivos de la versión original, redujo la escala a 38 reactivos. Se estructuraron 5 factores en la escala: somatización-pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar; los coeficientes alfa de Cronbach para estos factores fueron de 0.74 a 0.89 **(62, 63, 64) (Anexo 4)**.

## **VII. PROCEDIMIENTO**

Este estudio se realizó en un periodo de tiempo comprendido de Enero del 2007 a diciembre del 2007. Se realizó la traducción y adaptación del instrumento al español por clínicos expertos en psicopatología infantil. Previo a la inclusión de pacientes para el estudio de validación, la versión obtenida de la escala fue aplicada por un residente de 2do. Año de psiquiatría infantil y de la adolescencia a 30 sujetos que acudían por primera vez a la consulta externa del Hospital Psiquiatrico Infantil Juan N. Navarro, y calificada por los evaluadores en un estudio piloto. Posteriormente esta versión en castellano se volvió a traducir a la lengua inglesa y de nuevo al castellano, con el fin de encontrar la similitud entre la primera y segunda traducción al castellano. Para el estudio de validación un residente de segundo año de psiquiatría infantil y de la adolescencia aplicó la entrevista introductoria, la sección de tamizado y el suplemento de TCA de la K-SADS-PL-MX para determinar si el paciente cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-IV para TCA. También aplicó las escalas de Birlson para depresión en adolescentes (CDRS), de ansiedad para niños y adolescentes (SCARED), el EAT-40 y el EITCA.



## VIII. ANALISIS ESTADISTICO

Para realizar las comparaciones se dividió a la población de acuerdo a su diagnóstico. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para realizar los procedimientos estadísticos.

**De Validez Convergente:** Correlaciones de Pearson para establecer la relación entre puntuaciones totales de las escalas EITCA Y EAT-40

**De Validez de Constructo:** Análisis factorial de componentes principales con rotación de Varimax para el EITCA.

**De Validez de Criterio:** Comparación entre EITCA Y K-SADS-PL.

**De validez Concurrente:** Comparación entre EITCA Y EAT- 40.

**De Validez Divergente:** Comparación entre EITCA Y SCARED Y CDRS.

**De Consistencia Interna:** Coeficiente Alpha de Cronbach para los subtotales y total del EITCA.

**De Confiabilidad Temporal:** Correlación de Pearson entre las puntuaciones totales en la EITCA de la primera y segunda aplicación.

## **IX. 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.

### **Grado académico**

El grado académico de la población presentó una media  $6.4 \pm 2.4$  años de estudio (1-12) (Ver cuadro 1).

Años de Estudio	n=	%
$\geq 6$	76	54.7
7-9	53	32.8
$10 \leq$	10	12.5

**Cuadro 1. Escolaridad de la población estudiada**

### **Edad.**

El promedio de edad fue de  $12.5 \text{ años} \pm 2.5$  (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 (ver cuadro 2). 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). El análisis de varianza entre los sujetos con BN, con AN y sin TCA mostró una  $F = .542$ ,  $gl = 2$  ( $p = .582$ ) (Ver cuadro 2).

### **Índice de masa corporal**

La media del índice de masa corporal (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) (Ver cuadro 2). El

análisis de varianza entre los sujetos con BN, con AN y sin TCA mostró una  $F= 10.92$ ,  $gl= 2$ . ( $p= .01$ ) (Ver cuadro 2).

### **Puntajes en el Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria**

En la aplicación del Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria 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 entre los sujetos con BN, con AN y sin TCA mostró una  $F= 380.50$ ,  $gl= 2$ . ( $p= .01$ ) (**Ver cuadro 2**).

	<b>AN</b>	<b>BN</b>	<b>Sin TCA</b>	<b>Estadística</b>	<b>P</b>
				<b>(ANOVA, Chi cuadrada)</b>	
<b>Sexo</b>	Fem= 9 Masc= 1	Fem= 14 Masc= 4	Fem= 75 Masc= 36	$X^2= 3.407$ $gl= 2$	.182
<b>Edad en años</b>	$13.4 \pm 2.6$ (11-17)	$12.5 \pm 1.6$ (11-15)	$12.5 \pm 2.5$ (7-17)	$F= .542$ $gl= 2$	.582
<b>IMC</b>	$16.1 \pm 0.4$ (15.5-16.8)	$22.1 \pm 2.2$ (19.9-24.9)	$20.5 \pm 2.8$ (15.3-30.4)	$F= 10.92$ $gl= 2$	.001
<b>EITCA</b>	$13.0 \pm 1.0$ (12-14)	$20.0 \pm 2.6$ (14-22)	$5.0 \pm 6.5$ (0-23)	$F= 380.50$ $gl= 2$	.001
<b>CDRS</b>	$22.0 \pm 2.9$ (18-26)	$24.9 \pm 3.2$ (17-28)	$7.8 \pm 4.2$ (4-25)	$F= 152.03$ $gl= 2$	.001
<b>SCARED</b>	$26 \pm 6.9$ (20-38)	$31.6 \pm 8.4$ (14-41)	$13.6 \pm 10.1$ (1-49)	$F= 18.86$ $gl= 2$	.001

## **Cuadro 2. Análisis estadístico de la muestra, analisis de varianza y validez de la escala EITCA.**

Fem= femenino, Masc= masculino, IMC= indice de masa corporal, EITCA= Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria, CDRS= Children Depresión Rating Scale, SCARED= Screen for Child Anxiety Related Emocional Disorders

### **Ansiedad y depresión en pacientes sin TCA, con AN y con BN**

La media de puntaje en el CDRS en los pacientes sin diagnóstico de TCA fue de  $7.8 \pm 4.2$  (4-25), en los pacientes con AN fue de  $22.0 \pm 2.9$  (18-26) y en los pacientes con BN fue de  $24.9 \pm 3.2$  (17-28) (Ver cuadro 2). El análisis de varianza mostró una  $F= 152$ ,  $gl= 2$  ( $p= .01$ ) **(Ver cuadro 2)**.

La media de puntaje en el SCARED en los pacientes sin diagnóstico de TCA fue de  $13.6 \pm 10.1$  (1-49), en los pacientes con AN fue de  $26 \pm 6.9$  (20-38), y en los pacientes con BN la media fue de  $31.6 \pm 8.4$  (14-41). El análisis de varianza mostró una  $F= 18.86$ ,  $gl= 2$  ( $p= .01$ ) **(Ver cuadro 2)**.

### **Consistencia interna**

En la aplicación del EITCA, se obtuvo una consistencia interna alta de este instrumento, con un Alpha de Crhonbach para el total del cuestionario de 0.92. Al separar los dos componentes de la escala, la dimensión de insatisfacción corporal tuvo un Alpha de Crhonbach de 0.91 y la dimensión de conductas purgativas/restrictivas tuvo un Alpha de Crhonbach de 0.87.

### **Validez Factorial**

La estructura factorial con rotación varimax del EITCA 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 (**Ver cuadro 3**).

### Validez de criterio

El puntaje del EITCA mostró correlación positiva con el diagnóstico del K-SADS-PL-MX con una  $r = .899$  ( $p = .01$ ).

### Validez convergente

La correlación entre el EITCA y el EAT-40 fue aceptable, y estadísticamente significativa, con una  $r = .832$  ( $p = .01$ ).

Reactivos por dimensión	CARGA FACTORIAL EN DIMENSIÓN CONDUCTAS PURGATIVAS/RESTRICTIVAS Valor Eigen 4.2 % de varianza 35.79	CARGA FACTORIAL EN DIMENSIÓN INSTATISFACCIÓN CORPORAL Valor Eigen 2.6 % de varianza 22.42
1. ¿En este momento desearías perder peso?	-018	<b>.434</b>
2. ¿Alguna vez haz pensado que la gente piensas que estas gordo(a)?	.174	<b>.826</b>
3. ¿Alguna vez te ha dado miedo comer porque piensas que vas a aumentar de peso?	.200	<b>.896</b>
4. ¿Alguna vez has tratado de perder peso poniéndote a dieta (que comas menos alimentos de lo normal para perder peso)?	.282	<b>.876</b>
5. ¿Alguna vez haz tratado de perder peso haciendo ayuno (no comer nada sólido durante 24 horas)?	<b>.656</b>	.610
6. ¿Alguna vez te haz ocasionado el vomito para perder peso?	<b>.818</b>	.401
7. ¿Alguna vez haz hecho mucho ejercicio para perder peso (más de una hora al día)?	.212	<b>.616</b>
8. ¿Alguna vez haz tomado algún medicamento para bajar de peso (incluyendo naturistas)?	<b>.821</b>	.290
9. ¿Alguna vez haz tomado diuréticos para bajar de peso (pastillas que te hacen orinar)?	<b>.963</b>	-.009
10. ¿Alguna vez haz tomado laxantes para bajar de peso (medicamentos para hacer del baño más fácil)?	<b>.959</b>	.012
11. Presencia de atracones	<b>.879</b>	.281
12. Alteración de la imagen corporal	<b>.669</b>	.623

### **Cuadro 3. Análisis de componentes principales.**

#### **Validez Divergente**

Con la escala de ansiedad SCARED, la correlación fue moderada, con una  $r = -0.648$  ( $p = .01$ ). Con la escala de depresión CDRS, la correlación fue adecuada y estadísticamente significativa, con una  $r = -0.886$  ( $p = .01$ ).

#### **Validez de confiabilidad temporal**

Una sub muestra de 20 sujetos completaron nuevamente el EITCA a los 15 días. La puntuación promedio del EITCA a los 15 días (segunda aplicación) fue  $8.2 \pm 6.0$  (1-20). La correlación de Pearson entre esta y la primera aplicación del EITCA fue adecuada y estadísticamente significativa, con una  $r = .967$  ( $p = .01$ ).

## **X. DISCUSIÓN**

Los TCA son una rama de la psiquiatría que recientemente han comenzado a recibir la atención e investigación suficientes para clarificar su etiología, curso, tratamiento y pronóstico. Aun no se ha logrado, como en la mayoría de los trastornos mentales, encontrar una sola causa de origen, pensándose en una etiología multifactorial. Los avances en la genética han sido grandes, sin embargo aún no son concluyentes. La incidencia y prevalencia de estos trastornos va en aumento, y recientemente, en los medios informativos, han salido a la luz casos de muerte a causa de la AN, lo cual ha centrado los ojos de la comunidad médica, y más de aquellos dedicados a la salud mental, en estas patologías. Desgraciadamente, la edad de inicio de los TCA cada vez es mas pronta, por lo cual, es frecuente encontrar en la consulta de psiquiatría infantil y de la

adolescencia de manera mas constante, casos de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TCA. 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 de la paidopsiquiatría. El Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria, EITCA, es un instrumento diseñado para este fin, por lo que su traducción y validación a la lengua castellana es una aportación importante en materia de salud pública, ya que como se menciona en la literatura, la identificación temprana de los TCA favorece el pronóstico de estos trastornos.

Para la validación de este instrumento, utilizamos una muestra estadísticamente significativa, e incluso mayor a la necesaria, tomando en cuenta que se requieren 10 sujetos por reactivo para validar un instrumento en otra lengua **(65)**. 28 sujetos tuvieron diagnóstico de TCA, la presencia de TCA fue más frecuente en el sexo femenino, y el TCA mas común en nuestra muestra fue la BN. La edad de nuestro grupo de estudio fue amplia, abarcando escolares desde los 7 años hasta adolescentes de 17 años.

En cuanto a la escolaridad, es importante recalcar que la mayoría de los sujetos tenían estudios de acuerdo a su edad cronológica, y todos fueron capaces de leer y contestar por si mismos el instrumento. Sin embargo, algunos sujetos menores de 9 años, tuvieron dificultades para entender el significado de "laxantes y diuréticos", por lo cual se les tuvo que explicar que significaban estas palabras.

Como era de esperarse **(66)**, el IMC fue menor en los sujetos con AN (16.1) y similar en los sujetos sin diagnóstico y con BN (20.5 y 22.1 respectivamente), con una ANOVA estadísticamente significativa.

En lo concerniente al instrumento EITCA, este mostró características clinimétricas bastante buenas, y en general se mostró sensible para detectar probables casos de sujetos con TCA. El 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 diez 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, a los cuales se les deberá de aplicar un instrumento diagnóstico más completo, como puede ser el K-SADS-PL-MX, en especial la sección de TCA.

Los puntajes obtenidos en las escalas de ansiedad y depresión, fueron significativamente más altos en aquellos sujetos con un TCA. Los sujetos con AN puntuaron tres veces más alto en el CDRS y dos veces más alto en el SCARED al compararlos con los sujetos sanos. Los sujetos con BN puntuaron cuatro veces más alto en el CDRS y prácticamente tres veces más alto en el SCARED que los sujetos sanos. Esto indica que los sujetos con TCA padecían más depresión y ansiedad que los sujetos con TCA, lo cual nos habla de la importante comorbilidad con estos trastornos. El ANOVA de los AN, BN y sin TCA con los instrumentos de ansiedad y depresión también fue estadísticamente significativa.

Los índices de consistencia interna alpha de Cronbach, fueron altos, tanto para los subtotales como para el total de la escala.

En lo referente a la validez, se mostró por un lado que los reactivos se agruparon 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 EITCA con el apartado de TCA del K-SADS-PL-MX, considerado como nuestro estándar de oro, 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, también fue adecuada.

La validez divergente con la escala de ansiedad SCARED presentó una correlación moderada, mientras que con la escala de depresión CDRS la correlación fue adecuada. Es importante señalar, que las correlaciones fueron negativas pero estadísticamente significativas, esto se explica ya que a mayor puntaje en el CDRS y en el SCARED, había menor puntaje en el EITCA.

Además, la correlación entre la primera y segunda aplicación (a los 15 días) de la EITCA 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.

Las implicaciones clínicas de este estudio, son el brindarle al médico de primer contacto, psiquiatra o no, la posibilidad de tener un instrumento accesible para su aplicación en cualquier consultorio médico. Este es un instrumento que se contesta en un tiempo de 5 a 10 minutos, por lo que su aplicación es práctica y rápida.

No se recomienda su uso en niños menores de 8 años, ya que la comprensión de algunos ítems puede resultarles complicada a la población de esta edad, requiriendo asesoría personalizada para el llenado del EITCA.

Tal vez sea importante mencionar, que la población pediátrica es por mucho distinta a la adulta, y más a edades tempranas, donde las etapas del desarrollo diversifican el significado y comprensión de la imagen corporal, de la alimentación, de la ansiedad y de la depresión. El EITCA se comportó de una manera adecuada y práctica para identificar a población en riesgo de padecer un TCA, lo cual es una de sus fortalezas en la práctica clínica.

## **XI. CONCLUSIONES**

En términos generales, la versión en castellano del EITCA 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 castellano del Examen Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria, EITCA, es un instrumento útil con fines de tamizaje para trastornos de la conducta alimentaria en población pediátrica de habla hispana.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Guerlingoff M, Gross G, Backmund G. Eating disorder therapy concepts with a preventive goal. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12: 72-73, 2003.
2. Tobin DL, Griffing A, Griffing S. An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 38: 157-162, 1997.
3. Luca AR, Beard CM, O'Fallon WM. Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148: 917-922, 1991.
4. Paxton SJ, Wertheim EH, Gibbons K. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviours in adolescent girls and boys. *J Youth Adolesc*, 20: 361-368.
5. Beher A, Arriaga S, Casanova Z. Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos: Un estudio comparativo. *Revista Médica Chilena*. 133: 1407-1414, 2005.
6. Crisp AH, Lacey JH, Crutchfield M. Clomipramine and "drive" in people with anorexia nervosa: an inpatient study. *British Journal of Psychiatry*, 150: 355-358, 1987.
7. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147:401-408, 1990.
8. Whitaker A, Davies M, Shaffer D et cols. The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19: 143-163, 1989.

9. Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL. The kids' Eating Disorder Survey (KEDS): A Study of Middle School Students. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 843-50, 1993.
10. Watkins B, Frampton I, Lask B. Reability and Validity of the Eating Disorder Examination: A Preliminary Investigation. *International Journal of Eating Disorders*. 38: 183-187, 2005.
11. Hayaki J, Friedman MA, Brownell KD. Shame and severity of bulimic symptoms. *Eat Behav*. 3: 73-83, 2002.
12. Steinhausen HC, Neumarker KJ. Eating disorders at the beginnin of 21 century. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12: 1-3, 2003.
13. Kotler LA, Walsh BT. Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 9: 108-116, 2000.
14. Halvorsen I, Andersen A, Heyerdall S. Girls with anorexia nervosa as young adults. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 14: 397-406, 2005.
15. Kaye WH, Devlin B, Barbarich N et. Cols. Genetic análisis of bulimia nervosa: Methods and simple description. *International Journal of Eating Disorders*. 35: 556-570, 2004.
16. Ericsson M, Poston WH, Foreyt JA. Common biological pathways in eating disorder and obesity. *Addictive Behavior*. 21: 733-743, 1996.
17. Drewett RF. The social facilitation of food intake. *Archives of Disease in Childhood*. 92: 377, 2007.

- 18.** Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosom Research*. 53: 985-993, 2002.
- 19.** Ward A, Ramsey R, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating Disorders*. 28: 370-376, 2000.
- 20.** Blisset J, Meyer C, Haycraft E. Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8: 311-318, 2007.
- 21.** Zonneville MJ, Goozeen SH, Kettenis PT. Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 13: 28-34, 2004.
- 22.** Loeb KL, Walsh T, Lock J et cols. Open trial family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination. *Journal American of Child and Adolescence Psychiatry*, 46: 792-800, 2007.
- 23.** Steiner H, Lock J. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A review of the past 10 years. *Journal American of Child and Adolescence Psychiatry*, 37: 352-359, 1998.
- 24.** Garcia RN, Gussinyer S, Gussinyer M et cols. Eating disorders in 12 to 16 year old diabetic and nondiabetic adolescents from Barcelona, Spain. *Diabetes Care*, 26: 2695, 2003.

25. Nichol D, Lynn R, Viner R. Eating disorders in children under 13: clinical profiles from a british nacional surveillance study. *Archives of Disease in Childhood*, 92: A50-A52, 2007.
26. Tseng MM, Fang D, Lee MB et cols. Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high-school studentes in Taiwan. *Psychological Medicine*, 37:1085-1096, 2007.
27. Stroeber M. Stressful life events asociated with bulimia in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 3: 3-16, 1984.
28. Holtkamp K, Muller B, Heussen N et cols. Depression, anxiety, and obsseionality in long-term recovered patients whit adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14: 106-110, 2005.
29. Mc Dermott BM, Jaffa M. Eating disorders in children and adolesentes: an update. *Current opinion in Psychiatry*, 18: 407-410, 2005.
30. Holtkamp K, Muller B, Heussen N. Depression, anxiety and obsessionality in long-term recovered patients whit adolescent onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 14: 106-110, 2005.
31. Patton GC, Selzer R, Coffey C et cols. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medicine Journal*, 318: 765-768, 1999

- 32.** Rojo L, Conesa LL, Bermudez Ovidio. Influence of stress in the onset of eating disorders: data from a two satage epidemiologic controlled study. *Psychosomatic Medicine*. 68: 628-635, 2006.
- 33.** Blinder B, Cumella E, Santahara V. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 68: 454-462, 2006.
- 34.** Kaye W, Bulik C, Thornton L et cols. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 161: 2215-2221, 2004.
- 35.** Herzog DB, Sacks NR, S  ller MB. Patterns comorbidity in treatment seeking anorectics and bulimics. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 835-842, 1993.
- 36.** Zúniga PO, Robles GR, Ramirez CA y cols. Evaluación del trastorno por atracón en población mexicana: traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del cuestionario de trastorno por atracón. *Psiquiatría*. 22: 30-36, 2006
- 37.** Zúniga PO, Robles GR. Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*. 15: 126-134, 2006.
- 38.** Tomasik PJ, Sztefko k, Starzyk J. Cholecystokinin. Glucose dependent insulintropic peptide and glucagon-like peptide 1 secretion in children whit anorexia nervosa and simple obesity. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 17: 1623-1631, 2004.



39. Losilla J, Chaparro N, Doménech J. Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la diagnostic interview for children and adolescents (DICA-R). *Psicothema*. 9: 529-539, 1997.
40. Edincott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The shedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 35: 837-844, 1987.
41. Kauffman J, Birmarher B, Brent D et cols. Shedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children-present and life time versión (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal American of Child and Adolescent Psychiatry*. 36: 980-988, 1987.
42. De la Peña FR, Patiño M, Mendizabal A. La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA), descripción del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*. 21: 11-18, 1998.
43. Nogales I. Descripción y estudio de confiabilidad temporal de la entrevista semiestructurada para escolares (ESE), versión adultos. Tesis de especialidad en Psiquiatría Infantil y de Adolescentes, UNAM, 1999.
44. Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK. Age differences in the reliability of the psychiatry interview of the child. *Child Dev*. 56: 265-275, 1985.
45. Lara MC, De la Peña F, Castro A. Consistencia y validez de las subescalas del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños, versión larga para padres. *Bol Med Hosp. Infant México*. 55: 712-720, 1998.

46. Leichner P, Arnett J, Rallo JS. An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*. 6: 969-982, 1986.
47. Wells JE, Coope PA, Gabb DC et cols. The factor structure of the eating attitude test with adolescent schoolgirls. *Psychological Medicine*. 15: 141-146, 1985.
48. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Dieting Behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*. 84: 482-489, 1989.
49. Hamilton J. Eating disorders in child and adolescents. *The Nurse Practitioner*. 32: 45-48, 2007.
50. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Salud Pública*. 6: 302-318, 2004.
51. Brewerton TD. The Use and Scoring of the Kid's Eating Disorders Survey (KEDS). *Eating Disorders*. 9: 71-74, 2001.
52. Childress AC, Jarrell MP, Brewerton TD. The kid's eating disorders survey (KEDS): internal consistency, component analysis, and reliability. *Eating disorders*, 1:123-131, 1993.
53. 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 Españolas de Psiquiatría*. 34: 36-40, 2006.

54. Garner D., Olmstead M., Bohr I., Garhnel P. The eating attitude test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicin*. 12: 871-878, 1982.
55. Zullinger A. Aplicación del Eating Attitudes Test (EAT-26) en un grupo de adolescentes de habla zulú residentes en el medio rural de Sudáfrica. *World Psychiatry*. 2: 101-105, 2004.
56. Sancho C, Asorey O, Arija V. Psychometric characteristics of the children eating attitudes test in a spanish sample. *European Eating Disorders Review*, 13: 338-343, 2005.
57. Smolak L, Levine MP. Psychometric properties of the children's eating attitudes test. *International Journal of Eating Disorders*, 16: 275-282, 1994.
58. Lynch WC, Eppers RK. Children's eating attitudes test: revised factor structure for adolescent girls. *Eating Weight Disorders*, 10: 222-235, 2005.
59. Birmaher B., Khetarphal S. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and psychometric Characteristics. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36: 545-549, 1999.
60. Vicuña J., Del Bosque J. Traducción, sensibilidad y confiabilidad de la escala para ansiedad para niños y adolescentes (SCARED). *Tesis de subespecialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia*, Universidad Nacional Autónoma de México, D. F, 1997.
61. Invarsson T. The Birleson Depresión Self Rating (DSRS) Clinical Evaluation in an Adolescent Inpatient Population. *Journal of Affective Disorders*. 32: 115-125, 1994.

- 62.** De la Peña F, Lara MC, Cortés J et cols. Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*. 19: 17-23, 1996.
- 63.** Birleson. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale: a research report. *Journal of Child Psychology*. 42: 861-865, 1987.
- 64.** Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S et cols. Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*. 68: 449-453, 2006.
- 65.** Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*. 6: 302-318, 2004.
- 66.** Field AF, Wolf AM, Herzog D. The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. *Journal American of Child and Adolescent Psychiatry*, 32: 1246-1252, 1993.

### XIII. ANEXOS.

#### Anexo 1. EXAMEN INFANTIL PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EITCA)

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ NIÑO ( ) NIÑA ( ) AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_  
¿Cuánto pesas? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto te gustaría pesar? \_\_\_\_\_  
¿Cuanto mides? \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Encierra en un círculo la respuesta con la que te identifiques, si no estas seguro, señala "no se". No hay respuestas correctas o incorrectas.

29. ¿En este momento desearías perder peso?  
**SI NO NO SE**
2. ¿Alguna vez haz pensado que la gente piensas que estas gordo(a)?  
**SI NO NO SE**
3. ¿Alguna vez te ha dado miedo comer porque piensas que vas a aumentar de peso?  
**SI NO NO SE**
4. ¿Alguna vez haz tratado de perder peso poniéndote a dieta (que comas menos alimentos de lo normal para perder peso)?  
**SI NO NO SE**
5. ¿Alguna vez haz tratado de perder peso haciendo ayuno (no comer nada sólido durante 24 horas)?  
**SI NO NO SE**
6. ¿Alguna vez te haz ocasionado el vomito para perder peso?  
**SI NO NO SE**
7. ¿Alguna vez haz hecho mucho ejercicio para perder peso (más de una hora al día)?  
**SI NO NO SE**
8. ¿Alguna vez haz tomado algún medicamento para bajar de peso (incluyendo naturistas)?  
**SI NO NO SE**
9. ¿Alguna vez haz tomado diuréticos para bajar de peso (pastillas que te hacen orinar)?  
**SI NO NO SE**
10. ¿Alguna vez haz tomado laxantes para bajar de peso (medicamentos para hacer del baño más fácil)?  
**SI NO NO SE**
11. Señala la oración que se acerque mas a la mayor cantidad de alimentos que hayas comido en menos de dos horas (no importa que los alimentos mencionados no sean los que hayas comido, trata de aproximarte a lo que tu comiste)

**Ejemplo 1.** Menos comida que en el ejemplo 2.

**Ejemplo 2.** Dos donas y un barquillo de nieve y 2 galletas.

**Ejemplo 3.** Cuatro donas y tres barquillos de nieve o 5 galletas.

**Ejemplo 4.** Seis donas y medio litro de nieve y 10 galletas.

**Ejemplo 5.** Ocho donas y dos litros de nieve y 15 galletas.

**Ejemplo 6.** Más comida que en el ejemplo 6.

12. ¿Cuántas veces haz comido la cantidad de alimentos que señalaste arriba?  
**Solamente 1 o 2 veces 3 a 12 veces 13 a 24 veces 25 a 50 veces**

**Anexo 2. TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN, EAT-40**

	N u n c a	Casi nunca	Algunas veces	Muchas 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 la comida						
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, y sentía que era incapaz de dejar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito comer alimentos con muchos carbohidratos (azúcar)						
11. Me siento lleno(a) después de la comida						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar mas delgado(a)						
16. Hago mucho ejercicio para quemar carbohidratos						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada (apretada)						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto temprano 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 dieta						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Puedo controlar lo que como						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						

<b>34.</b> Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
<b>35.</b> Tengo estreñimiento						
<b>36.</b> Me siento incomodo(a) después de comer dulce						
<b>37.</b> Me comprometo a hacer dieta						
<b>38.</b> Me gusta sentir el estomago vacío						
<b>39.</b> Disfruto comiendo comidas nuevas y sabrosas						
<b>40.</b> Tengo ganas de vomitar después de comer						

**Anexo 3. ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES, CDRS**

	Siempre	Algunas Veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mi mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			



**Anexo 4. (AAA) AUTOREPORTE DE ANSIEDAD PARA ADOLESCENTES**

	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1. Cuando tengo miedo no respiro bien			
2. Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza			
3. Me molesta estar con personas que no conozco			
4. Cuando duermo en una casa que no es la mía siento miedo			
5. Me preocupa saber si le caigo bien a las personas			
6. Cuando tengo miedo siento que me voy a desmayar			
7. Soy nervioso			
8. Sigo a mis papas a donde ellos van			
9. Las personas me dicen que me veo nervioso			
10. Me pongo nervioso cuando estoy con personas que no conozco			
11. Cuando estoy en la escuela me duele la panza			
12. Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco			
13. Me siento preocupado cuando duermo solo			
14. Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en la escuela)			
15. Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales			
16. En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás			
17. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela			
18. Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido			
19. Tiemblo			
20. En las noches sueño como me van a salir las cosas			
21. Me preocupa pensar como me van a salir las cosas			
22. Cuando tengo miedo, sudo mucho			
23. Me preocupo mucho			
24. Me preocupo sin motivo			
25. Estar solo(a) en casa me asusta			
26. Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco			
27. Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar			
28. Las personas me dicen que me preocupo mucho			
29. No me gusta estar lejos de mi familia			
30. Tengo miedo de tener ataques de pánico			
31. Me preocupa pensar que algo malo le pase a mis papás			
32. Me da pena estar con personas que no conozco			
33. Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande			
34. Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar			
35. Me preocupa saber si hago las cosas bien			
36. Me da miedo ir a la escuela			
37. Me preocupo por las cosas que pasaron			
38. Cuando tengo miedo, me siento mareado			

39. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar)			
40. Me pongo nervioso cuando voy a fiestas, bailes o alguna parte donde hay personas que no conozco			
41. Soy tímido.			