

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Elizathe, Luciana; Murawski, Brenda María; Arana, Fernán Guido; Diez, Marina; Miracco,
Mariana; Rutzstein, Guillermo

DETECCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS: ADAPTACIÓN
LINGÜÍSTICA Y CONCEPTUAL DEL CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST (CHEAT)

Anuario de Investigaciones, vol. XVII, 2010, pp. 33-40

Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139946003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DETECCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS: ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICA Y CONCEPTUAL DEL CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST (CHEAT)

DETECTION OF EATING DISORDERS IN CHILDREN: LINGUISTIC AND CONCEPTUAL ADAPTATION OF THE CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST (CHEAT)

Elizathe, Luciana¹; Murawski, Brenda María²; Arana, Fernán Guido³;
Diez, Marina⁴; Miracco, Mariana⁵; Rutsztein, Guillermmina⁶

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo presentar la adaptación lingüística y conceptual del *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT, Maloney, McGuire, & Daniels, 1988), uno de los instrumentos de screening más utilizados internacionalmente para detectar trastornos alimentarios (TA) en niños. Con este fin, se procedió a realizar una traducción del instrumento del idioma original -inglés- al idioma local-castellano-. Este primer borrador fue administrado a una primera prueba piloto con niños de entre 9 y 12 años, tras la cual se realizaron modificaciones en la mayoría de los reactivos a fin de adecuarlos al nivel de comprensión y a las expresiones lingüísticas propias de los niños de nuestro medio. A continuación, cinco expertos en TA analizaron el segundo borrador obtenido y evaluaron la adecuación de los ítems para detectar TA en niños. Por último se procedió a evaluar la versión final en una segunda prueba piloto con niños de entre 12 y 13 años. Se mantuvo dicha versión, dado que no se detectaron dificultades. Finalmente, puede concluirse que se cuenta con una adaptación lingüística y conceptualmente adecuada a niños y niñas de nuestro contexto cultural.

ABSTRACT

The purpose of this work is to present the linguistic and conceptual adaptation of the *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT, Maloney, McGuire & Daniels, 1988), one of the best known screening instruments to detect eating disorders (ED) in children. With this end, a translation from the original language -english- to the local one -spanish- was performed. The first draft was tested with children between the ages of 9 to 12 years old, and after that some of the items had to be modified in order to obtain a reliable test of the understanding and linguistic expressions used by the local children. Next, five experts in ED analyzed a second draft and evaluated and assessed the adequacy of the items to evaluate ED in children. Last, a final test was conducted with children between the ages of 12 and 13 years old. This last version was approved due to the fact that there weren't difficulties found. Finally, the conclusion was that now there is a conceptually adequate linguistic adaptation for children in our environment.

Key words:

Eating disorders - Adaptation - Test - Children

Palabras clave:

Trastornos alimentarios - Adaptación - Test - Niños

¹Licenciada en Psicología. Becaria Interna Doctoral tipo I del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora Becaria del Proyecto UBACyT (P803) "Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes de ballet". Docente de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia - Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: lucianaelizathe@yahoo.com.ar

²Becaria de Investigación UBACyT, Categoría Estímulo, 2007/2008. Docente de la 1º Cátedra de Estadística, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Estudiante del Proyecto UBACyT (P803) "Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes de ballet". Estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: bmurawski@psi.uba.ar

³Licenciado en Psicología. Becario Interno Doctoral tipo I del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigador Becario del Proyecto UBACyT (P031) "Un estudio sobre perfeccionismo en estudiantes universitarios argentinos y su relación con el malestar psicológico percepción de calidad de vida y rendimiento académico". Docente de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia - Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: fernanarana@gmail.com

⁴Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora de apoyo del Proyecto UBACyT (P803). Docente de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia - Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: marinadiez@fibertel.com.ar

⁵Idem 3

⁶Doctora de la Universidad de Buenos Aires, en Psicología. Licenciada en Psicología. Profesora Adjunta Regular de la 2º Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapia - Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Directora del Proyecto UBACyT (P803). Investigadora Formada del Proyecto UBACyT (P031). E-mail: guillermina.rutsztein@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación (TA) se caracterizan por ser alteraciones de la conducta alimentaria, que se asocian a una marcada insatisfacción con la imagen corporal y a la realización de conductas con el objetivo de bajar de peso, tales como ejercicio físico excesivo, ayuno, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar. Se reconocen actualmente distintas entidades nosológicas dentro de los TA, tales como *Anorexia Nerviosa* (AN), caracterizada por el rechazo a mantener el peso dentro de los valores mínimos normales y la distorsión de la imagen corporal; la *Bulimia Nerviosa* (BN), donde se presentan episodios recurrentes de voracidad y conductas compensatorias inapropiadas; y los *Trastornos Alimentarios No Especificados* (TANE), que se trata de cuadros con sintomatología propia de los TA aunque no llegan a cumplir los criterios necesarios para AN o BN en los sistemas operativos de diagnóstico actuales, como por el ejemplo el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su última versión revisada (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2002).

Resulta llamativo el incremento de la prevalencia de estos cuadros en sociedades tanto occidentales como orientales (Chiswua & O'Dea, 2010; Erickson & Gerstle, 2006), pero más destacable aún es la disminución en la edad de inicio de estos trastornos. Es así como estos cuadros, que tradicionalmente se estudian en la adolescencia (Leiderman & Triskier, 2004; Murawski, Elizathe, & Rutzstein, 2008; Rutzstein, et al., 2008; Vega Alonso, Rasillo Rodríguez, Lozano Alonso, Rodríguez Carretero, & Martín, 2005), actualmente comienzan a detectarse en niños de menor edad (Correa, Zubarew, Silva, & Romero, 2006).

Esta situación plantea la necesidad de investigar las características propias que adquieren estos trastornos al presentarse en niños y niñas. En este sentido, se ha comenzado a identificar variables que se asocian a estos trastornos en los niños y se hallaron tanto factores socioculturales (Harrison, 2000; Kostanski & Gullone, 2007), familiares (Joyce, 2008; Kluck, 2010), genéticos/biológicos (Cotrufo, Cella, Cremato, & Labella, 2007) e individuales (Thomas, Ricciardelli, & Williams, 2000). Por otra parte, la situación del descenso en la edad de inicio de estas alteraciones alimentarias, plantea el interrogante acerca de la adecuación de los criterios vigentes para el diagnóstico de TA en los niños. Es así como se está comenzando a reconocer que los criterios que establecen los sistemas operativos de diagnóstico actuales para los TA resultan de escasa utilidad para diagnosticar niños dado que son poco sensibles a los cambios evolutivos (Bay et al., 2005; Tanofsky-Kraff, Marcus, Yanovski, & Yanovski, 2008). Muchos niños que presentan un comportamiento alimentario alterado pueden no llegar a cumplir con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM. Es por ello que algunos autores han propuesto los criterios *Great Ormond Street* (GOS), donde se plantean las mismas entidades nosológicas reconocidas por el DSM IV (APA, 1994), pero los criterios necesarios para establecer el diagnóstico de cada cuadro son más flexibles (Nicholls, Chater, & Lask, 2000).

A su vez, teniendo en cuenta que la detección precoz de los TA puede facilitar el tratamiento del cuadro, evitando su cronicidad, resulta fundamental contar con instrumentos adaptados en población infantil que permitan identificar a los chicos que se encuentran en riesgo de desarrollar estos trastornos. Si bien se ha reconocido que la herramienta más apropiada para la detección de casos de TA en niños es la entrevista clínica (Olmsted, McFarlane, Carter, & Trottier, 2007), los cuestionarios autoadministrados tienen la ventaja de ser económicos, sencillos de aplicar y permiten su administración a un amplio número de sujetos simultáneamente, lo que facilita el screening de casos en riesgo (Garner, 2002). Asimismo, resultan útiles al momento de detectar subgrupos de mayor riesgo con el objetivo de desarrollar tareas preventivas que eviten la instalación de la patología.

Actualmente, se han desarrollado distintas pruebas que sirven a tal fin, dos de las cuales son las más frecuentemente utilizadas en investigaciones internacionales: el *Eating Disorder Inventory-Child* (EDI-C; Garner, 1991b) y el *Children's version of the Eating Attitudes Test* (CheAT; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Ambas son adaptaciones en población infantil de instrumentos originalmente diseñados para detectar casos en adultos. Si bien contamos en nuestro país con adaptaciones locales de medidas estandarizadas para el screening de TA en adolescentes (EDI-2, Garner, 1991a, adaptación de Casullo & Pérez, 2003; EDI-3, Garner, 2004, adaptación de Rutzstein, et al., 2006) no se han desarrollado aún adaptaciones locales de estos instrumentos en niños.

El EDI-C es una versión adaptada a población infantil del *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2, Garner, 1991a). Consta de 91 reactivos que indagan sobre síntomas relacionados a los TA que se agrupan en 11 subescalas. Tres de ellas (*Búsqueda de delgadez*, *Bulimia* e *Insatisfacción con la Imagen Corporal*) permiten evaluar actitudes y conductas relacionadas a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Las restantes subescalas evalúan, en cambio, rasgos psicológicos usualmente asociados a los TA. Si bien este instrumento ha demostrado poseer buenas propiedades psicométricas -una consistencia interna que va de .79 a .93 en adolescentes y preadolescentes varones y mujeres de población general (Thurfjell, Edlund, Arinell, Hagglof, Garner, & Engstrom, 2004), y de .70 a .91 en muestras clínicas (Thurfjell, Edlund, Arinell, Hägglöf, & Engström, 2003)-, algunos autores han simplificado su estructura interna depurando y quitando algunos reactivos (Eklund, Paavonen, & Almqvist, 2005). A su vez, es necesario reco-

nocer que para los niños más pequeños, completar un instrumento de 91 reactivos puede ser una tarea que excede sus capacidades atencionales. Por otra parte, dado que el ChEAT es el instrumento de mayor uso en la literatura actualizada, adaptarlo a niños de nuestro medio nos permitiría llegar a establecer equivalencias con las investigaciones realizadas en otros países.

El ChEAT es una versión simplificada y adaptada a la población infantil del *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26, Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982), que indaga percepción de la imagen corporal, preocupaciones en relación a la comida y práctica dietante. La primera versión de este instrumento fue elaborada por Garner y Garfinkel en el año 1979, con el objetivo de identificar síntomas de los TA en muestras no clínicas de sujetos adultos. Esta primera versión contenía 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: *conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso*. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos en el que se suprimieron 14 ítems, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (Garner, et al., 1982). Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26. Unos años después, Maloney y colaboradores (1988) adaptaron el EAT 26 a población infantil (ChEAT). Este artículo se propone presentar un estado de avance en el marco de una tesis doctoral financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires¹. A tal fin se presentará la traducción y adaptación lingüística y conceptual del ChEAT a niños y niñas de nuestro medio, como paso previo necesario para la realización de un estudio más amplio que tiene como objetivo detectar TA en niños y niñas escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires y explorar la relación entre el riesgo de TA, la insatisfacción con la imagen corporal y el perfeccionismo.

ChEAT. The Children's version of the Eating Attitudes Test (Maloney, et al., 1988)

Se trata de una escala autoadministrada de 26 ítems que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y la imagen corporal en niños de 8 a 13

¹Proyecto de tesis doctoral de la primera autora: "Hábitos y Actitudes hacia la alimentación en niñas y niños escolarizados: su relación con conductas de riesgo de trastorno alimentario, insatisfacción con la imagen corporal y perfeccionismo". Beca CONICET de Postgrado Tipo I. Directora: Prof. Dra. Guillermina Rutzstein. El presente trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación UBACyT P803, programación 2006-2009. Directora: Prof. Dra. Guillermina Rutzstein.

años. Está conformada por tres subescalas: *Dieta*, que evalúa entre otras cosas el rechazo a consumir comida de alto contenido calórico y la preocupación por la delgadez y el peso; *Control Oral*, que evalúa el control personal y social sobre la alimentación; y *Bulimia*, que evalúa la presencia de conductas bulímicas (atracones y vómitos) y de pensamientos persistentes en relación a la comida. Cada ítem se puede responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta que van de *siempre a nunca* (escala Likert). En cada ítem (exceptuando uno de ellos que es de puntuación inversa), la respuesta que señala mayor sintomatología es *siempre*, y se puntúa con el valor 3; seguida por *casi siempre*, que se puntúa con el valor 2, y por *muchas veces*, que se puntúa con el valor 1. Las tres restantes respuestas se califican con el valor 0. El rango de puntuación del ChEAT es de 0 a 78. Maloney y colaboradores (1988) establecen que el puntaje de corte es de 20 puntos, indicando que quienes posean un puntaje igual o superior al señalado podrían estar en riesgo de presentar algún TA.

Diversos estudios han explorado las propiedades psicométricas del ChEAT hallando niveles de consistencia interna de .71-.87 (Maloney, et al., 1988; Sancho, Asorey, Arija & Canals, 2005; Smolak & Levine, 1994; Ranzenhofer, et al., 2008; De Gracia, et al., 2007) y una confiabilidad test-retest de adecuada a buena: .56-.81 (Maloney, et al., 1988; Sancho, Asorey, Arija & Canals, 2005). Los coeficientes de consistencia interna para cada una de las subescalas que lo forman, en cambio, fueron modestos (.57 para *Control Oral*, .50 para *Bulimia*, y .74 para *Dieta*; De Gracia, et al., 2007).

Con respecto a la estructura factorial del ChEAT, la mayoría de los estudios han reportado soluciones de cuatro factores (Sancho, Asorey, Arija & Canals, 2005; Senra, Seoane, Vilas, & Sanchez-Cao, 2007; Smolak & Levine, 1994; Ranzenhofer, et al., 2008), a diferencia de lo propuesto por los autores originales del test en su versión para adultos (EAT-26, Garner, et al., 1982) y para niños (Maloney, et al., 1988). Sin embargo, las dimensiones propuestas coinciden teóricamente con las subescalas establecidas por Maloney y colaboradores (1988) para el ChEAT.

Adaptación local del ChEAT

Con el objetivo de realizar la adaptación lingüística y conceptual del ChEAT a niños y niñas de nuestro medio, se procedió cumpliendo una serie de pasos a fin de alcanzar una adecuada traducción y mantener al mismo tiempo la equivalencia conceptual entre ambas versiones. Siguiendo las directrices de la *International Test Commission* (ITC,) se tuvo en cuenta en este proceso de adaptación las diferencias lingüísticas, pero también las culturales entre la población donde se desarrolló la versión original del test y la población a la cual se dirigirá la presente adaptación local. Las directrices de la ITC ofrecen guías de actuación para la construcción y adap-

tación de test intentando prevenir las principales fuentes de error que se pueden presentar en este complejo proceso y que pueden terminar afectando la confiabilidad y la validez del test (Muñiz, & Hambleton, 1996). En este sentido recomiendan atender cuatro aspectos, los cuales fueron considerados en la presente adaptación: *Contexto* (asegurar que el test mide el mismo constructo en ambas culturas), *Construcción y adaptación del test* (garantizar que el test mida el mismo constructo pero teniendo en cuenta las particularidades de cada cultura evitando que ciertos ítems estén sesgados para algún grupo), *Aplicación* (asegurar que el test se administre de la misma manera en las distintas poblaciones), e *Interpretación de las puntuaciones* (ser cuidadoso en la comparación de los resultados obtenidos con el test en distintas poblaciones, dado que esas diferencias pueden deberse a múltiples causas).

El proceso de adaptación involucró diferentes etapas. En un primer momento, se realizó la traducción del instrumento del idioma original -inglés- al idioma local -castellano-. Dicha traducción fue efectuada por cuatro traductores independientes con conocimientos en psicología, y luego un quinto traductor comparó las versiones traducidas con la original ítem por ítem, con el fin de juzgar la equivalencia entre las distintas versiones (método conocido como traducción directa múltiple o *multiple forward translation*, Maxwell, 1996). Seguidamente se comparó el borrador argentino con la versión española de este instrumento (De Gracia, Marcó, & Trujano, 2007).

Se obtuvo una primera versión del test, que fue sometida a una primera prueba piloto a fin de evaluar el grado de compresión y adecuación de los ítems de la escala, de las instrucciones y del formato de respuesta. La muestra utilizada para esta prueba piloto estuvo conformada por 15 niños y niñas escolarizados de entre 9 y 12 años, que fueron debidamente autorizados por sus padres para participar de esta investigación mediante la firma del consentimiento informado, tras haber recibido información acerca de los objetivos de este estudio. Además, siguiendo los lineamientos éticos vigentes, se les aclaró que la participación en esta investigación era voluntaria y que se respetaría la confidencialidad de los datos. El protocolo fue completado en forma individual, ante la presencia de la primera autora de este estudio, con el fin de poder realizar entrevistas individuales personalizadas con el niño/a y así indagar sobre el significado de los reactivos del instrumento, así como también solicitar redacciones alternativas para los ítems que no resultaban del todo claros. Asimismo, se indagó oralmente acerca de la comprensión de las instrucciones (modo de explicación de las mismas y palabras empleadas) y de la adecuación o no del formato de respuesta utilizado (tipo Likert). Debido a que los niños de estas edades pueden experimentar inhibición ante el interrogatorio acerca de su grado de comprensión de

los reactivos del instrumentos, se tuvo especial cuidado en establecer un buen *rappor* con el niño/a, y se alentó a cada uno de ellos a brindar su opinión acerca de lo que otros chicos de su misma edad podrían llegar a comprender sobre los reactivos. Las respuestas de cada uno de los participantes fueron registradas así como los comentarios y sugerencias por escrito para la mejor adecuación del instrumento a chicos de su misma edad. Como consecuencia de la aplicación del instrumento en esta primera prueba piloto, se modificó la redacción de los ítems de la escala que no habían sido adecuadamente comprendidos o que resultaban poco claros, o bien que habían sido comprendidos pero no resultaban adecuados a las expresiones lingüísticas de los chicos de estas edades. Las modificaciones fueron las siguientes:

- “Me preocupa querer estar más flaco/a” por “Pienso mucho en que quiero estar más flaco/a”, se ajusta mejor a lo que se pretende evaluar (pensar continuamente en el deseo de estar más delgado) y a la versión original (“*I think a lot about wanting to be thinner*”).
- “Me preocupa engordar” por “Pienso mucho en que estoy gordo/a”, simplifica la redacción (ya que algunos chicos no comprendían el significado literal de la palabra “preocupación”), y se ajusta más a la versión original (“*I think a lot about having fat on my body*”) pero adecuándose a las particularidades de los chicos de nuestro medio al traducir la expresión “tener grasa en el cuerpo” (“*having fat on my body*”) por “estar gordo”.
- “Como comida dietética” fue levemente modificado por “Como comida dietética o light”, palabra comúnmente utilizada en publicidades para designar alimentos que contienen bajas calorías y que resulta más familiar a los chicos de nuestro medio, incluyéndose en el ítem algunos ejemplos de productos “light” para favorecer la comprensión del reactivo.
- “Puedo controlarme cuando como” por “Me controlo mucho con la comida” a fin de remarcar el polo más ligado a los TA, debido a que muchos chicos interpretaban el ítem de manera positiva (capacidad para no “descontrolarse” cuando comen).
- “Los demás me presionan para que coma” y “Los demás preferirían que comiera más” fueron reemplazados por “Mi familia me presiona para que coma” y “Mi familia preferiría que comiera más”, ya que resultaba muy indeterminada la expresión “los demás”, resultando más clara y adecuada para los chicos de estas edades, la alusión a su grupo primario de apoyo.
- “Me siento mal después de comer dulces o golosinas” por “Me siento culpable o incómodo/a después de comer dulces o golosinas”, dado que los niños interpretaban el “sentirse mal”, como expresión física de malestar (dolor de panza tras comer muchas golosinas).
- “Estuve haciendo dieta” fue adecuadamente comprendido por los chicos de esta prueba piloto; sin embargo se decidió completar la frase de la siguiente

manera “Estuve haciendo dieta para bajar de peso” ya que se consideró que resultaba más claro el tipo de dieta sobre la que se indaga (e.g., un chico puede estar haciendo dieta por alguna enfermedad médica).

- “Me gusta sentir el estómago vacío” por “Me gusta sentir el estómago vacío (sensación de hambre)”, debido a que resultaba pertinente la aclaración ya que algunos chicos no entendían dicha sensación.
- “Siento que la comida controla mi vida” por “Siento que la comida ocupa un lugar muy importante en mi vida”, más apropiado y comprensible.
- “Tengo la necesidad de vomitar después de comer” por “Tengo la urgencia de vomitar después de comer” se adecúa más a la versión original (*I have the urge to vomit after eating*).

Asimismo se modificaron aquellos reactivos en donde la mayoría de los niños elegían la opción de respuesta “siempre”, dado que no parecería contar con un buen poder de discriminación (e.g. si todos los chicos contestan igual, entonces ese ítem no permitiría diferenciar distintos grupos de características para esa variable evaluada). Estos ítems fueron:

- “Me da miedo tener sobrepeso”, donde la mayor parte de los chicos respondían dentro del polo positivo, por “Me aterroriza estar gordo”, ya que además algunos chicos no comprendían la palabra “sobrepeso”.
- “Corto la comida en pedazos pequeños” por “Corto la comida en pedacitos muy chiquititos”, ya que la mayoría de los niños referían cortar la comida en pedazos pequeños, perdiéndose la posibilidad de indagar acerca de la conducta típica de los pacientes con TA donde la comida es prácticamente desmenuzada con el fin de controlar la cantidad de lo que ingieren y comer menos.

Por último, otros reactivos sufrieron leves modificaciones para adecuarse más a las expresiones lingüísticas de los niños tales como:

- “Pienso en comida continuamente” por “Pienso en comida todo el tiempo”.
- “He llegado a comer grandes cantidades de comida sin poder parar” por “He llegado a comer mucha comida sin poder parar”.
- “Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como” por “Conozco las calorías que tienen los alimentos que como”.
- “Evito comer alimentos como pan, papas o arroz” por “Trato de no comer alimentos como pan, papas o arroz”.
- “Vomito después de haber comido” por “Vomito después de comer”.

A su vez, se modificó la opción de respuesta *habitualmente* por *muchas veces*, más entendible para los chicos de estas edades.

Luego de realizadas estas modificaciones, se sometió el instrumento a la evaluación por parte de un grupo de cinco expertos en el tema de los TA, psicólogos y médi-

cos, que analizaron la adecuación de los ítems para la evaluación del constructo, y la pertenencia de cada ítem a una de las tres subescalas referidas por los autores originales del test (*Dieta*, *Bulimia*, y *Control Oral*). Para aportar evidencias de la validez de contenido de este instrumento, se evaluó el acuerdo entre los jueces mediante el cálculo del Coeficiente V. de Aiken siguiendo los lineamientos propuestos por Escurra (1988). No se utilizó el coeficiente de Kappa para evaluar el grado de acuerdo entre los observadores, dado que se trata de un coeficiente que se adecúa mejor a tablas cuadráticas (e.g. 2 observadores, y 2 categorías de respuesta). Además algunos autores (Cerda & Villarroel del P, 2008) han señalado que, si bien permite medir el grado de acuerdo entre los observadores, no aporta información sobre la “calidad” de la observación, ya que no procede a considerar a uno de los observadores como estándar.

En la tabla 1 se presenta el grado de acuerdo entre los jueces para cada ítem en función de la subescala de pertenencia.

Para la subescala *Dieta* se obtuvo que de los 13 reactivos que la conforman, 8 presentaron una V de 1, 3 alcanzaron una V. de 0.80, y 2 una V. de 0.60; hallándose una V. promedio de 0.89.

Para la subescala *Bulimia*, se halló que de los 6 ítems que la conforman, 4 alcanzaron una V. de 1, en tanto que 2 reactivos presentaron una V. de 0.80, observándose una V. promedio de 0.93.

Para la subescala *Control Oral*, de 7 ítems, 4 presentaron una V. de 1, 2 reactivos una V. de 0.80, y 1 una V. de 0.40 (tres de los expertos coincidieron en relación a la subescala de pertenencia pero difirieron en relación a lo propuesto por los autores del ChEAT), constituyendo una V. promedio de 0.86.

Finalmente se observó que 16 de los ítems de la escala satisfacían el criterio establecido por Escurra (1988) para considerar válidos a los ítems (V. = 1, p < .05) teniendo en cuenta el número de jueces. Sin embargo, se determinó conservar la totalidad de los reactivos, adoptando un criterio menos conservador -acuerdo del 60% entre los jueces con respecto a la dimensión evaluada por cada ítem coincidiendo con lo establecido por los autores del test (Herrera Rojas, 1993, citado en Mikulic, 2006) - con la finalidad de analizar en un futuro estudio la estructura interna del instrumento y el valor discriminante de dichos reactivos.

A su vez, se realizaron algunas modificaciones en cuatro de ellos, en función de sugerencias realizadas por los expertos, con el fin de adecuarlos al nivel de comprensión de los chicos de esas edades. Se modificó:

- “Trato de no comer alimentos como pan, papas o arroz” por “Trato de no comer pan, papas o arroz”, a fin de abreviar la frase y simplificarla.
- “Trato de no comer alimentos con azúcar” por “Trato de no comer alimentos dulces”, ya que se sugirió que

los chicos de estas edades a veces no saben que los alimentos dulces contienen azúcar.

- “Me controlo mucho con la comida” por “Me cuido mucho en las comidas”, dado que los chicos de estas edades comprenden mejor la expresión “cuidarse en las comidas” que “controlarse en las comidas”.
- “Me gusta sentir el estómago vacío (sensación de hambre)” por “Me gusta sentir la panza vacía (sensación de hambre)” dado que se sugirió que los chicos de estas edades asocian más la sensación de hambre con la panza, que con el estómago.

Finalmente, se procedió a realizar una segunda prueba piloto con 25 niños y niñas de entre 12 y 13 años, que estaban cursando séptimo grado de una escuela primaria. Previamente, se brindó información a las autoridades escolares y a los padres de los niños acerca de los objetivos de este estudio, así como también se garantizó el carácter voluntario de la participación en esta investigación y la confidencialidad de los datos. Del mismo modo que se procedió al efectuar la primera prueba piloto, los padres de los niños autorizaron a sus hijos a participar mediante la firma del consentimiento informado.

Los chicos autorizados por sus padres fueron evaluados respetando las condiciones en las que se pretende aplicar el instrumento en futuros estudios, evitando sesgos metodológicos en la administración: agrupados en aulas, en horario de clase, completaron el ChEAT luego de la lectura oral del instructivo. Se aclaró que debían consultar a los investigadores en caso de no comprender el sentido de los ítems. No se detectaron dificultades en estos chicos para comprender las instrucciones, el formato de respuestas utilizado o el sentido de los reactivos, por lo que se mantuvieron sin modificaciones los ítems de la escala.

CONCLUSIÓN

El *Children's version of the Eating Attitudes Test*, es uno de los instrumentos más utilizados en la literatura especializada. Luego de veinte años de su desarrollo por Maloney y colaboradores (1988), aún continúa resultando una herramienta de utilidad para la detección de casos en riesgo de TA. Su traducción y adaptación a niños y niñas de nuestro medio, constituye un primer paso fundamental para el avance de nuestros conocimientos sobre estas patologías en los chicos.

Se inició el proceso de adaptación lingüística y conceptual del ChEAT con la traducción de los 26 ítems originales del test por parte de cuatro traductores independientes, y luego un quinto traductor comparó las versiones y redactó un primer borrador. Este primer borrador fue evaluado en una primera prueba piloto con niños de entre 9 y 12 años, tras lo cual se modificaron 18 reactivos a fin de adecuarlos al nivel de comprensión y a las expresiones lingüísticas propias de los niños. A continuación, cinco expertos en TA analizaron el segundo borrador obtenido tras la prueba piloto y evaluaron la

adecuación de los ítems para evaluar TA en niños, así como también la correspondencia de cada ítem a cada una de las subescalas propuestas por los autores originales del test. Se modificaron 4 reactivos, y se sometió la versión final a una segunda prueba piloto con niños de entre 12 y 13 años. Finalmente, se mantuvo dicha versión, dado que no se detectaron dificultades en la comprensión de los reactivos, del formato de respuestas o de las instrucciones.

Luego de traducir la escala, someterla al juicio de profesionales experimentados en el tema de los TA y de la aplicación de los borradores obtenidos de la escala a dos muestras piloto, puede concluirse que se cuenta con una adaptación lingüística y conceptualmente adecuada a los chicos a quienes está destinada la aplicación de este test.

Si bien la adaptación de un test constituye un proceso que involucra no solamente la traducción y adaptación lingüística sino también la validación del mismo mediante la evaluación de su confiabilidad y validez, el objetivo del presente artículo pretende destacar la relevancia de la adaptación lingüística y conceptual, detallando cada uno de los pasos necesarios para su consecución. De este modo se evitarían los sesgos culturales en los instrumentos que tornen injusta la contrastación de resultados entre muestras que difieren culturalmente. De todas maneras, es importante considerar que tanto la adaptación lingüística como la validación son procesos complementarios, y no opuestos. Es por ello que actualmente, el ChEAT se encuentra en proceso de validación tras su administración a una muestra de 170 niñas y niños escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. La realización de los análisis estadísticos pertinentes permitirá, tras la depuración secundaria del instrumento, contar con una herramienta útil para la detección de los casos con riesgo de TA en población infantil, en el marco de la presente investigación.

Como limitación de este trabajo debe señalarse que se trata de la adaptación de una herramienta en el marco de una tesis doctoral, cuyo objetivo principal no es la validación de un instrumento, sino la detección de trastornos alimentarios en niños y la evaluación de la relación entre el riesgo de TA, la insatisfacción con la imagen corporal y el perfeccionismo. En consecuencia no se pretende constituir en una herramienta de detección de trastornos alimentarios en población general sino facilitar el screening de población en riesgo en niños escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la tesis mencionada.

Tabla 1. Validez de contenido por criterio de jueces del ChEAT

SUBESCALA	ÍTEM	V. AIKEN	V. AIKEN PROMEDIO
DIETA	1	1.00	
	6	1.00	
	7	0.80	
	10	0.80	
	11	1.00	
	12	0.60	
	14	1.00	0.89
	16	1.00	
	17	1.00	
	22	1.00	
BULIMIA	23	1.00	
	24	0.60	
	25	0.80	
	3	1.00	
	4	1.00	
	9	1.00	0.93
CONTROL ORAL	18	0.80	
	21	0.80	
	26	1.00	
	2	0.40	
	5	1.00	
	8	1.00	0.86

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. DSM-IV. Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders-IV publicado por la American Psychiatric Association, Washington. Masson 1994.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR publicado por la American Psychiatric Association, Washington. Masson (2002). 2000.
- Bay, L.; Rausch Herscovici C.; Kovalskys, I.; Berner, E.; Orellana, L. & Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316.
- Casullo, M.M. & Pérez, M. (2003). Inventario para la evaluación de conductas alimentarias (ICA). *Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A.*
- Cerde, J. & Villaruel del P.L. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (1), 54-58.
- Chisuwa, N. & O'Dea, J.A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54, 5-15.
- Correa, M.; Zubarew, T.; Silva, P. & Romero, M.I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(2), 153-160.
- Cotrufo, P.; Cellia, S.; Cremato, F. & Labella, A.G. (2007). Eating disorder attitude and abnormal eating behaviours in a sample of 11-13-years-old school children: The role of pubertal body transformation. *Eating Weight Disorder*, 13, 154-160.
- De Gracia, M.; Marcó, M. & Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19 (4), 646-653.
- Eklund, K.; Paavonen, E.J. & Almqvist, F. (2005). Factor structure of the eating disorder inventory-C. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 330-4.
- Escurra, L.M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por el criterio de jueces. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. VI (1-2). 103-111.
- Erickson, S.J. & Gerstle, M. (2006). Investigation of ethnic differences in body image between Hispanic/biethnic-Hispanic and non-Hispanic White preadolescent girls. *Body Image* 4, 69-78.
- Garner, D.M. (2004). The Eating Disorder Inventory-3. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D.M. (2002). Measurement of eating disorder psychopathology. In: Fairburn, CG.; Brownell, KD., editors. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2. New York: Guilford Press; 2002. p. 141-146.
- Garner, D.M. (1991a). The Eating Disorder Inventory-2. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D.M. (1991b). The Eating Disorder Inventory-C. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D.M. & Garfinkel P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279
- Garner D.M.; MP. Olmsted, M.P.; Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Harrison, K. (2000). Television viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school. *Communication Research*, 27, 617-640.

- Joyce, L.C. (2008). Eating Disorders, Parent-Child Conflicts, and Family Therapy in Shenzhen, China. *Qualitative Health Research, 18*, (6), 803-810.
- Kluck, A.S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image, 7*, 8-14.
- Kostanski, M. & Gullone, E. (2007). The Impact of Teasing on Children's Body Image. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 307-319.
- Leiderman, E. & Triskier, F. (2004). Actitudes, conductas alimentarias y rasgos obsesivo-compulsivos en adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, XV*, 175-179.
- Maloney, M.J.; McGuire, J.B. & Daniels, S.R. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 541-543.
- Maxwell, B. (1996). "Translation and Cultural Adaptation of the Survey Instruments" en M. O. Martin y D. L. Kelly (eds.), *Third International Mathematics and Science Study (TIMSS) Technical Report, Volume I: Design and Development*. Chestnut Hill, MA: Boston College.
- Mikulic, M.I (2006). Introducción a la construcción y adaptación de test. Ficha de Cátedra N2, T y T de Exploración y Diagnóstico Módulo I, Cátedra I, Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Muñiz, J. & Hambleton, R.K. (1996) Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo, 66*, 63-70.
- Murawski, B.; Elizathe, L. & Rutsztein, G. (2008). Imagen corporal y actitudes alimentarias. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. En *Memorias de las Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Problemáticas actuales, aportes de la investigación en psicología", 15, 1*, 63-66, Ciudad de Buenos Aires - República Argentina.
- Nicholls, D.; Chater, R. & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders, 28* (3), 317-324.
- Olmsted, M.P.; McFarlane, T.; Carter, J. & Trottier, K. (2007). Cap. 7 Assessment of eating disorders. (Libro: Annual Review of Eating Disorders Part 1 - 2007, escrito por Stephen Wonderlich, James E. Mitchell, Martina de Zwaan, Howard Steiger). Editor: Radcliffe Publishing, 2007. ISBN: 1846191750, 9781846191756. 142 páginas.
- Ranzenhofer, L.; Tanofsky-Kraff, M.; Menzie, C.; Gustafson, J.K.; Rutledge, M.; Keil, M.; Yanovski, S. & Yanovski, J. (2008). Structure analysis of the Children's Eating Attitudes Test in overweight and at-risk-for-overweight children and adolescents. *Eating Behaviors, 9*(2), 218-227.
- Rutsztein, G.; Maglio, A.L.; Armatta, A.M.; Leonardelli, E.; López, P.; Marola, M.E.; Moiseeff, C.; Murawski, B.; Redondo, G. & Schmidt, V. (2006). Adaptación lingüística y conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un estudio piloto. *Memorias de las Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XIII, Tomo I*, 44-45.
- Rutsztein, G.; Maglio, A.; Murawski, B.; Leonardelli, E.; Sarudiansky, M.; Arana, F.; Armatta, A.; Diez, M.; Dos Santos, P.; Elizathe, L.; Lievendag, L.; Otalora, J.; Reiner, C.; Scappatura, M.L. & Stazzone, N. (2008). Trastornos de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. En *Memorias de las Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XIV, Tomo I*, 44-45.
- de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Problemáticas actuales, aportes de la investigación en psicología", 15, 1, 74-77, Ciudad de Buenos Aires - República Argentina.
- Sancho, C.; Asorey, O.; Arija, V. & Canals, J. (2005). Psychometric characteristics of the children's eating attitudes test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review, 13*(5), 338-343.
- Senra, C.; Seoane, G.; Vilas, V. & Sanchez-Cao, E. (2007). Comparison of 10- to 12-year-old boys and girls using a Spanish version of the children's eating attitudes test. *Personality and Individual Differences, 42* (6), 947-957.
- Smolak, L. & Levine, M.P. (1994). Psychometric Properties of the Children's Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders, 16* (3), 275-282.
- Tanofsky-Kraff, M.; Marcus, M.D.; Yanovski, S.Z. & Yanovski, J.A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: Proposed research criteria. *Eating Behaviors, 9*, 360-365.
- Thomas, K.; Ricciardelli, L. & Williams, R. (2000). Gender Traits and Self-Concept as Indicators of Problem Eating and Body Dissatisfaction Among Children. *Sex Roles, 43* (7/8), 441-458.
- Thurfjell, B.; Edlund, B.; Arinell, H.; Hagglof, B. & Engstrom, I. (2003). Psychometric properties of Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C) in Swedish girls with and without a known eating disorder. *Eating and Weight Disorders, 8*(4), 296-303.
- Thurfjell, B.; Edlund, B.; Arinell, H.; Hagglof, B.; Garner, D. & Engstrom, I. (2004). Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C): Effects of Age and Gender in a Swedish Sample. *European Eating Disorders Review, 12*, 256-264.
- Vega Alonso, A.T.; Rasillo Rodríguez, M.A.; Lozano Alonso, J.E.; Rodríguez Carretero, G. & Martín, M.F. (2005). Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(12), 980-987.

Fecha de recepción: 26 de marzo de 2010

Fecha de aceptación: 9 de agosto de 2010