

COMPRENSIÓN LINGÜÍSTICA DEL INSTRUMENTO YFAS-C EN CASTELLANO PARA VALORAR LA ADICCIÓN A LA COMIDA

Memoria de Trabajo de Fin de Grado para optar al título de Graduado en Farmacia

CURSO ACADÉMICO 2021/2022

Alumno: Ignacio Jacobo González Baranguán

Tutor: Carlos Díaz Romero

Co-tutor: Néstor Benítez Brito

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.

AECOSAN: Agencia Española de Consumo, Seguridad y Nutrición.

ANIBES: Estudio de Antropometría, Ingesta y Balance Energético en España.

ASAM: American Society of Addiction Medicine.

BVS: Biblioteca Virtual de Salud.

CVR: Razón de validez de contenido.

CVI: Índice de validez de contenido.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition.

IMC: Índice de masa corporal.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

YFAS: Yale Food Addiction Scale.

YFAS-C: Yale Food Addiction Scale for Children.

.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
4. RESULTADOS.....	13
5. DISCUSIÓN.....	14
6. CONCLUSIONES.....	16
7. ANEXOS.....	17
8. BIBLIOGRAFÍA.....	18

RESUMEN.

En la actualidad se ha visto aumentado ampliamente el número de niños, niñas y jóvenes que padecen trastornos alimenticios en el mundo. Por este motivo, en los últimos años ha surgido un nuevo concepto de gran interés que puede estar directamente relacionado con estas patologías, y que recibe el nombre de adicción a la comida. Para evaluar esta adicción, existe un test que permite evaluar la adicción a la comida en población pediátrica “Yale Food Addiction Scale for Children” (YFAS-c), a través de una escala de 25 preguntas que logra obtener un recuento de síntomas de adicción a la comida. Sin embargo, hasta la fecha no existe ninguna versión validada del test en español para población infantil.

Dado que recientemente se ha realizado la traducción del test al idioma español, se ha llevado a cabo un estudio transversal para valorar la comprensión lingüística del mismo e identificar aquellas preguntas del cuestionario que generen mayor dificultad en la población pediátrica diana.

Los resultados obtenidos muestran que la comprensión lingüística obtenida en el cuestionario YFAS-c ha sido satisfactoria para evaluar la adicción a la comida en niños y niñas de habla castellana.

ABSTRACT.

At the present times, the number of children and young people suffering from eating disorders in the world has been hugely increased. For this reason, in the last few years a new concept of great interest has emerged that may be directly related to these pathologies, called food addiction. To evaluate this addiction, there is a test that allows the evaluation of food addiction in pediatric population "Yale Food Addiction Scale for Children" (YFAS-c), through a scale of 25 questions that manages to obtain a count of food addiction symptoms. However, to date there is no validated version of the Spanish test for children.

Due to the recent translation of the test into Spanish, a cross-sectional study has been carried out to assess its linguistic comprehension and identify those questions of the questionnaire that generate the most difficulty in the target pediatric population.

The results obtained show that the linguistic comprehension obtained in the YFAS-c questionnaire has been satisfactory for evaluating food addiction in Spanish-speaking children.

1. Antecedentes y estado actual del tema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (1). La principal causa del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas.

En la actualidad, existen varios factores que pueden favorecer la aparición de sobrepeso y obesidad como son, un descenso de la actividad física debido a muchas formas de trabajo cada vez más sedentaria, cuestiones genéticas debido a la influencia conjunta de algunos genes y polimorfismos, y la gran oferta de alimentos ricos en grasas y azúcares que tienen un alto contenido calórico, entre otras (1,2).

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la altura que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su altura en metros (kg/m^2). En este sentido, un IMC elevado, es decir, un $\text{IMC} > 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ (sobrepeso) o un $\text{IMC} > 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (obesidad) es un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares), diabetes, trastornos locomotores, y algunos cánceres (1). Además, puede reducir tanto la calidad, como la esperanza de vida, como muestran datos del Estudio de Antropometría, Ingesta y Balance Energético en España. (ANIBES) (3)

Según los datos de la OMS, desde el año 1975 se ha casi triplicado el número de personas que padecen obesidad en el mundo. En el año 2016 más de 1.900 millones de personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, lo que equivale a un 39% de los adultos, y más de 650 millones de personas eran obesas, lo que equivale en torno al 13% de la población adulta mundial (1).

Los datos en niños y niñas también son alarmantes ya que, en el año 2016, se estimaba que había 41 millones de niños y niñas menores de 5 años que tenían sobrepeso u obesidad, y más de 340 millones de niños/as y adolescentes de 5 a 19 años padecían también sobrepeso u obesidad (1). En España 4 de cada 10 escolares padecen obesidad o sobrepeso, según datos de la Agencia Española de Consumo, Seguridad y Nutrición (AECOSAN). (4)

Aunque antes, el sobrepeso y la obesidad eran considerados problemas de países más desarrollados, en la actualidad están aumentando en países con menores ingresos, sobre todo, en las zonas urbanas. En África ha aumentado un 50% el número de niños y niñas menores de 5 años que padecen sobrepeso desde el año 2000.

Conviene matizar que, en el caso de niños y niñas es importante tener en cuenta la edad para definir el sobrepeso y la obesidad. En el caso de menores de 5 años se definen el sobrepeso como la desviación del peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. En el caso de la obesidad, se considera la desviación del peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil.

En general, la obesidad y, en particular, la obesidad infantil, es un problema de salud muy importante. Padeecer obesidad durante la infancia puede acarrear graves problemas para la salud. Además de los problemas evidentes en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, la obesidad infantil acarrea otros problemas psicológicos como ansiedad, depresión, baja autoestima, y un riesgo aumentado de sufrir bullying (5).

Su tratamiento se basa en la combinación de una disminución de la ingesta calórica junto con un aumento de la actividad física. Una vez se alcanza el peso deseado, el objetivo es mantenerlo mediante un ajuste de las calorías ingeridas. Es importante que esto vaya acompañado de una enseñanza sobre alimentación y vida saludable tanto en el ambiente familiar como en el escolar.

En busca de nuevas evidencias sobre las posibles causas emergentes de la obesidad, en los últimos años ha surgido un nuevo concepto que cobra interés en la ecuación de respuesta al tratamiento. La adicción a la comida, entendida esta como un consumo desmesurado de alimentos donde el paciente pierde el control sobre su ingesta, es un concepto reciente sobre el que se están realizando investigaciones en distintas ramas científicas dentro de la psicología, la nutrición o la neurobiología.

La American Society of Addiction Medicine (ASAM) define las adicciones como enfermedades médicas crónicas, tratables, que involucran interacciones complejas entre los circuitos neuronales, la genética, el medio ambiente y las experiencias de vida de un individuo. Las personas con adicción consumen sustancias o adoptan comportamientos que se vuelven compulsivos, y a menudo, continúan a pesar de las consecuencias dañinas (6).

Recientes estudios sugieren que los alimentos que pueden causar la adicción son comidas muy palatables ricas en carbohidratos refinados o con azúcares, grasas y/o sal añadidos, ya que se consideran capaces de desencadenar procesos adictivos, tal y como se ha objetivado en estudios de neuroimagen, en los que se aprecia un patrón de activación neuronal comúnmente activado en otros procesos adictivos (7,8).

Varios investigadores han encontrado relación entre la adicción a la comida y el elevado número de personas que tienen sobrepeso u obesidad, demostrando que en personas que sufren estos desordenes se cumplían más del doble de criterios de adicción a la comida que en quienes no. (9)

En la última década, investigadores de la Universidad de Yale han estado estudiando la adicción a la comida. En el año 2013 desarrollaron el test YFAS-C (Yale Food Addiction Scale for Children) (5), un test desarrollado para identificar conductas alimentarias de tipo adictivo en niños/as y adolescentes. Se trata de una adaptación del test YFAS (Yale Food Addiction Scale) para población adulta, con un contenido adaptado para edades inferiores y un nivel de lectura más sencillo. El estudio se realizó con 75 niños/as de una edad media de 8.32 años, siendo el 42.7% niñas. (7)

El test YFAS se presenta como la única herramienta de medida diseñada para evaluar la adicción alimentaria. Su objetivo es llevar a la práctica el concepto de adicción alimentaria, basándose en los criterios diagnósticos para este tipo de trastornos señalados en el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (10).

Actualmente no hay una validación al idioma español del test para población pediátrica, como si la hay en la versión adulta. El objetivo de este estudio es analizar la comprensión lingüística de la traducción al español de la escala adaptada a población infantil, ya que este grupo etario, especialmente vulnerable, se beneficiaría de un diagnóstico y manejo precoz.

2. Objetivos.

2.1. Objetivo general.

- Analizar la comprensión lingüística del cuestionario S-YFAS-C.

2.2. Objetivos específicos.

- Identificar aquellas preguntas del cuestionario que generen mayor dificultad en la población diana
- Estudiar si existen dificultades a la hora de comprender el cuestionario entre sexos y edad.

3. Material y Métodos.

Se realiza un estudio de tipo transversal en una muestra de 197 niños y niñas con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años con el objetivo de valorar la comprensión de cada ítem del cuestionario traducido (Anexo 1. Cuestionario YFAS-C en castellano).

La escala de adicción a los alimentos de Yale para niños y niñas (YFAS-C) es una medida que se ha desarrollado para identificar conductas alimentarias de tipo adictivo en niños, niñas y adolescentes. Su versión original se validó con una muestra de 75 niños y niñas con una media de edad de 8 años (DS=2,78, rango= 4-16 años) (5). Este cuestionario consta de 25 ítems y explora el comportamiento alimentario con respecto a los últimos 12 meses en base a siete criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR (11): a) la sustancia se ingiere en mayor cantidad y por un período más largo de lo previsto (preguntas 1-3); b) deseo persistente o repetidos intentos fallidos para dejar de consumirlo (preguntas 4, 17, 18 y 25); c) tiempo de obtención y uso de la sustancia o recuperación de sus efectos (preguntas 5 a 7); d) aspectos sociales, ocupacionales o recreativos que se abandonan o se reducen debido a la sustancia (preguntas 8-11); e) uso de la sustancia a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas (por ejemplo, no cumplir con las obligaciones o seguir utilizándolo incluso cuando sea físicamente peligrosos) (pregunta 21); f) tolerancia (preguntas 22 y 23); g) síntomas de abstinencia característicos, consumo de sustancia para aliviar la abstinencia (preguntas 12-14). Además, la escala también incluye dos preguntas adicionales que evalúan el deterioro o la angustia de manera clínicamente significativa (preguntas 15 y 16).

De las 25 preguntas, 18 tienen una puntuación con escala tipo Likert (nunca, rara vez, a veces, a menudo y siempre) y 7 ofrecen puntuación dicotómica (sí/no). Tres preguntas no se puntúan actuando como control (preguntas 19, 20 y 24).

Las puntuaciones ofrecen una evaluación de la adicción a la comida de dos formas distintas. Por un lado, el "recuento de síntomas", que ofrece una versión de puntuación que refleja el número de síntomas de dependencia en base a los siete criterios descritos previamente sin tener en cuenta la importancia clínica en la puntuación (mínimo 0, máximo 7 puntos). Y, por otro lado, el "diagnóstico de adicción", que evalúa si el diagnóstico de adicción a la comida puede establecerse o no, y se confirma cuando hay tres o más síntomas presentes y una angustia o deterioro clínico significativo (preguntas 15 y 16).

Los ítems que se señalaron como "no comprendidos" en más de un 20% del alumnado fueron revisados y mejorados para su redacción. Además, se analizaron los niveles de comprensión por

subgrupos de edad. La comparación del nivel de comprensión de los ítems en la muestra por grupos de edad se realizó mediante test Chi-cuadrado. Los análisis fueron realizados con el programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 22.0 (IBM Corp. Armonk, NY. USA). Se consideró como significativo un P-valor $< 0,05$ (dos colas).

4. Resultados.

El nivel de comprensión de cada uno de los ítems del cuestionario se analizó en una muestra comunitaria de 197 alumnos y alumnas (28 entre 9 y 11 años, 127 entre 12 y 13 años y 42 entre 14 y 16 años).

El alumnado (54% mujeres) pertenece a un colegio de naturaleza concertada de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Los ítems 9, 15, 16 y 23 tuvieron un porcentaje superior al 20% de niños y niñas que declaraban no comprender la pregunta (22,8%, 24,4%, 25,9% y 23,9, respectivamente). Por otro lado, únicamente el ítem 18 presentó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,02$) en el nivel de comprensión por grupos de edad, siendo el grupo de niños y niñas entre 9 y 11 años los que encuentran mayor dificultad (21,4%) frente al grupo de 12 a 13 años (3,9%) y el de 14 a 16 años (4,8%).

5. Discusión.

Este trabajo tiene como finalidad estudiar la comprensión lingüística del test YFAS-C en castellano para valorar la adicción a la comida en niños y niñas, ya que hasta la fecha no existía ninguna versión validada. Se trata de un tema que cada vez tiene más relevancia, por lo que es importante obtener una primera versión del test destinada a la población pediátrica.

La comprensión lingüística obtenida en la muestra refleja que el cuestionario es fácil de entender y no existen grandes diferencias entre edades a la hora de comprender el cuestionario en la población diana. Para discernir este hecho, entre los autores se consideró como referencia que, cuando más del 20% de la muestra interpreta que no se entiende la frase sobre un ítem en cuestión, se debe revisar. De esta manera, se identificaron los ítems 9, 15, 16 y 23 como los únicos que podrían generar dificultad en su entendimiento y, por ello, se modificaron de manera parcial para su mejor comprensión. Por otro lado, el ítem 18 fue el único que presentó diferencias entre los grupos de edad, siendo precisamente el alumnado de menor edad quien presentaba esta dificultad. Por tanto, esta pregunta se matizó nuevamente en vistas de que el alumnado más pequeño obtuviera mejor grado de comprensión.

Todas las correcciones realizadas en los ítems anteriores fueron con la intención de facilitar su comprensión. Los cambios realizados en las preguntas fueron los siguientes: en el ítem 9 se cambió “Como tanto que después me siento mal. Me siento tan mal que luego no puedo hacer las actividades que me gustan”, por “Me siento tan mal por comer tanto que luego no puedo hacer las actividades que me gustan”. En el ítem 15 se cambia la palabra forma por manera, quedando la frase “. La manera en la que como me hace sentir triste”. En el 16 hay varios cambios, cambiando “La forma en la que como me causa problemas (por ejemplo: problemas en el colegio, con mis padres, con mis amigos)”, por “Mi manera de comer me causa problemas (por ejemplo: problemas en el colegio, problemas con mi familia, problemas con mis amigos y amigas)” enfatizando la palabra problema en la versión final. En el ítem 18 se simplificó la frase para que se pudiera entender más fácilmente, pasando de “¿Con qué frecuencia tratas de comer menos ciertos alimentos?” a “¿Tratas de comer menos alimentos?”. En el 23 se cambió “Cada vez necesito comer una mayor cantidad de comida basura para sentirme bien (por ejemplo: sentirme feliz, tranquilo, relajado)”, por “Cuando como la misma cantidad de comida, no me siento tan bien como solía sentirme (por ejemplo: feliz, tranquilo o tranquila, relajado o relajada)”. En todos los casos los cambios se tratan de simplificaciones o cambios en palabras concretas, lo cual facilita la comprensión de los niños y niñas, principalmente a los de menor edad.

En algunas preguntas del test se emplean términos redundantes, como puede ser “Necesito comer más comida para sentirme mejor” en el ítem 22 o “Cuando como la misma cantidad de comida” en el ítem 23. Esto se debe a que, en la versión original del test, cuando dice “food” se refiere a cualquier tipo de comida basura. Por eso se han utilizado traducciones tan explícitas, debido a que, si no, podría variar la comprensión de algunas preguntas.

Cabe destacar que la muestra de niños y niñas con los cuales se ha realizado el estudio se trata de población sana. Cuando el cuestionario sea empleado en población diagnosticada con algún trastorno alimentario, como pueden ser el trastorno por atracón o la obesidad, la comprensión del test podría variar. Por lo que es importante seguir estudiando y validando el cuestionario en distintas poblaciones, hasta que el test pueda ser empleado para evaluar el grado de adicción a la comida de toda la población infantil.

6. Conclusiones.

1. La comprensión lingüística obtenida en el cuestionario YFAS-c ha sido satisfactoria.
2. Solo cuatro ítems (9, 15, 16 y 23) podrían generar dificultad en su entendimiento y, por ello, se modificaron de manera parcial para su mejor comprensión.
3. El ítem 18 presentó diferencias entre los grupos de edad a la hora de la comprensión entre grupos de edad. Este hecho hizo que se modificara parcialmente la pregunta.

7. ANEXOS.

Anexo 1. Cuestionario para valorar la adicción a la comida en español (S-YFAS-C).

En el último año (últimos 12 meses)	Nunca	Rara vez	A veces	a menudo	Siempre
1. Cuando empiezo a comer encuentro difícil parar luego.					
2. Como incluso cuando no tengo hambre.					
3. Como hasta que mi estómago me duele o me siento mal.					
4. Me preocupa comer demasiado.					
5. Me siento bastante cansado porque como demasiado.					
6. Me paso todo el día comiendo.					
7. Si no encuentro la comida que me gusta, trato de buscar otras formas de conseguirla (por ejemplo: pregunto a un amigo o una amiga si me deja de la suya, voy a una máquina de vending, como cuando nadie está mirando).					
8. Prefiero comer antes que hacer otras actividades que me gustan (por ejemplo: jugar, salir con mis amigos y amigas).					
9. Como tanto que después me siento mal. Me siento tan mal que luego no puedo hacer las actividades que me gustan (por ejemplo: jugar, salir con mis amigos y amigas).					
10. Intento no ir a sitios donde hay mucha comida porque podría comer demasiado.					
11. Intento no ir a sitios donde no puedo comer la comida que me gusta.					
12. Cuando no como algunos alimentos, me siento mal o enfermo.					
13. Como algunos alimentos para parar de sentirme mal o enfermo.					
14. Cuando disminuyo o paro de comer algunos alimentos me apetecen mucho más.					
15. La manera en la que como me hace sentir triste.					
16. Mi manera de comer me causa problemas (por ejemplo: problemas en el colegio, problemas con mi familia, problemas con mis amigos y amigas).					
17. Me gustaría disminuir o dejar de comer algunos alimentos.					
18. ¿Tratas de comer menos alimentos?					
En el último año (últimos 12 meses)	No	Sí			
19. La forma en la que como me hace sentir triste, nervioso o culpable.					
20. La forma en la que como me hace sentir menos saludable.					
21. Como de la misma forma, aunque me esté causando problemas.					
22. Necesito comer más comida para sentirme mejor (por ejemplo: sentirme feliz, tranquilo o tranquila, relajado o relajada).					
23. Cuando como la misma cantidad de comida, no me siento tan bien como solía sentirme (por ejemplo: feliz, tranquilo o tranquila, relajado o relajada).					
24. Intento reducir cantidades o dejar de comer algunos alimentos.					
25. Soy capaz de comer menos algunos alimentos.					

8. Bibliografía.

1. Obesidad y sobrepeso. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. CDC. Otros factores en el aumento de peso. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/calories/otherfactors.html>
3. Ana M. López-Sobaler, Aránzazu Aparicio, Javier Aranceta-Bartrina, et al. Sobrepeso y obesidad general y abdominal en una muestra representativa de adultos españoles: resultados del estudio científico ANIBES. BioMed Research International. 2016; 2016:8341487.
4. Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. Gob.es. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2021/juntos_contra_obesidad.htm
5. CDC. Childhood obesity causes & consequences [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/causes.html>
6. American Society of Addiction Medicine. Public policy statement: definition of addiction [Internet]. Rockville: American Society of Addiction Medicine; 2011
7. Gearhardt AN, Roberto CA, Seaman MJ, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale for children. Eat Behav. 2013 14(4):508–12.
8. Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. PLoS One. 2015 ;10(2):e0117959.
9. Agüera Z, Wolz I, Sánchez IM, Sauvaget A, Hilker I, Granero G, et al. Adicción a la comida: un constructo controvertido. C Med Psicosom. 2016; 117: p: 17-30.
10. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2003.