Respuesta a la carta al editor

Adalberto Campo-Arias
Miryam Villamil-Vargas

Ochoa-Orozco *et al.* presentan una revisión crítica de un artículo publicado en un número previo de la *Revista Colombiana de Psiquiatría* (1). Sin embargo, no leyeron que se informa que el proyecto lo revisó y evaluó un comité de ética, como lo sugieren las normas colombianas (2).

La observación que el título del mismo no concuerda con el contenido es más que acertada. Los autores pudimos ser más precisos al definir las características de la población participante. Esta responsabilidad la compartimos con los pares evaluadores y el editor de la revista, que no lo sugirieron y, como nosotros, dejaron pasar esa inconsistencia (3).

Asimismo, es importante que se entienda que el uso del concepto de "riesgo para trastorno del comportamiento alimentario (TCA)" se debe a la tendencia actual de usar el término *riesgo* para situaciones de investigación en las que se usan escalas para identificar la presencia de un posible caso (4). Es básicamente un asunto conceptual o semántico dado que las escalas no hacen diagnóstico, sino que indican la necesidad de una evaluación clínica más detallada y profunda, preferiblemente con una entrevista estructurada para establecer la presencia de un trastorno clínico (5). El término *riesgo* en estos casos significa una alta probabilidad de reunir criterios para TCA, puesto que se obtuvo a partir una alta puntuación en el cuestionario SCOFF, como en otros estudios que intentan identificar posibles casos (4).

El uso de escalas en investigación tiene sus propias limitaciones. Por un lado, la validación de instrumentos es un proceso continuo que exige revisiones y ajustes. Por el otro, la validación de instrumentos es una tarea larga y costosa y no siempre se pueden hacer estudios formales para conocer el desempeño de todos los instrumentos que se emplean en una investigación. Asimismo, dado que los procesos de validación son específicos para cada población, desde la perspectiva más conservadora la "validación" en una ciudad colombiana no garantiza el adecuado desempeño en otra ciudad con características

sociales y culturales particulares (6). En estos casos, la estimación de consistencia interna, con todas sus limitaciones, es un avance en ese sentido, ya que permite conocer algo del desempeño de las escalas en la población participante (7,8).

Por otra parte, si bien no se informó la potencia *post hoc* del estudio, el tamaño de la muestra para evitar un error tipo II (beta) era suficientemente grande para un análisis en que se llevó a cabo un modelo multivariado de regresión logística binomial. Contar en la investigación con 59 estudiantes posibles casos de TCA (riesgo de TCA) así lo indica; puesto que solo se incluyeron en el modelo final cuatro variables independientes. Los resultados son bastante aceptables para estos modelos si se incluyen por cada diez casos de la variable dependiente una variable independiente (9). Además, es difícil encontrar que se cumplan todos los supuestos de una prueba en la mayoría de las investigaciones o que la sola distribución normal de los datos sea el único criterio que se debe considerar en el momento de seleccionar un punto de corte. La relevancia o importancia clínica en muchas situaciones es más relevante que la significancia estadística (9).

De tal suerte que los conocedores de la epidemiología ortodoxa entienden que los resultados de cualquier investigación solo son válidos para la población participante y queda a juicio de otros investigadores considerar si dichos resultados se pueden extrapolar, con precauciones, a otra población con características similares. Sin duda, médicos y estudiantes lectores habituales de estos informes deben recibir mayor formación en estos temas durante el pregrado (10).

Referencias

1. Campo-Arias A, Villamil-Vargas M. Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de medicina en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2012;41:328-39.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
3. Marcovitch H. Misconduct by researchers and authors. Gac Sanit. 2007;21:492-9.
4. Cogollo-Milanés Z, De La Hoz-Restrepo F. Consumo de cigarrillo y riesgo de dependencia de la nicotina de estudiantes de secundaria. Rev Salud Pública. 2010;12:434-45.
5. Rogers R. Standardizing DSM-IV diagnoses: the clinical application of structured interviews. J Person Assess. 2003;81:220-5.
6. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev Colomb Psiquiatr. 1998;27:121-30.
7. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;34:572-80.
8. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. Rev Salud Pública. 2008;10:831-9.

9. Katz MH. Multivariable analysis. A practical guide for clinical. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
10. Khaliq MF, Noorani MM, Siddiqui UA, et al. Physicians reading and writing practices: a cross-sectional study from civil hospital Karachi, Pakistan. BMC Med Inform Decision Making. 2012;12:76.

Adalberto Campo-Arias
Instituto de Investigación del Comportamiento Humano
Carrera 15 N.º 99-13, Oficina 405
Bogotá, Colombia
campoarias@comportamientohumano.org