

CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS

QUESTIONNAIRES, INVENTORIES AND SCALES

Patricia Bolaños Ríos¹

¹Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)

Correspondencia: Patricia Bolaños Ríos, pbr@tcasevilla.com

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Fernando IV 24-26, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son complejos y fundamentalmente psicológicos con una manifestación en el comportamiento alimentario. Desde el principio de los 90 se empezaron a desarrollar instrumentos para medir el impacto psicosocial de la imagen corporal en la calidad de vida en estos trastornos. En la actualidad, hay muchos instrumentos para evaluar actitudes alimentarias, imagen corporal, ansiedad, depresión, autoestima y cuestionarios nutricionales. El objetivo del presente trabajo fue revisar el conjunto de instrumentos desarrollados para evaluar aspectos específicos de los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: cuestionarios, inventarios, escalas, evaluación psicométrica, trastornos de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

Eating Disorders are complex and fundamentally psychological disorders with a rendering in the eating behavior. From the beginning of the 90's researchers have begun to develop disease-specific quality-of-life assessments to measure the psychosocial impact of the body image. Nowadays, there are questionnaires to assess eating attitudes, body image, anxiety, depression, self-esteem and nutritional instruments. The aim of the present work was to review the set of instruments developed to evaluate specific aspects of eating disorders.

Key words: questionnaires, inventories, scales, psychometric testing, eating disorders.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Está constituida por distintas pruebas que exploran los hábitos alimentarios, pensamientos relacionados con ello y con el cuerpo y psicopatología asociada. Otras se centran en el estudio de la imagen corporal y, finalmente, disponemos de pruebas para valorar la comorbilidad.

Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel (EAT-40), 1979 (1).

Cuestionario diseñado para evaluar la patología alimentaria. Las características más relevantes del test son:

- Consta de 40 cuestiones, sobre síntomas y conductas típicas de anorexia.
- Cada cuestión tiene 6 posibles respuestas (desde nunca hasta siempre) de las que tres se puntúan con 1, 2 o 3. El resto con 0.
- La puntuación máxima sería 120, a más puntuación más gravedad del trastorno. Se considera punto de corte clínico 30 puntos.
- Los factores que agrupan a los diferentes ítems son 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.
- El EAT es el cuestionario autoaplicado más usado, de fácil utilización, ya que requiere de un nivel de lectura comprensiva equivalente a quinto año de primaria. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.

Eating Behaviours and Body Image Test for Preadolescent Girls (EBBIT) Candy y Fee, 1998 (2)

Describe síntomas que indican posibles TCA. Consta de 38 cuestiones divididas en dos subescalas, una basada en la restricción en la ingesta y la preocupación por la imagen corporal y otra en el trastorno por atracón. Este instrumento ha sido recientemente validado en población española (3).

Sick Control on Fat Food (SCOFF) de Morgan, Reid y Lacey, 1999 (4)

Indica la presencia de señales de alarma. Consta de cinco ítems a los que se responde sí o no. Por cada SI se considera 1 punto y 2 o más puntos indican con alta probabilidad un caso de anorexia o bulimia nerviosas. Dichos ítems indican vómitos autoinducidos, temor a la ingesta descontrolada, pérdida de peso, alteraciones de la imagen corporal y dependencia de la comida, respectivamente.

Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2), 1991 (5)

Se trata de una prueba que proporciona datos sobre los aspectos psicológicos y conductuales de estos trastornos. Consta de diferentes subescalas: deseo de delgadez, síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

En esta prueba la puntuación de cada subescala tiene más valor que la puntuación total, no hay puntos de corte. Resulta muy interesante su uso para ver la evolución psicológica durante el tratamiento, y la escala de deseo o tendencia a la delgadez, se ha usado como prueba de screening (Mitchell et al., 1990).

- *Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme*
- *Creo que mi estómago es demasiado grande*
- *Suelo comer cuando estoy disgustado*
- *Pienso en ponerme a dieta*
- *He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer*
- *Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso*
- *Pienso en vomitar para perder peso*
- *Como o bebo a escondidas*

Cuestionario autoaplicado para bulimia, de Henderson y Freeman (1987), Test de Edimburgo (BITE) (6)

Tiene 33 cuestiones y se usa para detectar personas con síntomas bulímicos, así como para evaluar la intensidad de un cuadro clínico presente. Durante el tratamiento sirve, como los anteriores, para evaluar los cambios. Tiene una escala de síntomas y otra de severidad. En la primera, una puntuación de 20 indica alta probabilidad de existencia de bulimia nerviosa. En la escala de severidad, más de 10 puntos indica gravedad y entre 5 y 10, una intensidad significativa.

Food Craving Questionnaire-Trait y Food Craving Questionnaire-State (FCQ-T, FCQ-S) de Cepeda-Benito, 2000 (7)

Mide el food craving como rasgo (deseos de comer característicos de la persona) y como estado (deseo de comer en un momento determinado). El primero consta de 39 cuestiones y el segundo de 5. Sus propiedades psicométricas en nuestro medio han sido estudiadas por Moreno-Domínguez (2001).

Escala de Observación de Conducta Anoréxica, de Vandereycken (1992), para padres y pareja (ABOS) (8)

Es un cuestionario autoaplicado que evalúa los conocimientos que la familia tiene sobre la sintomatología. Tiene 30 cuestiones con una puntuación máxima de 60. Con 19 o más puntos hay alta probabilidad de enfermedad, las alteraciones son significativas.

Disgust Sensitivity Questionnaire de Haidt, McCauley & Rozin, 1994 (9)

Versión española de Valiente RM, Sandín B. Disgust Scale-Revised-Spanish (DS-RS). Consta de 27 ítems que miden la sensibilidad a un número de estímulos que potencialmente pueden provocar repugnancia. Incluye la sensibilidad al asco hacia animales, productos para el cuerpo, la muerte,

violaciones cerradas, contagios, comida y sexo. Cada escala contiene ítems en los que los sujetos deben contestar si están de acuerdo o no con lo expuesto en cada uno de ellos, y otros ítems en los que dichos sujetos deben contestar nada/poco/mucho según la repugnancia subjetiva a lo indicado en cada uno de ellos.

- *Estaría dispuesto/a a probar carne de mono en algunas circunstancias*
- *Me molesta oír a alguien aclararse la garganta llena de mucosidad*
- *Aunque tuviera mucha hambre, sería incapaz de tomar un tazón de mi sopa favorita si hubiese sido removida con un matamoscas usado pero bien lavado*
- *Repugnancia a...*
- *Ver a alguien poner salsa de tomate en helado de vainilla y comérselo*
- *Accidentalmente tocar las cenizas de una persona recién incinerada*
- *Ir caminando descalzo/a y pisar una lombriz*
- *Un amigo/a le ofrece un pedazo de chocolate con forma de caca de perro*

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Para la evaluación de la imagen corporal deben tenerse en cuenta los aspectos perceptivos de la misma (distorsión o grado de inexactitud con que estimamos las dimensiones corporales), así como las actitudes, cogniciones y, en definitiva, los aspectos afectivos ligados a la imagen. Para todo ello se han usado pruebas psicométricas, estimación del tamaño de partes del cuerpo

(marcado de la imagen por ejemplo) y estimación corporal global (mediante fotografía o vídeo). Desde de punto de vista psicométrico las pruebas más destacadas son:

Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987 (10)

Cuestionario que trata de medir la ansiedad ante el propio cuerpo. Consta de 34 cuestiones con 6 posibles respuestas. Puntuaciones iguales o superiores a 105 se consideran de claro riesgo. Las respuestas son: 1= nunca, 2= raramente, 3= algunas veces, 4= a menudo, 5= muy a menudo, 6= siempre.

- *Cuando se aburre, ¿se preocupa por su figura?*
- *¿Le ha preocupado que su carne no sea suficientemente firme?*
- *¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento le ha hecho sentirse gorda/o?*
- *¿Se ha imaginado cortando partes grasas de su cuerpo?*
- *¿Ha pensado que tiene la figura que tiene a causa de su falta de autocontrol?*
- *¿Ha vomitado para sentirse más delgada/o?*
- *¿Ha pellizcado zonas de su cuerpo para ver cuánta grasa hay?*

Body Attitudes Test (BAT) de Coppenolle, Probst, Vandereycken, Goris y Meerman, 1984 (11)

20 cuestiones y 3 subescalas. Se mide el grado de satisfacción hacia la propia imagen corporal y la actitud hacia ella.

Body-Self Relations Questionnaire (BSRQ) de Winstead y Cash, 1984
(12)

140 cuestiones. Se mide el grado de acuerdo /desacuerdo con la imagen corporal.

Body Image Anxiety Scale (BIAS) de Reed, Thompson, Brannick y Sacco, 1990 (13)

Para medir específicamente la ansiedad asociada a la imagen corporal.

Body Appreciation Scale (BAS) Jáuregui I, Bolaños P (The Spanish Journal of Psychology, 2011) (14)

Estudio de los aspectos positivos de la imagen corporal y consta de 13 ítems.

- *Respeto mi cuerpo*
- *A pesar de los defectos, acepto mi cuerpo tal como es*
- *Mi autovaloración es independiente de la forma de mi cuerpo o de mi peso*
- *No pierdo mucho tiempo en preocuparme por la forma de mi cuerpo o por mi peso*
- *Tengo hábitos sanos para cuidar mi cuerpo*

Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI-SP) Jáuregui I, Bolaños P (International Journal of General Medicine, 2011) (15)

Es útil para determinar la calidad de vida en función a la imagen corporal en diferentes condiciones físicas. Comprende 19 ítems. Respuestas: Mi imagen corporal afecta a... -3= de manera muy negativa, -2= de manera moderadamente negativa, -1= de manera ligeramente negativa, 0= no tiene ningún efecto, 1= de manera ligeramente positiva, 2= de manera moderadamente positiva, 3= de manera muy positiva.

- *Cómo me siento básicamente a mi mismo (es decir, a mis sentimientos de ser una persona adecuada y valiosa)*
- *Mis relaciones con personas del mismo sexo*
- *Mis experiencias en el trabajo o en la escuela*
- *Mis emociones cotidianas*
- *Mi capacidad de controlar qué y cuánto como*
- *Mis actividades o prácticas de ejercicio físico*
- *La medida en que me siento feliz en mi vida diaria*

Thought-Shape Fusion Questionnaire (TSF-Q) (16)

Versión española: Jáuregui I, Santed MA, Shafran R, Santiago MJ, Estébanez S (Nutr Hosp 2011). Mide la fusión entre los pensamientos sobre alimentos y la forma o imagen corporal. Consta de 34 ítems mediante los cuales se obtienen dos puntuaciones, una para la escala conceptual y otra para la interpretativa.

- Escala conceptual
 - *El pensamiento de comer chocolate / Pensar en comer chocolate es casi tan inaceptable para mí como realmente comer chocolate*
 - *Pensar en romper mi dieta, hace que quiera comprobar en el espejo que no parezco más gordo/a*
 - *Mi forma (corporal) puede cambiar realmente, tan sólo planeando comer “comida que engorda”*
- Escala interpretativa
 - *“El hecho de que piense en comer alimentos prohibidos o comida que engorda significa que...”*
 - *...soy un/a cerdo/a*
 - *...voy a ganar peso*
 - *...estoy fuera de control*
 - *...soy una persona codiciosa*

Coping Strategies Inventory (CSI) de Cano García et al., 2007 (17)

72 ítems que exploran las estrategias utilizadas ante situaciones conflictivas. El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. En el cuestionario, la persona debe describir un hecho o situación que haya sido muy estresante ocurrida durante el último mes. A continuación debe responder a una lista de afirmaciones basándose en la forma de manejar la situación descrita. Las respuestas son: 0 = en absoluto, 1= un poco, 2= bastante, 3= mucho; 4= totalmente.

- *Luché para resolver el problema*
- *Encontré a alguien que escuchó mi problema*

- *Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo*
- *No dejé que nadie supiera cómo me sentía*
- *Me fijé en el lado bueno de las cosas*
- *Evité pensar o hacer nada*
- *Traté de ocultar mis sentimientos*
- *Me critiqué por lo ocurrido*
- *Me consideré capaz de afrontar la situación*

Questionnaire of Influences on Body Shape Model (CIMEC-V) (18)

Este cuestionario mide los siguientes factores: Actitudes hacia la pérdida de peso, ansiedad relacionada con el cuerpo, influencias interpersonales, influencia de modelos corporales ideales, influencias familiares, influencia del grupo de amigos, influencia de la publicidad, preocupación relacionada con la gordura, preocupación por ser delgado, influencia de los modelos sociales. Hay un modelo para hombres y otro para mujeres.

Cuando estás viendo una película, *¿miras a las actrices/ los actores fijándote especialmente en si son gruesas/os o delgadas/os?*

- *¿Tienes algún/a amigo/a o compañero/a que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?*
- *Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?*
- *¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?*
- *¿Envidias la musculatura de algunos actores?*

- *¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de tus caderas?*
- *¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los anuncios de prendas de vestir?*
- *¿Has comido alguna vez más de lo normal para aumentar el peso o el volumen de tu cuerpo?*

VALORACIÓN DEL CLIMA FAMILIAR

Dado que la familia es importante en cualquier momento evolutivo que se considere (puede ser importante en el origen, en el mantenimiento, en la solución del problema...), no debe dejar de medirse el clima familiar. Está muy claro a estas alturas que no hay una familia típica de anorexia o bulimia, etc., pero también está claro que la familia sufre los efectos de la enfermedad y la dureza de lo prolongado del tratamiento, no siempre con una evolución positiva.

Escala de Clima Familiar (FES) de Moos, 1986 (19)

Tal vez el instrumento más usado en este ámbito. Evalúa las características de las familias en tres aspectos: las relaciones entre sus miembros, los aspectos de desarrollo más importantes y la estructura familiar básica.

***Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, Tuplin & Brown, 1979
(20) en su adaptación al castellano realizada por C. Ballús-Creus, 1991) (21)***

Mide la percepción del individuo sobre el vínculo parental en términos del cuidado y la sobreprotección antes y después de los 16 años. Consta de 25 preguntas que se repiten 4 veces que muestran actitudes y comportamientos: Percepción de dicho vínculo con la madre antes y después de los 16 años y percepción de dicho vínculo con el padre antes y después de los 16 años. Aparecen diferentes actitudes y comportamientos y los individuos deben responder marcando las opciones mucho, bastante, poco o nada, en relación con sus padres.

- *Me habla con una voz cálida y amigable.*
- *No me ayuda lo suficiente*
- *Le gusta que yo tome mis propias decisiones*
- *No me hace sentir querido/a*
- *Tiende a tratarme como un niño/a*
- *No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero*
- *Es sobreprotectora conmigo*
- *No me alaba, ni felicita ni elogia*
- *Me deja vestir de acuerdo con mis gustos*
- *Habla muy poco conmigo*

***Escala de Ajuste Marital (E.A.M.) (Locke- Wallace, 1959 (22)-
Adaptación: J.A. Carrobles) (23)***

Se evalúa la satisfacción marital global. Consta de 15 ítems que analizan el grado de felicidad marital, así como el grado de acuerdo percibido por cada uno de los miembros de la pareja: administración de las finanzas familiares, ocio o distracciones, demostraciones de afecto, amigos, relaciones sexuales, convencionalismos, filosofía de la vida o modos de tratar a los parientes y familiares, entre otros.

OTROS ASPECTOS Y PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

Hay que individualizar en cada caso las pruebas en función de los hallazgos de la exploración psicopatológica. No obstante, por lo frecuente de su utilización, destacamos las pruebas más comunes.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, 1970 (24)

Se usa para medir ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Los decatipos de 0 a 5 indican baja ansiedad, de 6 a 7, intensidad media, y más de 7, elevada ansiedad. Las respuestas son: nada, algo, bastante, mucho.

- *Me siento calmado*
- *Estoy contrariado*
- *Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras*
- *Me siento aturdido y sobreexcitado*

- *En este momento me siento bien*

Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ) (25)

Diseñado para medir el nivel de estrés percibido por la propia persona de forma habitual y en el momento de completar el cuestionario. Consta de 30 ítems que se repiten en dos momentos temporales: durante los últimos uno o dos años y lo ocurrido exclusivamente en el último mes. Cada ítem se responde con las respuestas casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre.

- *Se siente descansado*
- *Siente que se le hacen demasiadas peticiones*
- *Se siente solo o aislado*
- *Se siente frustrado*
- *Se siente alegre*
- *Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas*
- *Se siente presionado por los plazos de tiempo*

Beck Depression Inventory (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961 (26)

Mide la intensidad de la depresión y sirve para screening de depresión en población general. Tiene 21 cuestiones con cuatro niveles de respuesta. Pueden categorizarse ausencia de depresión (0 a 9), distimia (10 a 15) y depresión (más de 15).

- *No me siento triste*
Me siento triste
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
- *Duermo tan bien como siempre*
No duermo tan bien como antes
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

College Self-Esteem Scale (CSES) de Galassi et al., 1974 (27)

Se utiliza para la medida de la autoestima. Tiene 50 cuestiones con cinco niveles de respuesta. Se pueden establecer los siguientes niveles: asertividad baja (de 0 a 104), media (de 105 a 125) y alta (más de 125).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), 1979 (28)

Consta de 10 cuestiones con cinco niveles de respuesta. A más puntuación mejor autoestima. Puede hablarse de baja autoestima (de 0 a 24), media (de 25 a 30) y alta (más de 30).

- *Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.*
- *Creo que tengo varias cualidades buenas.*
- *Desearía valorarme más.*

- *A veces me siento verdaderamente inútil.*
- *Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.*

Actitudes frente al cambio en pacientes con trastornos de conducta alimentaria (ACTA) de Beato y Cano, 2003 (29)

Es un cuestionario autoaplicado para valorar las actitudes hacia el cambio en pacientes con trastornos alimentarios. Consta de 59 cuestiones para seis subescalas (precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída).

Cuestionario de Síntomas, SCL-90-R, de Derogatis, 1977 (30)

Mide nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Las dimensiones medidas son somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Se responde: nada en absoluto, un poco, moderadamente, bastante, mucho o extremadamente.

- *Dolores de cabeza*
- *Nerviosismo o agitación interior*
- *Falta de apetito*
- *No sentir interés por nada*
- *Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad*
- *Náuseas o malestar en el estómago*

- *La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando*
- *Dificultad para conciliar el sueño*
- *Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo*
- *Dificultad en tomar decisiones*
- *Sentirse desesperanzado con respecto al futuro*
- *Tener ganas de romper o estrellar algo*
- *Sentimientos de culpabilidad*

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, 1987) (31)

Existen muchos cuestionarios de personalidad. Este es uno de los más utilizados. Existe una versión para adolescentes (Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI, 1993) y un Índice de Estilos de Personalidad (MIPS) de Millon (1994) para evaluar estilos de personalidad que implican un funcionamiento normal en adultos.

CUESTIONARIOS NUTRICIONALES

- **Recuento de 24 horas:** La persona describe de forma detallada todo lo que bebió y comió en el día inmediatamente anterior a la entrevista. Debe especificar cada una de las ingestas e indicar las cantidades de la forma más precisa.
- **Cuestionario de frecuencia de consumo:** Se señala la frecuencia diaria/semanal/mensual con la que se consume cada uno de los alimentos del cuestionario de forma habitual.
- **Escala analógico-visual de dispepsia funcional:** se señala en cada una de las escalas el grado en el que se manifiestan síntomas de dispepsia funcional: plenitud, saciedad precoz, hinchazón o gases, entre otros.

- Valoración del grado de adherencia al patrón de dieta Mediterránea: consta de 14 preguntas acerca de la adherencia a la dieta Mediterránea.

Nepean Dyspepsia Index-Short Form (NDI-SF) (32)

Versión española: Jáuregui I, Santed MA, Bolaños P (Nutr Hosp 2011).
Estudia la calidad de vida en pacientes con dispepsia funcional. Este aspecto es de gran importancia por su influencia en el tratamiento nutricional en TCA. Las respuestas son 1= nada, 2= un poco, 3= moderadamente, 4= bastante, 5= muchísimo.

- *¿Se ha visto alterado tu bienestar emocional?*
- *Tu capacidad para involucrarte en lo que te divierte (salir, hacer deporte, hobbies, ...) ¿se ha visto alterada?*
- *¿Te has preguntado si siempre padecerás estas molestias?*
- *¿Se ha resentido tu capacidad de disfrutar con el estudio o el trabajo?*

Irrational Food Believes Scale (Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos) (33)

Versión española (Jáuregui I, Bolaños P, 2010). Analiza los conocimientos acerca de la alimentación. Consta de 57 ítems, mostrando algunos de ellos pensamientos irracionales y otros pensamientos racionales, que los sujetos tendrán que contestar en una escala de 1-4, siendo 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 completamente de acuerdo.

- *La comida es un sustituto del placer*
- *Comer sano no lleva más tiempo que hacerlo de forma insana*
- *El ejercicio puede anular los efectos de una mala alimentación*
- *Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida*
- *Si nadie me ve comiendo algo, las calorías no cuentan*
- *El desayuno es la comida más importante del día*
- *No ganarás peso por nada que comas antes de las ocho de la tarde*
- *Comer sano puede reducir el riesgo de algunas enfermedades como el cáncer, la diabetes o la enfermedad coronaria*

Food Craving Inventory (FCI-SP) (34)

Versión española: Jáuregui I, Bolaños P, Carbonero R, Valero E (Nutr Hosp 2010). Mide el “Food craving”, deseo intenso de consumir un alimento. Consta de 28 items que miden 3 factores:

- *Azúcares simples/grasas trans*
- *Hidratos de carbono complejos/proteínas*
- *Grasas saturadas/alto contenido energético*

Food Choice Questionnaire (FCQ-SP) (35)

Versión española: Jáuregui I, Bolaños P (Nutr Hosp 2011). Compuesto por 36 items que miden los factores que motivan la elección de alimentos por parte de los consumidores. Mide 9 dimensiones motivacionales: salud, estado de ánimo, comodidad, atractivo sensorial, contenido natural, precio, control de peso, familiaridad y preocupación ética.

Listado de alimentos en pacientes con TCA

Se muestran grupos de alimentos y los pacientes deben señalar:

- *Alimentos incluidos en la dieta habitualmente*
- *Alimentos incluidos en la dieta excepcionalmente*
- *Alimentos que evita*
- *Alimentos que ingiere durante los atracones*

Registros semanales de comidas

Son poco precisos. Indican la frecuencia de consumo de alimentos. Con el uso exclusivo de los registros no se conoce la cantidad exacta. Son frecuentes las discusiones entre paciente y familiares por la cantidad. En ocasiones, anotan los motivos que les llevan al ayuno, atracón o emociones que sienten en las comidas (utilidad para conocer sus miedos y para el tratamiento psicológico).

Fotografía digital

Se obtiene mayor precisión que con los registros. Se deben realizar antes y después de las comidas para conocer la cantidad exacta. Las 5 comidas deben ser fotografiadas. Realizar fotos de las comidas ayuda a mejorar la presentación de los platos, lo que facilita el esfuerzo de las pacientes durante las comidas. Se detectan hábitos que los pacientes y familiares no cuentan y que no reflejan en el registro, como el tipo de zumo, de yogur o el uso de alimentos precocinados.

Se realiza una mejor indicación de las cantidades, adaptadas a las necesidades del paciente. Se puede observar mejor la evolución del paciente.

REFERENCIAS

1. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test. *Psychol Med* 1979; 9: 273-279.
2. Candy C, Fee V. The underlying dimensions and psychometric properties of the Eating Behaviors and Body Image Test (EBBIT) for preadolescent girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 1998;27(1):117-27.
3. Jáuregui I, Pérez-Lancho C, Gómez-Capitán MJ, Durán E, Garrido O. Psychometric properties of the Spanish versión of the Eating Behaviours and Body Image Test for Preadolescent Girls (EBBIT). *Eating Weight Disord* 2009;14:e22-e28.
4. Morgan J, Reid F, Lacey H. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Br Med J* 1999; 319: 1467-8.
5. Garner DM. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-2*. Madrid: Tea Ediciones;1998.
6. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987;150: 18-24
7. Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Fernandez MC, Vila J, Reynoso J. The development and validation of Spanish versions of the state and trait food cravings questionnaires. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38: 1125-138.

8. Vandereycken W. Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(2):163-6.
9. Troop NA, Murphy F, Bramon E, Treasure JL. Disgust Sensitivity in Eating Disorders: A Preliminary Investigation. *Int J Eat Disord* 2000 27(4):446-51.
10. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int. J Eat Disord* 1987; 6: 485-494.
11. Coppenolle VH, Probst M, Vandereycken W, Vanderlinden J. Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 1995; 3: 133-145.
12. Winstead C, Cash TF. Reliability and validity of the Body Self-Relations Questionnaire. *Comunicación, Sotheaster Psychology Association. New Orleans;1984.*
13. Reed DL, Thompson JK, Brannick MT, Sacco WP. Body image anxiety and eating disorders. *Comunicación. Florida Psychological Association Convention, St. Petersburg;1990.*
14. Jáuregui I, Bolaños P. Spanish Version of the Body Appreciation Scale (BAS) for Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* 2011, Vol. 14 No. 1, 405-414.
15. Jáuregui I, Bolaños P. Body image and quality of life in a Spanish Population. *International Journal of General Medicine* 2011;4 63–72.

16. Jáuregui Lobera I, Santed MA, Shafran R, Santiago MJ, Estébanez S. Psychometric properties of the Spanish version of the Thought-Shape Fusion Questionnaire. *Span J Psychol* 2011.
17. Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35: 29-39.
18. Toro J, Castro J, Gila A, Pombo C. Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2005; 13: 351-359.
19. Moos RH, Moos BS. *Family Environment Scale manual* (2nd ed.). Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
20. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979;52:1-10.
21. Ballús C. *Adaptació del parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escola Professional de Psicologia Clínica;1991.
22. Locke HJ, Wallace KM. Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living* 1959;21:329-343.
23. Carrobles JA. Adaptación en población española de la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace, 1959; 1989. En Cáceres Carrasco J. *Manual de Terapia de Pareja en Intervención en familias*. Madrid. Fundación Universidad Empresa;1996.
24. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1970.

25. Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed MA, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2002;52:167–172.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4: 561-571.
27. Galassi JP, DeLo JS, Galassi MD, Bastien S. The college self-expression scale; a measure of assertiveness. *Behav Ther* 1974;5:165-171.
28. Rosenberg M. Rosenberg self esteem scale [RSE] . En Corcoran K, Fischer J. *Measures for clinical practice: A sourcebook.* (3ª Ed.). New York: Free Press;1979.
29. Beato L, Rodríguez T. Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). Development and psychometric properties. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31(3):111-9.
30. Derogatis L.R. SCL-R-90. Manual (Ed. 2002). Madrid: TEA Ediciones; 1977.
31. Millon T. MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon. Manual (Ed.1998). Madrid: TEA Ediciones;1997.
32. Jáuregui I, Santed MA, Bolaños P. Impact of functional dyspepsia on quality of life in eating disorder patients: the role of thought-shape fusión. *Nutr Hosp.* 2011;26(6):1363-1371.
33. Jáuregui I, Bolaños P. Spanish version of the irrational food beliefs scale. *Nutr Hosp.* 2010;25(5):852-859.

34. Jáuregui I, Bolaños P, Carbonero R, Valero E. Psychometric properties of the Spanish version of Food Craving Inventory (FCI-SP). *Nutr Hosp.* 2010;25(6):984-992.
35. Jáuregui I, Bolaños P. What motivates the consumer's food choice? *Nutr Hosp.* 2011;26(6):1313-1321.