

**(A)\_HOJA DE MEDIDAS ANTROPOMÓRFICAS**

Nombre:

Fecha:

Edad:

Peso:                      Altura:

IMC:

(en su caso percentil):

Peso subjetivo de la paciente

Peso deseado de la paciente:

Rango de peso saludable:

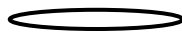
Índice Cintura/Cadera (ICC):



Pecho.....cm



Cintura.....cm



Caderas.....cm



Muslos.....cm

**(B)\_ENTREVISTA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS  
(C.Perpiñá)**

Nombre:

Fecha:

*I. HISTORIA DEL PESO.*

1.- ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas con el peso?  
(Especificar tanto por exceso como por defecto)

2.- ¿Cómo era tu peso en la infancia?. Eras una niña gordita/delgaducha/normal

2.1. ¿Y en la adolescencia?

3.- ¿Peso/Altura/edad en la primera regla?

4.- Actualmente, ¿Tus períodos menstruales son regulares?. Si no es así, ¿Cuándo dejaste de tener la regla? (Explorar si toma anticonceptivos)

5.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que más has pesado?

¿Cuándo?

¿A raíz de qué? ¿Hay alguna razón para ello? -Explorar estilo de vida-

5.1.- ¿Intentaste adelgazar en ese momento? ¿Cómo?

5.2.- Después de ello ¿ganaste peso? Cuánto (periodo de tiempo) Por qué

¿Ha habido más oscilaciones?

6.- Con la altura actual ¿Cuánto ha sido lo que menos has pesado?

¿Cuándo?

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

¿Cómo?

6.1. ¿Recuerdas algún acontecimiento clave en tu vida en ese momento? ¿Porque decidiste perder peso?

7.- ¿Cuál sería tu reacción si perdieras:?

- 1 kilo
- 2 kilos
- 5 kilos

7.1 - ¿Cuál si ganaras?

- 1 kilo
- 2 kilos
- 5 kilos

8.- Tal y como estás ahora, ¿Te gusta tu cuerpo? ¿Por qué?

8.1.- ¿Qué piensas, qué sientes sobre el hecho de estar gorda? ¿Piensas que ahora estas gorda (explorar si se “siente gorda”)?

9.- ¿En qué zonas de tu cuerpo te gustaría estar más delgada?

10.- ¿En qué medida estás satisfecha con tu peso actual? (Si el peso no les importa, retomar pregunta 8, o cambiar peso por cuerpo)

11.- ¿Crees que has perdido mucho peso? (o en su caso has ganado mucho peso)

12.- ¿Cuál sería tu peso ideal?

12.1 ¿En qué te basas para decir que ese sería tu peso ideal?

¿Crees que con ese peso te encontrarías mejor (física, estéticamente)?

13.- ¿Cuáles serían tus pesos límites?

- lo mínimo que estarías dispuesta a pesar
- lo máximo que estarías dispuesta a pesar

14.- ¿Qué actitud tiene tu familia con el peso y la apariencia corporal? Los más próximos (Matizar antes/después de empezar a perder peso)

## Anexo Instrumentos evaluación

15.- ¿Qué comentarios te molestan que hagan los demás sobre tu cuerpo?

15.1. ¿Hay gente que diga que estas gorda? ¿Quiénes son? ¿Han dicho eso en el pasado? ¿quiénes eran?

16.- ¿Te pesas? ¿Con qué frecuencia? (Matizar pasado/presente, si es que ya no se pesa o no se pesaba antes).

¿Cuándo sentiste la necesidad de pesarte?

17.- ¿Qué es lo que piensas cuando te pesas? (Matizar antes/después del acto de pesarse)

18.- ¿Te gusta mirarte al espejo (explorar si utiliza marcadores: costillas, rodillas, tripa...)

19.- ¿Te gusta que tu ropa te quede ceñida? (Explorar si utiliza la ropa como marcador. Dar ejemplos)

20.- ¿Llevas una vida muy activa? Cuéntame qué haces un día normal

¿Y antes? (de empezar a preocuparte tanto por tu peso)

21.- ¿Practicas algún ejercicio? (incluido andar o bailar) ¿Cuál, con qué frecuencia, durante cuánto tiempo?

22.- Cuando haces ejercicio, ¿piensas en las calorías que estás quemando?

23.- ¿Te sientes cansada después del ejercicio?

24.- ¿Te notas más débil después de tu pérdida de peso?

25.- ¿Sientes que has perdido control sobre tu cuerpo? ¿Cómo vives esa pérdida de control, en qué lo notas?

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

-¿Cuándo te diste cuenta de que habías perdido el control?

### *II. HISTORIA DE HABITOS ALIMENTARIOS*

1.- ¿Cómo describirías tu apetito antes de ahora? (Escaso, normal, exagerado?)

2.- ¿Eras una niña remilgada, delicada para comer?

3.- Habitualmente cuántas comidas al día hacías (antes del TA)?

desayuno/ almuerzo/ comida/ sobremesa/ merienda/ cena/ antes de dormir/ durante la noche

4.- ¿Cuántas veces te has puesto a régimen o has intentado restringir tus comidas para controlar tu peso?

En qué consistían?

5.- Hay alguna situación o factor en el que parecía incrementarse o decrecer tus períodos de restricción? (Poner ejemplos: exámenes, enfados...)

6.- Dirías que tu apetito es escaso, normal, exagerado (Antes/ahora).

7.- Descríbeme las comidas de un día normal antes de ir al centro de salud (antes de iniciar intervención) (En su caso, qué comiste ayer)

- Sabes cuántas calorías ingerías por día?

8.- Dirías que tu patrón de alimentación ha cambiado en cantidad o CALIDAD

8.1 Qué alimentos evitas en tus comidas. Formas de preparación (poner ejemplos) \*Poner cinco alimentos en orden de evitación

8.2 Qué reacción emocional tienes cuando comes esos alimentos “prohibidos” (culpable, nerviosa...)

9.- ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida (no ser capaz de resistirse a comer o parar de comer)?

9.1.- Si es el caso, preguntar por atracones subjetivos:

Temes perder el control sobre lo que comes, por ejemplo comer dos pastelitos en vez de uno o comer más de lo que pensabas?

## Anexo Instrumentos evaluación

¿Alguna vez lo has perdido?. Descripción (preguntar por pensamientos, sentimientos, situación. Ejemplo de un episodio

Antes:

Durante:

Después:

¿Con qué frecuencia te pasa?

10.- Si es el caso, preguntar por atracones objetivos

¿Te has “atracaado” de comida alguna vez? -comer mucha cantidad de comida en poco tiempo y sentir que ha perdido el control-

10.1 Con qué tipo de alimentos

10.2 Dónde ocurre

10.3 Qué ocurre

10.4 Qué emociones -estado de ánimo antes- /factores le preceden

10.5 Qué es lo que hace que pares de comer

10.6 Cuándo comenzaron los atracones

10.7 Frecuencia a la semana/mes

10.7 Qué hace que aumente/disminuyan su frecuencia

10.8 Cómo te sientes después

10.9 Qué haces después (purgas/ejercicio/ayuno posteriores)

11.- Si consideras que tienes control sobre la comida. Crees que es un logro. Te sientes orgullosa o feliz por ello ¿por qué?

12.- Has intentado alguna vez vomitar (cuándo, ingesta normal o atracón). Frecuencia.

¿El hecho de vomitar es un problema para ti?

¿Has usado alguna vez fármacos que te ayuden a vomitar?

¿Te has metido los dedos para poder vomitar?

¿Qué sientes antes de vomitar? ¿Y después de vomitar?

¿Qué sentimientos o acontecimientos te provocan que vomites?

¿Cuándo comenzaste a vomitar?

¿Con qué frecuencia vomitas?

¿Por qué vomitas?

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

¿Vomitas después de las comidas o de los atracones o sólo después de comer ciertos tipos de alimentos?

¿Cuándo fue la última vez que te provocaste el vómito?

¿Hay algún método que hayas descubierto para no vomitar aunque tengas ganas de hacerlo?

13.- Has tomado diuréticos (herbolarios), laxantes o supresores del apetito? Cuándo. Cantidad. Frecuencia.

14.- Has hecho ejercicio para quemar calorías? Cuándo. Duración. Frecuencia.

15.- (En caso de que ya esté en tratamiento) Describeme las comidas de un día normal de ahora ¿Qué comiste ayer?

- Sabes cuántas calorías ingieres por día?

16.- ¿Te sientes hinchada después de comer? -cualquier ingesta, ingesta particular

17.- Has tenido historia de estreñimiento

Lo estás ahora

18.- ¿Prefieres comer con o sin compañía? ¿Por qué?

19.- ¿Con quién comes habitualmente?

19.1 Conocen ellos tus problemas de comida

20.-¿Qué comentarios te molestan?

21.- En qué piensas, qué sientes cuando estás comiendo? (explorar culpa/disgusto aunque sea una comida normal)

22.- ¿Cómo comes? ¿Cuánto tiempo inviertes en comer?:

Deprisa/despacio

Masticas mucho/poco las porciones

Tomas bocados grandes/pequeños

Hay poco/mucho tiempo entre bocado y bocado

Cortas tu comida en trozos pequeños

Escondes alimentos con algún propósito

23.- Piensas en la comida a lo largo del día (Pensamientos intrusivos). Le dedicas demasiado tiempo a pensar en la comida?

24.- Picas entre comidas ¿te gustaría hacerlo?

## Anexo Instrumentos evaluación

25.- ¿Te gusta hacer la compra?

26.- Te gusta guisar para otros?

### *III. ÁREA SOCIAL*

1.- ¿Cómo calificarías tu vida social (frecuencia de contactos sociales):nula/moderada/intensa

2.- ¿Tienes dificultades en tus relaciones sociales?

3.- ¿Evitas salir con tus amigos para no ponerte en evidencia, para que no te observen? ¿Por qué?

4.- ¿Tienes más o menos amigos que antes?

5.- ¿Sales más o menos que antes?

6.- ¿Qué actividad haces durante el fin de semana? Casa, fuera de casa.

7.- ¿En qué empleas tu tiempo libre?

### *IV. AUTOESTIMA*

1.- Coméntame aspectos positivos sobre ti

2.- Coméntame aspectos negativos sobre ti

3.- Coméntame aspectos que te gustaría tener (y no tienes)

### *V. ASPECTOS MOTIVACIONALES*

1.- ¿Qué es lo que más te molesta de lo que te sucede?

2. Enumérame las razones que te animan a parar o dejar de hacer aquello que te incomoda, y las razones que te animan a NO para o dejar de hacer aquello que te incomoda.



## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

3.- De lo que quieres cambiar, de 0 (*no me interesa cambiar nada*) a 10 (*he de hacer todo lo posible para cambiar*), ¿en qué puntuación te encontrarías?.

## Anexo Instrumentos evaluación

### (C1)\_EES-C (Tanofsky-Kraff, y cols, 2007)<sup>1</sup>

Todas las personas reaccionamos a los distintos sentimientos de maneras diferentes. Algunos tipos de sentimientos nos hacen querer comer. Por favor, dinos en qué medida los siguientes sentimientos te hacen querer comer marcando con un aspa ( X ) la casilla que mejor se ajuste a tu caso.

#### EJEMPLO

Cuando me siento...	No tengo ganas de comer	Tengo un deseo pequeño de comer	Tengo un deseo moderado de comer	Tengo un fuerte deseo de comer	Tengo un deseo de comer muy fuerte	Más o menos ¿cuántos días a la semana comes porque te sientes de esta manera (0-7)?
Hambriento/a					X	3
Cuando me siento...	No tengo ganas de comer	Tengo un deseo pequeño de comer	Tengo un deseo moderado de comer	Tengo un fuerte deseo de comer	Tengo un deseo de comer muy fuerte	Más o menos ¿cuántos días a la semana comes porque te sientes de esta manera (0-7)?
Resentido/a						
Desanimado/a						
Tembloroso/a						
Rendido/a						
No haciendo lo suficiente						
Ansioso/a						
Desobediente						
Decaído/a						
Inquieto/a						
Triste						
Estresado/a						
Irritado/a						
Celoso/a						
Preocupado/a						
Frustrado/a						
Solo/a						
Furioso/a						
Al Límite						
Confuso/a						
Nervioso/a						
Enfadado/a						
Culpable						
Aburrido/a						
Impotente						
Alterado/a						
Alegre						

<sup>1</sup> Tanofsky-Kraff, et al., *Int J Eat Disord* 2007; 40:232-240; (Versión adultos: Arnou et al., 1995).

Adaptación española: Perpiñá, C., Cebolla, A., Botella, C., Lurbe, E. & Torró, M. (2011). Emotional Eating Scale for Children and Adolescents: Psychometric Characteristics in a Spanish Sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2011, 40 (3), 424 — 433.

**CLAVE DE CORRECCIÓN: EES-C**

Los adjetivos son valorados en un formato tipo Likert de 5 puntos que valora la relación entre la emoción y la intensidad del deseo de comer que provoca.

Se puntúa en una escala de 0 a 4: 0-No tengo ganas de comer; 4-Tengo un deseo de comer muy fuerte. Tengo un deseo de comer muy fuerte

El análisis factorial confirmatorio de la adaptación española (Perpiñá et al., 2011) revela 5 escalas:

Ira-enfado: ítems 13, 14, 15, 17, 18, 21

Ansiedad: ítems: 3, 6, 9, 11, 16, 20, 25

Depresión: ítems 1, 2, 8, 10

Inquietud-desasosiego: ítems 4, 7, 12, 19, 23

Desesperanza: ítems 5, 22, 24

El ítem 26: alegre, no entra en el cómputo

## Anexo Instrumentos evaluación

### (C2) \_EES- Arnow, Kenardy y Agras (1995) y modificado.

Todas las personas respondemos a las distintas emociones de formas diferentes. Algunos tipos de sentimientos hacen que las personas experimenten como un impulso a comer. Por favor, indica hasta qué punto los siguientes sentimientos te hacen sentir un impulso a comer señalando con un aspa la celdilla adecuada.

CUANDO ME SIENTO	Ningún deseo de comer	Un ligero deseo de comer	Un moderado deseo de comer	Un fuerte deseo de comer	Un irresistible deseo de comer
RESENTIDA					
DESANIMADA					
TEMBLOROSA					
RENDIDA					
INADECUADA					
ANSIOSA					
REBELDE					
MELANCÓLICA					
ATACADA DE LOS NERVIOS					
TRISTE					
INQUIETA					
IRRITADA					
CELOSA					
PREOCUPADA					
FRUSTRADA					
SOLA					
FURIOSA					
AL LÍMITE					
CONFUSA					
NERVIOSA					
ENFADADA					
CULPABLE					
ABURRIDA					
IMPOTENTE					
ALTERADA					
CONTENTA					
DIVERTIDA					
EUFÓRICA					
ORGULLOSA					
SATISFECHA					
ANIMADA					
SEGURA					
CÓMODA					
TRANQUILA					
ALEGRE					
RELAJADA					
ACOMPAÑADA					
ENTRETENIDA					
FELIZ					
SORPRENDIDA					
QUERIDA					
VALORADA					
PROTAGONISTA					

\*Los adjetivos sombreados no están en el cuestionario original

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

### (D)\_AUTO-REGISTROS DE INGESTA (C.Perpiñá)

#### (D1) Modelo para AN y BN

Nombre:

Fecha:

Hora: Inicio/ Final	Ingesta	Cantidad de Hambre Antes/ Después (0-10)	atración	purga	Contexto, Lugar Pensamiento-Emoción-Consecuencia	Deseo de Ayunar/ Atracarse /Vomitarse (0-10) Ay At V		

Ay: ayuno; At: atracón; V: vómito

#### (D2) Modelo para Trastorno de atracón y obesidad

Nombre:

Fecha:

Hora: Inicio/ Final	Comidas y bebidas ingeridas.	Cantidad de Hambre (0-10) Antes/Después	*	Lugar	Calorías	Observaciones.

\* :si lo considera excesivo.

## Anexo Instrumentos evaluación

### (E)\_Jerarquía de alimentos prohibidos (Adaptado de modelos de C. Fairburn y el grupo de Oxford)

Nombre:

	Comidas y formas de preparación	Semana del Programa en que se come	Objetivo cumplido
POCO PROHIBIDAS <i>(Podría plantearme comerlas, aunque me resulta difícil)</i>	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
ALGO PROHIBIDAS	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
MODERADAMENTE PROHIBIDAS	11		
	12		
	13		
	14		
	15		
MUY PROHIBIDAS <i>(Jamás las comería)</i>	16		
	17		
	18		
	19		
	20		

**(F)\_MBSRQ-AS-34 (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire Appearance Scales) – Cash, 2000. Traducción y validación española (Roncero *et al.*, en prensa)**

Ejemplo de algunos de los ítems(\*):

*A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de cómo las personas piensan, sienten o se comportan. Por favor, indique en qué medida se siente usted identificado con cada afirmación. Sus respuestas son anónimas y, por lo tanto, no ponga su nombre en ninguno de los materiales. Para rellenar el cuestionario lea cada afirmación con detenimiento y decida en qué medida se siente usted identificada/o con ella. Señale su respuesta escribiendo un número para cada afirmación de acuerdo a la siguiente escala.*

1	2	3	4	5	
En total desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.	Antes de salir de casa, siempre presto atención a mi aspecto.				
2.	Procuro comprar ropa que me siente lo mejor posible.				
3.	Mi cuerpo es sexualmente atractivo.				
4.	Me preocupo constantemente acerca de estar o llegar a estar gorda/o.				
5.	Me gusta mi aspecto tal como es.				
6.	Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo.				
7.	Antes de salir de casa, normalmente paso mucho tiempo preparándome.				

(...)

(\*) Para obtener una copia hay que solicitar una Licencia de uso a T. Cash en [www.body-images.com](http://www.body-images.com)

## Anexo Instrumentos evaluación

### (G) \_Test Conductual ante el espejo y el peso (Perpiñá, Botella y Baños, 2000).

Nombre:

Terapeuta:

Fecha:

#### ESCALA 1:

##### *Instrucciones:*

*El paciente debe estar a un metro de distancia de un espejo de cuerpo entero Preguntar en qué medida: le gustaría evitarlo o bien siente la necesidad de mirarse. Posteriormente, debe ver su imagen reflejada durante 30 segundos. Al terminar debe valorar la ansiedad / malestar con su cuerpo en la siguiente escala.*

Grado de: Evitación/siente necesidad (señalar lo que proceda)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Algo		Bastante		Muchísimo		

Nivel de ansiedad / malestar:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Algo		Bastante		Muchísimo		

#### ESCALA 2

##### *Instrucciones.*

*El paciente debe estar subido en la báscula, sin ver el peso que tiene. Preguntar en qué medida: le gustaría evitarlo o bien siente la necesidad de conocer su peso Se le debe preguntar el nivel de ansiedad / malestar que siente mientras se le está pesando*

Grado de: Evitación/siente necesidad (señalar lo que proceda)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Algo		Bastante		Muchísimo		

Nivel de ansiedad / malestar:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Poco		Algo		Bastante		Muchísimo		



**(H)\_YBC-EDS<sup>2</sup>** *The Yale–Brown–Cornell eating disorder scale*  
**Versión autoinforme**

A continuación encontrarás una serie de frases sobre formas de pensar, sentir actuar. Léelas atentamente y marca la respuesta que describa mejor cuál ha sido tu caso *en el último mes*. Junto a cada frase encontrarás unos números, van desde el 0 hasta el 4, y te indican hasta qué punto tú piensas, sientes o haces, lo que dice la frase. Sólo tienes que marcar con un aspa (X), la que elijas. Las alternativas son:

- 0. Nunca
- 1. Rara vez
- 2. A menudo
- 3. Habitualmente
- 4. Siempre

Este es un ejemplo de respuesta:

1. Temes a subir en avión	0	1	2	3	4
2. Necesitas comprobar que has cerrado con llave la puerta de tu casa al salir.	0	1	2	3	4

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, sólo se trata de dar tu propia opinión acerca de ti. Trata de ser sincera contigo misma y contesta con espontaneidad, sin pensártelo demasiado. Tus respuestas serán tratadas confidencialmente y sólo se utilizarán de modo global, transformándolas en puntuaciones.

Si al marcar tu contestación te equivocas o quieres cambiar alguna respuesta, borra el aspa X y marca en el otro número que hayas elegido. Por favor no dejes ninguna pregunta sin contestar, eso invalida el cuestionario.

**- Gracias por tu colaboración -**

---

<sup>2</sup> Mazure CM, Halmi KA, Sunday SR, Romano SJ, Einhorn AM. The Yale–Brown–Cornell eating disorder scale: Development, use, reliability and validity. *J Psychiatr Res* 1994;28:425–445.

Validación española: Perpiñá, C., Giraldo-O'Meara, M., Roncero, M., y Martínez-Gómez, M. (2015) Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale Self-Report version (SR-YBC-EDS) in Spanish clinical and non-clinical samples. *Eating Behaviors*, 1, 6-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.005>.

## Anexo Instrumentos evaluación

	N U N C  A	R A R A  V E Z	A  M E  N U D O	H A B I  T U A L M	S I E M  P R E
1. Clasificas toda la comida en buen o mala	0	1	2	3	4
2. Piensas excesivamente en el contenido de grasa de la comida	0	1	2	3	4
3. Piensas excesivamente en el contenido calórico de la comida	0	1	2	3	4
4. Piensas excesivamente en el contenido de azúcar de la comida	0	1	2	3	4
5. Tienes miedo a comer cierto tipo de comida provoque cambios corporales inmediatos. (p.e. comer grasa y pensar que se depositará en tus caderas)	0	1	2	3	4
6. Tienes miedo a comer un plato lleno de comida	0	1	2	3	4
7. Tienes miedo a comer toda la comida que hay en un plato	0	1	2	3	4
8. Tienes miedo a beber líquidos	0	1	2	3	4
9. Tienes miedo a no ser capaz de beber líquidos	0	1	2	3	4
10. Tienes miedo a ser incapaz de comer	0	1	2	3	4
11. Tienes miedo a ser incapaz de parar de comer	0	1	2	3	4
12. Tienes miedo a comer delante de otras personas	0	1	2	3	4
13. Tienes miedo a ser gorda o tener sobrepeso	0	1	2	3	4
14. Tienes miedo a sobrepasar un peso concreto o que tu peso se salga de un pequeño intervalo.	0	1	2	3	4
15. Te preocupas excesivamente por una parte específica de tu cuerpo o aspectos de tu apariencia	0	1	2	3	4
16. Tienes miedo a que los/as demás piensen que estás gorda	0	1	2	3	4
17. Te preocupas excesivamente por la talla de la ropa (no comprarías ropa, aunque te quedara bien, que no fuese de una talla pequeña)	0	1	2	3	4
18. Tienes miedo a llevar cierto tipo de ropa	0	1	2	3	4
19. Tienes miedo a llevar ropa demasiado ancha o demasiado ajustada	0	1	2	3	4
20. Piensas en almacenar comida	0	1	2	3	4
21. Piensas en hacer ejercicio	0	1	2	3	4

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

*A continuación tienes que contestar varias preguntas relacionadas con tus preocupaciones actuales, es decir sobre aquellas preocupaciones que entorpecen a la comida y el cuerpo has tenido en el último mes.*

*Léelas atentamente y marca con un aspa (X) el número que mejor se ajuste a tu respuesta.*

1. ¿Cuánto tiempo, incluidas las horas de las comidas, estas ocupada con tus preocupaciones?

- 0. Nada
- 1. Algo, menos de una hora al día (me asaltan ocasionalmente).
- 2. Bastante, de 1 a 3 horas al día (me asaltan con frecuencia).
- 3. Mucho, de 3 a 8 horas al día (me asaltan con mucha frecuencia).
- 4. Muchísimo, más de 8 horas al día (me asaltan constantemente).

2. ¿Cuánto interfieren tus preocupaciones con tu vida social o con el trabajo o las clases?

- 0. Nada
- 1. Algo, interfieren ligeramente en mis actividades, pero no alteran su realización.
- 2. Bastante, interfieren claramente en mis actividades, pero son manejables.
- 3. Mucho, deterioran mucho la realización de mis actividades.
- 4. Muchísimo, me impiden realizar mis actividades.

3. ¿Cuánto malestar te causan tus preocupaciones?

- 0. Nada.
- 1. Algo, no me alteran demasiado.
- 2. Bastante, me alteran, pero es manejable.
- 3. Mucho, me alteran mucho.
- 4. Muchísimo, el malestar es casi constante y me incapacita.

4. ¿Cuánto control tienes sobre tus preocupaciones? ¿Tienes éxito en parar o desviar tus preocupaciones?

- 0. Control total
- 1. Mucho control, habitualmente puedo parar o desviar mis preocupaciones con esfuerzo y concentración.
- 2. Bastante control, algunas veces puedo parar o desviar mis preocupaciones.
- 3. Poco control, rara vez logro parar o eliminar mis preocupaciones, sólo puedo desviar mi atención con dificultad.
- 4. Nada de control, las tengo de manera completamente involuntaria, rara vez soy capaz de alterar momentáneamente el pensamiento.

## Anexo Instrumentos evaluación

	N U N C A	R A R A  V E Z	A  M E N U D O	H A B I T U A L M	S I E M P R E
1. Necesitas comer la comida a un ritmo determinado	0	1	2	3	4
2. Necesitas masticar cada bocado un número concreto de veces	0	1	2	3	4
3. Necesitas cortar cada trozo de comida de un tamaño determinado	0	1	2	3	4
4. Necesitas consumir comida de cierto tipo o color	0	1	2	3	4
5. Necesitas evitar cierto tipo de comida (p.e. grasas)	0	1	2	3	4
6. Necesitas acabar de comerte un tipo de alimento para poder comer otro (p.e. comerte todos los guisantes antes de empezar con las patatas)	0	1	2	3	4
7. Necesitas tomar los líquidos en una cantidad o de una manera determinada (p.e. tomar 2 vasos de agua antes de las comidas)	0	1	2	3	4
8. Necesitas comer cosas hechas por ti.	0	1	2	3	4
9. Necesitas dejar comer algo de comida en el plato, no puedes comer todo lo que hay en el plato	0	1	2	3	4
10. Necesitas manipular o revolver la comida	0	1	2	3	4
11. Necesitas llenar el vaso o el plato sólo parcialmente. No puedes llenarlos del todo	0	1	2	3	4
12. Necesitas poner la mesa de un modo determinado antes de comer	0	1	2	3	4
13. Necesitas limpiarte la boca con la servilleta un número fijo de veces después de cada bocado.	0	1	2	3	4
14. La comida no puede tocar tus labios	0	1	2	3	4
15. Ninguna parte del cuerpo puede tocar la mesa o el plato	0	1	2	3	4
16. Necesitas comer exactamente lo que está planeado (p.e. no se puede sustituir una naranja por una manzana)	0	1	2	3	4
17. Necesitas contar las calorías de todo lo que comes	0	1	2	3	4
18. Necesitas calcular la grasa de todo lo que comes	0	1	2	3	4
19. Necesitas cocinar para otras personas	0	1	2	3	4
20. Necesitas empezar cada atracón con un tipo de comida o con alimentos de un color específico	0	1	2	3	4
21. Necesitas comer sólo cierto tipo/s de comida	0	1	2	3	4
22. Necesitas comer toda la comida que esté presente (no puedes dejar alimentos sin comer, sea lo que sea)	0	1	2	3	4

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

	N U N C A	R A R A  V E Z	A  M E N U D O	H A B I T U A L M	S I E M P R E
23. Necesitas vomitar de un modo específico o en una posición concreta (p.e. usando dos dedos para vomitar)	0	1	2	3	4
24. Necesitas eliminar un mínimo (vomitando, con laxantes o ejercicio)	0	1	2	3	4
25. Necesitas que no pase más de cierto tiempo después de comer para eliminar la comida (vomitando, con laxantes...)	0	1	2	3	4
26. Necesitas usar un número específico de laxantes	0	1	2	3	4
27. Necesitas eliminar la comida (vomitando, con laxantes...) en un lugar concreto	0	1	2	3	4
28. Necesitas que tus muslos no se toquen mientras estas sentada o de pie	0	1	2	3	4
29. Necesitas comprobar continuamente que puedes rodear tu muñeca con los dedos	0	1	2	3	4
30. Necesitar notas continuamente los huesos de tu cadera	0	1	2	3	4
31. Necesitas verte continuamente un hueso específico (p.e la muñeca)	0	1	2	3	4
32. Tienes ciertas costumbres cuando vas al servicio (p.e. te aprietas el estómago cuando defecas)	0	1	2	3	4
33. Necesitas ponerte mucha ropa para forzarte a sudar	0	1	2	3	4
34. Necesitas pesarte o comprobar tu peso repetidamente	0	1	2	3	4
35. Necesitas pesarte únicamente siguiendo un ritual (p.e. desnuda a las 8 de la mañana, después de ir al baño)	0	1	2	3	4
36. Necesitas hacer ejercicio después de las comidas	0	1	2	3	4
37. Necesitas hacer ejercicio de un modo específico o en un momento concreto (p.e. levantarte a correr a las 7 AM)	0	1	2	3	4
38. Tienes un patrón ritual de ejercicio (si tienes que hacer 50 abdominales y lo interrumpes cuando vas por el 49, tienes que volver a empezar).	0	1	2	3	4
39. Necesitas estar moviéndote todo el tiempo, no puedes estar sentada sin moverte constantemente	0	1	2	3	4
40. Necesitas tiritar de frío para quemar calorías, antes que ponerte ropa que te abrigue.	0	1	2	3	4
41. Acumulas comida de un modo ritualizado	0	1	2	3	4
42. Coleccionas y guardas recetas, fotos de comida, artículos...	0	1	2	3	4
43. Haces listas de tu peso corporal	0	1	2	3	4
44. Haces listas de la ingesta (toma) de calorías	0	1	2	3	4

## Anexo Instrumentos evaluación

*A continuación tienes que contestar varias preguntas relacionadas con tus comportamientos rituales, es sobre aquellas cosas que haces siguiendo un orden específico o en un momento concreto, sin que pueda alterarse nada del proceso. Céntrate en las conductas rituales que has tenido en el último mes. Léelas atentamente y marca con un aspa ( X ) el número que mejor se ajuste a tu respuesta.*

1. ¿Cuánto tiempo dedicas a tus rituales? ¿Con qué frecuencia tienes rituales?

- 0. Nada.
- 1. Algo, les dedico menos de 1 hora al día. Tengo rituales ocasionalmente.
- 2. Bastante, les dedico de 1 a 3 horas al día. Tengo rituales con frecuencia.
- 3. Mucho, les dedico de 3 a 8 horas al día. Tengo rituales con mucha frecuencia.
- 4. Muchísimo, les dedico más de 8 horas al día. Tengo rituales constantemente, demasiados para contarlos.

2. ¿Cuánto interfieren tus rituales en tu actividad social o con el trabajo o las clases?

- 0. Nada.
- 1. Algo, interfieren ligeramente en mis actividades, pero no alteran su realización.
- 2. Bastante, interfieren claramente en mis actividades, pero son manejables.
- 3. Mucho, deterioran mucho la realización de mis actividades.
- 4. Muchísimo, me impiden realizar mis actividades.

3. ¿Cómo te sentirías de mal si algo te impidiera llevar a cabo tus rituales?

- 0. Nada.
- 1. Algo, sólo una ligera ansiedad si algo me impidiera llevar a cabo mis rituales.
- 2. Bastante, la ansiedad podría aumentar pero permanecería manejable si algo me impidiese llevar a cabo mis rituales.
- 3. Mucho, el aumento de la ansiedad sería importante y muy molesto si mis rituales se interrumpieran.
- 4. Muchísimo, la ansiedad sería incapacitante si algo modificara lo que estoy haciendo.

4. ¿Cuánto control tienes sobre tus rituales?

- 0. Control total.
- 1. Mucho control, noto presión para realizar los rituales, pero habitualmente soy capaz de ejercer un control voluntario sobre ellos.
- 2. Bastante control, tengo una fuerte presión para realizar el ritual, puedo controlar sólo con dificultad.
- 3. Poco control, tengo un fuerte impulso para realizar los rituales, tengo que continuar hasta completarlos, como mucho los puedo retrasar pero con mucha dificultad.
- 4. Ningún control, la conducta realizada sería experimentada como completamente involuntaria e irresistible, rara vez soy capaz de retrasar la actividad aunque sea momentáneamente.

**CLAVE DE CORRECCIÓN: SR-YBC-EDS (Perpiñá et al., 2015)**

***Primera parte: listado de preocupaciones (ítems 1-21)***

Puntuación total y 3 escalas:

Preocupaciones (ítems: 2, 3, 4, 15, 17, 20, 21)

Miedo peso/figura (ítems: 1, 11, 13, 14, 16, 18, 19)

Miedo comida (ítems: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12)

***Segunda parte: escala de gravedad-preocupaciones***

Cuatro ítems que se puntúan de 0 a 4

***Tercera parte: listado de rituales (ítems 1-44)***

Una única escala. Sumatorio

***Cuarta parte: escala de gravedad-rituales***

Cuatro ítems que se puntúan de 0 a 4

**NORMAS DE CORRECCIÓN:**

*\*Primera y tercera parte: Listado preocupaciones y rituales.*

-Listado de Preocupaciones: Tres subescalas (Preocupaciones; Miedo peso/figura; Miedo comida) y Puntuación total preocupaciones.

-Listado de rituales: puntuación total

*\*Segunda y cuarta parte: Escalas de gravedad.*

Esta es la escala que se interpreta y sobre la que está hecho el análisis factorial confirmatorio. Se puede obtener una puntuación de la escala de gravedad total, de la subescala de preocupaciones y de la subescala de rituales.

Puntuación total gravedad: punto de corte recomendado: 13

Subescala de preocupaciones; puntos de corte recomendados: 8-9

Subescala de rituales; puntos de corte recomendados: 4-5

### (I) INPIAs<sup>1</sup>

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez sobre nuestra **APARIENCIA FÍSICA, LA COMIDA, O EL PESO**. Estos pensamientos **SE NOS METEN EN LA CABEZA EN CONTRA DE NUESTRA VOLUNTAD, INTERRUPTEN** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En ocasiones puede que nos resulte **DIFÍCIL CONTROLARLOS**, es decir **QUITARLOS** de la cabeza, pararlos, dejar de pensar en ellos, a pesar de que nos esforcemos e intentemos no pensar en ellos.

Además, esos pensamientos resultan **MOLESTOS, DESAGRADABLES**, y en ocasiones hasta inaceptables, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o porque van en contra de nuestras creencias, nuestros valores, o simplemente porque nos parecen inoportunos.

Este tipo de pensamientos se denominan “**INTRUSIONES MENTALES**”, y pueden presentarse en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

1. Como **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
  2. Como **IMPULSOS**, o como una **NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
  3. O, simplemente como **PENSAMIENTOS** sobre algo.
- Nos interesa saber si tú has experimentado también **este tipo de intrusiones mentales**.
  - En las páginas siguientes encontrarás un listado de estas intrusiones mentales que, pueden aparecer como **PENSAMIENTOS, COMO IMPULSOS, O COMO IMÁGENES**. Junto a cada pensamiento hay una escala que va de “0” (nunca la he experimentado) a “6” (la experimento continuamente, todo el tiempo).
  - Te pedimos que indiques **CON QUÉ FRECUENCIA** tienes cada una de las intrusiones mentales de la lista. Recuerda que estas intrusiones pueden aparecer como **imágenes, como pensamientos, o como necesidades urgentes de hacer o decir algo**. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Todos los datos que obtengamos serán tratados confidencialmente, de modo que nadie pueda saber de quién son las respuestas. Por lo tanto, **responde con la máxima sinceridad**.
  - En la segunda parte del cuestionario, te pediremos que respondas algunas preguntas relacionadas con la intrusión de la lista que te resulta más molesta o antipática cuando la tienes.

---

<sup>1</sup> *Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios; INPIAS (Eating-related Intrusive Thoughts Inventory; EITI) (Perpiñá, Roncero & Belloch, 2008). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2008, 13 (3), 187-203.*  
*Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A., & Sánchez-Reales, S. Eating-related Intrusive Thoughts Inventory: exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. Psychological Reports, 2011, 109 (1), 1-19.*



## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

0. 0. NUNCA: "**Nunca** he tenido esta intrusión mental"  
 1. RARA VEZ: "**He** tenido este pensamiento **una o dos veces en toda mi vida**"  
 2. OCASIONALMENTE: "**He** tenido este pensamiento **algunas veces al año**"  
 3. A VECES: "**Tengo** este pensamiento **una o dos veces al mes**"  
 4. A MENUDO: "**Tengo** el pensamiento **una o dos veces por semana**"  
 5. MUY A MENUDO: "**Lo** pienso **a diario**"  
 6. SIEMPRE: "**Pienso** en esto frecuentemente, durante todo el día"

**Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto se me mete en la cabeza el pensamiento, o la imagen, de....**

1.	Qué como, qué debo y qué no debo comer	0	1	2	3	4	5	6
2.	No debería comerme nada de esto	0	1	2	3	4	5	6
3.	Hay que comer despacio	0	1	2	3	4	5	6
4.	Hay que cortarlo todo en trozos pequeños	0	1	2	3	4	5	6
5.	He de conseguir dejarme algo en el plato	0	1	2	3	4	5	6
6.	Voy a vomitar	0	1	2	3	4	5	6
7.	Voy a engordar	0	1	2	3	4	5	6
8.	Detrás de un kilo, ganaré otro, y otro, y otro...	0	1	2	3	4	5	6
9.	Tengo que hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6

**Es ver la comida, o estar comiendo, y de pronto tengo el impulso de....**

10.	Ponerme a contar las calorías de lo que tengo delante	0	1	2	3	4	5	6
11.	Ponerme a comer sin parar, hasta que me lo acabe todo	0	1	2	3	4	5	6
12.	Almacenar o acumular comida	0	1	2	3	4	5	6

**En cuanto he acabado de comer, me asalta el pensamiento, o la imagen de...**

13.	Lo que he comido se convierte en grasa y se acumula en alguna parte de mi cuerpo	0	1	2	3	4	5	6
14.	¿Cuántas calorías me he metido en el cuerpo?	0	1	2	3	4	5	6
15.	Detrás de un kilo, ganaré otro, y otro, y otro...	0	1	2	3	4	5	6
16.	Todo lo que he comido tendré que quemarlo haciendo ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
17.	¿Debería vomitar?	0	1	2	3	4	5	6
18.	No debería haber comido nada de esto	0	1	2	3	4	5	6
19.	Tengo que ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5	6

**En cuanto he acabado de comer, me asalta el impulso de...**

20.	Ayunar	0	1	2	3	4	5	6
21.	Quemar calorías, hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
22.	Vomitir	0	1	2	3	4	5	6
23.	Laxarme	0	1	2	3	4	5	6

**Si alguien me mira, aunque no me diga nada, me viene a la cabeza el pensamiento de...**

24.	Estoy horrible	0	1	2	3	4	5	6
25.	He engordado	0	1	2	3	4	5	6
26.	Le da asco mi aspecto	0	1	2	3	4	5	6
27.	Se ha dado cuenta de que tengo pistoleras, o michelines, o barriga	0	1	2	3	4	5	6

## Anexo Instrumentos evaluación

0. **NUNCA:** “*Nunca he tenido esta intrusión mental*”
1. **RARA VEZ :** “*He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida*”
2. **OCASIONALMENTE :** “*He tenido este pensamiento algunas veces al año*”
3. **A VECES:** “*Tengo este pensamiento una o dos veces al mes*”
4. **A MENUDO:** “*Tengo el pensamiento una o dos veces por semana*”
5. **MUY A MENUDO:** “*Lo pienso a diario*”
6. **SIEMPRE:** “*Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día*”

***Cuando me estoy arreglando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o de un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen de...***

28	Estoy gordo/a	0	1	2	3	4	5	6
29	Tengo que ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5	6
30	Tengo que hacer más ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
31	¿Me habrá aumentado la barriga?	0	1	2	3	4	5	6
32	¿Me habrán salido michelines?	0	1	2	3	4	5	6
33	Mi estómago es enorme							
34	Nunca conseguiré que me guste mi aspecto	0	1	2	3	4	5	6
35	Estoy horrorosa/o	0	1	2	3	4	5	6

***Cuando me estoy arreglando para salir, o simplemente cuando paso delante de un espejo o de un cristal, o cuando me peso, de pronto me asalta el impulso de...***

36	Ayunar	0	1	2	3	4	5	6
37	Hacer ejercicio	0	1	2	3	4	5	6
38	Esconder o disimular alguna parte de mi cuerpo	0	1	2	3	4	5	6

***Cuando voy con mis amigos por la calle, o en una fiesta, o estoy con conocidos, me asalta el pensamiento o, la imagen de....***

39	¿Pensarán que estoy gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
40	Me están mirando el culo porque he engordado	0	1	2	3	4	5	6
41	Todos/as mis amigos/as están más delgados que yo	0	1	2	3	4	5	6
42	Nunca conseguiré estar lo bastante atractivo/a	0	1	2	3	4	5	6

***Así porque sí, sin venir a cuento, de pronto me asalta el pensamiento, o la imagen de...***

43	Debería pesarme	0	1	2	3	4	5	6
44.	Estoy gordo/a	0	1	2	3	4	5	6
45	Ser gordo/a es horroroso	0	1	2	3	4	5	6
46	Sería maravilloso estar delgado/a	0	1	2	3	4	5	6
47	Hoy no como	0	1	2	3	4	5	6

***Así porque sí, sin venir a cuento, de pronto me asalta el impulso de...***

48	Pesarme	0	1	2	3	4	5	6
49	Ponerme a dieta	0	1	2	3	4	5	6

50	Hacer ejercicio para quemar calorías	0	1	2	3	4	5	6
----	--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

## PARTE II- A

- Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES**.
- Decide cuál de esas intrusiones es la más **MOLESTA**, la más **DESAGRADABLE**, o la que **más te afecta CUANDO LA TIENES**, y anótala a continuación:

---



---



---

- La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número \_\_\_\_\_ de la lista anterior (Parte A).

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA**

<p><b>1. ¿Cómo es de MOLESTA esa intrusión?</b></p> <p>0. No es nada molesta  1. Es algo molesta  2. Es molesta  3. Es muy molesta  4. Es extremadamente molesta.</p>	<p><b>2. ¿Hasta qué punto te sientes ANSIOSO o NERVIOSO cuando tienes esa intrusión mental?</b></p> <p>0. No me siento ansioso o nervioso  1. Me siento algo ansioso o nervioso  2. Me siento ansioso o nervioso  3. Me siento muy ansioso o muy nervioso  4. Me siento extremadamente ansioso o nervioso</p>
<p><b>3. ¿Hasta qué punto te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?</b></p> <p>0. No me siento triste  1. Me siento algo triste  2. Me siento triste  3. Me siento muy triste  4. Me siento extremadamente triste</p>	<p><b>4. ¿En qué medida te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?</b></p> <p>0. No me siento nada culpable  1. Me siento algo culpable  2. Me siento culpable  3. Me siento muy culpable  4. Me siento extremadamente culpable.</p>

## Anexo Instrumentos evaluación

<p><b>5. ¿Te sientes AVERGONZADO cuando tienes esa intrusión?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento avergonzado</li> <li>1. Me siento algo avergonzado</li> <li>2. Me siento avergonzado</li> <li>3. Me siento muy avergonzado</li> <li>4. Me siento extremadamente avergonzado</li> </ol>	<p><b>6. ¿Hasta qué punto te resulta DIFÍCIL CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No es difícil controlarla o dejar de pensar en ella</li> <li>1. Es algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella</li> <li>2. Es difícil controlarla o dejar de pensar en ella</li> <li>3. Es muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella</li> <li>4. Es extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella</li> </ol>
<p><b>7. ¿En qué medida CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No lo consigo en absoluto</li> <li>1. Lo consigo un poco</li> <li>2. Lo consigo</li> <li>3. Lo consigo mucho</li> <li>4. Lo consigo del todo</li> </ol>	<p><b>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No interrumpe mi concentración</li> <li>1. Interrumpe un poco mi concentración</li> <li>2. Interrumpe mi concentración</li> <li>3. Interrumpe mucho mi concentración</li> <li>4. Interrumpe completamente mi concentración</li> </ol>
<p><b>9. ¿En qué medida es IMPORTANTE para ti la intrusión?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No es en absoluto importante para mí</li> <li>1. Es algo importante para mí</li> <li>2. Es importante para mí</li> <li>3. Es muy importante para mí</li> <li>4. Es extremadamente importante para mí</li> </ol>	<p><b>10. ¿Hasta que punto te resulta INACEPTABLE EL MERO HECHO DE PERMITIRTE PENSAR en la intrusión?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No es en absoluto inaceptable</li> <li>1. Es algo inaceptable</li> <li>2. Es inaceptable</li> <li>3. Es muy inaceptable</li> <li>4. Es completamente inaceptable</li> </ol>
<p><b>11. ¿En qué medida te planteas si la intrusión REVELA algo sobre el tipo de persona que eres, sobre tu valía personal, o tus capacidades?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No creo que revele nada sobre mí</li> <li>1. Creo un poco que revela algo sobre mí</li> <li>2. Creo que revela algo sobre mí</li> <li>3. Creo que revela bastante sobre mí</li> <li>4. Estoy convencido de que revela algo muy importante sobre mí</li> </ol>	<p><b>12. ¿En qué medida te planteas que POR EL SIMPLE HECHO DE TENER LA INTRUSIÓN pueden suceder con mayor facilidad COSAS NEGATIVAS?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No creo que por tener la intrusión puedan suceder más fácilmente cosas negativas</li> <li>1. A veces creo que por tener la intrusión, es más fácil que sucedan cosas negativas</li> <li>2. A menudo creo que por tener la intrusión es mucho más fácil que sucedan cosas negativas</li> <li>3. Creo que es muy posible que sucedan cosas negativas por tener la intrusión</li> <li>4. Estoy convencido de que por tener la intrusión ocurrirán cosas negativas</li> </ol>
<p><b>13. Cuando tienes la intrusión, ¿En qué medida te sientes RESPONSABLE de controlar o impedir cualquier consecuencia negativa relacionada con el pensamiento, el impulso, o la imagen intrusa?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento responsable</li> <li>1. Me siento un poco responsable</li> <li>2. Me siento responsable</li> <li>3. Me siento muy responsable</li> <li>4. Me siento extremadamente responsable</li> </ol>	<p><b>14. Cuando tienes la intrusión ¿hasta qué punto es IMPORTANTE para tí CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No es importante para mí controlarla</li> <li>1. Es algo importante para mi controlarla</li> <li>2. Es importante para mi controlarla</li> <li>3. Es muy importante para mi controlarla</li> <li>4. Es extremadamente importante para mi controlarla</li> </ol>

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

### 15. Cuando tienes la intrusión, ¿en qué medida PIENSAS que podrían suceder COSAS MALAS?

0. No pienso que pudieran suceder cosas malas
1. Pienso un poco en que podrían suceder cosas malas
2. Pienso que podrían suceder cosas malas
3. Pienso en un montón de cosas malas que podrían suceder
4. No puedo dejar de pensar en las cosas malas que pueden suceder

### 16. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto eso hace que te sientas INSEGURO, O te plantea DUDAS SOBRE TI MISMO o sobre las circunstancias de la vida?

0. No hace que me sienta inseguro ni tener dudas
1. Hace que me sienta un poco inseguro o con algunas dudas
2. Me siento inseguro o con dudas
3. Hace que me sienta muy inseguro o me plantea muchas dudas
4. Hace que me sienta extremadamente inseguro o me hace dudar continuamente

## PARTE II- B

➤ A continuación hay una lista con diferentes **ESTRATEGIAS** que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

➤ Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para **afrentar la intrusión que has seleccionado antes como LA MÁS MOLESTA**.

- 0: **Nunca uso** esta estrategia  
 1: **Raramente uso** esta estrategia  
 2: **A veces uso** esta estrategia  
 3: **A menudo uso** esta estrategia  
 4: **Siempre uso** esta estrategia

### **LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO ANTES COMO LA MÁS MOLESTA.**

1.	Me distraigo pensando en otra cosa	0	1	2	3	4
2.	Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
3.	Intento formar en mi mente otro pensamiento o imagen, que yo sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
4. Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:						
<b>a</b>	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
<b>b</b>	Comprobar algo	0	1	2	3	4
<b>c</b>	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
<b>d</b>	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
<b>e</b>	Hacer lo que me indica la intrusión, dejarme llevar por ella	0	1	2	3	4
<b>f</b>	Evitar las cosas, lugares o personas que me suscitan esa intrusión	0	1	2	3	4
5.	Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
6.	Intento buscar una explicación a la aparición de la intrusión	0	1	2	3	4
7.	Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
8.	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
9.	Me digo a mí mismo: "para" "no pienses más" "déjalo ya", etc.....	0	1	2	3	4

## Anexo Instrumentos evaluación

10.	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
11.	Trato de relajarme	0	1	2	3	4
12.	Me río a mí mismo por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
13.	Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión	0	1	2	3	4
14.	Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0	1	2	3	4
15.	Intento centrarme en otras preocupaciones	0	1	2	3	4
16.	Me esfuerzo para controlar la intrusión	0	1	2	3	4
17.	No hablo con nadie acerca de esa intrusión	0	1	2	3	4

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

INPIAS (inventario Ptos Intrusos Alimentarios) EITI (Eating-related Intrusive Thoughts Inventory)			
	Factor		Ítems
<b>Parte 1</b>	F1:Aspecto y dieta (Appearance & dieting)		1-5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 24-29, 31-35, 38-49.
	F2:Ejercicio físico (Exercising)		9, 16, 21, 30, 37, 50.
	F3:Purgas y comer alterado (Purging & Disordered Eating)		6, 11, 12, 17, 20, 22, 23, 36.
<b>Parte 2</b>	<b>2-A</b> Consecuencias interferencia	F1:Consecuencias emocionales y significado personal de la intrusión (Emotional consequences and personal meaning) 13 items	1-6, **-7**,8-11, 14, 16.
		F2: Fusión Pensamiento-Acción y responsabilidad Thought-Action Fusion and responsibility	12, 13, 15.
	<b>2-B</b> Estrategias de control	F1:Estrategias de afrontamiento ansioso (Anxiety strategies) (5 items)	5-8, 11
		F2: Estrategias de supresión de pensamiento (Thought-suppression strategies) (9 items)	3, 4f, 9, 12-17.
		F3: Rituales obsesivo-compulsivos Obsessive-Compulsive rituals (4ítems)	4a, 4b, 4c, 4d.

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

	F4: Distracción (Distraction) (2ítems)	1,2.
	Hacer lo que dice la intrusión (Do what the intrusion dictates) Excluido del confirmatorio	4e
	No hacer nada (Do nothing) Excluidos del confirmatorio	10.

## Anexo Instrumentos evaluación

### (J1) \_CED-R (Cuestionario de Egodistonia-Reducido) (\*)

Escribe a continuación el pensamiento que has escogido como más molesto en el cuestionario que acabas de completar (INPIAS):

Corresponde al núm.: \_\_\_\_\_. Por favor, escríbelo a continuación:

---

Queremos saber hasta qué punto consideras que este pensamiento es inconsistente con la visión de ti mismo, o entra en conflicto con partes de ti mismo como la moral, actitudes, creencias, preferencias, hábitos, comportamientos o racionalidad. En definitiva es un pensamiento que no encaja con quien tú crees que eres.

A continuación te presentamos una lista de afirmaciones que hacen referencia al pensamiento anterior. Por favor, RODEA EL NÚMERO que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

0= Completamente desacuerdo.

1= Bastante desacuerdo.

2= Algo desacuerdo.

3= Algo de acuerdo.

4= Bastante de acuerdo.

5= Completamente de acuerdo.

1. Pensar esto es inmoral.	0	1	2	3	4	5
2.. No quisiera que este pensamiento se hiciera realidad	0	1	2	3	4	5
3. Este pensamiento no es típico en mí.	0	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo puede una persona como yo tener un pensamiento como este?	0	1	2	3	4	5
5. No imaginaba que pudiera tener este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
6. Soy inmoral por pensar en esto.	0	1	2	3	4	5
7. Nunca he deseado que este pensamiento ocurra en la vida real.	0	1	2	3	4	5
8. Este pensamiento me coge por sorpresa.	0	1	2	3	4	5
9. Cuando me viene el pensamiento, debo quitármelo de la cabeza y mantenerlo alejado.	0	1	2	3	4	5
10. No haría nada para que este pensamiento se hiciera realidad.	0	1	2	3	4	5
11. Este pensamiento no refleja lo que yo deseo.	0	1	2	3	4	5
12. Me repugna este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
13. Necesito asegurarme de que el pensamiento no se ha hecho ni se hará realidad.	0	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo este pensamiento, hago lo que sea para quitármelo inmediatamente de la cabeza.	0	1	2	3	4	5
15. Pensar esto va en contra de lo que es correcto.	0	1	2	3	4	5
16. Cuanto más lo tengo, menos me gustaría que se hiciera realidad.	0	1	2	3	4	5
17. Necesito comprobar que no soy el tipo de persona que el pensamiento sugiere que soy.	0	1	2	3	4	5



## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

18. Este pensamiento es absurdo.	0	1	2	3	4	5
19. El pensamiento no significa nada en absoluto, no es importante.	0	1	2	3	4	5
20. Sería una mejor persona si no tuviera pensamientos como éstos.	0	1	2	3	4	5
21. Cuanto más lo tengo, más seguro estoy de que no quiero que se convierta en realidad.	0	1	2	3	4	5
22. Este pensamiento me angustia.	0	1	2	3	4	5
23. No encuentro ninguna buena razón por la que debiera tener este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
24. No tiene sentido que haya tenido este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
25. Este pensamiento es irracional.	0	1	2	3	4	5
26. Me sorprende haber tenido un pensamiento como este.	0	1	2	3	4	5
27. No me atrae nada que este pensamiento se haga realidad.	0	1	2	3	4	5

(\*) Belloch, A., Roncero, M. & Perpiñá, C. (2012). Ego-Syntonicity and Ego-Dystonicity Associated with Upsetting Intrusive Cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34; 94-106.

**(J2)\_CES (Cuestionario de Egosintonía)(\*)**

Escribe a continuación el pensamiento que has escogido como más molesto en el cuestionario que acabas de completar (INPIAS):

Corresponde al núm.: \_\_\_\_\_. Por favor, escríbelo a continuación:

Queremos saber hasta qué punto consideras que este pensamiento es consistente con la visión de ti mismo, o no entran en conflicto con partes de ti mismo como la moral, actitudes, creencias, preferencias, hábitos, comportamientos o racionalidad. En definitiva es un pensamiento que no encaja con quien tú crees que eres.

A continuación te presentamos una lista de afirmaciones que hacen referencia al pensamiento anterior. Por favor, **RODEA EL NÚMERO** que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

- 0= Completamente desacuerdo.
- 1= Bastante desacuerdo.
- 2= Algo desacuerdo.
- 3= Algo de acuerdo.
- 4= Bastante de acuerdo.
- 5= Completamente de acuerdo.

1. Pensar esto es señal de virtud.	0	1	2	3	4	5
2. Quisiera que este pensamiento se hiciera realidad.	0	1	2	3	4	5
3. Este pensamiento es parecido a otros pensamientos que tengo	0	1	2	3	4	5
4. Es lógico que una persona como yo, tenga un pensamiento como este	0	1	2	3	4	5
5. Este pensamiento es típico en mí, no me sorprende tenerlo.	0	1	2	3	4	5
6. Si pienso en esto, es que soy una persona con ética, con moral.	0	1	2	3	4	5
7. Muchas veces he deseado que este pensamiento ocurra en la vida real.	0	1	2	3	4	5
8.. Este pensamiento no me coge por sorpresa.	0	1	2	3	4	5
9. Cuando me viene el pensamiento, debo esforzarme por mantenerlo en la cabeza.	0	1	2	3	4	5
10. Haría lo que fuera porque este pensamiento se hiciera realidad	0	1	2	3	4	5
11. Este pensamiento refleja lo que yo deseo.	0	1	2	3	4	5
12. Me gusta pensar esto	0	1	2	3	4	5
13. Necesito asegurarme de que el pensamiento se ha hecho o se hará realidad.	0	1	2	3	4	5
14. Cuando tengo este pensamiento, hago lo que sea para mantenerlo en mi cabeza.	0	1	2	3	4	5
15. Pensar esto es correcto, está bien.	0	1	2	3	4	5
16. Cuanto más lo tengo, más deseo que se haga realidad.	0	1	2	3	4	5
17. Necesito comprobar que soy el tipo de persona que el pensamiento sugiere que soy.	0	1	2	3	4	5

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

18. Este pensamiento es lógico/normal.	0	1	2	3	4	5
19. El pensamiento es muy significativo, es importante.	0	1	2	3	4	5
20. Soy mejor persona cuando tengo pensamientos como éstos.	0	1	2	3	4	5
21. Cuanto más lo tengo, más seguro estoy que quiero que se convierta en realidad.	0	1	2	3	4	5
22. Me gusta este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
23. Hay buenas razones por las que debo tener este pensamiento.	0	1	2	3	4	5
24. Haber tenido este pensamiento, significa algo.	0	1	2	3	4	5
25. Este pensamiento es racional.	0	1	2	3	4	5
26. No me sorprende haber tenido un pensamiento como este.	0	1	2	3	4	5
27. Me atrae mucho que este pensamiento se haga realidad.	0	1	2	3	4	5

(\*) Belloch, A., Roncero, M. & Perpiñá, C. (2012). Ego-Syntonicity and Ego-Dystonicity Associated with Upsetting Intrusive Cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34; 94-106.

## Anexo Instrumentos evaluación

### **CLAVE DE CORRECCIÓN CED-R- CES (Belloch et al., 2012)**

Cuestionario de EgoSintonía- (CES)

Cuestionario de EgoDistonía-versión Reducida (CED-R)

La corrección se realiza igual en ambos cuestionarios. Hay tres subescalas en cada cuestionario

CES: Deseabilidad del pensamiento y de que se convierta en realidad

CED: Rechazo del pensamiento, y no deseo de que se convierta en realidad

items:  $(2 + 7 + 10 + 13 + 16 + 21 + 22 + 27) / 10$

CES-E: Racionalidad y coherencia con la personalidad-

CED: Irracionalidad e incoherencia con la personalidad

items:  $(3 + 5 + 8 + 18 + 19 + 23 + 26) / 10$

CES-E: Moralidad, ética y deseo de tener el pensamiento en la cabeza

CED-E: Inmoralidad, y no deseo de tener el pensamiento en la cabeza

items:  $(1 + 6 + 9 + 14 + 15 + 17 + 20) / 7$

**(K)\_ MODELOS DE EVALUACIÓN SEMANAL EN TERAPIA**  
**(K1)\_ Modelo para AN y BN (Perpiñá et al., 2000)**

Nombre:

Fecha:

1. - Peso:

2.-Durante la semana anterior ¿en qué medida has hecho régimen?.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Ningún régimen Régimen estricto

3.- Durante la semana anterior ¿Qué comidas has hecho regularmente?

Desayuno	Media Mañana	Comida/ Almuerzo	Merienda	Cena	Después de cenar
Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca

4- Durante la semana anterior ¿Cuál ha sido tu peso deseado?:

5. -¿Cómo evaluarías el grado de insatisfacción hacia tu cuerpo durante la última semana?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Ninguna insatisfacción Insatisfacción máxima

6. -¿En qué medida piensas que tu problema está afectando a tu vida cotidiana?. ¿Cómo evaluarías el grado de interferencia/malestar que te ha producido la insatisfacción con tu cuerpo en la última semana?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Leve Muy grave

7 - ¿Cómo evaluarías el grado de interferencia/malestar que te ha producido tu problema con la comida en la última semana?.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Leve Muy grave

8.-¿Has tenido algún atracón durante la última semana?

Sí

No

En caso de haber tenido atracones, ¿Cuántos han sido?

-Objetivos:

-Subjetivos

9.-Después de un atracón, o de haber sentido que has comido demasiado ¿has hecho algo para mitigar sus efectos durante la última semana? ¿Cuántos? ¿De qué tipo?

Vómitos	Ayuno/Régimen	Laxantes	Ejercicio físico	Diuréticos	Otros....
---------	---------------	----------	------------------	------------	-----------

## Anexo Instrumentos evaluación

--	--	--	--	--	--

10. – Durante esta semana, tu estado de ánimo ha sido, siguiendo una escala de 0 a 10:

Ansiedad:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Nada Muchísimo

Depresión:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Nada Muchísimo

11. -Grado de evitación-malestar que has tenido esta semana con respecto a las siguientes zonas de tu cuerpo siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

Zona corporal	Evitación (0-5)	Malestar(0-5)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
El cuerpo en su totalidad		

12. -Grado de evitación-temor que has tenido esta semana con respecto a determinados alimentos siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

Alimento	Evitación (0-5)	Temor (0-5)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
La comida en general		

13. –Indica en qué medida has evitado esta semana hacer determinadas cosas a causa de tu apariencia y qué grado de malestar te provocan esas situaciones (de 0 a 5).

0-----1-----2-----3-----4-----5  
Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Conducta	Evitación (0-5)	Malestar (0-5)
1.		
2.		
3.		

14. –Indica en qué medida has evitado/tenido dificultad esta semana en hacer determinadas cosas o estar en situaciones que estén relacionadas con la comida, y qué grado de temor te provocan esas situaciones, siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

Conducta	Evitación/dificultad (0-5)	Temor (0-5)
1.		
2.		

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

3.		
----	--	--

15. En qué medida has sentido control durante esta semana sobre los siguientes aspectos (0-5)

1. Tu cuerpo	
2. La comida	
3. Otros aspectos de tu vida	

16.-En qué medida aumentar de peso te ha dado miedo esta semana.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

ningún temor mucho temor

17. Durante la última semana, ¿en qué medida te ha dado miedo la comida

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

ningún temor mucho temor

18.- Desde que empezamos a evaluar, ¿en qué medida aceptas tu cuerpo?.

*“Yo me acepto..... que antes de empezar a evaluar..*

Mucho menos	Bastante menos	Un poco menos	Igual	Un poco más	Bastante más	Mucho más
1	2	3	4	5	6	7

## Anexo Instrumentos evaluación

### (K2)\_Modelo para trastorno de atracón y obesidad (Perpiñá)

Nombre:

Fecha:

Peso:

#### 1.- Durante la semana anterior ¿Qué comidas has hecho regularmente?

Desayuno	Media Mañana	Comida/ Almuerzo	Merienda	Cena	Después de cenar
Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces
Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca

#### 2.- ¿Has tenido episodios de picoteo esta última semana?

Sí

No

#### 3.-¿Has tenido algún **atracon** durante la última semana?

Sí

No

En caso de haber tenido atracones, ¿Cuántos han sido?

-Objetivos:

-Subjetivos

#### 4.-Si has tenido atracones o episodios de picoteo esta última semana ¿Qué cosas lo han desencadenado?

Internos/emociones:	Externos:
1.Enfado	1. La hora
2.Aburrimento	2. Ver comida
3.Soledad	3. Comer comida “prohibida”
4.Tristeza	4. Tiempo desestructurado
5. Alegría	5. Otros (especificar)
6. Otras (especificar)	
No sé qué lo desencadena	

#### 5. En qué medida te ha resultado **difícil** resistirte a los atracones esta semana

0-----1-----2-----3-----4-----5

Ninguna Casi nada Poco Bastante Mucha Muchísima  
Dificultad Dificultad

#### 6. –Indica en qué medida **has evitado** esta semana hacer determinadas cosas o estar en situaciones que estén relacionadas con la comida o con el peso y qué grado de **temor** te provocan esas situaciones, siguiendo la siguiente escala de 0 a 5.

0-----1-----2-----3-----4-----5

Nada Casi nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

Conducta	Evitación (0-5)	Temor (0-5)
1.		
2.		
3.		

#### 7. -¿En qué medida piensas que tu problema está afectando a tu vida cotidiana?. ¿Cómo evaluarías el grado de **interferencia/malestar** que te ha producido tus problemas con la comida/peso en la última semana? (REDONDEAR)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Leve

Muy grave



## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

8. En qué medida has **sentido control** durante esta semana sobre los siguientes aspectos, siguiendo la siguiente escala

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

1. La comida	
2. El peso	
3. Otros aspectos de tu vida	

9. ¿Cómo evaluarías el grado de **satisfacción** hacia tu cuerpo durante la última semana? (REDONDEAR)

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Ninguna satisfacción Satisfacción máxima

**10.** – Durante esta semana, tu estado de ánimo ha sido, siguiendo una escala de 0 a 10 (REDONDEAR)

Ansiedad:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Nada    Casi Nada    Poco    Bastante    Mucho    Muchísimo

Depresión:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
Nada    Casi Nada            Poco            Bastante            Mucho            Muchísimo

## Anexo Instrumentos evaluación

### (K3)\_Modelo para alteraciones de la imagen corporal (Perpiñá *et al.*, 2000)

Nombre:

Fecha:

1. Peso:

2. ¿Durante la semana anterior, en qué medida has hecho régimen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún régimen					Régimen estricto					

3. En los últimos siete días creo que (marca sólo una categoría):

	(Creencia 0-100)
Estoy en mi peso	
Tengo kilos de más	
Tengo kilos de menos	

4. ¿Cómo evaluarías el grado de **satisfacción** hacia tu cuerpo durante la última semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguna satisfacción					Insatisfacción Máxima					

5. ¿En qué medida piensas que tu problema está afectando a tu vida cotidiana?. ¿Cómo evaluarías el grado de **interferencia/malestar** que te ha producido la insatisfacción con tu cuerpo en la última semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
leve					Muy grave					

6. ¿Has tenido algún **atacón** durante la última semana?

Sí No

En caso de haber tenido atracones, ¿Cuántos han sido?

Objetivos:

Subjetivos

7. Después de un atracón, o de haber sentido que has comido demasiado ¿has hecho algo para mitigar sus efectos durante la última semana? ¿Cuántos? ¿De qué tipo?

Vómitos	Ayuno/ Régimen	Laxantes	Ejercicio físico	Diuréticos	Otros....

8. –Durante esta semana, tu estado de ánimo ha sido, siguiendo una escala de 0 a 10:

Ansiedad:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

Depresión:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

9. Indica el grado de firmeza con el que mantienes determinados pensamientos sobre la apariencia. En una escala de 0 a 100:

Pensamiento	Creencia (0-100%)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

## Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

**10.** -Indica el grado de **evitación-malestar** que has tenido esta semana con respecto a las siguientes zonas de tu cuerpo siguiendo la una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo)

Zona corporal	Evitación (0-10)	Malestar(0-10)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
El cuerpo en su totalidad		

**11.** -Indica en qué medida **evitas** hacer determinadas cosas a causa de tu apariencia y qué grado de **malestar** te provocan esas situaciones, siguiendo la escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo).

Conducta	Evitación (0-10)	Malestar (0-10)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**12.**-En qué medida aumentar de peso te da miedo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún temor										Mucho temor

**13.**- Desde que empezamos a evaluar, ¿en qué medida aceptas tu cuerpo?.

*“Yo me acepto..... que antes de empezar a evaluar..*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mucho menos										Mucho más

## Anexo Instrumentos evaluación

### (L)\_MODELO DE RESUMEN DE REGISTRO (Basado en C.G. Fairburn y grupo de Oxford)

NOMBRE:

SEMA-NA	A o/s	V/L/D	DsBs	PESO	SUCESOS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

A: atracón O (objetivo) S (Subjetivo)

DsBs: Días buenos (aquellos en los que se ha seguido el programa)

VLD: vómito, laxante, diurético