

ARTÍCULOS

**Revisión de la literatura sobre medidas
psicométricas para personas con un
trastorno de la alimentación**

**Literature review and psychometric
instruments for people with eating
disorder**

**CARLOTA LAS HAYAS RODRÍGUEZ¹
JOSÉ MARÍA QUINTANA LÓPEZ¹
ÁNGEL PADIERNA ACERO¹
PEDRO MUÑOZ²
BEGOÑA URRESTI³
ARANTZA MADRAZO¹**

RESUMEN

Se presenta una revisión sistemática de los objetivos clínicos y las características psicométricas de los instrumentos de evaluación creados para personas con un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Asimismo se valoran las deficiencias y las competencias de cada instrumento. La búsqueda bibliográfica se realizó consultando las bases de datos de Medline y Premedline (OVID), EBSCO, PsychInfo (1974-2003), PUB MED, buscadores de Internet y Catalogo de TEA ediciones. Se encontraron 30 instrumentos creados en lengua inglesa y 4 instrumentos en castellano. Todos los instrumentos en castellano eran adaptaciones de cuestionarios creados originalmente en otros paí-

¹ Hospital de Galdakao, Bizkaia.

² Centro de Salud Mental de Ortuella.

³ Centro de Salud Mental de Uribe Kosta.

ses. Los instrumentos cumplían una gran variedad de propósitos clínicos (emitir un diagnóstico, detectar un TCA en la población, evaluar las conductas y cogniciones básicas) pero ninguno de ellos tenía como objetivo medir Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en personas con un TCA.

ABSTRACT

A systematic review of clinical purpose and psychometric characteristics of measures designed for people with eating disorders (ED) is presented. Likewise, capabilities and weaknesses of each measure are assessed. A literature search was made, consulting the following databases: Medline and Premedline (OVID), EBSCO, PsychInfo (1974-2003), PUB MED, Internet search engines (mainly Google) and TEA Ediciones Catalogue. Thirty of the instruments found were in English and four were adaptations to Spanish -none of them were originally issued in Spanish. The measures met a range of clinical purposes such as issuing a diagnosis, screening eating disorders and assessing basic behaviors and cognition. None of the instruments were intended to measure health related quality of life in eating disorders.

PALABRAS CLAVE

Revisión, Cuestionarios, Entrevistas, Trastornos de la alimentación.

KEY WORDS

Literature Review, Questionnaires, Interviews, Eating Disorders.

Agradecimientos: Este estudio ha sido posible gracias a la financiación proporcionada por el Instituto de Salud Carlos III, en base a un Proyecto del Fondo de Investigación Sanitaria (Expediente: 00/0115). A la Dr. Esther Calvete por sus revisiones y comentarios al manuscrito.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son psicopatologías que se manifiestan en la relación que el individuo mantiene con la comida. Las principales categorías diagnósticas dentro de los TCA son: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno de Comer Compulsivo (TCC), y el Trastorno de la Alimentación No Específico (más conocido por sus siglas inglesas, EDNOS). La condición clínica básica de la Anorexia Nerviosa es la negativa por parte de la persona a mantener un peso corporal en el nivel o por encima de lo que sería recomendable de acuerdo a su edad y altura. La persona con Bulimia Nerviosa se caracteriza por tener episodios recurrentes de atracones de comida, y, posteriormente, realizar conductas que compensen esta ingesta masiva de alimentos, como puede ser vomitar o realizar ejercicio físico en exceso con el objetivo de quemar calorías. En el Trastorno de Comer Compulsivo se dan los mismos episodios recurrentes de atracones, pero sin la existencia de conductas compensatorias. Los Trastornos de la Conducta de Alimentación No Específicos ocurren en aquellas personas que manifestando problemas con la alimentación, no reúnen todos los criterios diagnósticos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para poder ser diagnosticadas con un determinado TCA

(DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

Tal y como señala el DSM-IV (1994) los TCA afectan predominantemente a las mujeres frente a los hombres, en una razón de 10 a 1; la edad típica de inicio es la adolescencia y edad temprana adulta, y en muchos casos pueden acompañar a la persona durante toda su vida. La prevalencia de la Anorexia Nerviosa es del 1% y de la Bulimia Nerviosa entre el 1.1% y el 3.7% (American Psychiatric Association, (2000).

Esta condición clínica multidimensional supone un reto para los profesionales que se enfrentan a ella. En 1979 apareció publicado el primer autoinforme diagnóstico dirigido a la Anorexia Nerviosa, el Eating Attitudes Test - 40 (EAT-40; (Garner & Garfinkel, 1979). A partir de la aparición de este cuestionario se fueron desarrollando otros tantos, que aunque dirigidos también a personas con un TCA, añadían otras áreas de medida y perseguían otros objetivos que el EAT-40 no cubría.

Dentro de los instrumentos psicométricos creados desde entonces se encuentran aquellos que han alcanzado la categoría de 'gold standards'. El ya mencionado EAT (Garner y Garfinkel, 1979), el Eating Disorders Inventory ((Garner DM,

Olmstead MP, & Polivy J, 1983) y el Eating Disorders Examination en formato entrevista (Fairburn & Cooper, 1993) son los tres instrumentos de medida más utilizados en la práctica actual.

La meta del presente artículo es revisar las escalas psicométricas relacionadas con los trastornos de la conducta de alimentación, así como revisar si se han creado instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Testa & Simonson 1996 181 /id} para pacientes con un TCA. Además se analizarán las características psicométricas básicas de validez y fiabilidad en cada escala.

MÉTODO

La búsqueda de escalas psicométricas relacionadas con los trastornos de la alimentación se realizó consultando las bases de datos Medline y Premedline (OVID), EBSCO, PsychInfo (1974-2003), PUB MED, buscadores de Internet (principalmente Google) y Catalogo de TEA ediciones.

Una vez dentro de las bases de datos se introdujeron en inglés y en castellano las siguientes palabras clave para obtener las referencias bibliográficas: "Questionnaire", "Assessment measure", "Inter-

view", "Inventory", "Survey", "Eating disorders", "Anorexia nervosa", "Bulimia nervosa", "Binge eating disorder" y "Quality of life". Se realizaron las búsquedas finales, combinando estas palabras entre sí.

No se puso limite en cuanto al país donde se desarrolló el instrumento, ni al año de publicación. Sin embargo, si un instrumento tenía más de una versión se eligió la versión más actual o bien la más utilizada. En el caso de que entre los instrumentos encontrados hubiera una versión adaptada al castellano, se seleccionaron y revisaron ambas versiones por separado. Además de este criterio de inclusión, entre los instrumentos encontrados solamente elegimos aquellos cuya aplicabilidad en población con Trastornos de la Alimentación fuera manifestada expresamente en el artículo. Asimismo elegimos instrumentos específicos dirigidos únicamente a alguno de los subtipos de TCA (como puede ser Anorexia, o Bulimia etc) así como instrumentos dirigidos a todos los subtipos de Trastornos de la Alimentación (AN, BN, TCC y EDNOS).

En cuanto al formato del instrumento se seleccionaron tanto autoinformes como instrumentos a rellenar por terceros (bien por el personal de enfermería o médico en contacto con la paciente) y

entrevistas clínicas. Los instrumentos a rellenar por terceros y las entrevistas clínicas se han agrupado bajo el mismo nombre de 'heteroinformes' o 'instrumentos heteroaplicados'.

Para facilitar la revisión elegimos solamente aquellos instrumentos cuyo proceso de elaboración ha sido publicado en una revista científica. En contadas ocasiones se han consultado libros (aparecen referenciados en la bibliografía) que han aportando también información sobre algunos de los instrumentos. El idioma de publicación debía ser inglés o castellano.

Entre otros criterios de exclusión, descartamos aquellos instrumentos sobre trastornos de la alimentación dirigidos a pacientes con problemas de retraso mental y/o físico, instrumentos dirigidos a obesos sin patología psiquiátrica, escalas sobre trastornos de la alimentación dirigidos exclusivamente a atletas o bailarines, escalas dirigidas a población infantil, escalas de personalidad que contenían ítems sobre la alimentación pero que su población diana no eran las personas con TCA y escalas cuyo objetivo fuera exclusivamente medir imagen corporal. Las razones de excluir cuestionarios que midan imagen corporal son varias. En primer lugar, existe una amplia gama de cuestionarios creados

para medir imagen corporal y que son aplicables tanto a sujetos con un TCA como a personas con otro tipo de patologías (personas que han sido sometidas a cirugía por enfermedades oncológicas, obesidad mórbida, etc.). En segundo lugar, dado que la psicopatología de TCA influye tanto en la imagen corporal como en muchas otras áreas (relaciones sociales, salud mental etc), incluir dentro de la revisión todos aquellos cuestionarios que midan cada una de las áreas afectadas por el trastorno excedería los límites de esta revisión.

Antes de crear las tablas de evidencia, especificamos los datos que íbamos a recoger de cada instrumento. El vaciado de los artículos revisados consistió en la extracción de los siguientes datos: Nombre del instrumento, autores, referencia, año de publicación, país, objetivo del cuestionario, población de TCA a la que va especialmente dirigido, nombre de las subescalas que contiene, número de ítems, tipo de escala de respuesta, forma de puntuación y características psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad. Además, en el caso de los instrumentos adaptados al castellano, se valoró si se había seguido un correcto proceso de traducción - retrotraducción (Badía, Salameiro, & Alonso, 2002); (Fayers & Machin, 2000)

Las características psicométricas de 'Validez', 'Fiabilidad' y 'Sensibilidad en distintas poblaciones' se examinaron en cada instrumento. A pesar de que existen más tipos de análisis psicométricos que otorgan evidencia a un instrumento, elegimos estas tres por considerarlos básicas y fundamentales.

La *fiabilidad* de una escala de medida se basa en examinar si reproduce los mismos resultados de manera consistente cuando no se han producido cambios en la situación del sujeto. Principalmente se emplean dos técnicas para valorar la fiabilidad de un instrumento. En el caso de los autoinformes se realiza un Test retest, y en el caso de los heteroinformes se realiza una Análisis de la Fiabilidad Interjueces. La *fiabilidad Test-retest* consiste en aplicar el mismo instrumento a los mismos sujetos en dos ocasiones diferentes respetando que las condiciones de vida de esos sujetos se hayan mantenido estables durante el tiempo entre las dos administraciones. Los coeficientes de correlación empleados para valorar la fiabilidad test-retest son el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) y, aunque con algunas limitaciones, el coeficiente de Pearson (Salvador, López-Alberca, & González, 2000). En general hemos considerado que si el coeficiente de correlación entre las dos mediciones, tanto el CCI como el de Pearson, es igual o

mayor a 0.60 entonces la fiabilidad test retest es considerada satisfactoria (Prieto L.Lamarca R.Casado A., 1998). La *fiabilidad entre jueces*, también llamada 'concordancia entre observadores', consiste en medir hasta qué punto varios observadores coinciden en su medición aplicando el mismo instrumento al mismo sujeto. El valor máximo es de '1' cuando existe una concordancia perfecta entre los dos observadores, y es '0' si la concordancia no es mejor que la puramente debida al azar. Los valores negativos de Kappa indicarían que el acuerdo es incluso menor del que se podría esperar por puro azar. La *consistencia interna* mide el grado de correlación entre los ítems que conforman una subescala. Teóricamente, aquellas preguntas cuyo objetivo es medir el mismo constructo han de correlacionar entre sí. El mínimo valor aceptable de correlación de 0.70 para poder considerar que los ítems que forman la escala están midiendo el mismo constructo. La medida más empleada en el análisis de consistencia interna es el Alpha de Cronbach (Fayers et al., 2000).

La *Validez* de un instrumento consiste en evaluar si el instrumento mide el constructo que se quiere medir. Existen varios niveles en la validez de un instrumento. En esta revisión nos hemos centrado en informar si las escalas habían exa-

minado la Validez Convergente y la Validez de Constructo. Para examinar la *validez convergente* se administra a la misma muestra un 'gold standard' que mida el mismo constructo o uno íntimamente relacionado con el que mide el nuevo instrumento. Para ello se analiza el grado de correlación entre la medición del nuevo instrumento y la del 'gold standard'. Si existe una correlación alta entre ambas se estima que nuestro nuevo instrumento esta midiendo el mismo constructo o uno muy parecido al que mide el 'gold standard'. Los valores de los coeficiente de correlación que se suelen encontrar en la literatura se encuentran entre el 0.40 y el 0.60 (McDowell & Newell, 1996).

La *Validez de Constructo* es un término amplio que incluye entre otros aspectos la 'validez estructural'. Para establecer la validez de la estructura de un instrumento se realiza un análisis interno del mismo a través de técnicas estadísticas como el Análisis Factorial.

La *sensibilidad en distintas poblaciones* de un instrumento se constata cuando éste llega a "discriminar entre grupos de individuos o de pacientes con distintos niveles de gravedad de una afección determinada" (Badía et al., 2002). De este modo, se valorará si el instrumento detecta diferencias entre grupos de pacientes con distintas

severidades, o bien diferencia entre pacientes y controles.

De manera parecida al estudio realizado por (Rajmil, 2001) empleamos la siguiente categorización para calificar la bondad de la validez, fiabilidad y sensibilidad de cada instrumento examinado. En cuanto a la fiabilidad la simbología fue: (0) significa que la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (CI) se ha analizado la consistencia interna; (T-RT) se ha realizado un test retest; y (F-EJ) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. Asimismo la validez se categorizó como: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Vcg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+s) hace referencia a aquellos estudios donde se ha realizado un análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios. Cuando el instrumento no haya alcanzado una capacidad aceptable para discriminar entre diagnósticos o diferentes grupos de sujetos, el símbolo que aparecerá en la tabla será un (-s). En caso de aparecer, será ubicado en la celda donde se presenta la categorización de la Validez del cuestionario.

RESULTADOS

Se encontraron 30 escalas psicométricas de trastornos de la alimentación que reunían los criterios de inclusión. De estas 30 escalas, 4 han sido además adaptadas al castellano (EAT-40, EDI-2, Q-EDD y EI).

A pesar de que se han desarrollado originalmente en diferentes países (14 escalas en EEUU, 8 en Inglaterra, 2 en Escocia, 1 en Austria, 1 en Suecia, 1 en Noruega y 3 en Alemania), las escalas se encuentran escritas en lengua inglesa. De las 30 escalas, 23 son autoinformes y 6 son heteroinformes. Todas las escalas se desarrollaron siguiendo el modelo psicométrico.

Los *objetivos generales* de cada instrumento son diversos. Hay escalas que tienen un objetivo clínico – diagnóstico (proporcionar un diagnóstico) como es el caso del Q-EDD, RAB o del EDE, otras están dirigidas para detectar posibles casos de TCA [cribado] como es el caso del EDS-5, SCOFF y el EHQ; las escalas ANIS-20, DEB-Q o EDBQ evalúan las cogniciones y conductas relacionadas con los TCA (actitudes, expectativas, distorsiones de percepción, preocupaciones, rituales..). Finalmente otras escalas pueden servir como instrumentos de evaluación de conductas y pensamientos típicos de TCA,

tanto de instrumentos de detección de casos y como de instrumentos de resultado del tratamiento. Éste es el caso de las escalas BCDS o EDI-2.

Características de los instrumentos en lengua inglesa

Como viene resumido en la *Tabla 1*, se han encontrado 4 autoinformes y 2 heteroinformes dirigidos a personas con Anorexia Nerviosa. En cuanto a las *características psicométricas*, los análisis realizados en el ANIS-20, el EAT-26 y en el SCANS son superiores a los realizados en el GAAS. No obstante, ninguno de los 4 autoinformes cuenta con un estudio completo de fiabilidad.

El ABS es una escala creada a principios de los setenta, como herramienta para permitir la evaluación transversal y longitudinal de las pacientes con TCA. A pesar de las limitaciones psicométricas del M.R.A.S (Freeman, Walker, & Ben Tovim, 1996) es un instrumento ampliamente utilizado en la práctica, y ha sido adaptado a diferentes culturas (Ben-Tovim, Walker, Gilchrist, Freeman, Kalucy, y Esterman, 2001; Gilchrist, Freeman, Kalucy y Esterman, 2001).

En la *Tabla 2* aparecen resumidas las características principales de

los instrumentos dirigidos a las personas que padecen Atracones, tanto en la BN como en el TCC. Entre los instrumentos revisados, no se han encontrado heteroinformes específicos para estas condiciones clínicas. El BULIT-R y el EI son autoinformes que cuentan con un *análisis psicométrico* de validez, fiabilidad y sensibilidad completo. *El QEWP-R, fue creado por Spitzer, Yanovski y Marcus (1994) pero se publicó en un artículo sobre Trastorno por Atracón escrito por Yanovski (1993).*

Los 6 autoinformes y el heteroinforme revisados para ser aplicados tanto a personas con AN como con BN vienen representados en la *Tabla 3*. El EDI-2 es el único autoinforme que cuenta con un análisis psicométrico completo de validez, fiabilidad y sensibilidad. En el caso de la creación del SCOOF no se informó de estudios de validez ni de fiabilidad.

Finalmente, como puede observarse en la *Tabla 4a* se encontraron un mayor número de instrumentos (8 autoinformes y 3 heteroinformes) creados para ser aplicados en varias de las categorías diagnósticas de los TCA.

En cuanto a las características psicométricas el EHQ y el SIAB-EX son los únicos instrumentos que cuentan con una análisis completo

de validez, fiabilidad y sensibilidad.

Instrumentos en castellano

No se ha encontrado ningún instrumento, que cumpliera los criterios de inclusión, creado originalmente en castellano. Como ya se ha mencionado anteriormente, se han encontrado 4 instrumentos adaptados a esta lengua, cuyas características básicas se resumen en la *Tabla 5*.

En referencia al tipo de TCA al que va dirigido cada cuestionario encontramos que solamente el EAT-40 se centró en el sub - diagnóstico de AN, el EI está dirigido a personas con atracones, tanto BN como TCC; el EDI-2 va dirigido a los subtipos principales de AN y BN. Finalmente el Q-EDD está dirigido a personas con AN, BN y TCC ó EDNOS.

Los exámenes psicométricos de los instrumentos adaptados al castellano no son tan completos como las de sus versiones originales (como ocurre en las versiones del Q-EDD, EDI-2 y EI). Así, se observa que ninguno de los instrumentos revisados cuenta con un análisis psicométrico total de validez, fiabilidad y sensibilidad.

Por otro lado, ninguno de los

Tabla 1
 Tabla resumen de los autoinformes y heteroinformes creados en el extranjero dirigidos a personas con anorexia nerviosa

TIPO DE ESCALA	1º AUTOR, AÑO, PAIS	OBJETIVO	SUBESCALAS	Nº ÍTEM	TIPO RESPUESTAS	VAL FIAB
AUTOINFORME						
Anorexia Nervosa Inventory Scale (ANIS-20)	Rathner, 1998; Austria	Evaluación de las actitudes y los síntomas de la anorexia.	Conciencia de la situación, sentimiento de incompetencia, efecto aversivo de las comidas y bulimia.	20	Likert 6 pios	Vc CI Veg
Eating Attitudes Test -26 (EAT-26)	Gamer, 1982; EEUU	Medición de actitudes y comportamientos asociados con la Anorexia Nervosa.	Preocupación por la dieta, Actitudes bulímicas, Control Oral	26	Likert 6 pios	+S Vc CI Veg
Goldberg Anorectic Attitude Scale (GAAS)	Goldberg, 1980; EEUU	Autoinforme para valorar las actitudes que sustentan la búsqueda de la delgadez en las pacientes con Anorexia Nervosa.	Personal del hospital, miedo a engordar, relaciones parentales, negación o minimización de la enfermedad, pérdida de apetito, hipotermia, sentirse hinchado (bloating), auto cuidarse, esfuerzo de logro, la comida me enferma, mis problemas mentales vs físicos, autoridad útil, problemas físicos, cocina como hobby, desinterés heterosexual.	63	Likert 4 pios	+S VC CI
Setting Conditions for Anorexia Nervosa Scale (SCANS)	Slade, 1986; UK	Autoinforme de screening para identificar sujetos en riesgo de desarrollar un TA midiendo las actitudes típicas de insatisfacción con la vida y uno mismo, y perfeccionismo.	Insatisfacción general con la vida y con uno mismo, ansiedad social y personal, perfeccionismo, problemas de adolescencia, control de peso	40	Likert 5 pios	Vc CI Veg +S
HETEROINFORME						
Short Anorectic Behaviour Scale (ABS)	Slade, 1973; UK	La enfermera informa de la frecuencia de ciertas conductas típicas de la AN.	Resistencia a alimentarse, métodos para tirar la comida, hiperactividad	22	Categoría Nominal: Si, No, No sé	Veg +S
Morgan Russell Assessment Schedule (M.R.A.S)	Morgan, 1988; UK	Obtener información de forma sistemática de las características clínicas centrales de la AN	Ingesta de comida, Estado Bulímico, Situación Menstrual, Situación mental, Situación psicosexual, Situación socioeconómica	16	Likert 3, 4 y 5 pios	Vc

Fiabilidad: (0) la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (CI) se ha analizado la consistencia interna; (F-R) se ha realizado un test retest; y (F-E) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. La validez: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Veg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+S) análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios; (-S) se ha realizado un análisis de sensibilidad sin resultados satisfactorios.

Tabla 2

Tabla resumen de los autoinformes creados en el extranjero dirigidos a personas con bulimia nerviosa y/o trastorno de comer compulsivo.

TIPO DE ESCALA	1 ^{er} AUTOR, AÑO, PAIS	OBJETIVO	SUBESCALAS	Nº ÍTEM	TIPO RESPUESTAS	VAL FIAB
AUTOINFORMES						
Bulimia Cognitive Distortions Scale (BCDS)	Schulman, 1986; EEUU	Medir creencias irracionales y distorsiones cognitivas, asociadas con la BN. Puede servir como instrumento diagnóstico y como medida de resultado.	Distorsiones cognitivas relacionadas con las conductas alimentarias automáticas, distorsiones cognitivas relacionadas con la apariencia.	25	Likert 5 pios	Vc Veg +s
Bulimic Investigatory Test Edimburg (BITE)	Henderson, 1987; Escocia	Instrumento de Screening para identificar sujetos con bulimia nerviosa, y trastorno por atracón (TCC).	Síntomas, Severidad	33	32 ítems dicotómico s. 1 ítem likert 7 pios.	Veg CI T-RT +s
Bulimia Test Revised (BULIT-R)	Thelem, 1991; EEUU	Medir los síntomas de la BN según los criterios del DSM-III-R	Atracones/Control/Imagen Corporal, Medidas Radicales/Ayuno, Ejercicio, Vómitos/Laxantes, Diuréticos	36	Likert 5 pios	Vc Veg T-RT +s
Three Factor Eating Questionnaire, ó, Eating Inventory (EI)	Stunkard, 1985; EEUU	Medir tres dimensiones de la conducta alimenticia humana, centrado en los problemas de obesidad.	Control cognitivo de la ingesta, desinhibición de la restricción, percepción de hambre.	51	36 ítems dicotómico s 15 Likert 4 pios	Vc Veg T-RT +s
Questionnaire of Eating and Weight Patterns- Revised (QEWPR)	Spitzer, 1994; EEUU	Evalúa las conductas de atracción y purgantes de acuerdo con criterios diagnósticos del DSM-IV. Originalmente su objetivo era identificar individuos con un Trastorno por Atracón.	No incluye factores derivados empíricamente.	28	Dicotómica s S/NO Likert 5 pios	0 CI F-EJ +s
Eating Behaviour Inventory (EBI)	O'Neil, 1979; EEUU	Medir las conductas de alimentación y control de peso en personas obesas.	Un único área sobre patrón de la alimentación.	26	Likert 5 pios	Veg T-RT +s

Fiabilidad: (0) la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (CI) se ha analizado la consistencia interna; (T-RT) se ha realizado un test retest; y (F-EJ) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. La validez: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Veg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+s) análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios; (-s) se ha realizado un análisis de sensibilidad sin resultados satisfactorios.

Tabla 3
Tabla resumen de los autoinformes y heteroinformes creados en el extranjero dirigidos a personas con anorexia o bulimia nerviosa

TIPO DE ESCALA	1º AUTOR, AÑO, PAÍS	OBJETIVO	SUBESCALAS	Nº ÍTEM	TIPO RESPUESTAS	VAL. FIAB
AUTOINFORMES						
Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)	Garner, 1991; EEUU	Evaluar características psicológicas y síntomas relevantes de la Anorexia y la Bulimia. Puede ser usado como instrumento de screening y para dar diagnósticos.	Evaluar características psicológicas y síntomas relevantes de la Anorexia y la Bulimia. Puede ser usado como instrumento de screening y para dar diagnósticos.	91	Likert 6 ptos	Ve Veg CI +s T-RT
Eating Disturbance Scale (EDS-5)	Rosenvinge, 2001; Noruega	Instrumento de Screening para detectar trastornos de la alimentación problemáticos en las poblaciones normales	Unidimensional	5	Likert 7 ptos	Ve Veg CI +s
Eating Expectancy Inventory (EEI)	Hohlstain, 1998; EEUU	Valorar las expectativas positivas relacionadas con la alimentación y la pérdida de peso	Comer ayuda a manejar los afectos negativos, comer es agradable y útil como premio, comer te lleva a sentirte fuera de control, comer incrementa la competencia cognitiva y comer alivia el aburrimiento	34	Likert 7 ptos	Ve Veg CI +s
Thinness and Restricting Expectancy Theory (TRET)	Hohlstain, 1998; EEUU	Expectativas derivadas del ser delgado y hacer dieta.	Unidimensional	44	Likert 7 ptos	Ve Veg CI +s
SCOFF	Morgan, 1999; UK	Instrumento de screening para TA.	No hay subescalas. Cada ítem interroga sobre un síntoma central de los TA.	5	Dicotómicos SI/NO	0 +s
Stirling Eating Disorders Scales (SEDS)	Williams, 1994; Escocia	Evaluar las variables cognitivas/emocionales consideradas como características importantes de ambos trastornos (AN y BN).	Conducta dietética anoréxica, cogniciones dietéticas anoréxicas, conducta dietética bulímica, cogniciones dietéticas bulímicas, alto control externo percibido, baja asertividad, baja autoestima y hostilidad autodirigida.	80	No informada	Veg +s CI T-RT
HETEROINFORMES						
Eating Disorders Examination - Interview (EDE)	Fairburn, 1993; UK	Mide psicopatología asociada a los TA. Permite realizar distintos diagnósticos dentro de los TA, según criterios DSM-IV.	Restricción de la dieta, bulimia, preocupación por la alimentación, preocupación por el peso y preocupación por la figura	62	Likert 7 ptos	Veg +s CI F-EJ

Fiabilidad: (0) la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (C) se ha analizado la consistencia interna; (T-RT) se ha realizado un test retest; y (F-E) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. La validez: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Veg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+s) análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios, (-s) se ha realizado un análisis de sensibilidad sin resultados satisfactorios.

Tabla 4a

Tabla resumen de los autoinformes creados para ser aplicados en AN, BN, TCC y/o EDNOS.

ESCALA	1 ^{er} AUTOR, AÑO, PAIS	OBJETIVO	SUBESCALAS	Nº ÍTEM	TIPO RESPUESTAS	VAL FIAB	CI
AUTOINFORMES							
Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)	Van Strien, 1986; Alemania	Evaluación de la conducta alimentaria restrictiva, emocional y externa	Escala Emocional, Escala restrictiva, Escala externa	33	Likert 5 ptos	Vc	CI
Eating Disorder Belief Questionnaire (EDBQ)	Cooper, 1997; UK	Valorar las suposiciones y creencias sobre el peso, la figura y la alimentación, así como las ideas centrales (pensamientos automáticos) de los TA.	Creencias negativas sobre uno mismo, peso y figura como medio para ser aceptados por otros, peso y figura como medio para la autoaceptación, control sobre la conducta de alimentación	32	VAS	Vc Vcg +s	CI
Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS)	Stice, 2000; EEUU	Instrumento diagnóstico. Diagnosticar uno de los tres subtipos de TA (AN;BN;TCC)	Incluye los criterios diagnósticos acordados en el DSM-IV para diagnosticar Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracción.	22	Likert 7 ptos y Dicotómica s y abiertas	Vcg +s	CI T-RT
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	Fairburn, 1994; UK	Evaluar la psicopatología específica de los TCA. Instrumento diagnóstico	Restricción, Preocupación por la figura, Preocupación por la alimentación, Preocupación por el peso, Bulimia	41	Likert hasta 7 ptos	Vcg +s	CI T-RT
Eating Habits Questionnaire (EHQ)	Coker, 1990; UK	Identificar sujetos en riesgo de desarrollar un TA. Screening.	Preocupación por el peso y la dieta, Restricción, Atracción	57	Dicotómica s V/F	Vcg +s	CI T-RT
Mizes Anorectic Cognitions Scale Revised (MAC-R)	Mizes, 2000; EEUU	Evaluar cogniciones relacionadas con la AN, la BN y el TCC.	Regulación rígida del peso y la dieta; el peso y la dieta como bases para lograr la aprobación de los demás; autoestima basada en un autocontrol excesivo.	24	Likert 5 ptos	Vc Vcg +s	CI
Questionnaire of Eating Disorder Diagnoses (Q-EDD)	Mintz, 1997; EEUU	Proporcionar unas reglas de decisión para guiar el proceso de diagnóstico siguiendo los criterios del DSM-IV.	Ítems sobre las características diagnósticas de cada subtipo de Trastorno de la Alimentación.	50	Dicotómica s SI/NO	Veg +s	T-RT F-EJ
Structured Inventory for Anorectic Eating (SIAB-S)	Fichter, 1999; Alemania	Evaluar la psicopatología general y específica de los trastornos de la alimentación.	Imagen corporal e ideal de belleza, Psicopatología general e integración social, Sexualidad, Síntomas bulímicos, Conductas compensatorias, Ayuno, Abuso de sustancias, Atracciones atípicas	87	Likert 5	Vc Vcg +s	CI

Fiabilidad: (0) la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (CI) se ha analizado la consistencia interna; (T-RT) se ha realizado un test retest; y (F-EJ) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. La validez: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Vcg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+s) análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios, (-s) se ha realizado un análisis de sensibilidad sin resultados satisfactorios.

Tabla 4b

Tabla resumen de los heteroinformes creados para ser aplicados en AN, BN, TCC y/o EDNOS

ESCALA	1 ^{er} AUTOR, AÑO, PAIS	OBJETIVO	SUBESCALAS	Nº ÍTEM	TIPO RESPUESTAS	VAL	FIAB
Rating of Anorexia and Bulimia (RAB)	Clinton, 1999; Suecia	Entrevista para poder obtener información esencial para: poder dar un diagnóstico de TA o no TA, planear un posible tratamiento, y medida de resultados.	Índice Anoréxico: Preocupación por el peso y la figura, Conducta de alimentación anoréxica. Índice Bulímico: Atracones y Conducta Compensatoria, Síntomas Concomitantes (rasgos impulsivos), Relaciones personales, Motivación al tratamiento y varias preguntas abiertas (edad a la que comenzó el TA, hábitos alimentarios actuales etc)	56	Likert 3 y 5 ptos Respuestas abiertas.	Vcg +s	CI
Strutred Interview for Anorexic and Bulimic Disorders (SIAB-EX)	Fichter, 1999; Alemania	Valorar la psicopatología específica de los TA y otros síntomas o características que se observan frecuentemente en los TA	Imagen Corporal, Psicopatología General, Sexualidad (E Integración Social), Síntomas Bulímicos, Medidas Para Contrarrestar La Ganancia De Peso, Ayuno Y Abusos De Sustancias y Atracones Atípicos	87	Likert 5 y 3 ptos Dicotómico s	Vc Vcg +s	CI F-EJ
Yale Brown Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS)	Mazure, 1994; EEUU	El clínico puntúa la gravedad del Trastorno de la alimentación en relación con las preocupaciones y los rituales que tiene el sujeto	Preocupaciones, Rituales.	86	Likert 5 ptos	Vcg	F-EJ CI

Fiabilidad: (0) la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (CI) se ha analizado la consistencia interna; (T-RT) se ha realizado un test retest; y (F-EJ) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. La validez: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Vcg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+s): análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios, (-s) se ha realizado un análisis de sensibilidad sin resultados satisfactorios.

instrumentos adaptados al castellano realizaron el proceso de traducción-retrotraducción apropiado (Badía et al., 2002). En concreto, el proceso de traducción seguido por el Q-EDD, el EI y el EDI-2 es el de traducción directa, que consiste en una traducción del idioma original al castellano, y posteriormente un grupo de expertos revisa la traducción y le realiza los cambios oportunos. En el EAT-40 no se

informa del proceso de traducción seguido.

DISCUSIÓN

Los resultados ponen de manifiesto la amplia variedad de instrumentos que existen relacionados con la sintomatología de los TCA. Esta situación es favorable, ya que le ofrece al clínico la posibilidad de

Tabla 5
Tabla de evidencia de los instrumentos en castellano.

NOMBRE	1 ^{er} AUTOR	TIPO TCA	OBJETIVO	SUBESCALAS	ITEM	RESPUESTA	VAL FIAB
AUTOINFORMES							
Test de las Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)	Castro, 1991; Barcelona	AN	Evaluar un amplio rango de conductas y actitudes típicas de la Anorexia nerviosa	Hacer dieta y preocuparse por la comida; presión social percibida y malestar con la alimentación; trastornos psicobiológicos.	40	Likert 6 ptos	Vc +s CI
Cuestionario para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD)	Rivas, 2001; Málaga	AN BN TCC	Instrumento autoadministrado que permite llegar a un diagnóstico de TCA	Items sobre las características diagnósticas de cada subtipo de Trastorno de la Alimentación.	50	Dicotómicas	Veg F-EJ +s
Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messik (EI)	Sanchez-Carracedo, 1999; Barcelona	TCC	Instrumento para evaluar los constructos subyacentes de la teoría de la restricción.	Restricción, Desinhibición	51	36 ítems dicotómicos 15 ítems tipo Likert 4 o 6 ptos	Vc CI Veg +s
Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)	TEA ed, 1998; Madrid	AN BN	Autoinforme multifacético diseñado para evaluar las características psicológicas relevantes en la AN y en la BN	Bulimia, Perfección, conciencia introceptiva, Miedo a la madurez, ascetismo, Impulsividad, Ineficacia, desconfianza interpersonal, Inseguridad social, obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal.	91	Likert 6 ptos	Vc +s CI

Fiabilidad: (0) la fiabilidad no ha sido informada en el artículo; (-) se ha analizado la fiabilidad pero no cumple criterios aceptables; (C) se ha analizado la consistencia interna; (I-RT) se ha realizado un test retest; y (F-EJ) se ha realizado un análisis de la fiabilidad entre jueces. La validez: (0) no informada; (-) se ha comprobado alguno o todos los aspectos de la validez (constructo, convergente) con resultados no satisfactorios; (Vc) se ha analizado la validez de constructo; (Veg) se ha analizado la validez convergente. El símbolo (+s) análisis de sensibilidad con resultados satisfactorios, (-s) se ha realizado un análisis de sensibilidad sin resultados satisfactorios.

elegir el instrumento que mejor se ajuste a sus necesidades.

Básicamente, los instrumentos revisados contienen ítems relacionados con los síntomas típicos de un trastorno de la alimentación que vienen especificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV, 1994). En su conjunto, las utilidades de la aplicación de los instrumentos revisados pueden resumirse en: proporcionar un diagnóstico, servir de instrumento para la detección precoz de un TCA y por último, generar una imagen general de cuáles son las conductas (rituales, ejercicio físico excesivo, conductas restrictivas, etc) y las cogniciones típicas (baja autoestima, personalidad perfeccionista, obsesiones cognitivas, imagen corporal distorsionada, sobrevaloración de la delgadez, etc) de una persona con TCA.

Entre los instrumentos revisados encontramos diferencias en cuanto al número de ítems que los componen. Antes de seleccionar un instrumento es importante plantearse para qué fines se necesita, el tiempo del que se dispone y el gasto económico que supone. En general, si se pretende hacer un uso masivo de un instrumento (para una investigación con un tamaño de muestra amplio, o se va a aplicar varias veces durante el tratamiento) se recomienda aplicar un instru-

mento breve, ya que es más económico, y es más seguro a la hora de conseguir un porcentaje de respuestas óptimo. Los instrumentos con elevado número de ítems se consideran adecuados cuando van a ser empleados en el ámbito de la práctica clínica individual, o en muestras pequeñas a las que se tiene un fácil acceso. El lado negativo de la utilización de un instrumento breve, es que profundizan menos en el constructo de interés y por lo tanto nos proporcionan una información menos válida y fiable.

De los instrumentos revisados, se observa que se han desarrollado más cuestionarios autoaplicados, que entrevistas o instrumentos heteroaplicados. Como se menciona anteriormente, la aplicación de un cuestionario suele resultar más breve y práctica que la realización de una entrevista clínica completa. Dado que los cuestionarios autoaplicados suelen ser las herramientas comúnmente utilizadas en las investigaciones, es comprensible que se hayan creado más cantidad de ellos que de entrevistas clínicas. Aún así, es importante tener en cuenta que la elección de un cuestionario o una entrevista clínica viene muy determinada también por el resultado que se quiera obtener aplicando estos instrumentos (Kashubeck-West & Mintz, 2001). En el caso de que el objetivo sea detectar posibles casos de TCA en

una muestra de la población general es aconsejable utilizar un instrumento cuyo fin sea de 'cribado' y posteriormente confirmar los resultados con una entrevista individualizada antes de emitir un diagnóstico o llegar a otras conclusiones (Katz, 2001).

Con respecto a las características psicométricas que se han evaluado se pone de manifiesto que la mayoría de los instrumentos desarrollados no realizan un estudio de validez y fiabilidad completo antes de ser publicado. En general, es más frecuente realizar un estudio de la validez convergente, que un estudio de la validez de constructo. Cuando un instrumento carece de una validez de constructo adecuada se pone en duda que esté midiendo realmente lo que quiere medir. Con respecto a la fiabilidad es muy frecuente encontrar datos sobre la consistencia interna de las escalas. Por el contrario, se observa una carencia de estudios test retest para conocer la estabilidad de las mediciones de la prueba, siendo esta información de suma importancia.

En cuanto a las características psicométricas de los instrumentos adaptados al castellano han de tenerse varios aspectos en cuenta. Tres de los 4 instrumentos adaptados al castellano ofrecen información sobre el proceso de traduc-

ción que siguieron para obtener la versión en castellano. No obstante, ninguno de ellos ha seguido un proceso de traducción-retrotraducción completo, que asegure la bondad de la adaptación cultural de estos instrumentos ((Serra-Sutton & Herdman, 2001). Asimismo, durante la revisión de cuestionarios en castellano se hallaron varios artículos científicos donde se empleaba el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) en castellano. No obstante, el BITE no se ha incluido en la revisión de instrumentos en castellano porque su proceso de adaptación cultural no se ha encontrado publicado en ninguna revista científica.

Volviendo a la valoración global de todos los instrumentos revisados se han detectado también algunas deficiencias. Como se ha mencionado anteriormente, los objetivos generales especificados en los instrumentos revisados son los de servir de evaluación de tratamiento, evaluación de resultados, diagnóstico y detección de posibles casos. Ninguno de ellos indicaba explícitamente que su objetivo de medida fuera el de obtener una valoración de la CVRS de la paciente. Según Testa y Simonson (1996) un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud debe contener ítems sobre los componentes objetivos y subjetivos que sean importantes en la enfermedad. Éstos

deben de ser sensibles al cambio producido por ejemplo por un tratamiento, e incluyen generalmente ítems sobre síntomas, habilidad funcional del paciente en su vida diaria, habilidad para trabajar, para socializarse y para generar una sensación de bienestar resultado de una mejor autoimagen. Entre los instrumentos revisados se encuentran algunos que miden algunos de estos dominios, pero su interés fundamental no parece ser proporcionar una escala de medición de CVRS.

Un problema que surge con los instrumentos diagnósticos es que sus ítems están basados en los criterios especificados en la versión DSM vigente en ese momento. Por lo que cuando aparece la siguiente versión del DSM, los criterios de esos instrumentos quedan desfasados. Excepcionalmente, la entrevista y el cuestionario EDE (1987; 1993) incluyen los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (1994) porque sus autores, Fairburn y Cooper, formaban parte del comité de expertos seleccionados para elaborar los criterios diagnósticos de los TCA en el DSM-IV.

Otra deficiencia que hemos hallado dentro de esta revisión es la falta de instrumentos en castellano, bien creados originalmente o adaptados a esta lengua. Contamos con

pocos recursos de medida habiendo tantos instrumentos ya desarrollados en otras lenguas.

En cuanto a las limitaciones relativas al proceso de revisión de cuestionarios hemos de destacar las siguientes. En la presente revisión no se incluyen todos los cuestionarios existentes en la literatura científica relacionados con los TCA. Aunque se ha procurado hacer una búsqueda detallada, no se han llegado a abarcar todas las posibles publicaciones existentes. Asimismo, a pesar de la relevancia que tienen los instrumentos que evalúan la imagen corporal en las personas con un TCA, no se han incluido en la presente revisión por considerar que muchos de estos instrumentos no han sido creados únicamente para poblaciones con un TCA, sino que eran aplicables a diversos tipos de patologías o condiciones (BIQLI; (Cash & Fleming, 2002); BSQ; (Dowson & Henderson, 2001); BSQ; Cooper, 1987; CIMEC-26; (Toro, Salamero, & Martinez, 1994).

Otra de las limitaciones hace referencia a la valoración de las características psicométricas realizadas en el presente artículo. En consecuencia se han seleccionado únicamente aquellos artículos publicados cuyo objetivo expreso fuera la presentación y descripción del proceso de creación y valida-

ción del cuestionario o entrevista. Por lo cual, otros artículos también existentes en la literatura cuyo fin no era éste, pero que aún así podían proporcionar información sobre la validez convergente o la sensibilidad en distintas poblaciones del instrumento, no han sido incluidos en la revisión.

Como conclusión general se puede afirmar que el panorama internacional actual de instrumentos de medida en el área de TCA presenta una situación favorable por ser un área amplia en continua

expansión. Aún así, esta revisión pone de manifiesto la ausencia de instrumentos que midan la calidad de vida en personas con un TCA. El panorama español presenta una situación más desfavorable que el internacional. Se cuentan con pocos instrumentos adaptados al castellano y no se ha hallado ninguno, creado originalmente en España, que cumpliera los criterios de inclusión. Por lo tanto, sería recomendable incentivar la creación y adaptación de instrumentos de medida relacionados con los TCA en castellano.

REFERENCIAS

- Allison, D. B. (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems: Measures, theory, and research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publ.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)*. (4th ed.) Washington D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-45.
- Badía, X., Salamero, M., y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud: Guía de escalas de medición en español*. (3ª ed.) Barcelona: Fundación Lilly.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., y Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet*, 357, 1254-1257.
- Cash, T. F. y Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 455-460.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimera, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the spanish version. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Clinton, D. (1999). The Rating of Anorexia and Bulimia (RAB) interview: Development and preliminary validation. *European Eating Disorders Review*, 7, 362-371.
- Coker, S., y Roger, D. (1990). The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 223-231.
- Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., y Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 381-388.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Dowson, J., y Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102, 263-271.
- Fairburn, C. G. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In C.G.Fairburn y G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating. Nature, assessment and Treatment* (12th ed., pp. 317-357). New York: Oxford Press.
- Fayers, P. M. y Machin, D. (2000). *Quality of Life: assessment, analysis and interpretation*. West Sussex PO19 1UD, England: John Wiley y Sons Ltd.
- Fichter, M. M. y Quadflieg, N. (1999). *Inventario estructurado para síndromes de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos según DSMIV e ICD-10. Cuestionario de autoevaluación (SIAB-S y Entrevista para expertos (SIAB-EX)*. Retrieved July 9, 2003,

de la Clínica Psiquiátrica de Munich, Departamento de Investigación Web Site: <http://www.epi.med.uni-muenchen.de>.

Freeman, R. K., Walker, M. K., y Ben Tovim, D. I. (1996). Low levels of interrater reliability in a standard measure of outcome in eating disorders (the modified Morgan-Russell Assessment Schedule). *International Journal of Eating Disorders*, 20, 51-56.

Garner, D. M., Olmstead, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.

Garner, D. M. (1998). *Manual EDI-2: Inventario de Trastornos de la conducta Alimentaria*. (TEA ed.) Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Eckert, E. D., Casper, R. C., Davis, J. M., y Roper, M. (1980). Attitudinal dimensions in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 15, 239-251.

Henderson, M. y Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

Hohlstein, L. A., Smith, G. T., y Atlas, J. G. (1998). An Application of Expectancy Theory to Eating Disorders: Development and Validation of Measures of Eating and

Dieting Expectancies. *Psychological Assessment*, 10, 49-58.

Kashubeck-West, S., y Mintz, L. (2001). Assessment of eating disorders in women. *Counseling Psychologist*, 29, 662-694.

Katz, D. (2001). Fundamentals of Screening: the art and Science of looking for trouble. En *Clinical Epidemiology and Evidence-Based Medicine: Fundamental Principles of Clinical Reasoning & Research* (pp. 69-87). University of Yale: Sage Publications.

Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., y Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 425-445.

McDowell, I., y Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. (Second ed.) New York: Oxford University Press.

Mintz, L. B. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 63-79.

Mizes, J. S., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime, R., y Varnado, P. (2000). Development of the mizes anorectic cognitions questionnaire-revised: psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 415-421.

Morgan, H. G., y Hayward, A. E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.

Morgan, J. F., Reid, F., y Hubert Lacey,

J. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 319, 1467-1468.

O'Neil, P. M., Currey, H. S., Hirsch, A. A., Malcolm, R. J., Sexauer, J. D., Riddle, F. E. et al. (1979). Development and validation of the eating Behavior Inventory. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 123-132.

Prieto L., Lamarca, R. y Casado, A. (1998). La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclass. *Medicina Clínica*, 110, 142-145.

Rajmil, L. E. (2001). Health related quality of life [HRQOL] in childhood and adolescence: a review of the literature and instruments adapted in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 15 Suppl 4, 34-43.

Rathner, G., y Rainer, B. (1998). The factor structure of the Anorexia Nervosa Inventory for Self-Rating in a population-based sample and derivation of a shortened form. *European Archives of Psychiatry y Clinical Neuroscience*, 248, 171-179.

Rivas, T., Bersabe, R., y Castro, S. (2001). Propiedades psicométricas del cuestionario para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria (Q-EDD). *Psicología Conductual*, 9, 255-266.

Rosenvinge, J. H. (2001). A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: Development and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *European Eating Disorders Review*, 9, 123-132.

Salvador, L., López-Alberca, R., y González, F. (2000). Guías para la Descripción y la selección de instrumentos en psiquiatría. En A. Bulbena y G. E. Berrios (Eds.), *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (1ª

Edición ed., pp. 15-34). Barcelona: Masson.

Sanchez-Carracedo, D., Raich i Escursell, R. M., Figueras Piqueras, M., Torras Claraso, J., y Mora Giral, M. (1999). Adaptación preliminar del Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) con una muestra Española universitaria. *Psicología Conductual*, 7, 393-416.

Schulman, R. G., Kinder, B. N., Powers, P. S., Prange, M., y Gleghorn, A. (1986). The development of a scale to measure cognitive distortions in bulimia. *Journal of Personality Assessment*, 50, 630-639.

Serra-Sutton, V., y Herdman, M. (Octubre, 2001). Metodología de Adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Informatiu Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques*, 24, 18-20.

Slade, P. D. (1973). A short anorexic behaviour scale. *British Journal of Psychiatry*, 122, 83-85.

Slade, P. D., Phil, M., y Dewey, M. E. (1986). Development and preliminary validation of SCANS: A screening instrument for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 517-538.

Spitzer, R. L., Yanovski, S. Z., Marcus, M. D. (HaPI Record). (1994). *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised*. Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer). McLean, VA: BRS Search Service (Vendor).

Stice, E. (2000). Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder. *Psychological Assessment*, 12, 123-131.

Stunkard, A. J. y Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.

Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.

Thelen, M. H., y Farmer, J. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychological Assessment. A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.

Toro, J., Salamero, M., y Martinez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in

anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.

Van Strien, T., Frijters, J. E., y Bergers, G. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.

Williams, G. J. (1994). Development and validation of the Stirling Eating Disorder Scales. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 35-43.

Yanovski, S. Z. (1993). Binge eating disorder: current knowledge and future directions. *Obesity Research*, 1, 308-324.