

Máster interuniversitario en Nutrición y Metabolismo

Trabajo de investigación

*Validación del “Índice de adherencia a las pautas alimentarias”
en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria*

Autor: Ferran Vila Pérez

Tutor principal: Antoni Grau

Tutor Universidad: José Antonio Fernández López

Centro de estancia: Hospital de Nens (HM Hospitales)

Lugar de elaboración del trabajo: Ita Salud Mental



25/06/2021

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Hipótesis y Objetivos	10
Objetivos generales.....	11
Objetivos específicos.....	11
Material y métodos	11
Participantes	11
Muestra	12
Instrumentos.....	13
Procedimiento.....	14
Confidencialidad y aspectos éticos.....	17
Beneficios y riesgos	18
Resultados	19
Discusión.....	20
Anexos	24
Índice de adherencia a las pautas alimentarias	25
Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea' (MEDAS)	24
Cuestionario Actitudes hacia la alimentación (EAT-26)	24
Cuestionario Procesos de cambio para el control de peso (P-Weight)	24
Cuestionario Estrategias de afrontamiento (CSI).....	24
Otros documentos (Consentimientos informado, etc	¡Error! Marcador no definido.

VALIDACIÓN DEL “ÍNDICE DE ADHERENCIA A LAS PAUTAS DE ALIMENTACIÓN” EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (IAPA)

Resumen

Objetivo: Elaborar el cuestionario IAPA y explorar sus propiedades relativas a su fiabilidad y validez respecto cuestionarios validados que midan adherencia, sintomatología del TCA y estrategias de afrontamiento relacionadas al peso y la alimentación.

Método: 5 personas mayores de edad y con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que estaban realizando psicoterapia fueron evaluadas mediante el IAPA y otros instrumentos de evaluación, como el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea' (MEDAS), el EAT-26 el cuestionario sobre procesos de cambio para el control de peso (P-Weight) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSI).

Resultados: El IAPA muestra buena aceptabilidad y consistencia interna, así como una gran correlación directa con el cuestionario MEDAS. También presentó una correlación indirecta total con el EAT-26 y en varias escalas del P-Weith y de CSI.

No pudo estudiarse la estructura factorial del IAPA y no hubo una correlación entre el IAPA y su retest.

Conclusiones: El cuestionario IAPA muestra unas propiedades psicométricas aceptables. Teniendo en cuenta el pequeño volumen de la muestra los resultados no son robustos, por lo que recomendamos ampliar la muestra en futuras investigaciones antes de recomendar su utilización como herramienta de medición de la adherencia a las pautas alimentarias en pacientes con TCA

Palabras clave: Índice de adherencia a las pautas alimentarias, trastornos de la conducta alimentaria, cuestionario de pautas alimentarias.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) suponen una alteración del comportamiento, las actitudes y la ingesta de alimentos orientados al control del peso y/o la imagen corporal (1). En España, los TCA presentan una prevalencia del 0,14% al 0,9% en el caso de la anorexia nerviosa y del 0.41 % al 2.9 % en el caso de la bulimia nerviosa (2).

Los TCA son afecciones de salud mental graves, complejas y, a menudo, debilitantes, caracterizadas por una alteración grave y persistente en la conducta alimentaria (1). A menudo se asocian con problemas psicológicos graves (3,4), sociales (5) y con complicaciones físicas (4,6,7), así como mala calidad de vida (8–10). Está catalogada como la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes, por detrás de la obesidad y el asma (11) y tiene tasas de mortalidad significativamente más altas que la población promedio y de las más altas entre las enfermedades psiquiátricas (12).

En el ámbito de la salud mental cada vez es más frecuente la formación de equipos multidisciplinarios siguiendo el modelo biopsicosocial de salud establecido por la Organización Mundial de la Salud (13). Estos equipos multidisciplinarios bien coordinados se requieren principalmente en psicopatologías graves, tales como los TCA, debido a su alta variabilidad de manifestaciones y las graves consecuencias que generan en la vida de la persona (11).

Según la Guía de Práctica Clínica sobre TCAa publicada por la SENPE, los equipos multidisciplinarios son esenciales para el desarrollo de intervenciones efectivas durante las fases de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en pacientes con TCA (8). Señalan como pilares fundamentales del tratamiento, la intervención psicológica y el abordaje alimentario/nutricional (14) y que este debe ser realizado coordinadamente por un psicólogo sanitario y un dietista-nutricionista (15,16). Existen otros profesionales de la salud que trabajan en salud mental y que deberían contemplarse en los equipos multidisciplinarios (médicos y enfermeras especialistas en salud mental, terapeutas ocupacionales, entre otros) (13,17).

El manejo nutricional de pacientes con trastornos mentales, y en concreto de los TCA, es altamente complicado debido a las actitudes extremas hacia la comida que presentan (Tabla 1) y la alta prevalencia de comorbilidad de perfiles de personalidad complejos. Esta situación hace que el abordaje y manejo de los TCA sea más complejo que el tratamiento de la población general y que requiera profesionales con un mayor nivel de conocimientos, habilidades y experiencia (17).

Tabla 1

Síntomas alimentarios característicos de los TCA.

Restricción de energía para bajar de peso
Evitación de alimentos específicos, en particular los alimentos con alto contenido energético
Comer una variedad limitada de alimentos
Restringir la ingesta de grasas alimentarias
Flexibilidad reducida con la comida
Llenarse de alimentos pobres en energía
Uso excesivo de edulcorantes artificiales
Cantidades excesivas de frutas y hortalizas
Uso de bebidas no nutritivas para suprimir el apetito y reducir la necesidad de atracones
Ingesta excesiva de cafeína
Horarios anormales de comidas y refrigerios
Participación excesiva en la preparación de alimentos
Recopilación de recetas y menús
Uso excesivo de condimentos
Sobrestimar el tamaño de las porciones de comida y confusión sobre cuánto comer

* Extraído de "The Recovery from Eating Disorders for Life" (REAL Food Guide) (18)

El tratamiento dietético tiene como objetivo la rehabilitación nutricional, logrando una tasa segura de recuperación de peso y restablecer un comportamiento alimentario "normalizado". Estos objetivos se persiguen a partir de proporcionar educación nutricional sobre una alimentación saludable a largo plazo, esencial para la recuperación y el mantenimiento de peso y el trabajo sobre la percepción del hambre y la saciedad (18,19).

Con este fin, el responsable de la nutrición evalúa los patrones actuales y pasados de la ingesta dietética, incluido el horario de las comidas, el tamaño de las porciones y los rituales relacionados con los alimentos o el cuerpo. La terapia nutricional ayuda a los pacientes a realizar cambios relacionados con la ingesta de alimentos, el uso de

suplementos, las conductas compensatorias, la actividad física y la relación del paciente con su cuerpo (19).

La terapia nutricional aborda la variedad en la selección de alimentos, la desensibilización a los atracones y / o purgados y la normalización de la conducta alimentaria, incluida la alimentación social.

Actualmente la terapia nutricional define detalladamente los criterios de ingreso hospitalario de pacientes con anorexia y bulimia, los requerimientos energéticos y la velocidad de recuperación de peso en la realimentación, así como las comorbilidades y las complicaciones. No obstante, las recomendaciones alimentarias sobre tipo de alimentos, frecuencia de consumo, identificación de sintomatología, etc., son escasas y se limitan a promover una alimentación para población general (15).

Aunque las guías de práctica clínica actuales recomiendan la evaluación, educación e intervención dietéticas como parte del tratamiento multidisciplinario de los TCA, hay una falta de orientación detallada para los dietistas con respecto a lo que debe abarcar el tratamiento dietético ambulatorio para los TCA. (20) Existen pocos recursos para los dietistas-nutricionistas que expliquen cómo hablar sobre la restauración de peso y la restauración de una planificación alimentaria y esto hace que el peso de las decisiones recaiga en la experiencia del profesional (21).

Hasta la fecha no se dispone de un modelo dietético de intervención internacionalmente aceptado en el campo de los TCA, así como no existe consenso sobre la mejor guía a aplicar (17,21) En consecuencia, los nutricionistas que se especializan en TCA pueden abordar el tratamiento basándose en la experiencia personal más que en información basada en evidencia, potencialmente resultando en intervenciones u enfoques inconsistentes (21).

La falta de consenso sobre las mejores pautas alimentarias a recomendar en pacientes con TCA hacen que cada dietista-nutricionista trabaje con pautas alimentarias distintas (por ejemplo, el Exchange System, My Plate del Departamento de Agricultura de EEUU, Marcia Herrin's Regla de Tres (RO3s) y / o registros de alimentos) (21).

Krebs-Smith y Kris-Etherton señalan que el profesional debe ser consciente de las limitaciones que cada pauta alimentaria puede tener en pacientes con TCA, ya que las recomendaciones de los grupos de alimentos que promueven las pautas alimentarias anteriormente comentadas generalizan una alimentación basada en alimentos procesados limitados, sin sal añadida, sin grasas añadidas ni edulcorantes, promocionando siempre las proteínas y lácteos pobres en grasa. Esta generalización puede ser contraproducente en ciertos momentos de la evolución en los pacientes con TCA. La explicación de que todos los alimentos son válidos y la lucha contra la cultura de la dieta puede chocar con las recomendaciones de salud realizadas en materia de alimentación orientadas a la población. Elegir los alimentos según su orden energético no está recomendado para el paciente con TCA, ya que puede reforzar el conteo de calorías y el control del peso corporal (19).

El tratamiento de los TCA se sustenta en el diagnóstico alimentario/nutricional y la elaboración de un plan de intervención individualizado (16). El diagnóstico alimentario/nutricional se concreta tras la evaluación del estado general del paciente, a partir de la cual se fijan objetivos y se elabora el plan de intervención personalizado. Este plan consta de asesoramiento alimentario/nutricional (14) y planificación de las ingestas. En todo este proceso se promueve el establecimiento de patrones de alimentación regulares y se hace especial énfasis en los efectos de la realimentación (8,18).

Para garantizar las mejores prácticas, la seguridad del paciente y la obtención de resultados óptimos, los profesionales de la salud deben demostrar un amplio conocimiento, a través de la capacitación y la experiencia, en el manejo de los TCA graves y complejos (22). Los profesionales con experiencia limitada y un conocimiento deficiente del manejo de los TCA pueden correr el riesgo de causar daño a los pacientes o retrasar la recuperación (23).

Frente a esta necesidad específica se empieza a plantear elaborar pautas alimentarias para los TCA más allá de la realimentación física y que trabaje el pensamiento alimentario y la relación con la comida. De este interés surge la guía de alimentación “The Recovery from Eating Disorders for Life” (REAL Food Guide) (18). Este grupo de

investigación recopiló los patrones alimentarios alterados característicos de los TCA (Tabla 1) y elaboró una guía en sintonía con ellos.

La elaboración de estas pautas específicas para pacientes con TCA supone un avance en el tratamiento de la patología, pero aún queda trabajo para que sean conocidas y usados por los profesionales.

Sin embargo, una de las limitaciones más importantes para evaluar la adherencia a las pautas alimentarias prescritas en este tipo de pacientes, es la ausencia de cuestionarios empíricamente validados específicos (24). En la actualidad, los recursos más utilizados para la evaluación del correcto seguimiento de las pautas alimentarias son los auto registros (de 24 horas, semanal y de frecuencia de consumo), así como recursos analógicos, tales como fotografías u otras medidas para estimar la cantidad de ingestas (25). Entre las medidas más objetivas destacan el “Mediterranean Diet Adherence Screener” (MEDAS) (26), empleado en el estudio PREDIMED para evaluar el nivel de adherencia a la dieta mediterránea (25). Estos cuestionarios evalúan patrones dietéticos promocionados por pautas alimentarias anteriormente nombradas, diseñadas para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico, pero al igual que se concluyó que los modelos de alimentación estándar no eran adecuados para pacientes con TCA, concluimos que tampoco lo son sus respectivos cuestionarios.

Otros instrumentos usados en TCA, más específicamente psicológicos y centrados en la sintomatología alimentaria, tales como el “Test de investigación de Bulimia de Edimburgo” (BITE) y el “Test de Actitudes ante la Alimentación” (EAT) (14) nos permiten hacer una aproximación diferente a la conducta alimentaria. El empleo de dichos instrumentos para evaluar la adherencia a las pautas presenta ciertas limitaciones: inespecificidad, subjetividad y falta de apoyo empírico en algunos casos.

Otro de los pilares fundamentales para el tratamiento efectivo de los TCA es la colaboración de los familiares, sobre todo, en pacientes jóvenes o menores de edad. Los familiares también deben adherirse a los nuevos hábitos de alimentación indicados por el dietista-nutricionista y mantener los hábitos alimentarios saludables en la familia. Sin embargo, ello resulta ser cada vez más difícil debido al ritmo de vida y a los posibles

conflictos familiares, los cuales pueden ser un factor implicado en el desarrollo de los TCA (27)

La ausencia de instrumentos específicos que valoren la adherencia a las pautas alimentarias, así como la falta de implicación de las familias pueden influir en la eficacia de la intervención. Por ello, el objetivo general del presente proyecto es el desarrollo y validación psicométrica de un “Índice de Adherencia a las Pautas de Alimentación” (IAPA) en sus respectivas versiones para pacientes y convivientes con el propósito de que los dietistas-nutricionistas y el personal sanitario puedan optimizar su práctica profesional con una nueva herramienta de evaluación/intervención de los TCA.

Tabla 2

Objetivos dietéticos para la recuperación de los TCA

Selección de una amplia variedad de alimentos (incluida la ingesta de alimentos densos en energía)
Inclusión de los alimentos “temidos” para reducir lentamente la ansiedad asociada con dichos alimentos
Aumento de la ingesta diaria de grasas y aceites
Aumentar la ingesta de alimentos ricos en calcio
Minimizar la ingesta de poca energía
Minimizar los alimentos dietéticos
Mejorar la flexibilidad de la elección de alimentos
Ser capaces de salir a comer socialmente
Permitirse comer por placer en lugar de comer para controlar el peso

*Extraído de “The Recovery from Eating Disorders for Life” (REAL Food Guide) (18)

El IAPA está constituido por 69 ítems incluidos en dos subescalas diferenciadas en cuanto al contenido de las cuestiones y las respectivas opciones de respuesta posibles, una subescala de 48 ítems y otra de 21 ítems. La subescala de 48 ítems registra el cumplimiento de diversas pautas alimentarias que se puntúan en una escala de Likert de 5 puntos (1: Siempre, 2: Muchas veces, 3: Alguna vez, 4: Muy pocas veces, 5: Nunca). Los ítems han sido definidos a partir de los objetivos nutricionales descritos en la guía de alimentación “The Recovery from Eating Disorders for Life” (REAL Food Guide) (18) expuestos en la tabla 2, la guía de AZANED y la experiencia de dietistas-nutricionistas especializados y con experiencia en el campo de los TCA.

La subescala de 21 ítems recoge aspectos específicamente nutricionales y evalúa la frecuencia y cantidad del consumo diario y semanal de diversos alimentos y se responde en una escala de 3 opciones, según el grado de adherencia a las pautas establecidas (0: nula, 1: moderada, 2: óptima). Para evitar la aquiescencia en las respuestas, algunos ítems se enuncian de tal manera que es necesario invertir su puntuación para que apunte en la dirección de la adherencia a las pautas prescritas. En conjunto, el contenido de los ítems de ambas subescalas evalúa los aspectos alimentarios y nutricionales más relevantes implicados en el seguimiento del plan de tratamiento de los TCA (tipología y cantidades de alimentos ingeridos, frecuencia y duración de las ingestas, dificultades en el cumplimiento de las pautas, conductas de evitación y/o compensación, etc.) en el transcurso de los últimos siete días. El IAPA también incluye una versión para que sea respondida por alguna persona conviviente con el paciente aquejado del trastorno de la conducta alimentaria.

Hipótesis y Objetivos

- La mejoría del TCA no es analizable con los cuestionarios alimentarios actualmente existentes.
- Un cuestionario fiable para evaluar la pauta alimentaria del TCA debería contemplar el pensamiento alimentario y la relación con la comida.
- Un seguimiento de dieta mediterránea podría no ser predictor de mejoría del TCA.
- El seguimiento de recomendaciones nutricionales específicas para pacientes con TCA obtiene mejores resultados que el seguimiento de una dieta mediterránea estándar.

Objetivos generales

- Diseñar y elaborar el IAPA
- Evaluar las propiedades psicométricas del IAPA en muestra clínica española, en relación con otros instrumentos que miden “adherencia” a la pauta alimentaria/nutricional o constructos similares.

Objetivos específicos

- Analizar la consistencia interna y la fiabilidad del IAPA.
- Analizar la estructura factorial del IAPA
- Analizar la validez convergente del IAPA con el ‘Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea’ (MEDAS). Así como si existe correspondencia entre las actitudes hacia la alimentación (EAT-26) y el grado de adherencia a las pautas de alimentación (IAPA).
- Analizar la correspondencia existente entre los procesos de cambio para el control de peso (P-Weight) y el grado de adherencia a las pautas de alimentación (IAPA).
- Comprobar qué estrategias de afrontamiento (CSI) predicen un mayor grado de adherencia a las pautas de alimentación (IAPA).

Material y métodos

Participantes

Pacientes de diferentes centros de Ita en tratamiento por TCA, sin restricciones de sexo, nacionalidad o nivel educativo. Específicamente, los criterios para la recogida de la muestra son;

- Criterios de inclusión: hombres y mujeres de entre 14 y 60 diagnosticados de Anorexia, Bulimia o trastorno alimentario no especificado por un profesional de la psicología o psiquiatría. Estar en tratamiento alimentario/nutricional en régimen ambulatorio u hospital de día en Ita y encontrarse en plenas facultades cognitivas y volitivas que le permita firmar el consentimiento para su participación y cumplimentar correctamente todos los cuestionarios.

- Criterios de exclusión: aquellas personas que no tengan un nivel de competencia suficiente para comunicarse en español o que presenten déficits visuales, auditivos o cognitivos significativos que le impidan la adecuada cumplimentación de todos los cuestionarios, o no firmen el consentimiento de participación.
- De igual manera, para evitar el efecto de variables de confundido, también se excluirá de la muestra a las personas que cumplan las siguientes condiciones:
 - Enfermedades endocrino-metabólicas (ej., hipo/hipertiroidismo, Diabetes Mellitus, síndrome metabólico, etc.).
 - Seguimiento de una dieta, uso de laxantes y/o diuréticos prescritos.

Muestra

En el estudio participaron 5 mujeres y ningún hombre, con edades comprendidas entre 22 y 38 ($M = 28,2$; $DE = 6,261$), visitados por 3 psicoterapeutas distintos y un mismo nutricionista. Todos ellos eran mayores de edad y seguían tratamiento psicológico de distinta intensidad (Ingreso=1; Hospital de día=2; Consultas externas=2). Todas cursaban con un trastorno de la conducta alimentaria (Anorexia nerviosa purgativa=2; Anorexia nerviosa restrictiva=2; Bulimia nerviosa=1) y sin comorbilidades psiquiátricas.

Para más información sobre los participantes, véanse la tabla 3.

Tabla 3

Información sobre los participantes del proyecto

Información sobre los participan		Frecuencia (%)
Tienen pareja	si	60%
	no	40%
Convivencia actual	padre, madre y hermanos	40%
	padre y madre	20%
	pareja	20%
Situación laboral	estudiante	20%
	en activo	20%
	baja temporal	20%
	otros	40%
Últimos estudios completados	bachillerato o equivalente	20%
	FP	40%
	licenciatura/grado	20%
	postgrado/master	20%
Realizan las ingestas acompañadas	si	80%
	no	20%

Instrumentos

- Cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficos: que registrará las variables sociodemográficas relacionadas con el usuario, el trabajo terapéutico y el conviviente (ej., sexo, edad, talla, IMC, estado civil, nivel educativo, situación laboral, etc.).
- Escala de Adherencia a la Dieta Mediterránea (MEDAS): la escala de adherencia a la dieta mediterránea (MEDAS) fue creada y validada por el grupo de Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED) en población española (10). Es una escala autoadministrada de 14 ítems valorados en una escala dicotómica, en la que cumplir la condición establecida tiene un valor de 1 y no cumplir la condición de 0. El objetivo del instrumento es valorar el grado de adherencia a la dieta mediterránea. Los puntos de corte establecidos son: baja (≤ 7 puntos), media (8-9 puntos) y alta (≥ 10 puntos) (15,16).
- Test de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26): es un instrumento multidimensional con 26 ítems valorados a través de una escala Likert de 6 puntos (desde “nunca” hasta “siempre”). La puntuación total es el sumatorio de los valores de los ítems, teniendo en cuenta que el ítem 25 es inverso. Esta versión tiene 3 subescalas: a) dieta: formada por 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos y preocupaciones por la delgadez; b) bulimia y preocupación por la comida: consta de 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, y c) control oral: estructurada en 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso (17,18). Los puntos de cortes varían en función de los estudios, no obstante, la recomendación general oscila entre los 20-22 puntos (5).
- Cuestionario de Procesos de Cambio para el Control de Peso (19) Cuestionario constituido por 34 ítems presentados en una escala Likert de 5 puntos que evalúa las actitudes y conductas que ponen en marcha las personas que intentan controlar su peso. Se obtienen cuatro puntuaciones, correspondientes a los siguientes procesos de cambio: ‘Reevaluación emocional’, ‘Acciones para el control del peso’, ‘Reestructuración del entorno’ y ‘Evaluación de las consecuencias del peso’.
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (20) En la aplicación de este cuestionario, la persona comienza por describir detalladamente la situación estresante, que en el

caso que nos ocupa podría estar relacionada con la alimentación, el peso o la imagen corporal. Posteriormente, el sujeto contesta a 40 ítems, según una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia realizó en la situación descrita, lo que expresa cada ítem (0: En absoluto, 1: Un poco, 2: Bastante, 3: Mucho, 4: Totalmente). Al final de la escala se contesta a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento ("¿En qué grado manejó adecuadamente la situación?, ítem valorado en una escala de 5 puntos de "nada" a "totalmente"). El CSI presenta una estructura compuesta por ocho puntuaciones parciales, cuyas puntuaciones pueden ser además agrupadas en cuatro puntuaciones secundarias y otras dos terciarias.

Procedimiento

Los investigadores entrarán en contacto con los profesionales a cargo de la asistencia alimentaria/nutricional de los usuarios para presentar el estudio. Con el consentimiento de los profesionales, se ofrecerá la posibilidad de participar a usuarios y convivientes.

Para el reclutamiento de pacientes mayores de edad en modalidad de Hospital de Día, se seleccionará un grupo de 5 personas de carácter semanal. Se les explicará la investigación y en caso de aceptar los términos, se les entregará el dossier del paciente; donde se recogen todos los instrumentos de evaluación para el paciente, y el dossier del conviviente; donde se recogen todos los instrumentos de evaluación para el conviviente. Con la entrega de dicha documentación se les indicará una cita con el nutricionista en el plazo de 7 días para la entrega de toda la documentación pertinente, tanto la del paciente como la del conviviente. Aparte de la recepción de dicha información, el profesional completará el dossier para el profesional, compilación de instrumentos de evaluación a rellenar por el nutricionista y finalmente, entregará el cuestionario objeto de validación que tendrá que traer en la próxima visita al centro, la cual tendrá un plazo máximo de 7 días. (véase figura 1)

Para el reclutamiento de pacientes menores de edad en modalidad de Hospital de Día, se presentará la investigación en el grupo multifamiliar donde, aquellos que estén interesados, completarán el consentimiento informado. Posteriormente, se desarrollará un grupo de 5 pacientes de carácter semanal. Se les explicará la investigación y en caso

de aceptar los términos, se les entregará el dossier del paciente; donde se recogen todos los instrumentos de evaluación para el paciente, y el dossier del conviviente; donde se recogen todos los instrumentos de evaluación para el conviviente. Con la entrega de dicha documentación se les indicará una cita con el nutricionista en el plazo de 7 días para la entrega de toda la documentación pertinente, tanto la del paciente como la del conviviente. Aparte de la recepción de dicha información, el profesional completará el dossier para el profesional, compilación de instrumentos de evaluación a rellenar por el nutricionista y finalmente, entregará el cuestionario objeto de validación que tendrá que traer en la próxima visita al centro, la cual tendrá un plazo máximo de 7 días. (Véase Figura 2).

Para el reclutamiento de pacientes mayores de edad en modalidad ambulatorio, se desarrollará una primera visita nutricional donde se explicará el proyecto y en caso de aceptar los términos, se les pedirá que en la siguiente visita nutricional lleguen al centro con un margen de 5-10 minutos previos a la sesión para completar el dossier del paciente. Recepción entregará estos cuestionarios. En la visita nutricional, el profesional recogerá las pruebas, completará el dossier del profesional, compilación de instrumentos de evaluación a rellenar por el nutricionista, y entregará el dossier del conviviente donde se recogen todos los instrumentos de evaluación para el conviviente. La recepción de estos elementos se llevará a cabo en la siguiente visita por parte de personal de recepción. (Véase figura 3)

Para el reclutamiento de pacientes menores de edad en modalidad ambulatorio, se desarrollará una primera visita nutricional donde se explicará el proyecto a padres y pacientes. En caso de aceptar los términos, se les pedirá que en la siguiente visita nutricional lleguen al centro con un margen de 5-10 minutos previos a la sesión para completar el dossier del paciente y el del conviviente. Recepción entregará estos cuestionarios. En la visita nutricional, el profesional recogerá las pruebas y completará el dossier del profesional, compilación de instrumentos de evaluación a rellenar por el nutricionista. No se entregará una segunda vez el cuestionario a estudio para el desarrollo del test-retest. (Véase Figura 4)

Confidencialidad y aspectos éticos

Los datos personales constarán sólo en el formulario de consentimiento informado. En los test se utilizará un código de 4 letras y 3 números que permita la identificación del usuario en caso de hacer valer sus derechos de acceso, modificación o baja del estudio. Todos los análisis y los resultados mantendrán de forma estricta la confidencialidad de los participantes.

El material que se vaya generado durante el curso de la investigación (cuestionarios y consentimientos informados) se guardará en Ita-Avenir para su registro y posterior análisis estadístico. Una vez allí, el investigador principal guardará y controlará los consentimientos informados de manera pertinente al nivel de seguridad requerido, tal y como se indica en lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 de la Unión Europea, del 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de sus datos personales y la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

El presente proyecto cumple con los principios éticos comúnmente aceptados en investigación con seres humanos, a saber: respeto a la persona o autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia:

- Respeto a la persona o autonomía: Cada participante será informado y se respetará su decisión de participar o no en el programa de tratamiento propuesto. Consecuentemente se obtendrá de cada participante el consentimiento informado y se garantizará su derecho a la privacidad y la intimidad, la confidencialidad de la información recabada en este proyecto, así como la preservación del anonimato cuando se publiquen los resultados.
- No maleficencia: De acuerdo con lo especificado en el apartado “Standard 8: Research and Publication” del documento “Ethical principles of psychologists and code of conduct”, publicado por la “American Psychological Association (APA)”, la investigación que no genera estrés o daño, y que se limita a la administración de cuestionarios anónimos implica un riesgo mínimo de carácter ético.

- **Beneficencia:** La consecución de los distintos objetivos permitirán individualizar los programas de intervención en función de las variables psicológicas implicadas en la adherencia a las pautas alimentarias prescritas, aumentando así la eficacia de las intervenciones realizadas en los TCA.
- **Justicia:** Los criterios de exclusión están justificados científicamente y no suponen un perjuicio para los participantes descartados, más allá del que se deriva de no participar en el estudio. Por otra parte, la necesidad de incorporar tales criterios es fundamental para preservar la objetividad del diseño del estudio.

Beneficios y riesgos

Riesgos

El presente estudio no supone ningún tipo de riesgo o perjuicio para sus participantes.

Los participantes que decidan no participar o interrumpir su participación por cualquier motivo no se verán afectados de ninguna manera en el trato que reciban por parte de los centros de referencia.

Beneficios

El estudio no presenta beneficios directos al participante hasta que no se hayan analizado todos los datos y se hayan extraído las correspondientes conclusiones. No obstante, el participante y el nutricionista de referencia pueden utilizar los resultados del instrumento para trabajar en las sesiones de tratamiento.

El IAPA puede convertirse en un instrumento de fácil manejo para evaluar la adherencia a las pautas alimentarias.

El IAPA puede ayudar a mejorar la adherencia del cliente a las pautas de alimentación y, por ende, la eficacia de la intervención alimentaria.

Ningún participante ni miembro del equipo de investigación obtendrá ningún tipo de compensación económica por la participación o desarrollo del presente estudio.

Resultados

En este estudio participaron un total de 5 personas y todas completaron la primera batería de cuestionarios. Del total de participantes hubo 2 personas que no respondieron el retest.

Para comprobar la fiabilidad del cuestionario elaborado (IAPA) se revisó la consistencia interna del mismo, con valores alfa de 0,889, siendo estos altamente aceptables.

Se analizó la estructura factorial del cuestionario IAPA en búsqueda de correlaciones y no hubo resultados debido a la falta de muestra para compararlos.

El cuestionario IAPA presentó una gran correlación directa con el cuestionario de Adherencia a la dieta Mediterránea (MEDAS) de 0,975.

Presentó una correlación indirecta con el resultado del cuestionario sobre actitudes hacia la alimentación (EAT-26) de -1,00, así como de sus subescalas, siendo -0,9 la escala de la dieta, -0,975 la escala de la bulimia y la preocupación por la comida y -1,00 el control oral.

En cuanto a la correlación entre IAPA y el cuestionario los procesos de cambio para el control de peso (P-Weight) existe una correlación indirecta en varias de sus subescalas, siendo -9,00 la escala de reevaluación emocional, -0,949 la escala de acciones para el control de peso y -0,975 la escala de reestructuración del entorno.

El cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSI) mostró correlación indirecta de -1 con uno de sus factores, la retraída social.

Se realizaron retest del cuestionario IAPA a la semana y los resultados no mostraron correlación. Parte de la no correlación puede ser debida a que se aceptaron valores de cuestionarios de dos participantes que posteriormente no realizaron el retest.

Discusión

Los resultados presentados deben leerse siendo conscientes de la baja muestra estudiada y de la poca fiabilidad que esto supone.

No pudo analizarse la estructura factorial del cuestionario IAPA por falta de muestra y es un objetivo que queda pendiente a valorar.

La correlación directa del cuestionario IAPA con el cuestionario MEDAS sugiere que obtener altas puntuaciones en nuestro cuestionario establece una correlación con la dieta mediterránea y la salud física.

La correlación indirecta con el cuestionario EAT 26, un cuestionario orientado a identificar trastorno alimentario podría corroborar que, a mayor adherencia a la pauta alimentaria, y por ende mayor puntuación en el cuestionario IAPA, se correlaciona con menos conductas sintomáticas propias de los TCA.

La correlación indirecta entre el cuestionario IAPA y los cuestionarios restantes, procesos de cambio para el control de peso (P-Weight) y estrategias de afrontamiento (CSI), va en la misma dirección que con el EAT-26. Ambos cuestionarios están enfocados en identificar estrategias de afrontamiento y/o gestión patológicos o desadaptativos, y la correlación indirecta entre ellos sugiere que a mayor adherencia a las pautas alimentarias existen mejores estrategias del control del peso y de afrontamiento de situaciones.

Creemos que no hubo resultados de correlación en los retest por falta de muestra y porque se aceptaron valores de cuestionarios de 2 participantes que posteriormente no realizaron el retest.

Los resultados preliminares del estudio sugieren que cuestionario IAPA podría ser un buen predictor a usar para valorar adherencia a las pautas alimentarias en pacientes con TCA pero el volumen de la muestra indica que estos no pueden tomarse como consistentes.

Esperamos que en una segunda etapa pueda ampliarse la muestra para generar robustez a los resultados positivos obtenidos y tener la capacidad de medir el resto de las variables que no han podido ser valoradas.

El cuestionario IAPA podría ser un buen indicador de seguimiento de las pautas alimentarias en pacientes con TCA y de mejoría en el trastorno de la conducta alimentaria.

La correlación con cuestionarios de vertiente psicológica podría llegar a sugerir que las pautas alimentarias diseñadas específicamente para pacientes con TCA son una herramienta útil en el tratamiento de los TCA.

Conclusiones

Con los resultados obtenidos se concluye que el IAPA permite valorar la adherencia a las pautas alimentarias específicas propuestas para pacientes con TCA de forma eficaz.

Así mismo, se concluye que mayores puntuaciones en el IAPA van de la mano con el seguimiento de las recomendaciones para la dieta mediterránea.

Otra conclusión demostrada es que a mayores puntuaciones en el IAPA hay menos presencia de trastornos de la conducta alimentaria y gestión patológica de las decisiones y del peso.

En estudios futuros debería aumentar la cantidad de la muestra para generar robustez a los resultados y sería de interés profundizar en el análisis del IAPA como un mejor predictor de mejoría alimentaria de los TCA respecto al MEDAS

Referencias

1. Ministerio de sanidad y consumo. Guías de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. 2017. 1–297 p.
2. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*. 2015;3(1):1–7.
3. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(3):720–32.
4. Morales A, Gómez A, Jiménez B, Jiménez F, León G, Majano A, et al. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44(3):177–82.
5. Verónica GP, Carolina LC. Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Rev Chil Pediatr*. 2020;91(5):784–93.
6. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - Medical complications. *J Eat Disord*. 2015;3(1):10–4.
7. Complications M, Eating OF. Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. 2017;28(6):893–900.
8. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. resumen ejecutivo. *Nutr Hosp*. 2018;35(2):489–94.
9. de Portela Santana ML, da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391–401.
10. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. Time Trends in Population Prevalence of Eating Disorder Behaviors and Their Relationship to Quality of Life. *PLoS One*. 2012;7(11).
11. Alimbau, N. Babio N. Guia per famílies de persones afectades per un TCA. Taula diàleg per a la prevenció Trastor la Conduct Aliment. 2019;34.
12. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–31.
13. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Towards a more clinically useful International World Health Organisation classification of Mental Disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4(3):113–6.
14. McMaster CM, Wade T, Franklin J, Hart S. A review of treatment manuals for adults with an eating disorder: nutrition content and consistency with current dietetic evidence. *Eating and Weight Disorders*. Springer International Publishing; 2020. p. 1–14.
15. Ozier AD, Henry BW, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(8):1236–41.

16. Navalón Fraile A, Güemes Careaga I, Rodríguez Quiroga A, Rubio Mendoza LM. ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema?: Guía de prevención de TCA en adolescentes. 2015. 1–3 p.
17. Heruc G, Hart S, Stiles G, Fleming K, Casey A, Sutherland F, et al. ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *J Eat Disord.* 2020;8(1):1–9.
18. Hart S, Marnane C, McMaster C, Thomas A. Development of the “Recovery from Eating Disorders for Life” Food Guide (REAL Food Guide) - A food pyramid for adults with an eating disorder. *J Eat Disord.* 2018;6(6):1–11.
19. Reiter CS, Graves L. *Nutrition in Clinical Practice.* 2010;
20. Heruc G, Hart S, Stiles G, Fleming K, Casey A, Sutherland F, et al. ANZAED practice and training standards for dietitians providing eating disorder treatment. *J Eat Disord.* 2020;8(1):1–9.
21. Mittnacht AM, Bulik CM. Best nutrition counseling practices for the treatment of anorexia nervosa: A Delphi study. *Int J Eat Disord.* 2015;48(1):111–22.
22. Strober M, Johnson C. The need for complex ideas in anorexia nervosa: Why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *Int J Eat Disord.* 2012;45(2):155–78.
23. David MG. Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1985;4(4):701–26.
24. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med.* 2018;378(25):e34.
25. Salvatore Benito A, Valero Zanuy MÁ, Alarza Cano M, Ruiz Alonso A, Alda Bravo I, Rogero Blanco E, et al. Adherence to Mediterranean diet: A comparison of patients with head and neck cancer and healthy population. *Endocrinol Diabetes y Nutr.* 2019;66(7):417–24.
26. González R, García P, Martínez J. Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2013;18(1):45–59.
27. Tobias Ferrer J, Martín Gallego A, Sant Masoliver C, Simon Pallise C. Impact of Primary Care nursing clinics on the adherence to the Mediterranean diet in patients with ischaemic heart disease. *Aten Primaria.* 2019;
28. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MDLÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria.* 2014;46(6):1–7.

Anexos

- Consentimiento informado
- Datos sociodemográficos del sujeto
- Datos sociodemográficos del conviviente
- Índice de adherencia a las pautas alimentarias (IAPA)
- Cuestionario Actitudes hacia la alimentación (EAT-26)
- Cuestionario Estrategias de afrontamiento (CSI)
- Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea' (MEDAS)
- Cuestionario Procesos de cambio para el control de peso (P-Weight)



especialistas en salud mental

Hospitalización, Hospital de Día y Consultas Externas

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO:

Validación de un cuestionario de adherencia a las pautas nutricionales para pacientes y familias.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Toni Grau, ITA. Especialistas en Salud Mental.

CO-INVESTIGADORES:

Ricardo Pérez, ITA. Especialistas en Salud Mental.

Ferran Vila, ITA. Especialistas en Salud Mental

Yo, _____ declaro que se me ha informado sobre la posibilidad de participar en el estudio de investigación titulado **"Validación de un cuestionario de adherencia a las pautas nutricionales para pacientes y familias."** dirigido a entender mejor el proceso de cambio en la intervención nutricional y así, mejorar la eficacia de las intervenciones existentes.

Que la participación en este estudio implica la respuesta a diferentes pruebas psicométricas.

Que la participación es libre y voluntaria, y la puedo suspender en cualquier momento si así lo decido. De acuerdo con lo establecido en el reglamento 2016/679 de la Unión Europea, de 27 de abril, relativa a la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de los datos personales y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales. Así mismo, dispongo de la posibilidad de ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dentro del ámbito de la citada ley.

Así pues, doy mi consentimiento para participar en este estudio y declaro que he estado informado/a del tipo de estudio, de los objetivos y la metodología, que he tenido la posibilidad de resolver cualquier duda al respecto y que he recibido una copia de este documento que he podido leer antes de firmar.

En _____, a _____ del 202_

Firma del participante:

Completar por el sujeto

Fecha de la realización de las pruebas:	
Género: ☐ 1.Masculino ☐ 2.Femenino ☐ 3.Otro	Estado Civil: ☐ 1.Soltero/a. ☐ 2.Casado/en pareja. ☐ 3.Divorciado/ Separado. ☐ 4.Viudo.
Fecha de nacimiento:	Convivencia actual: ☐ 1. Padre, Madre y hermanos ☐ 2. Padre y Madre ☐ 3. Solo con padre ☐ 4. Solo con madre ☐ 5. Pareja ☐ 6. Otros
Tiene actualmente pareja: ☐ 1.Si ☐ 2.No	
Situación laboral: ☐ 1.Estudiante. ☐ 2.En Activo (media/completa jornada). ☐ 3.En paro. ☐ 4.Baja temporal. ☐ 5.Incapacidad (parcial/permanente). ☐ 6.Jubilación. ☐ 7.Otros_____	Últimos estudios completados: ☐ 1.Primarios. ☐ 2.Secundarios. ☐ 3. Bachillerato o equivalente (3º BUP o COU). ☐ 4. Formación Profesional (Media/Superior). ☐ 5.Licenciatura o grado universitario. ☐ 6. Posgrado o máster. ☐ 7. Doctorado. ☐ 8. Otros_____
Realizas la mayor parte de las ingestas de la semana acompañada: ☐ 1. Si ☐ 2. No	
¿Según tú, a que edad consideras que empezó el problema con el TCA?:	¿A qué edad, recibiste el primer diagnóstico de TCA?:
En estos momentos ¿Qué grado satisfacción tiene con su vida en general? En una escala de 1-10: _____ El "1" es nada. El "10" es mucho.	

Completar por el conviviente

Fecha de la realización de las pruebas:	
Género: ☐ 1. Masculino ☐ 2. Femenino ☐ 3. Otro	Identificador: ☐ 1. Soy su Padre ☐ 2. Soy su Madre ☐ 3. Ambos ☐ 4. Soy su Pareja
Acompañas al paciente en la mayoría de las ingestas de la semana: ☐ 1. Si ☐ 2. No	

Cuestionario de adherencia a pautas nutricionales (CAPN-VERSIÓN CONVIVIENTE)

Para el desarrollo de un buen tratamiento nutricional, es de vital importancia conocer como la persona experimenta las ingestas y, además, cómo su entorno percibe dicha experiencia. Por ello, las preguntas del presente cuestionario van orientadas a conocer cómo uno de los convivientes (familia, pareja etc.) percibe el comportamiento del paciente en relación al ámbito alimentario.

Durante los últimos siete días, la persona en tratamiento...

		Siempre	Muchas veces	Alguna vez	Muy pocas veces	Nunca
1	... ¿ha tenido dificultades para realizar las 5 ingestas diarias?	1	2	3	4	5
2	... ¿ha tenido conflictos relacionados con la comida con tu círculo familiar y/o de amistades?	1	2	3	4	5
3	... ¿ha evitado añadir azúcar, miel o cacao cuando ha tomado café, leche, infusiones o similares?	5	4	3	2	1
4	... ¿has evitado ingerir alimentos grasos (Aceite, mantequilla, frutos secos, nata, aguacate, etc.)?	1	2	3	4	5
5	... ¿ha tenido dificultades para terminarte las cantidades de alimento pautadas?	1	2	3	4	5
6	... ¿ha comido menos cantidad de la indica por el nutricionista?	1	2	3	4	5
7	... ¿ha comido más cantidad de la indicada por el nutricionista?	1	2	3	4	5
8	... ¿ha dejado comida en el plato durante las ingestas?	1	2	3	4	5
9	... ¿ha considerado tu alimentación monótona o poco variada?	1	2	3	4	5
10	... ¿ha comido 1º, 2º, postre y pan? * En caso de tener otra dieta pautada responder con el modelo que se le ha pautado.	5	4	3	2	1
11	... ¿ha respetado el tiempo de reposo después de las comidas principales? (15-30 minutos)	5	4	3	2	1
12	... ¿ha probado alimentos nuevos?	5	4	3	2	1
13	... ¿ha realizado otras actividades mientras estaba comiendo? (Trabajar, arreglarte, leer, hablar por teléfono, revisar el correo, etc.)	1	2	3	4	5
14	... ¿ha utilizado distintas técnicas de cocción para la preparación de la comida? (Hervir, freír, saltear, sofreír, hornear, microondas)	5	4	3	2	1
15	... ¿ha tenido dificultades a la hora de servirte o ser servido en las comidas?	1	2	3	4	5
16	... Cuando ha comido acompañado@, ¿come la misma cantidad que los demás?	5	4	3	2	1
17	... Cuando ha comido acompañado@, ¿come el mismo tipo de comida que los demás?	5	4	3	2	1
18	... ¿ha comido al mismo ritmo que el resto?	5	4	3	2	1
19	... ¿ha realizado algún "ritual" o conducta extraña durante las ingestas?	1	2	3	4	5
20	... ¿ha realizado las 5 ingestas diarias sin excepción? *6 en el caso de tener resopón, segunda cena.	5	4	3	2	1
21	... ¿le han llamado la atención sobre la forma de comer?	1	2	3	4	5
22	... ¿le han estado corrigiendo la forma de comer?	1	2	3	4	5

Durante los últimos siete días, la persona en tratamiento...

		Siempre	Muchas veces	Alguna vez	Muy pocas veces	Nunca
23	... ¿ha realizado las ingestas en horas regulares?	5	4	3	2	1
24	... ¿ha intentado comer acompañado?	5	4	3	2	1
25	... ¿ha tenido dificultades para realizar ingestas en bares, restaurantes o en casa de gente?	1	2	3	4	5
26	... ¿ha tenido dificultades en la gestión de la compra semanal?	1	2	3	4	5
27	... ¿ha añadido nuevos alimentos a tus hábitos habituales?	5	4	3	2	1
28	... ¿ha sentido hambre a deshora?	1	2	3	4	5
29	... ¿ha tenido sentimientos desagradables asociados a la saciedad?	1	2	3	4	5
30	... ¿ha pensado y/o calculado calorías?	1	2	3	4	5
31	... ¿ha revisado el valor nutricional de los alimentos en la etiqueta?	1	2	3	4	5
32	... ¿ha introducido hidratos de carbono (Arroz, pasta, patata o legumbre) en la comida y en la cena?	5	4	3	2	1
33	... ¿ha utilizado aceite de oliva en las ingestas? P.ej: Cocinar, aliñar, en tostadas, etc.	5	4	3	2	1
34	... ¿ha tenido malestar físico asociado a la ingesta?	1	2	3	4	5
35	... ¿ha estado más de 6 horas sin ingerir alimentos durante el día?	1	2	3	4	5
36	... ¿ha usado productos diuréticos, quema grasas o laxantes sin prescripción médica?	1	2	3	4	5
37	... ¿ha realizado vómitos?	1	2	3	4	5
38	... ¿ha pensado/realizado actividad física con el objetivo de quemar calorías y/o bajar de peso?	1	2	3	4	5
39	... ¿ha picoteado? (Trazos pequeños de comida entre ingestas, mientras se cocina, etc.)	1	2	3	4	5
40	... ¿ha realizado atracones alimentarios?	1	2	3	4	5
41	... ¿ha saboreado y/o disfrutado la comida pautada?	5	4	3	2	1
42	... ¿ha cortado la comida en trozos excesivamente pequeños?	1	2	3	4	5
43	... ¿ha comido los platos separados por ingredientes?	1	2	3	4	5
44	... ¿ha comido de forma activa durante más de 2 horas?	1	2	3	4	5
45	... ¿ha comido rápido, masticando poco y engullendo la comida?	1	2	3	4	5
46	... ¿ha ingerido grandes cantidades de líquidos durante las ingestas?	1	2	3	4	5
47	... ¿ha percibido un ambiente agradable y/o tranquilo durante las ingestas?	5	4	3	2	1
48	... ¿ha consumido productos light, desnatados, 0%, etc.?	1	2	3	4	5

Para el desarrollo de un buen tratamiento nutricional, es de vital importancia conocer como la persona realiza las ingestas. Es de relevancia para el equipo que le lleva saber como se alimenta.

1	¿Tiene alguna alergia o intolerancia alimentaria diagnosticada?	SI	NO		
	* En caso afirmativo especificar	Intolerancia lactosa	Celiaquía	Intolerancia fructosa	Otra
2	¿Estas siguiendo alguna dieta / alimentación especial?	SI	No		
	* En caso afirmativo especificar	"Detox"	"Paleo"	Vegetariana o vegana	"Proteínada"
		Ayunos	Uso de batidos	Pruebas médicas	Otra

Aproximadamente, durante los últimos siete días...

3	... ¿Cuánto tiempo ha dedicado a ingerir la comida y la cena?	<30 min	30 min - 1 hora	> 1 hora
4	... ¿Cuántas veces ha comido legumbres?	<2	2-4 a la semana	>5
5	... ¿Cómo consideraría su alimentación en la comida y la cena?	Incompleta (Otras opciones)	Mejorable (plato y postre)	Completa (plato, pan y postre)
6	... ¿Cuántas veces ha consumido comida rápida y/o precocinada?	0	1-2	>2
7	... ¿Cuántas veces ha consumido fritos y/o rebozados?	0	1-2	>2
8	... ¿Cuántas veces ha consumido bollería, productos de pastelería, chucherías, helados, etc.?	0	1-2	>2
9	... ¿Cuántas veces ha consumido huevos?	0-1	2-4	>4
10	... ¿Cuánto tiempo al día le ha dedicado a la elaboración de la comida y la cena?	<30 min	30 min y 90 min	> 90 min
11	... ¿Cuántas veces ha consumido carnes procesadas y/o ternera? (carne picada, hamburguesa, salchicha, etc.)	0	1-2	>2
12	... ¿Cuántas veces ha consumido carnes sin procesar (cerdo, pollo, cordero, ternera, etc.)?	<4	4-7	>7
13	... ¿Cuántas veces ha consumido pescado y/o marisco?	<4	4-7	>7
14	... ¿Cuántas veces ha incluido hidratos de carbono (pan, cereales, galletas, bollería, etc.) en el desayuno?	7	6	5-0
15	... ¿Cuántas veces ha incluido hidratos de carbono (pan, cereales, galletas, bollería, etc.) en la merienda?	7	6	5-0

Teniendo en cuenta los últimos siete días, indica el consumo diario estimado

16	¿Cuántas raciones de bebida vegetal y/o yogur vegetal ha consumido?	0	1	>1
16	¿Cuántas raciones de frutas ha consumido?	<3	3-4	>4
16	¿Cuántas platos de verduras ha consumido?	0	1	>1
16	¿Cuántos lácteos* ha consumido? *(yogur, leche y quesos etc.)	<2	2-3	>3
16	¿Cuántos vasos de agua ha bebido?	<4 (1 litro)	4 (1 litro) y 8 (2 litro)	> 8 (2 litros)
16	¿Cuántas raciones de alcohol ha consumido? *Se calcula partiendo que una ración equivale a 350ml de cerveza, 150ml de vino o 45 ml de bebida espirituosa	0	1-3	>4

Eating attitudes test (EAT-26)

Durante los últimos siete días ...

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.	3	2	1	0	0	0
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.	3	2	1	0	0	0
3. La comida es para mí una preocupación habitual.	3	2	1	0	0	0
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.	3	2	1	0	0	0
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	3	2	1	0	0	0
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.	3	2	1	0	0	0
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).	3	2	1	0	0	0
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.	3	2	1	0	0	0
9. Vomito después de comer.	3	2	1	0	0	0
10. Me siento muy culpable después de comer.	3	2	1	0	0	0
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.	3	2	1	0	0	0
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.	3	2	1	0	0	0
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	3	2	1	0	0	0
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.	3	2	1	0	0	0
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.	3	2	1	0	0	0
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.	3	2	1	0	0	0
17. Tomo alimentos dietéticos.	3	2	1	0	0	0
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.	3	2	1	0	0	0
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.	3	2	1	0	0	0
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.	3	2	1	0	0	0
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.	3	2	1	0	0	0
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.	3	2	1	0	0	0
23. Estoy haciendo régimen.	3	2	1	0	0	0
24. Me gusta tener el estómago vacío.	3	2	1	0	0	0
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.	0	0	0	1	2	3
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.	3	2	1	0	0	0

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kiga, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								

A cumplimentar por el evaluador

Identificador del participante:

Nodo C.Salud Médico Paciente Visita

Nodo: anotar el número de nodo correspondiente.

01. Andalucía - Málaga / 02. Andalucía - Sevilla - S.Pablo / 03. Andalucía - Sevilla - V.Rocio / 04. Baleares / 05. Cataluña - Barcelona norte / 06. Cataluña - Barcelona Sur / 07. Cataluña - Reus - Tarragona / 08. Madrid Norte / 09. Madrid Sur / 10. Navarra / 11. País Vasco / 12. Valencia

C.Salud: anotar el número del centro de salud correspondiente.

Médico: anotar el número del médico correspondiente.

Paciente: anotar el número del paciente correspondiente.

Visita: anotar el número de visita correspondiente.

00. Inclusión - exclusión / 01. Visita inicial / 02. Visita 3 meses / 03. Visita 1 año / 04. Visita 2 años / 05. Visita 3 años

Fecha del examen

/ / 200
Dia Mes Año

1. ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar? Sí = 1 punto ☐
2. ¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)? 4 o más cucharadas = 1 punto ☐
3. ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día? 2 o más (al menos una de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto ☐
(las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200g.
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día? 3 o más al día = 1 punto ☐
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración: 100 - 150 g) menos de 1 al día = 1 punto ☐
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual: 12 g) menos de 1 al día = 1 punto ☐
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día? menos de 1 al día = 1 punto ☐
8. ¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana? 7 o más vasos a la semana = 1 punto ☐
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? 3 o más a la semana = 1 punto ☐
(1 plato o ración de 150 g)
10. ¿Cuántas raciones de pescado-mariscos consume a la semana? 3 o más a la semana = 1 punto ☐
(1 plato pieza o ración: 100 - 150 de pescado o 4-5 piezas o 200 g de marisco)
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana? menos de 2 a la semana = 1 punto ☐
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana? (ración 30 g) 3 o más a la semana = 1 punto ☐
13. ¿Consume usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100 - 150 g) Sí = 1 punto ☐
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? 2 o más a la semana = 1 punto ☐



Cuestionario de procesos de cambio para el control de peso (P-Weight Spanish version)

Por favor, conteste este cuestionario honestamente. Marque con una cruz en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones que se presentan, según la siguiente escala:

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	--------------------	---	-----------------	-------------------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Creo que debería comer alimentos con menos grasas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Busco información sobre el tipo de alimentación que me puede ayudar a perder peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Intento guardar los alimentos para evitar picar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ahora me doy cuenta de que tengo un problema de sobrepeso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. La visión que la sociedad tiene de las personas obesas me afecta emocionalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me digo cosas positivas para evitar comer más de lo que debo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Intento no tener comida a la vista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Mi peso me limita en mis relaciones con los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Me preocupa mucho la idea de seguir engordando más y más | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando tengo ganas de comer, hago actividades para evitarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Tengo la despensa y la nevera vacías de alimentos para picar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Mi peso actual dificulta mis actividades cotidianas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Adelgazar me haría mejorar mis relaciones con los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. He aprendido a controlar mis ganas de comer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Evito los lugares en donde la gente come mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Mis familiares y amigos están preocupados por mi peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Mi exceso de peso me hace sentir mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. He aprendido habilidades para reducir mi apetito (por ej. relajación) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando estoy a dieta ² , evito comer con personas con las que como en exceso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. La mayoría de mis problemas de salud se deben a mi sobrepeso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

²A *dieta* se refiere una alimentación equilibrada, en la que se limite el consumo de grasas, azúcares y sal, y se incremente a su vez el consumo de frutas, vegetales y legumbres

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	--------------------	---	-----------------	-------------------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 21. Me siento culpable cuando como en exceso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Evito comprar alimentos con alto contenido en calorías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Si perdiera peso me sentiría mejor conmigo mismo/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Me doy cuenta de que cada vez hay más gente que me anima para que pierda peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. No estoy a gusto con mi peso actual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Prefiero comer en casa o cocinar mi propia comida para evitar comer en exceso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Si perdiera peso sería más feliz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Mis familiares y amigos me felicitan cuando no como en exceso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Me alegro cuando soy capaz de controlarme con la comida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Mis familiares y amigos me felicitan cuando consigo perder peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Cuando pierdo peso, me siento orgulloso/a de mí mismo/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Los que me rodean me apoyan para que pierda peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Tengo alguien que me escucha cuando necesito hablar de mi exceso de peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Me comprometo a perder peso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Procesos de cambio para el control de peso y sus ítems correspondientes de acuerdo con la validación española del cuestionario (Andrés y cols., 2011)