

ADAPTACIÓN PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN DE STUNKARD Y MESSICK (*THREE FACTOR EATING QUESTIONNAIRE, TFEQ*) CON UNA MUESTRA ESPAÑOLA UNIVERSITARIA¹

David Sánchez-Carracedo², Rosa María Raich i Escursell

Universitat Autònoma de Barcelona

Mercé Figueras Piqueras

ADES Gabinet Psicològic, Barcelona

Joan Torras Clarasó y Marisol Mora Giral

Universitat Autònoma de Barcelona (España)

Resumen

El Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (*Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ*) (Stunkard y Messick, 1985) constituye una de las medidas de restricción alimentaria más utilizadas en la actualidad. En este trabajo se presentan los datos de una adaptación preliminar a una muestra de estudiantes universitarias de España (n=335). Nuestros resultados no replican la estructura de tres factores propuesta por los autores originales. El análisis factorial realizado con nuestra muestra sugiere la existencia de dos factores que explicarían el 30% de la varianza total. Tales factores han sido denominados «Restricción» y «Desinhibición». La existencia de un tercer factor «Hambre» en la escala original queda seriamente cuestionada por nuestros datos. Se discute esta cuestión conceptual y psicométricamente. Finalmente, se proporcionan datos de fiabilidad, validez concurrente y validez discriminante que apoyan la bondad psicométrica de nuestra adaptación y se insiste en la necesidad de adaptación de instrumentos validados en otros países y contextos.

PALABRAS CLAVE: *Restricción alimentaria, trastornos alimentarios, análisis factorial, evaluación.*

Abstract

The Stunkard-Messick Eating Questionnaire (*Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ*) of Stunkard & Messick (1985) is one of the most common measures for dietary restraint. In the present work, data about a preliminary adaptation and validation with a Spanish college sample are presented (n=335).

¹ Este trabajo ha sido realizado con la ayuda de la DGICYT PB94 – 0677.

² Correspondencia: David Sánchez-Carracedo, Dept. Psicología de la Salud i Psicología Social, Edifici B, Universitat Autònoma de Barcelona 08193, Bellaterra, Barcelona (España). E-mail: david.sanchez@uab.es

Our results do not replicate the three factor structure of the original English form. The factorial analysis carried out with the Spanish sample suggested two factors, which explain 30% of the total variance. These factors are named «Restraint» and «Desinhibition». Our data do not give support to the third factor, «Hunger» in the original form. This question is conceptually and psychometrically discussed. Finally, data about reliability, concurrent and discriminant validity favorable to the psychometric goodness of our form are provided. The necessity of validation of instrument adaptation in various contexts or countries is stressed.

KEY WORDS: *Eating restraint, eating disorders, factorial analysis, assessment.*

Introducción

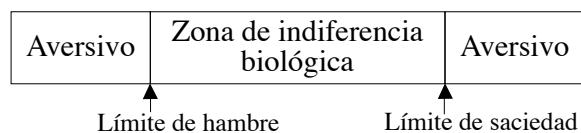
La importancia de los trastornos alimentarios en la sociedad actual y la escasez de instrumentos para su evaluación y detección precoz adaptados a población española han motivado el presente trabajo. Los instrumentos de evaluación suelen ser construidos desde una cultura específica, pero por desgracia en ocasiones son utilizados en otra sin que previamente hayan sido adaptados. Esto es especialmente grave en el caso de los trastornos alimentarios, donde las pautas culturales relacionadas con la alimentación pueden presentar notables diferencias entre sociedades. Velar por la correcta adaptación de los instrumentos de evaluación constituye un tema prioritario de la *International Tests Commission* (ver por ejemplo Hambleton, 1994 y Muñiz, 1997) y se ha señalado como uno de los puntos claves para el futuro de la Evaluación Psicológica (Fernández-Ballesteros, 1998). En esta línea de argumentos, nuestro objetivo concreto ha sido realizar una adaptación preliminar de una de las medidas más empleadas para evaluar la restricción alimentaria: el Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick (*Three-Factor Eating Questionnaire, TFEQ*) de Stunkard y Messick (1985).

La restricción alimentaria ha sido destacada como una de las variables más importantes que regulan los patrones de ingesta de los sujetos con trastornos alimentarios (Herman y Mack, 1975; Herman y Polivy, 1975). A mediados de los años setenta surgió un modelo teórico que pretendía poner de manifiesto las posibles y estrechas relaciones existentes entre las conductas restrictivas y la ingesta compulsiva, pero que de hecho ha acabado siendo un modelo de la regulación de la ingesta aplicable a todo un continuo que va desde la conducta normal a la patológica, pasando por todos los estadios intermedios. Se trata de la «teoría de la restricción» desarrollada inicialmente por Herman y colaboradores (Herman y Mack, 1975) y que derivó en el modelo de los límites de la regulación de la ingesta desarrollado por Herman y Polivy (1984, 1988). Este modelo pretende complementar dos visiones totalmente opuestas en el estudio de la conducta alimentaria. Por un lado, una visión principalmente fisiológica, que considera la alimentación como una actividad básicamente biológica, y por lo tanto regulada por mecanismos fisiológicos (Nisbett, 1972). Por otro lado, una visión que focaliza la influencia de factores no fisiológicos en el control de la alimentación, como la influencia social o los factores cognitivos, y donde en las teorías de Schachter y colaboradores sobre la regulación de la alimentación por señales externas frente a las sensaciones internas de hambre y saciedad.

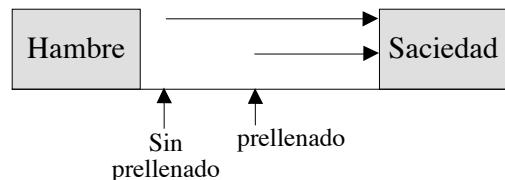
dad podríamos encontrar un claro ejemplo (Schachter, 1968, 1971; Schachter, Goldman y Gordon, 1968). Según el modelo de los límites de la regulación de la ingesta (ver figura 1), el consumo está regulado dentro de unos límites, límites que se corresponden con el hambre y la saciedad. Cuando el consumo está dentro de estos límites, el organismo se encuentra en una zona que los autores denominan zona de indiferencia biológica. Es una zona donde el consumo no está controlado por parámetros fisiológicos como el hambre o la saciedad, sino por factores sociales y de carácter externo. Según este modelo, esta zona de indiferencia biológica es más amplia en los comedores restrictivos que en los comedores normales.

Figura 1
Modelo de los límites de la regulación de la ingesta
(adaptado de Herman y Polivy 1984, 1988)

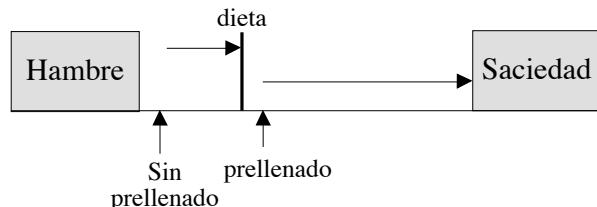
Modelo general



Comedor normal



Comedor restrictivo



En un experimento ya clásico, Herman y Mack (1975) observaron que tras un consumo previo de un batido («prellenado») disminuía la cantidad de comida consumida posteriormente en los comedores normales, mientras que, en contraste con ello, los comedores restrictivos incrementaban la cantidad de comida consumida conforme consumían mayor cantidad de batido previamente. Herman y Polivy (1984) han denominado a este efecto contrarregulación, y sostienen que es de

carácter cognitivo. Este efecto queda representado en la figura 1 y se explicaría de la siguiente forma. En el caso del comedor normal, la situación es simple. En ausencia de «prellenado», el comedor normal se encuentra a la izquierda dentro de la zona de indiferencia biológica. Su consumo puede así desplazarse a lo largo de toda la zona de indiferencia biológica, hasta llegar al límite de la saciedad. Después de un «prellenado» la situación es diferente. El comedor normal ya no se encuentra a la izquierda dentro de la zona de indiferencia biológica, sino que a causa del «prellenado» está más próximo a la zona de saciedad. Por lo tanto, la cantidad de consumo que puede efectuar a partir del «prellenado» hasta la zona de saciedad es menor. Los autores sugieren que, dentro de este esquema, el comedor restrictivo se autoimpone un límite cognitivo de dieta. Mientras se encuentra en la zona izquierda del límite de la dieta, este límite autoimpuesto ejercerá su control. De esta forma, como se observa en la figura 1, en ausencia de un «prellenado» su consumo no sobrepasará el límite de la dieta y por ello consumirá menos que el comedor normal. Pero tras consumir un «prellenado», el límite de la dieta queda transgredido. Ya no hay un límite que mantenga sus objetivos de dieta, y por lo tanto su referencia ahora es el límite de saciedad. Por ello, el comedor restrictivo tenderá a consumir considerables cantidades de alimento en este caso, hasta que el límite de la saciedad comience a inhibir el consumo. Como este límite está más a la derecha que en el comedor normal, el comedor restrictivo consumirá mayor cantidad de comida tras el «prellenado». A este efecto se le ha denominado desinhibición. Se ha observado experimentalmente que el efecto de desinhibición puede provocarse, además de por un «prellenado», por el consumo de alcohol (Polivy y Herman, 1976a) y por estados emocionales tales como ansiedad (Herman y Polivy, 1975) y depresión (Polivy y Herman, 1976b).

En síntesis, los límites de las zonas aversivas están más próximos en el comedor normal. El comedor restrictivo se autoimpone cognitivamente un límite de dieta, lo que fuerza el distanciamiento de las zonas aversivas; tiende a efectuar valoraciones cognitivas y come en respuesta a las mismas, insensibilizándose a las presiones fisiológicas que regulan la ingesta en el comedor normal. Cuando el límite de dieta se transgrede por un consumo previo, alcohol y/o estados emocionales negativos, su ingesta se descontrola. Este modelo ha tenido una notable influencia en el estudio de los trastornos alimentarios, a pesar de que ha generado notables polémicas, fundamentalmente con respecto a las diferencias de comportamiento desinhibido entre comedores restrictivos y comedores normales y al papel que otras variables como el sobrepeso pueden jugar en el mismo (para una revisión véase Lowe, 1987, 1993; Ruderman, 1986).

Como puede observarse, la variable «restricción» juega un papel importante en el estudio de los trastornos alimentarios. La Escala de Restricción (*Restraint Scale, RS*), desarrollada por Herman y Mack (1975) y revisada por Herman y Polivy (1980), fue la medida desarrollada inicialmente para evaluar la restricción alimentaria. No obstante, tal escala ha sufrido numerosas críticas. Básicamente, éstas se han centrado en su difícil aplicación a la población con sobrepeso. En primer lugar, la escala ha fracasado a la hora de predecir el comportamiento alimentario de sujetos con obesidad. De esta forma, se ha observado que los sujetos con sobrepeso que pun-

túan alto en la RS no exhiben el patrón de contrarregulación observado en comedores restrictivos de peso normal (Ruderman y Christensen, 1983; Ruderman y Wilson, 1979; Spencer y Fremouw, 1979). En segundo lugar, se ha criticado su validez de constructo. La escala, de 10 ítems, parece no medir únicamente restricción alimentaria, pues cuatro de sus ítems evalúan «fluctuación del peso». Esta fluctuación, habitual en personas con sobrepeso, hace que las puntuaciones totales de la escala se vean confundidas por este factor en sujetos con sobrepeso (Blanchard y Frost, 1983; Johnson, Lake y Mahan, 1983; Lowe, 1984). Además, se ha señalado que los ítems que hacen referencia a fluctuaciones de peso son muy susceptibles de verse afectados por problemas de deseabilidad social (Johnson, Lake y Mahan, 1983; Ruderman y Christensen, 1983).

Albert J. Stunkard y Samuel Messick crearon en 1985 el *Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)* como un instrumento alternativo para la evaluación de los constructos subyacentes a la teoría de la restricción que solventara los problemas de validez predictiva y de constructo de la RS. Partiendo de la RS y otros ítems añadidos diseñaron una primera escala de 67 ítems. La primera muestra estuvo formada por un grupo de comedores restrictivos que formaban parte de un programa de reducción de peso, de carácter severo y evangelista (18 hombres y 60 mujeres). La mitad tenía peso normal y la otra mitad sobrepeso. A estos comedores restrictivos se les pidió que buscaran a comedores normales con peso normal entre sus conocidos, con lo que se constituyó otro grupo de 22 hombres y 40 mujeres. También se formó un grupo de sujetos calificados como «intermedios» (57 hombres y 23 mujeres), buscándolos entre los vecinos del grupo de comedores restrictivos, para que poseyeran las mismas características demográficas de los dos grupos extremos. La media de edad del total de la muestra (220 sujetos, 97 hombres y 123 mujeres) era de 44 años (rango de 17 a 77 años). Tras un análisis factorial preliminar, se reescribieron nuevos ítems desde una perspectiva racional formando un nuevo cuestionario de 93 ítems. En este caso se aplicó el nuevo cuestionario a dos grupos. Uno de ellos, el de comedores restrictivos, estaba constituido por los participantes en un programa de reducción de peso de similares características al mencionado anteriormente (7 hombres y 46 mujeres). Un segundo grupo estaba constituido por comedores normales conocidos de los primeros (5 hombres, 13 mujeres y 27 sujetos en los que no quedó registrado el sexo). Tras un segundo análisis factorial se procedió a una nueva depuración de los ítems, quedando el cuestionario reducido a un total de 58 ítems. Se eliminaron tres ítems que saturaban en varios factores, con lo que el cuestionario definitivo quedó constituido por 55 ítems. A pesar de que los análisis se realizaron sobre este conjunto de ítems, los autores eliminaron del cuestionario definitivo cuatro ítems que hacían referencia a fluctuaciones de peso. Del análisis factorial definitivo se extrajeron tres factores. Al primer factor lo denominaron «Restricción, Cognitiva de la Conducta de Comer». Hace referencia a la restricción propiamente dicha. El segundo factor denominado «Desinhibición», se refiere al fenómeno de desinhibición explicado anteriormente al hablar de la teoría de la restricción. Finalmente, un tercer factor que ellos denominan «Hambre» y que hace referencia a la susceptibilidad al hambre. Los índices de consistencia interna fueron de 0,93, 0,91 y 0,85 para cada uno de los tres factores respectivamente.

La escala ha despertado notable interés y ha sido objeto de varios análisis. Los resultados de varios estudios posteriores proporcionan un soporte a favor de la fiabilidad y validez del *TFEQ* (Collins, Lapp, Helder y Saltzberg, 1992; Laessle, Tuschl, Kotthaus y Pirke, 1989; Marcus, Wing y Lamparski, 1985; Wardle *et al.*, 1992). Algunos estudios apuntan que *TFEQ* y *RS* podrían evaluar diferentes tipos de restricción. Se ha sugerido que el *TFEQ* podría evaluar mejor dieta actual y exitosa, mientras que la *RS* evaluaría dieta crónica y no exitosa (Allison, Kalinsky y Gorman, 1992; Heat-herton *et al.*, 1988; Laessle *et al.*, 1989; Lowe, 1993; Ridgway y Jeffrey, 1998). Como señalan Ricciardelli y Williams (1997), ambas escalas podrían reflejar la distinción entre restricción como estado *versus* restricción como rasgo. Estas sugerencias han llevado a algunos autores a realizar análisis factoriales detallados de la subescala de restricción del *TFEQ*, los cuales han arrojado resultados poco claros. De esta forma, algunos defienden que el factor *TFEQ-R* es unidimensional (Hyland *et al.*, 1989), mientras que otros sugieren que podría contener dimensiones diferentes, aunque no hay acuerdo claro sobre el contenido de las mismas (Allison *et al.*, 1992; Westenhofer, Broeckmann, Munch y Pudel, 1994; Ricciardelli y Williams, 1997).

Nuestra intención es realizar una adaptación preliminar de todo el *TFEQ*, escala que ha despertado un notable interés en los últimos años. Insistiendo de nuevo en la necesidad de adaptar y validar a nuestro entorno pruebas procedentes de otros entornos culturales y lingüísticos, hemos de señalar que, para la valoración de la validez concurrente de la escala, hemos procurado seleccionar como criterios de comparación escalas de reconocido prestigio y de amplio uso en el campo de la investigación sobre trastornos de alimentación y concretamente sobre fenómenos de restricción, que además estuvieran ya validadas en España. Tales han sido los casos del «Test de Actitudes Alimentarias» (*Eating Attitudes Test*, EAT, Garner y Garfinkel, 1979), el «Cuestionario de la Forma Corporal» (*Body Shape Questionnaire*, BSQ), de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) y el «Inventario de Trastornos Alimentarios» (*Eating Disorder Inventory*, EDI) de Garner, Olmstead y Polivy (1983).

Método

Sujetos

La muestra estaba formada por 335 estudiantes universitarias de las facultades de Veterinaria (n=62), Ciencias de la Educación (n=54), Medicina (n=36), Ciencias Exactas (n=21), Psicología (n=47), Geografía e Historia (n=21), Derecho (n=25) y Relaciones Laborales (n=69) de la Universidad Autónoma de Barcelona. La media de edad de la muestra es de 19 años, con una desviación típica de 1,48 y un rango entre 17 y 28 años.

Procedimiento

El presente trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación de objetivos más amplios denominado «Estudio prospectivo de trastornos alimentarios y

variables de riesgo relacionadas con ellos en una muestra de estudiantes universitarias». Se trata de un estudio longitudinal de carácter epidemiológico llevado a cabo con población universitaria femenina, cuyo principal objetivo es detectar posibles variables de riesgo predictoras de la aparición de trastornos alimentarios. A lo largo del curso académico 1995-96, los investigadores principales del mencionado proyecto eligieron al azar uno de los grupos de primer curso de las facultades citadas en el apartado «sujetos», en un procedimiento de muestreo por conglomerados. Se pusieron en contacto con el profesor responsable, explicándole los objetivos de la investigación, y acordaron fecha y hora para realizar una administración de los instrumentos de evaluación un día de clase. Las estudiantes desconocían que se iría a la clase para recoger sus respuestas. El día acordado, los administradores de las pruebas, psicólogos becarios previamente entrenados e investigadores del proyecto, se presentaron en las aulas previstas. En presencia del profesor o profesora correspondiente se les explicaba el objetivo de la investigación haciendo énfasis en que se trataba de un estudio sobre hábitos alimentarios. Aquellas personas que no quisieran contestar podían abandonar el aula cuando lo hacían los hombres. A lo largo de aproximadamente una hora, las estudiantes presentes contestaron a una batería de cuestionarios. Mientras estaban contestando a los protocolos se las pesaba y medida en una zona del aula que quedaba más escondida. Las medidas de peso y altura se tomaron con una báscula SECCA y un tallímetro KaWe. De los instrumentos administrados, los que tienen relevancia para el presente trabajo son los siguientes:

- Test de Actitudes Alimentarias-40 (*Eating Attitudes Test-40, EAT 40*, Garner y Garfinkel, 1979, en su adaptación española de Castro, Toro, Salamero, y Guimerá, 1991). Se trata de uno de los instrumentos más universalmente empleados para la evaluación de los trastornos de la alimentación (Williamson, 1990). Fue diseñado para la medición de actitudes anoréxicas relacionadas con la alimentación y está compuesto de las subescalas «dieta», «bulimia» y «control oral». Presenta unas buenas cualidades psicométricas, con una fiabilidad de $f=0,94$ (Williamson, 1990) y una elevada validez concurrente ($r=0,87$; $p<0,0001$) obtenida al aplicarlo a muestras clínicas anoréxicas y a muestras control (Garner y Garfinkel, 1979). La versión española ha obtenido una sensibilidad de 67,9% y una especificidad del 85,9% para su punto de corte (30), presenta una fiabilidad de 0,79 y una estructura factorial muy parecida a la escala original.
- Inventario de Trastornos Alimentarios (*Eating Disorder Inventory, EDI*, Garner, Olmstead y Polivy, 1983, en su adaptación española de Guimerà y Torrubia, 1987). Presenta 8 subescalas, de las cuales, las que tienen mayor relevancia para nuestro estudio son las de «Motivación para Adelgazar», «Bulimia» e «Insatisfacción Corporal». La adaptación española presenta buenas características psicométricas, con índices de consistencia interna para las diferentes subescalas que oscilan desde 0,74 la más baja a 0,92 la más alta en el grupo clínico.
- Cuestionario de la Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire, BSQ*, de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987, en su adaptación española de Raich

et al., 1996). Se trata de una potente medida piscométrica para detectar la insatisfacción con el peso y el cuerpo en general. La consistencia interna de la adaptación de la versión castellana ha sido superior a 0,95, obteniendo correlaciones con el EAT de 0,71 y de 0,78 con la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI, superiores a las halladas por los autores del cuestionario original.

Tras un primer análisis de datos, se realizó una selección previa (*screening*) de los posibles «casos» de trastornos alimentarios, tomando como criterio el punto de corte combinado de $EAT \geq 30$ y $BSQ \geq 105$. A las estudiantes seleccionadas por este procedimiento se les administró la entrevista «Examen de Trastornos Alimentarios» (*Eating Disorders Examination, EDE*, de Fairburn y Cooper, 1993). Se trata de una entrevista estructurada que sigue los criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)³ para el diagnóstico de trastornos alimentarios. La *EDE* fue utilizada como criterio de selección de casos. El mismo procedimiento fue aplicado un año más tarde con los mismos sujetos. La traducción del TFEQ fue efectuada siguiendo uno de los diseños racionales más utilizados para la adaptación de los tests; el denominado diseño de la traducción directa (Hambleton, 1996). En primer lugar, un traductor tradujo el test del inglés al castellano. La traducción fue sometida a la revisión de cinco expertos en trastornos alimentarios, los cuales juzgaron la equivalencia de las dos versiones del test. Se efectuaron las revisiones oportunas de la traducción sobre la base de los juicios de los cinco expertos. En el anexo puede encontrarse una copia del cuestionario traducido que fue empleado en la investigación. El TFEQ fue sometido a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. Para la obtención de las diferentes medidas de validez y el resto de análisis se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson, se han realizado diferencias de medias mediante la prueba t-Student-Fisher y se han llevado a cabo análisis de regresión. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 7.5 para Windows.

Datos sobre el TFEQ original

El TFEQ inicialmente estaba compuesto por los 10 ítems de la Escala de Restricción (*RS*) revisada de Herman y Polivy (1980), 40 ítems del Cuestionario de Obesidad Latente (*Latent Obesity Questionnaire*, Pudel, 1978) y 17 ítems nuevos basados en la experiencia clínica de los autores. En la introducción ya se ha descrito el procedimiento que se siguió para la elaboración del cuestionario. En la tabla 1 pueden observarse los datos de fiabilidad y las inter-correlaciones entre las escalas factoriales finales («Restricción cognitiva de la conducta de comer», «Desinhibición» y «Hambre») para los dos grupos de sujetos del estudio de Stunkard y Messick (1985).

3 El hecho de que la referencia de la publicación de la EDE sea anterior a la publicación del DSM IV y que, sin embargo, siga los criterios de este último, se explica porque los autores de la EDE se encontraban entre el grupo de expertos responsables de la elaboración de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios del DSM IV, por lo que conocían esa información antes de la publicación del manual.

Tabla 1
 Fiabilidad e intercorrelaciones entre las escalas factoriales del TFEQ original
 (adaptado de Stunkard y Messick, 1985)

Grupo	Total N=98			Comedores restrictivos N=53			Comedores libres N=45		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Escala (20 ítems) I	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(20 ítems) II	0,43*	-	-	-0,45*	-	-	0,19	-	-
(15 ítems) III	-0,04	0,40*	-	-0,10	0,36*	-	-0,06	0,73*	-
Media	10,5	10,0	7,1	14,3	13,8	7,2	6,0	5,6	7,0
Desv. estándar	6,2	5,9	4,1	3,6	4,2	3,9	5,5	4,3	4,3
α	0,93	0,91	0,85	0,79	0,84	0,83	0,92	0,84	0,87

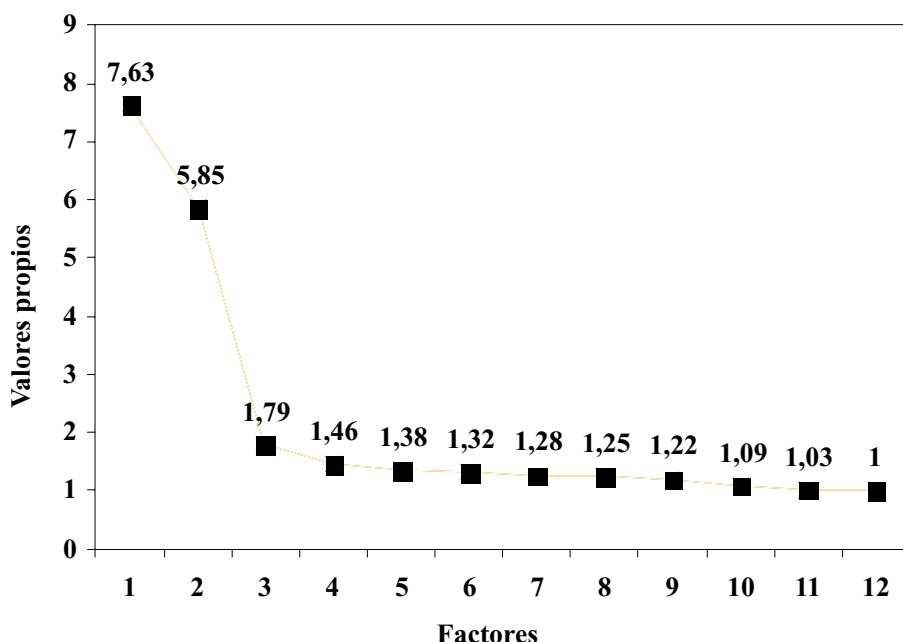
Formalmente hablando, el *TFEQ* está estructurado en dos partes, definidas por la estructura de las opciones de respuesta. La primera de ellas la constituyen los 36 primeros ítems. En ellos, el informador tiene que contestar si la frase es, en su caso, falsa o verdadera, puntuando 0 ó 1. La segunda parte está constituida por 15 ítems, cada uno acompañado de su propia escala de frecuencia de cuatro opciones de respuesta. El informador debe rodear el número que está encima de la respuesta que considera apropiada a su caso. Se codifica igualmente con 0 y 1, siendo 1 las dos últimas opciones y 0 las primeras. El ítem 50 constituye una excepción pues su escala tiene seis opciones de respuesta y no hace referencia a una escala de frecuencia sino al nivel de restricción, yendo desde «como cuando quiero y donde quiero» hasta «constantemente limito lo que como, nunca cedo». Finalmente, el ítem 51 hace referencia a en qué medida una frase describe adecuadamente la propia conducta alimentaria y tiene cuatro alternativas de respuesta que van desde «no me describe» a «me describe perfectamente». En un anexo puede consultarse una copia del cuestionario.

Resultados

Resultados de nuestro análisis factorial

El análisis de componentes principales revela la existencia de 12 componentes con valores propios superiores a uno. El diagrama de sedimentación (*Scree Test*) recomienda con claridad la rotación de dos factores, con valores propios de 7,63 y 5,85 respectivamente. Como puede observarse en la figura 2, estos dos componentes están claramente distanciados del tercer componente, con una puntuación inferior a 1,8.

Figura 2
Diagrama de sedimentación (*Scree Test*) del análisis factorial del *TFEQ*



Tras realizar un primer análisis factorial, procedimos a seleccionar de la matriz de componentes rotados tan sólo aquellos ítems cuyas saturaciones factoriales eran superiores a 0,3, que no saturaban por encima de este valor en más de un factor a la vez y que tenían una coherencia conceptual con el factor resultante. De una primera depuración quedaron fuera los ítems 17, 25, 31 y 47, pues su saturación factorial era inferior a 0,3. A continuación procedimos a realizar un análisis de contenido de los ítems de los dos factores resultantes. Con respecto al factor I, observamos que todos los ítems se correspondían con los ítems encuadrados en el factor I del *TFEQ* original, salvo el ítem 11, ubicado en el factor II en el *TFEQ* original. Este ítem está redactado de la siguiente forma: «puesto que mi peso sube y baja, más de una vez he ido dejando las dietas». Como puede observarse, además de no coincidir con su emplazamiento original, es un ítem que hace referencia a oscilaciones de peso, aspecto que los autores del *TFEQ* habían criticado de la *RS*. De hecho, los autores eliminaron de su cuestionario final cuatro ítems que hacían referencia directa a fluctuaciones de peso. Por esta serie de motivos hemos optado por eliminar el ítem 11 de nuestros análisis.

Con respecto al factor II, nuestros análisis incluyen el ítem 4, que aparecía ubicado en el factor I del *TFEQ* original. El ítem, que reza «cuando he consumido la cantidad de calorías que me he impuesto, estoy bien para no comer más», parece

claramente un ítem del factor I «restricción» desde el punto de vista conceptual, por lo cual también hemos procedido a su eliminación. El resto de ítems se corresponden con los ítems del factor II del *TFEQ* original. Finalmente, incluidos en este factor II de nuestro análisis, aparecen 12 ítems (3, 5, 8, 12, 19, 22, 24, 26, 29, 34, 39 y 41) que constituyen el grueso del factor III del original. Nosotros los hemos mantenido en nuestros análisis dentro del factor II, pues como ya comentaremos en la discusión, la existencia de un tercer factor de «Hambre» parece discutible.

Una vez eliminados los ítems mencionados, procedimos a realizar una nueva rotación de los componentes principales con los 45 ítems finales, forzando ahora la rotación a los dos factores que aconsejaba el diagrama de sedimentación. Al factor I lo hemos denominado «Restricción», y es por sus contenidos prácticamente equivalente al factor I del *TFEQ* original. Explica el 15,85% de la varianza y está compuesto por 20 ítems. Su índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0,89. Su correlación con el total de la escala es de 0,74 ($p<0,001$). Finalmente, sus puntuaciones presentan una media de 6,42 y una desviación estándar de 5,05. Al factor II lo hemos denominado «Desinhibición», y es equivalente al factor II del *TFEQ* original, salvo por el hecho de que engloba la mayor parte de los ítems que componían el factor III original (el resto de ítems del factor III original quedaron fuera de nuestros análisis por las razones esgrimidas anteriormente). Explica el 14,11% de la varianza y está compuesto por 25 ítems. Su índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de 0,86. Su correlación con el total de la escala es de 0,76 ($p<0,001$). Finalmente, sus puntuaciones presentan una media de 7,54 y una desviación estándar de 5,29. La correlación entre ambos factores es de 0,12, la cual, aunque baja, resulta significativa ($p<0,05$). A continuación, en la tabla 2, presentamos las saturaciones factoriales para cada uno de los ítems de los dos factores. Destacamos que ninguno de los ítems presentó una saturación factorial superior a 0,3 en ambos factores a la vez.

Los resultados más destacables con respecto a las correlaciones de ambos factores con otras medidas que proporcionan datos de validez concurrente, son los siguientes. En primer lugar hemos de destacar que todas las correlaciones han resultado significativas, y en su mayoría a un nivel de $p<0,0001$. El *EAT* total, instrumento que evalúa actitudes hacia la alimentación, presenta una correlación destacada con el factor I de restricción ($r=0,64$), siendo su subescala «dieta» la que presenta una correlación más elevada con este factor ($r=0,68$). El *EDI* total, instrumento que evalúa trastornos alimentarios, también correlaciona significativamente con ambos factores ($r=0,50$ para el factor I y $r=0,46$ para el factor II). Con respecto a sus subescalas, es de destacar la elevada correlación de la subescala «Motivación para adelgazar» con el factor I de restricción ($r=0,72$) y la de la subescala «Bulimia» con el factor II de desinhibición ($r=0,65$). Finalmente, el *BSQ*, medida de imagen corporal, también presenta correlaciones significativas con ambos factores, siendo muy destacada con el factor I de restricción ($r=0,72$) y algo menor con el factor II de desinhibición (0,45). Ver tabla 3 para consultar todas las correlaciones obtenidas.

Tabla 2

Saturaciones factoriales de los ítems del TFEQ en los factores obtenidos.

Los ítems se presentan ordenados en función de su saturación factorial y la línea discontinua separa los ítems que han quedado englobados en cada uno de los dos factores en función de su saturación factorial. Para una consulta del contenido de cada ítem, ver anexo

Nº ítem TFEQ	FACTOR I Restricción	FACTOR II Desinhibición
50	0.73	0.06
43	0.72	-0.02
28	0.70	0.03
33	0.69	-0.04
37	0.64	0.15
30	0.62	0.09
40	0.62	0.22
44	0.61	0.008
48	0.60	-0.03
18	0.60	0.19
6	0.57	0.02
35	0.55	0.08
32	0.54	-0.09
21	0.53	0.25
10	0.50	0.10
23	0.50	-0.13
42	0.44	0.005
14	0.41	-0.08
38	0.40	0.13
46	0.37	0.03
49	0.10	0.66
34	-0.04	0.65
13	-0.04	0.61
15	0.10	0.60
19	-0.05	0.58
8	0.22	0.57
39	-0.13	0.55
3	-0.09	0.53
51	0.17	0.53
26	0.09	0.51
20	0.23	0.48
27	0.07	0.47
1	-0.08	0.46
5	-0.20	0.46
7	-0.04	0.45
9	0.14	0.43
36	0.10	0.43
12	-0.09	0.43
24	0.14	0.43
41	-0.08	0.41
22	-0.06	0.40
45	0.35	0.40
29	0.03	0.40
2	0.02	0.32
16	0.11	0.30

Tabla 3
Coeficientes de correlación entre los dos factores del *TFEQ* y el *EAT*, *EDI*, *BSQ*
y sus diferentes subescalas

	TFEQ I Restricción		TFEQII Desinhibición	
	r	p	r	p
EAT: Puntuación total	0,64	<0,0001	0,19	<0,001
EAT: Bulimia	0,50	<0,0001	0,35	<0,0001
EAT: Control oral	0,12	<0,03	-0,18	<0,001
EAT: Dieta	0,68	<0,0001	0,24	<0,0001
EDI: Puntuación total	0,50	<0,0001	0,46	<0,0001
EDI: Motivación para adelgazar	0,72	<0,0001	0,36	<0,0001
EDI: Bulimia	0,21	0,0001	0,65	<0,0001
EDI: Insatisfacción corporal	0,46	<0,0001	0,30	<0,0001
BSQ: Puntuación total	0,72	<0,0001	0,45	<0,0001

Para calcular la validez discriminante hemos recurrido como criterio externo de comparación a los resultados de aplicar la entrevista estructurada *EDE* a los posibles casos detectados por el *screening*. El *screening* (*EAT*≥30 y *BSQ*≥105) detectó un total de 27 casos. A partir de este momento, se efectuaron las correspondientes entrevistas *EDE*, con las que se detectaron 16 casos definitivos con alteraciones alimentarias. Para disponer de un grupo control, se realizó un número equivalente de entrevistas *EDE* a los no casos, detectando 24 sujetos sin alteraciones alimentarias que constituirían el grupo control. La distribución de los sujetos de estos grupos en ambos factores del *TFEQ*, así como las medias y desviaciones estándar de cada grupo, pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4
Distribución de las puntuaciones de los dos factores del *TFEQ* en los grupos control y con alteraciones alimentarias diagnosticados vía *EDE* (*Eating Disorder Examination*; Fairburn y Cooper, 1993)

	EDE	N	Media	Desv. estándar	Error tipo
<i>TFEQ I</i> Restricción	Patología	15	15,40	3,70	0,96
	Control	22	4,82	4,07	0,87
<i>TFEQ II</i> Desinhibición	Patología	16	14,75	6,44	1,61
	Control	24	6,54	4,79	0,98

Destacar que las desviaciones típicas de los dos factores son algo elevadas, especialmente en los grupos control, lo cual indicaría una importante dispersión de las puntuaciones en estos grupos. También es importante destacar que este mismo patrón se reproduce en los datos del cuestionario original (ver figura 1).

Una vez obtenidos estos datos, se procedió a calcular la validez discriminante. Para ello, antes de calcular las diferencias de medias correspondientes, se realizó una prueba de Levene previa para comprobar la igualdad de varianzas, igualdad que fue asumida por la prueba (factor I; $F=0,58$, $p=0,45$ / factor II; $F=3,8$, $p>0,05$). La prueba «t» revela que ambos factores del TFEQ discriminan correctamente entre grupos con y sin alteraciones alimentarias detectados vía la entrevista EDE (factor I; $t=8,05$, $p<0,0001$, $gl=303$ / factor II; $t=4,62$, $p<0,0001$, $gl=307$). Hemos realizado una comparación de la capacidad de discriminación de los nuevos factores con relación a los originales mediante un contraste de las medias de nuestros factores con las obtenidas por Stunkard y Messick (1985). Aunque el único factor que es prácticamente idéntico es el factor I de restricción, también hemos realizado comparaciones con el factor II, pues en nuestro caso este factor agrupa casi todos los ítems que en el TFEQ original constituyen el factor II, además de incluir casi todos los que constituyen el factor III «Hambre» en el original. Cuando comparamos las muestras totales hemos encontrado diferencias significativas entre las medias de ambos factores en nuestra muestra y en la muestra original (factor I; $t=0,69$, $p<0,001$, $gl=141$, IC 95% 2,72-5,44 / factor II; $t=3,68$, $p<0,001$, $gl=150$, IC 95% 1,14-3,78). Stunkard y Messick (1985) presentan datos totales, y además de dos grupos; uno de comedores restrictivos y otros de comedores «libres» (ver tabla 1). En nuestro caso, disponemos de los grupos de sujetos con y sin alteraciones alimentarias diferenciados vía entrevista EDE. Hemos procedido a comparar nuestro grupo con alteraciones alimentarias con el grupo de comedores restrictivos original, y nuestro grupo sin alteraciones alimentarias con el de comedores normales. Con respecto a la primera comparación entre el grupo de comedores restrictivos original y nuestro grupo con alteraciones alimentarias, no hemos encontrado diferencias significativas en ninguno de los dos factores del TFEQ (factor I; $t=0,1,02$, $p=0,16$, $gl=22$ / factor II; $t=0,55$, $p=0,29$, $gl=19$). Con respecto a la segunda comparación entre el grupo de comedores «libres» y nuestro grupo de sujetos sin alteraciones alimentarias, de nuevo no encontramos diferencias significativas en ninguno de los dos factores (factor I; $t=0,99$, $p=0,16$, $gl=55$ / factor II; $t=0,8$, $p=0,21$, $gl=43$).

También hemos calculado las correlaciones entre los dos factores del TFEQ para los dos grupos establecidos vía EDE. En el caso del grupo con alteraciones alimentarias se observa una correlación negativa de -0,65 que resulta significativa ($p<0,01$), mientras que la correlación de ambos factores en el grupo control, aunque positiva ($r=0,25$), no resulta significativa. En la tabla 5 pueden observarse los principales datos obtenidos en nuestra muestra total y en los subgrupos con y sin alteraciones alimentarias. La tabla tiene un formato similar al de la tabla 1 para facilitar la comparación con los datos originales de Stunkard y Messick (1985).

Tabla 5
Fiabilidad e itercorrelaciones de los factores del *TFEQ* en el grupo total y los subgrupos control y con alteraciones alimentarias

Grupo	Total N=335		Con alteraciones alimentarias N=16		Sin alteraciones (control) N=24	
	I	II	I	II	I	II
Escala						
(20 ítems) I	-	-	-	-	-	-
(25 ítems) II	0,12*	-	-0,65*	-	0,25	-
Media	6,42	7,54	15,4	14,75	4,82	6,54
Desv. típica	5,05	5,29	3,7	6,44	4,07	4,79
α	0,89	0,86	0,81	0,90	0,85	0,83

Discusión

Nuestra adaptación preliminar del *TFEQ* con una muestra de estudiantes universitarias señala una estructura factorial diferente a la original de Stunkard y Messick (1985). La principal diferencia radica en el hecho de que nuestra estructura factorial revela claramente la existencia de dos factores, mientras que la escala original contempla la existencia de tres factores claramente diferenciados, lo cual aparece reflejado incluso en el nombre de la escala. Es por ese motivo que, a pesar de conservar a lo largo del artículo las siglas *TFEQ* originales, nos hemos referido al cuestionario como «Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick», de la misma forma que ya lo hicieron Hyland *et al.* (1989), para evitar hacer referencia en su denominación a una determinada estructura factorial que es hoy en día motivo de controversia. Analicemos con algo más de detalle ambas estructuras factoriales.

En primer lugar, hemos de destacar que ambos factores explican un 30% de la varianza total. No podemos comparar estos datos con los originales de Stunkard y Messick (1985) puesto que los autores no facilitan este dato. El factor I, «Restricción», es por sus contenidos prácticamente equivalente al factor I del *TFEQ* original. Ya en los análisis de la escala original los autores señalaban que los contenidos de los ítems asociados al factor I eran los que habían permanecido más estables a lo largo de los sucesivos análisis previos a la concepción de la escala final, y que el resultado apoyaba con fuerza la interpretación de la escala como un factor que evalúa la restricción cognitiva y consciente de la ingesta, aspecto clave en la teoría de la restricción. La elevada consistencia interna del factor, la más alta, como ya sucedía en la escala original, y su elevada correlación con otras escalas relacionadas conceptualmente con el constructo «restricción» y ya validadas en nuestro país, como son el caso de la subescala «dieta» del *EAT*, la subescala «motivación para adelgazar» del *EDI* o la puntuación total del *BSQ* (ver tabla 3), son importantes apoyos a

favor de que este factor de nuestra versión constituye una buena medida de restricción.

El factor II, «Desinhibición», es bastante equivalente al factor II del *TFEQ* original, salvo por el hecho de que engloba la mayor parte de los ítems que componían el factor III original (el resto quedaron fuera por tener una saturación factorial baja). De hecho, la principal diferencia entre ambas estructuras factoriales reside en que lo que en la escala original constituía un factor aislado, el factor III de «Hambre», en nuestro caso aparece fundido con el factor II «Desinhibición». De hecho, el factor III del *TFEQ* ha sido el que más críticas ha recibido. Los propios autores originales ya encontraron un patrón de covariación muy importante entre los factores II y III en las muestras de comedores no restrictivos. De hecho, los análisis definitivos del *TFEQ* original muestran que los factores I y II discriminaban correctamente entre los grupos de comedores restrictivos y comedores libres, cosa que no conseguía hacer el factor III. Desde nuestro punto de vista, tales datos cuestionan la coherencia conceptual y psicométrica del mencionado factor. La polémica sobre el factor III ha llevado a Heatherton *et al.* (1988) a afirmar que «la inclusión de la escala de hambre parece únicamente añadir ruido a las puntuaciones totales del *TFEQ*, mientras que no añaden demasiado (si acaso lo hacen algo) valor predictivo» (p. 26). Un análisis más minucioso del *TFEQ* nos lleva a encontrar más argumentos a favor de la flaqueza conceptual del factor III. Así, tanto en la escala original como en nuestra adaptación preliminar, los ítems 7 y 49, que se refieren a la relación entre el consumo y el estado de hambre, aparecen incluidos en el factor II de «Desinhibición». Otro ejemplo; el ítem 19 hace una clara referencia a la influencia que ejerce el ver comer a otra persona en la propia ingesta, mientras que el análisis factorial del *TFEQ* original lo enmarca dentro del factor III. En definitiva, nosotros pensamos que el factor III no presenta una coherencia conceptual ni psicométrica clara. En nuestros análisis, la práctica totalidad de sus ítems aparecen incluidos dentro del factor II «Desinhibición», lo cual nos parece más lógico. De hecho, el factor II hace referencia a la desinhibición de la ingesta, y, como señalan los autores originales, engloba un conjunto diferente de desinhibidores. Así, sus ítems hacen referencia a una falta de control generalizada sobre la ingesta o bien a la desinhibición producida por estados de ánimo negativos (por ejemplo, ítems 9, 20 y 27), presión social (por ejemplo, ítems 2, 13, 19) o apariencia externa del alimento (por ejemplo, ítems 1, 7, 22). Opinamos que nuestros datos sugieren la idea de que el hambre actuaría como un desinhibidor más, lo cual explicaría la polémica generada en torno a los extraños patrones de correlación de este factor y sería coherente con el en nuestro análisis factorial aparezca englobado en su práctica totalidad dentro del factor II. La elevada consistencia interna del factor II y su correlación especialmente alta con la subescala Bulimia del *EDI*, la más directamente relacionada con este factor desde un punto de vista conceptual, también hablan a favor de la bondad psicométrica del mismo en nuestra adaptación. Tanto el factor I como el II presentan correlaciones elevadas y significativas con el total de la escala, lo cual es una muestra más de la coherencia interna de nuestra adaptación. Desgraciadamente, tampoco podemos comparar este dato con el original por no ser proporcionado por Stunkard y Messick (1985).

Los patrones de correlación de los dos factores de nuestra adaptación preliminar del *TFEQ* con otras escalas resultan todos significativos, y especialmente elevados en aquellos casos donde hay un vínculo conceptual más claro (ver tabla 3). A destacar la elevada correlación del factor I «Restricción» con el *EAT* y especialmente con su subescala dieta. El *EAT* se ha mostrado muy útil para detectar conductas de preocupación excesiva por la alimentación y conductas restrictivas en muestras no clínicas (Koslowsky et al., 1992; Wood, Waller, Miller y Slade, 1992). Por otro lado, ya hemos destacado la elevada correlación del factor II «Desinhibición» con la subescala «Bulimia» del *EDI*, la más directamente relacionada conceptualmente con este factor. También destacaremos la elevada correlación del factor I «Restricción» con la subescala «motivación para adelgazar» del *EDI*, subescala que ha sido considerada como un detector muy bueno de casos de alto riesgo de trastornos alimentarios (Garner, 1991). Finalmente, es de destacar la elevada correlación del factor I «Restricción» con el *BSQ*, cuestionario que evalúa la preocupación por la imagen corporal, constructo íntimamente relacionado al de la restricción alimentaria. Todo este conjunto de datos constituye un importante apoyo a favor de la buena validez concurrente de nuestra adaptación preliminar.

De entre las principales conclusiones del trabajo original de Stunkard y Messick (1985), los autores destacaban que las escalas I y II («Restricción» y «Desinhibición»), las más directamente relacionadas con la teoría de la restricción, discriminaban correctamente los grupos de comedores restrictivos de los comedores libres (ya hemos destacado que ello no sucedía con la escala III de «Hambre»). A recordar que los autores originales consideraron como grupo de comedores restrictivos a un grupo de sujetos que seguían un programa de reducción de peso (no todos eran obesos) y como grupo de comedores libres a un grupo de sujetos proporcionados por el grupo anterior previa instrucción del equipo investigador. En nuestro caso disponemos de un grupo de sujetos con alteraciones alimentarias y de otro grupo control sin alteraciones, seleccionados tras aplicar a ambos la entrevista diagnóstica estructurada «Examen de Trastornos Alimentarios» (*Eating Disorders Examination*, *EDE*, Fairburn y Cooper, 1993). Ya comentamos en la introducción la estrecha relación establecida entre restricción y desinhibición con las alteraciones alimentarias. En nuestro caso, tanto el factor I de «Restricción» como el factor II de «Desinhibición» discriminan muy significativamente ambos grupos (ver tabla 4) datos que apoyan la buena validez discriminante de nuestra adaptación preliminar.

Cuando comparamos nuestros datos con los originales de Stunkard y Messick (1985) nos encontramos con datos parecidos. En principio las puntuaciones de los factores I y II de ambas escalas difieren significativamente, lo cual podría ser explicado por las notables diferencias entre las muestras (exclusivamente femenina en nuestro caso frente a mixta en el original, mayor amplitud de edad en el original, etc.). Sin embargo, cuando comparamos grupos más equivalentes desde el punto de vista de su comportamiento alimentario, como es el caso de nuestro grupo de alteraciones alimentarias y su grupo de comedores restrictivos, o nuestro grupo sin alteraciones alimentarias y su grupo de comedores libres, no encontramos ninguna diferencia significativa. La ausencia de diferencias en el factor II es un argumento

más a favor de la flaqueza conceptual del factor III, dado que este último está plenamente incluido en nuestro factor II. No obstante, hemos de llamar la atención sobre la necesidad de interpretar con cautela estos datos de validez discriminante, pues la muestra no es todo lo amplia que sería deseable.

También resulta interesante destacar el patrón diferencial de correlaciones para los diferentes grupos. En el estudio original, mientras que para el grupo total la correlación entre los dos factores es positiva y significativa, en el grupo de comedores restrictivos, las escalas I y II correlacionan negativamente, de forma que los fuertes restrictivos (escala I) tienden a exhibir baja desinhibición (escala II) (ver tabla 1). Este dato, derivado de una escala construida factorialmente, no parece corresponderse con lo que se deduce de los estudios empíricos realizados con otra de las escalas más ampliamente utilizadas para evaluar la restricción alimentaria, la Escala de Restricción (*Restraint Scale, RS*), donde los altos restrictivos manifiestan un claro patrón de desinhibición. Este hecho, aparentemente contradictorio, ha llevado a sugerir a algunos autores que la *RS* y el *TFEQ* podrían medir diferentes tipos de restricción. Mientras que el *TFEQ* mediría restricción exitosa, la *RS* mediría restricción no exitosa (Heatherton et al., 1988; Lowe, 1993). No obstante, este es un tema no suficientemente esclarecido, a la luz de la existencia de algún estudio que ha fracasado en encontrar tales diferencias (Ridgway y Jeffrey, 1998). En nuestro caso observamos un idéntico patrón de correlaciones al del estudio de Stunkard y Messick (1985), con una correlación positiva y significativa entre los factores I y II en la muestra total, negativa y significativa en el grupo de sujetos con alteraciones alimentarias y no significativa en el grupo control. Sería necesario realizar estudios empíricos con los sujetos de nuestra muestra para poder aportar datos nuevos a la polémica de si el *TFEQ* mide un tipo de restricción diferente al evaluado por la *RS* o no.

Finalmente, no podemos dejar de insistir en la necesidad de adaptar a nuestra población aquellos instrumentos que han sido validados en un contexto cultural diferente y con características de muestras diferentes. Valga el siguiente ejemplo. El ítem 25 del original reza de la siguiente forma: «mi peso apenas ha variado en los últimos 10 años» y sale encuadrado como un ítem de «Desinhibición». Es de suponer que el ítem hace referencia a en qué medida las fluctuaciones entre fuertes restricciones y desinhibiciones alimentarias han contribuido al cambio de peso en una persona. Este ítem, con cierta lógica en la muestra original, carece de sentido en nuestra muestra, pues la media de edad es de 19 años, por lo que variaciones de peso en los diez años anteriores serían completamente normales. Por ello hemos optado por cambiar el ítem a un intervalo temporal de dos años⁴.

4 A señalar que una de las principales críticas de Stunkard y Messick (1985) a la escala de Restricción (*Restraint Scale, RS*) fue la inclusión de ítems que medían fluctuaciones de peso. Los autores, a pesar de realizar todos sus análisis con 4 ítems que hacen referencia a este aspecto, informan de su eliminación de la escala definitiva. Sin embargo, hemos observado que conservan este ítem, el cual parece hacer una referencia clara a fluctuaciones de peso. En nuestra adaptación preliminar, el ítem ha quedado fuera por presentar una saturación factorial inferior a 0,3.

En síntesis, nuestra adaptación preliminar del Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messik parece prometedora, al presentar buenos índices de consistencia interna, una buena validez concurrente con otros instrumentos previamente validados en nuestro país que evalúan constructos similares, y una buena validez discriminante entre sujetos con y sin alteraciones alimentarias diagnosticados vía entrevista diagnóstica estructurada. Sería deseable una validación con población general y muestras clínicas más amplias en la que pudiera acabar de contrastarse la estructura factorial obtenida por esta adaptación preliminar. Las diferencias de estructura factorial con la escala original abundan en la necesidad de adaptar instrumentos validados en otros contextos.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). DSM IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a edición)*. Washington DC: Autor.
- Allison, D.A., Kalinsky, L.B. y Gorman, B.S. (1992). A comparison of the psychometric properties of three measures of dietary restraint. *Psychological Assessment*, 4, 391-398.
- Blanchard, F.A. y Frost, R.O. (1983). Two factors of restraint: concern for dieting and weight fluctuation. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 259-267.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Collins, R.L., Lapp, W.M., Helder, L. y Saltzberg, J.A. (1992). Cognitive restraint and impulsive eating: Insights from the Three-Factor Eating Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 47-53.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (dirs.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Evaluación Psicológica: algunas claves para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 70, 3-12.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- 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., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-33.
- Guimera, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del «Eating Disorder Inventory» (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 5, 185-190.
- Hambleton, R.K. (1994). Guidelines for Adapting Educational and psychological Tests: A Progress Report. *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 229-244.
- Hambleton, R.K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (dir.). *Psicometría*. Madrid: Universitas.

- Heatherton, T.F., Herman, C.P., Polivy, J., King, A. y McGree, S.T. (1988). The (Mis)measurement of restraint: An analysis of conceptual and psychometric issues. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 19-28.
- Herman, C.P. y Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality, 43*, 647-660.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 666-672.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. J. Stunkard (dir.). *Obesity*. Philadelphia: Saunders.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A. J. Stunkard y E. Stellar (dirs.), *Eating and its disorders* (pp. 141-156). Nueva York: Raven Press.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1988). Studies of eating in normal dieters. En B.T. Walsh (dir.) *Eating behavior in eating disorders* (pp. 97-111). Washington D.C.: American Psychiatric Association Press.
- Hyland, M.E., Irvine, S.H., Thaker, C., Dann, P.L. y Dennis, I. (1989). Psychometric analysis of the Stunkard-Messick Eating Questionnaire (SMEQ) and comparison with the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DBEQ). *Current Psychology Research and Reviews, 8*, 228-233.
- Johnson, W.G., Lake, L. y Mahan, J.N. (1983). Restrained eating: measuring an exclusive construct. *Addictive Behaviors, 8*, 413-418.
- Koslowsky, M., Scheinberg, Z., Bleich, A., Mark, M., Apter, A., Danon, Y. y Salomon, Z. (1992). The factor structure and criterion validity of the short form of the Eating Attitudes Test. *Journal of Personality Assessment, 58*, 27-35.
- Laessle, R.G., Tuschl, R.J., Kotthaus, B.C. y Pirke, K.M. (1989). A comparison of the validity of three scales for the assessment of dietary restraint. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 504-507.
- Lowe, M.R. (1984). Dietary concern, weight fluctuation and weight status: further explorations of the Restraint Scale. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 243-248.
- Lowe, M.R. (1987). Set point, restraint, and the limits of weight loss: A critical analysis. En W. Johnson (dir.), *Advances in eating disorders: Vol. 1. Treating and preventing obesity* (pp. 1-37). Greenwich, CT: JAI Press.
- Lowe, M.R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A Three-Factor Model. *Psychological Bulletin, 114*, 100-121.
- Marcus, M.D., Wing, R.R. y Lamparski, D.M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors, 10*, 163-168.
- Muñiz, J. (1997). Aspectos éticos y deontológicos de la evaluación psicológica. En A. Cordero (dir.), *Evaluación Psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA
- Nisbett, R.E. (1972). Hunger, obesity, and ventromedial hypothalamus. *Psychological Review, 79*, 433-453.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1976a). Effects of alcohol on eating behavior: influence of mood and perceived intoxication. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 601-606.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1976b). Clinical depression and weight change: a complex relation. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 338-340.
- Pudel, V.E. (1978). Human feeding in the laboratory. En *Recent Advances in Obesity Research. II*. G. Bray (dir.). Londres: Newman.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud, 7*, 51-66.
- Ricciardelli, L.A. y Williams, R.J. (1997). A Two-Factor model of dietary Restraint. *Journal of Clinical Psychology, 53*, 123-131.

- Ridgway, P.S. y Jeffrey, D.B. (1998). A comparison of the Three-Factor Eating Questionnaire and the Restraint Scale and consideration of Lowe's three-factor model. *Addictive Behaviors*, 23, 115-118.
- Ruderman, A.J. (1986). Dietary restraint: a theoretical and empirical review. *Psicological Bulletin*, 99, 247-262.
- Ruderman, A.J. y Christensen, H. (1983). Restraint theory and its applicability to overweight individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 210-215.
- Ruderman, A.J. y Wilson, G.T. (1979). Weight, restraint, cognition, and contrarregulation. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 581-590.
- Spencer, J.A. y Fremouw, W.J. (1979). Binge eating as a function of restraint and weight classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 262-267.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating: internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*, 161, 751-756.
- Schachter, S. (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist*, 26, 129-144.
- Schachter, S., Goldman, R. y Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.
- 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.
- Westenhoefer, J., Broeckmann, P., Munch, A. y Pudel, V. (1994). Cognitive control of eating behaviour and the disinhibition effect. *Appetite*, 23, 27-41.
- Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. y Ogden, J. (1992). Eating style and eating behaviour in adolescents. *Appetite*, 18, 167-183.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Wood, A., Waller, G., Miller, J. y Slade, P. (1992). The development of Eating Attitude Test scores in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 279-282.

Anexo
The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)

PARTE I

- | | |
|--|-----|
| 1. Cuando huelo un bistec «chisporroteante» o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida | V F |
| 2. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y «picnics» | V F |
| 3. Habitualmente estoy tan hambrienta que como más de tres veces al día | V F |
| 4. Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más | V F |
| 5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta | V F |
| 6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso | V F |
| 7. A veces hay cosas que saben tan bien que continuo comiendo aún cuando ya no estoy hambrienta | V F |
| 8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta, a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más | V F |
| 9. Cuando me siento ansiosa, me encuentro a mí misma comiendo | V F |
| 10*. La vida es demasiado corta para preocuparse por la dieta | V F |
| 11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez | V F |
| 12. A menudo me siento tan hambrienta que tengo que comer algo ya | V F |
| 13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también | V F |
| 14. Tengo una bastante buena idea del número de calorías de alimentos comunes | V F |
| 15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar | V F |
| 16*. No me es difícil dejar algo en el plato | V F |
| 17. A ciertas horas del día, me pongo hambrienta porque me he acostumbrado a comer entonces | V F |
| 18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no están permitidas, conscientemente como menos durante un período de tiempo para compensarlo | V F |
| 19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta como para comer yo también | V F |
| 20. Cuando me siento triste, frecuentemente me exedo comiendo | V F |
| 21*. Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso | V F |
| 22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo que tengo que comer inmediatamente | V F |
| 23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como | V F |
| 24. Me pongo tan hambrienta que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo | V F |
| 25*. Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años | V F |
| 26. Estoy siempre tan hambrienta que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato | V F |
| 27. Cuando me siento sola, me consuelo comiendo | V F |
| 28. Conscientemente me represso en las comidas para no ganar peso | V F |

29. Algunas veces me pongo muy hambrienta al final de la tarde o por la noche V F
 30*. Como todo lo que quiero y cuando quiero V F
 31*. Aún sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo V F
 32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso V F
 33. No como algunos alimentos porque me engordan V F
 34. Estoy siempre lo bastante hambrienta como para comer en cualquier momento V F
 35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura V F
 36. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me abandono («splurge») y como otros alimentos altos en calorías V F

PARTE II

Instrucciones

Por favor, responde a las siguientes preguntas rodeando el número que está encima de la respuesta que consideras apropiada a tu caso.

37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?

1 raramente	2 algunas veces	3 habitualmente	4 siempre
----------------	--------------------	--------------------	--------------

38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una fluctuación de peso de 2 kg.?

1 en nada	2 levemente	3 moderadamente	4 muchísimo
--------------	----------------	--------------------	----------------

39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?

1 sólo en las comidas	2 algunas veces entre comidas	3 frecuentemente entre comidas	4 casi siempre
--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------

40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte para ayudarte a controlar tu ingesta?

1 nunca	2 raramente	3 a menudo	4 siempre
------------	----------------	---------------	--------------

41. ¿Cuán difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?

1 fácil	2 levemente difícil	3 moderadamente difícil	4 muy difícil
------------	------------------------	----------------------------	------------------

42. ¿Cuán consciente eres de lo que estás comiendo?

1 nada	2 levemente	3 moderadamente	4 extremadamente
-----------	----------------	--------------------	---------------------

43. ¿Con qué frecuencia evitas *abastecerte* de comidas tentadoras?

1 casi nunca	2 rara vez	3 habitualmente	4 casi siempre
-----------------	---------------	--------------------	-------------------

44. ¿Cuán propensa eres a comprar alimentos bajos en calorías?

1 no soy propensa	2 levemente propensa	3 moderadamente propensa	4 muy propensa
----------------------	----------------------------	--------------------------------	-------------------

45. ¿Comes sensiblemente enfrente de otros y te abandonas («splurge») sola?

1 nunca	2 raramente	3 a menudo	4 siempre
------------	----------------	---------------	--------------

46. ¿Cuán propensa eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que comes?

1 no soy propensa	2 levemente propensa	3 moderadamente propensa	4 muy propensa
----------------------	----------------------------	--------------------------------	-------------------

47*. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta?

1 casi nunca	2 rara vez	3 por lo menos 1 vez por semana	4 casi cada día
-----------------	---------------	---------------------------------------	--------------------

48. ¿Cuán propensa eres a comer menos deliberadamente cuando tú quieras?

1 no soy propensa	2 levemente propensa	3 moderadamente propensa	4 muy propensa
----------------------	----------------------------	--------------------------------	-------------------

49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta?

1 nunca	2 raramente	3 algunas veces	4 por lo menos 1 vez por semana
------------	----------------	--------------------	---------------------------------------

50. En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no-restricción en la ingesta (comer todo lo que tu quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingesta y nunca rendirse), ¿qué número te darías a ti misma?

- 0 comer todo lo que tú quieras cuando tu quieras
- 1 habitualmente comer todo lo que tú quieras, cuando tú quieras
- 2 a menudo comer todo lo que tú quieras, cuando tú quieras
- 3 limitar la ingesta a menudo, pero a menudo también rendirse
- 4 habitualmente limitar la ingesta, raramente rendirse
- 5 limitar constantemente la ingesta, nunca rendirse

51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? «Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta mañana».

1 no se me aplica	2 se me aplica algo	3 bastante buena descripción de mi	4 me describe perfectamente
----------------------	---------------------------	--	-----------------------------------