

~~WDHONWDMEDDHEUWRDOPHQVERGHOSDDGRDRWDWDGHHWHFWDSREOHPDSDDFRWREODODHWDGHNWRDPHQRV~~

- **Dulces:** chocolate, helado, tortas, donas, caramelos
- **Harinas:** pan, pasta, arepas, arroz, galletas
- **Meriendas saladas:** papas fritas, tostones, tortillas
- **Comidas grasosas:** tocineta, hamburguesas, papas fritas, tajadas, empanadas, pizzas.
- **Bebidas azucaradas, refrescos**

Cuando se le pregunta algo sobre CIERTOS ALIMENTOS piense en aquellos alimentos similares en las listas o en cualquier alimento con el que Ud crea tenga problemas

EN LOS ULTIMOS 12 MESES:	Nunca	1 vez al mes	2-4 veces al Mes	2-3 tveces por semana	4 o mas veces por dia
1. Cuando como ciertos alimentos me encuentro comiendo mucho mas de lo planeado	0	1	2	3	4
2. Sigo comiendo ciertos alimentos a pesar de que ya no tengo hambre	0	1	2	3	4
3. Como hasta el punto de sentirme mal	0	1	2	3	4
4. Me preocupo por disminuir o evitar ciertos alimentos	0	1	2	3	4
5. Con frecuencia me siento lento o fatigado por comer demasiado	0	1	2	3	4
6. Constantemente me encuentro comiendo ciertos alimentos durante todo el dia	0	1	2	3	4
7. Si no dispongo de ciertos alimentos me desvio de mi ruta usual para comprarlos aún cuando se que en casa tengo otras opciones	0	1	2	3	4
8. Ha habido oportunidades en las que he comido con tal frecuencia o tal cantidad de cierto tipo de alimentos que he preferido comer a ir a trabajar, reunirme con amigos o familiares o involucrarme en otras actividades importantes o recreativas que me gustan	0	1	2	3	4
9. Ha habido oportunidades en las que he comido con tal frecuencia o tal cantidad de cierto tipo de alimentos que he tenido sentimientos negativos que me han impedido ir trabajar, reunirme con amigos o familiares o involucrarme en otras actividades importantes o recreativas que me gustan	0	1	2	3	4
10. Han habido momentos en los que he evitado reuniones sociales o laborales porque había cierto tipo de alimentos y tenía miedo de comer en exceso	0	1	2	3	4
11. Han habido momentos en los que he evitado reuniones sociales o laborales porque había cierto tipo de alimentos que no puedo consumir	0	1	2	3	4
12. He tenido sintomas de abstinencia (agitación, ansiedad, angustia) al no ingerir o limitar el consumo de ciertos alimentos. (No incluya alimentos a base de cafeína, té o café o bebidas energéticas).	0	1	2	3	4
13. He tenido que ingerir cierto tipo de alimentos para prevenir sintomas de abstinencia (agitación, ansiedad, angustia) al no ingerir o limitar el consumo de ciertos alimentos. (No incluya alimentos a base de cafeína, té o café, energéticas)	0	1	2	3	4
14. He notado que tengo deseos o urgencia por consumir cierto tipo de alimentos cuando los he limitado o eliminado	0	1	2	3	4
15. Mi conducta asociada a los alimentos y el comer me causa molestias significativas.	0	1	2	3	4
16. Experimento problemas significativos en mi habilidad para funcionar correctamente debido a la comida y al comer (trabajo, estudios, recreación, rutina diaria, actividades sociales/familiares, problemas de salud)	0	1	2	3	4

IN THE PAST 12 MONTHS:	NO	YES
17. My food consumption has caused significant psychological problems such as depression, anxiety, self-loathing, or guilt.	0	1
18. My food consumption has caused significant physical problems or made a physical problem worse.	0	1
19. I kept consuming the same types of food or the same amount of food even though I was having emotional and/or physical problems.	0	1
20. Over time, I have found that I need to eat more and more to get the feeling I want, such as reduced negative emotions or increased pleasure.	0	1
21. I have found that eating the same amount of food does not reduce my negative emotions or increase pleasurable feelings the way it used to.	0	1
22. I want to cut down or stop eating certain kinds of food.	0	1
23. I have tried to cut down or stop eating certain kinds of food.	0	1
24. I have been successful at cutting down or not eating these kinds of food	0	1

25. How many times in the past year did you try to cut down or stop eating certain foods altogether?	1 time	2 times	3 times	4 times	5 or more times
--	--------	---------	---------	---------	-----------------

26. Please circle ALL of the following foods you have problems with:

Ice cream	Chocolate	Apples	Doughnuts	Broccoli	Cookies	Cake	Candy
White Bread	Rolls	Lettuce	Pasta	Strawberries	Rice	Crackers	Chips
Pretzels	French Fries	Carrots	Steak	Bananas	Bacon	Hamburgers	Cheese burgers
Pizza	Soda Pop	None of the above					

27. Please list any other foods that you have problems with that were not previously listed: