

8.1.3. Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE)

| | | |
|--|--|-------------------------|
| 1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria? | SÍ | NO |
| 2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta? | SÍ | NO |
| 3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez? | SÍ | NO |
| 4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen? | SÍ | NO |
| 5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo? | SÍ | NO |
| 6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? | Días alternos (5) 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1) | |
| 7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso? | | |
| | <i>Nunca</i> | <i>Raramente</i> |
| | <i>1 vez/semana</i> | <i>2-3 veces/semana</i> |
| | <i>Diariamente</i> | <i>2-3 veces/día</i> |
| | <i>5 veces/día</i> | |
| Pastillas para adelgazar | 0 | 2 |
| Diuréticos | 0 | 2 |
| Laxantes | 0 | 2 |
| Provocar el vómito | 0 | 2 |
| | 3 | 4 |
| | 5 | 6 |
| | 7 | |
| 8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer? | SÍ | NO |
| 9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida? | SÍ | NO |
| 10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar? | SÍ | NO |
| 11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida? | SÍ | NO |
| 12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado? | SÍ | NO |
| 13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone? | SÍ | NO |
| 14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»? | SÍ | NO |
| 15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado? | SÍ | NO |
| 16. ¿La idea de engordar le aterroriza? | SÍ | NO |
| 17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas) | SÍ | NO |
| 18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios? | SÍ | NO |
| 19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come? | SÍ | NO |
| 20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? | SÍ | NO |
| 21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida? | SÍ | NO |
| 22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come? | SÍ | NO |
| 23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come? | SÍ | NO |
| 24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida? | SÍ | NO |
| 25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»? | SÍ | NO |
| 26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a? | SÍ | NO |
| 27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»? | Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6) | |
| 28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracción»? | SÍ | NO |
| 29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable? | SÍ | NO |
| 30. ¿Come alguna vez en secreto? | SÍ | NO |
| 31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales? | SÍ | NO |
| 32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)? | SÍ | NO |
| 33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana? | SÍ | NO |