

E.A.T. – 40 UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE ALMERÍA
--

	N U N C A	CASI N U N C A	A V E C E S	B A S T N T E	CASI S I E M P R E	S I E M P R E
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tengo estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me comprometo a hacer régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>PUNTUACIÓN:</u>

B.I.T.E.
UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
ALMERÍA

Contesta marcando aquellas respuestas que se me adapten a ti.

1. ¿Tienes costumbres regulares en tu alimentación diaria?.....SI NO
2. ¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?.....SI NO
3. ¿Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez?.....SI NO
4. Cuentas las calorías de todo lo que comes, incluso cuando estás a régimen.....SI NO
5. ¿Has ayunado alguna vez durante un día completo?.....SI NO

6. Si la respuesta es SI, ¿Con qué frecuencia?:

DIAS ALTERNOS	5
2-3 VECES POR SEMANA	4
UN DIA A LA SEMANA	3
ALGUNA VEZ	2
UNA VEZ	1

7. ¿Utilizas alguno de los siguientes métodos para perder peso?:

	NUNCA	RARAMENTE	UNA VEZ SEMANA	2-3 VECES SEMANA	DIARIAMENTE	2-3 VECES AL DIA	5 VECES AL DIA
- Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7
- Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
- Laxantes	0	2	3	4	5	6	7
- Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7

8. ¿Se ve tu vida diaria gravemente afectada por tu forma de comer? SI NO
9. ¿Crees que la comida domina tu vida?..... SI NO
10. ¿Te ha ocurrido alguna vez “comer y comer” hasta que las molestias físicas te obligan a parar?..... SI NO
11. ¿Existen momentos en los cuales “solo” puedes pensar en la comida? SI NO
12. ¿Comes delante de los demás racionalmente y te excedes en privado? SI NO

13. ¿Puedes parar de comer siempre que te lo propones?..... SI NO
14. ¿Has experimentado alguna vez deseos imperiosos de comer sin parar? SI NO
15. ¿Cuándo te sientes ansioso/a tienes tendencia a comer demasiado? SI NO
16. ¿La idea de engordar te aterroriza?..... SI NO
17. ¿Alguna vez has comido grandes cantidades de alimento, rápidamente, fuera de las horas de comida..... SI NO
18. ¿Te sientes avergonzado/a de tus hábitos alimentarios?..... NO SI
19. ¿Te preocupa no tener control sobre “cuanto” comes?..... SI NO
20. ¿Te refugias en la comida para sentirte bien?..... SI NO
21. ¿Eres capaz de dejar comida en el plato al final de una comida? SI NO
22. ¿Engañas a los demás respecto a la cantidad que comes?..... SI NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que tienes con lo que comes? SI NO
24. ¿Te das alguna vez atracones de grandes cantidades de comida? SI NO
25. Si es así, ¿Cuándo terminas de atracarse te sientes miserable?..... SI NO
26. ¿Te das atracones únicamente cuando estas solo/a?..... SI NO
27. ¿Con que frecuencia ocurren estos atracones?:
- | | | | | | |
|---------------------|---|-----------------------|---|----------------|---|
| NUNCA | 0 | 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 DIA | 6 | | | | |
28. ¿Te desplazarías grandes distancias para satisfacer la necesidad del atracón? SI NO
29. Después de comer mucho ¿Te sientes muy culpable?..... SI NO
30. ¿Comes alguna vez en secreto?..... SI NO
31. ¿Crees que tus hábitos alimentarios pueden considerarse normales? SI NO
32. ¿Te consideras un comedor compulsivo (no puedes evitarlo)..... SI NO
33. ¿Varia tu peso más de dos kilos a la semana?..... SI NO

PUNTUACIÓN: