

## 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 «atración»?	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