Cuaderno de entrevista

(SIAB-EX)

De

Manfred Fichter y Nobert Quadflieg

Copyright by Manfred Fichter

Entrevista estructurada para síndroma de trastornos alimenticios anorexicos y bulímicos

Evaluación por expertos SIAB-EX
(3era revisión 9/1997)

Factores	I	II	III	IV	V	VI
Valor total "past"						
Valor total "current"						

Apellido:_____ Nombre:_____

Fecha de nacimiento:_____ Fecha de hoy:_____

Dirección:_____

Experto entrevistador:_____

	Codificación	
	Ahora	**antes**
●**1. Diferencia del peso normal** D-AN-A/I-AN-1/IR-AN-A) FP1, FC1 ¿Ha disminuido en algún momento su peso normal de forma clara? ¿Cuál ha sido su peso mínimo y su peso máximo desde la pubertad? ¿Cuál es su estatura? a) Altura (en cm): ___ cm b) Peso (en kg) actual: ___ kg c) Peso (en kg) mínimo: ___ kg Qué edad tenía cuando tuvo este peso? ___ años d) Peso (en kg) máximo: ___kg Qué edad tenía cuando tuvo este peso?___años e) BMI normal para edad y estatura (véase tabla) ____BMI f) BMI = peso en kg:(altura en m^2) = BMI:	_____ _____ _____ _____ **ahora mín.**	_____ _____ _____ _____ _____ **max**
2. Diferencia del peso normal (calificación por el experto) (D-AN-A/I-AN-I/IR-AN-A) **a)ahora** 0=no : peso +/- peso normal 1=sí: sobrepeso claro >15% encima del peso normal 2=sí: falta de peso clara, más del 15% menor al peso esperado o falta de aumento del peso durante el crecimiento < 15% menor del peso esperado **a) antes:** 0=no : (+/- peso normal) 1=sí: sobrepeso claro (>15%) 2=sí: falta de peso clara (<15%) 3=sí: en diferentes períodos ha habido tanto sobrepeso (>15%) como falta de peso manifiesto (más de 15% bajo el peso normal)	**ahora** _____	**antes** **(0-3)** _____

Instrucción: Le voy a poner algunas preguntas relacionadas a problemas psiquicos, que vienen a menudo relacionados con trastornos alimentícios. Por favor indíqueme para cada apartado en forma global, éstos se han manifestado en Vd. en los últimos 3 meses (=actualmente) y si se habían manifestado antes. Cúenteme, en que grado de gravedad Ud. sufre o ha sufrido bajo los problemas indicados.		
Nota para el entrevistador: Por favor preguntar por **problemas centrales** de cada apartado. Si el problema es acertado o la codificación es incierta, aplicar las **preguntas adicionales (=Z).** Por favor seguir preguntando, hasta tener una respuesta concreta y calificable. Cada item ha de ser codificado en el lado derecho (normalmente con los grados 0=no/no ha sido el caso, a 4=muy grave/acertado en muy gran medida). Las valuaciones para "antes" abarcan el grado máximo (hasta 3 meses antes de la entrevista). Ejemplo: **0 = no, no es acertado** **1 = poco, es un poco acertado** **2 =claramente, es claramente acertado** **3 = gran medida, es acertado en gran medida** **4 = muy gran medida, es acertado en muy gran medida** - Si una pregunta no va al caso (p.ej. amenorrea con probandos masculinos), se codificará "8". - Código 9 = missing data (no fue puesta la pregunta o no hubo respuesta)	**últimos 3 meses** **1** _____	**peor estado o máximo grado de patología antes** **4** _____
<u>3. Orientación interior al rendimiento</u> (SS 30/2 20) FP1, FC1 [4] ¿Qué profesión ejerció últimamente? Colocación profesional actual: _____ ¿Cómo le fue en su puesto de trabajo, en la escuela o (en caso de no tener actividad laboral) trabajando en el hogar? <u>¿Cuán satisfecho/a ha estado con sus resultados</u> en los últimos tres meses y en los últimos años? ¿En qué medida dependía su autoestima de sus resultados en el puesto de trabajo, en la escuela, etc.? **(Z):** ¿Ha realizado muchas horas extras o empleó mucho tiempo en hacer deberes? ¿Se sentía muy orgulloso/a cuando obtenía buenos resultados? ¿Cómo se sentía al dejar trabajos sin terminar? ¿Cómo se sentía cuando sus resultados suponían un fracaso? ¿De qué manera le entorpecería un resultado no exitoso? (p.ej.: ¿Le afectaría durante mucho tiempo?) ¿Se han visto desatendidos otros aspectos de su vida a causa de una dedicación excesiva a su actividad profesional/escolar? Además del trabajo o de la escuela, ¿han existido otros ámbitos de su vida en los que le importaban mucho los resultados? Grado de orientación interior al rendimiento: 0 = nada 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida 8 = no va al caso	**últimos 3 meses** _____	**peor estado o máximo grado de patología antes** _____

4. Miedos (SS1/S 2) FP2, FC2 [6] ¿Se ha sentido tenso/a o angustiado/a en los últimos tres meses o en los últimos años? ¿Ha sido en ocasiones miedoso/a o ha estado asustado/a sin motivo? ¿Había determinadas cosas o situaciones que le provocaban temor o le inquietaban (entrevistador: ¡codifíquese los temores a cosas determinadas como fobia!)? **(Z):** ¿Se ha preocupado mucho por cosas que puedan suceder en el futuro? ¿Por qué cosas, p. ej.? ¿Qué continuidad y frecuencia tenían estos pensamientos inquietantes? ¿Ha tenido ataques de pánico, en los que de repente le embargaba una ola de angustia, eventualmente acompañada de síntomas tales como temblor, sudores, hiperventilación, dolores de pecho o de la sensación de sufrir un infarto y de poder morir? ¿Cuánto le afectaron estas angustias en su vida diaria? ¿Con qué frecuencia ha sentido angustia? ¿Ha intentado evitar la situación desencadenante de las angustias? 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
5. Fobias (Gb) (S3) FP2, FC2 [7] ¿Ha habido en los últimos tres meses o en los últimos años cosas o situaciones determinadas que le producían temor o inquietud, p. ej., estar solo/a en casa, salir solo/a, viajar en autobús o tren, animales grandes, insectos, la altura, la oscuridad o el estar delante de un grupo de personas? **(Z):** Si hay indicios de fobias: ¿De qué gravedad eran estos estados de fobia? ¿Con qué frecuencia aparecían? ¿Ha intentado evitar las situaciones causantes de estas fobias? ¿Qué limitaciones le imponían estas fobias (en su caso)? ¿Cuánta carga suponían? ¿Cree que estas situaciones le producían mucho más miedo que a la mayoría de las personas? Tipo de fobia: _____ 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	_____	_____
6. Alteraciones del sueño (Gb) FP2, FC2 [8] ¿Ha tenido en los últimos tres meses o en los últimos años dificultades para dormirse o para pasar toda la noche durmiendo? **(Z):** ¿Ha estado desvelado/a por las noches? ¿Se ha despertado a menudo demasiado pronto sin estar descansado/a? ¿Ha vivido períodos prolongados de falta de sueño? En caso afirmativo: ¿Durante cuánto tiempo ha tenido estas molestias? ¿Perjudicaba la falta de sueño su rendimiento durante el día? ¿Cuántas horas de sueño perdía en malas noches? (valoración descriptiva sin consideración de una eventual toma de somníferos) 0 = no 1 = un poco		

2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	_____	_____
●7. Miedo a aumentar de peso o a engordar (D-AN-B/I-AN-3b/I-BN-3/IR-AN-C2/IR-BN-D1) FP1, FC1 [9] ¿Cómo se sentiría si engordara de 3 a 5 kg en 3 meses? (¿Angustia, pánico?) ¿Ha vivido una época de estar especialmente preocupado/a por su figura? ¿Cómo se habría sentido entonces si hubiera engordado de 3 a 5 kg en 3 meses? **(Z):** ¿Ha experimentado este miedo alguna vez? ¿Qué hizo para superarlo (p. ej., hacer más deporte, comer menos, tomar medidas para contrarrestar la ganancia de peso)? ¿Cómo se sentiría (habría sentido) si engordara (hubiera engordado) solamente 1 kg en 3 meses? Entrevistador: ¿hay indicios de una conducta fóbica relacionada con el peso ahora o en el pasado? Entrevistador: Hay índices para comportamiento fóbico hacía el aumento de peso ahora o en períodosanteriores? 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
8. ¿Cuál es su peso ideal actualmente? (I-AN-3c/I-BN-3b/IR-AN-C3 [9b] _____kg	_____kg	
9. ¿Cuál fue el peso más bajo que jamás ha querido tener? (I-AN-3c/I-BN-3b/IR-AN-C3) [9.b.b] **(Z):** ¿Ha estado alguna vez satisfecho/a con su peso (p. ej., cuando tenía ... kg)? ¿Ha existido para Vd. un límite de peso determinado que no quería sobrepasar bajo ningún concepto? _____kg		_____kg
●10. Dependencia de la autoestima de la figura y del peso D-BN-D,D-AN-C2 Su figura o su peso ¿han tenido especial influencia en su autoestima? ¿En qué grado? **(Z):** ¿Existen o existían, además de su figura y su peso, otros ámbitos que nutran su autoestima? En caso de afirmación: ¿Cuánta importancia para su autoestima tenían figura y peso en comparación con estos otros ámbitos? 0 = nada 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	_____	_____
11. Ayuno voluntario **(restricción cuantitativa de la nutrición)** (SS 21/S 10)FP5, FC5 [10] ¿Ha ayunado en los últimos tres meses o en algún momento anterior? ¿Ha reparado en la cantidad de calorías que comía? ¿Se ha propuesto comer lo menos posible o menos de lo que su cuerpo		

hubiera precisado para mantener su peso? ¿Ha intentado ayunar la mayor parte posible del día para comer sólo por la noche? **(Z):** ¿Cuántas horas del día ha estado seguidamente sin comer? ¿Cuántas veces ha hecho eso? ¿Durante cuánto tiempo ha mantenido esta conducta? ¿Ha estado sin comer más de 8 horas diarias para ayunar? ¿Ha omitido comidas para reducir las calorías ingeridas? 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
12. Evitación de alimentos que engordan y alimentación selectiva (restricción cualitativa de la nutrición) ((I-AN 2°/IR-AN-B) FP1, FC1 [11] ¿Ha intentado en los últimos tres meses o en alguna ocasión anterior, evitar comer algún alimento determinado de muchas calorías que le guste? ¿Ha renunciado a estos alimentos para mantenerse delgado/a o adelgazar? **(Z):** ¿Ha comido conscientemente menos grasas y menos hidratos de carbono para adelgazar o mantenerse delgado/a? ¿Ha reducido la variedad de su alimentación por motivos de control de peso y de la figura (p. ej., renunciando a salsas, mantequilla, comiendo sólo muesli, yogur)? ¿Qué alimentos ha evitado comer? ¿Qué alimentos se ha permitido? 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	_____	_____
13. Límites de calorías FP1, FC1 [12] ¿Ha intentado imponerse un límite bajo de calorías? **(Z):** ¿De qué cantidad de calorías diarias ha sido este límite en los últimos tres meses y en su época de mayor restricción de la alimentación? 0 = ningún límite calórico 1 = límites calóricos ligeramente rebajados 2 = límites calóricos claramente rebajados 3 = límites calóricos fuertemente rebajados 4 = límites calóricos muy fuertemente rebajados Límite correspondía _____ kcal/día en los últimos tres meses Límite correspondía _____ kcal/día antes	**límite** _____ ningún límite codifíquese 8888 _____	**calórico** _____**kcal** ningún límite codifíquese 8888 _____ (0-4)
● **14. Escupir alimentos** (D-EDNOS 5) FP1, FC1 [13] ¿Ha practicado en los últimos tres meses o en alguna ocasión anterior un comportamiento consistente en meterse alimentos en la boca, masticarlos y escupirlos sin tragarlos con el fin de reducir la ingestión de calorías?		

(Z): En caso afirmativo, ¿cuántas veces lo ha practicado (durante la época de mayor frecuencia de este comportamiento)? 0 = no 1 = raramente (hasta 1 x /mes) 2 = ocasionalmente (hasta 1 x/semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 x/día) 4 = muy frecuentemente (varias veces al día)	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
15. Rumiación FP1, FC1 [14] ¿Ha regurgitado en los últimos tres meses o en alguna ocasión anterior la comida para volver a masticarla? **(Z):** ¿Lo hizo para ingerir la menor cantidad de calorías posible? En caso afirmativo, ¿cuántas veces lo ha practicado (durante la época de mayor frecuencia de este comportamiento)? 0 = no 1 = raramente (hasta 1 x /mes) 2 = ocasionalmente (hasta 1 x/semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 x/día) 4 = muy frecuentemente (varias veces al día)	_____	_____
●**16. Trastorno del esquema corporal** (Body image) (SS 22/S 11) (D-AN-C1/I-AN-3/IR-AN-C1/IR-BN-D1) FP1, FC1 [15] ¿Qué le ha parecido en los últimos tres meses o en los últimos años su figura según su propio criterio – demasiado gorda, demasiado flaca o bien? **(Z):** ¿Se ha considerado a sí mismo/a más gordo/a de lo que le consideraban otras personas (p. ej., médicos, enfermeras ...)? ¿Cuánta diferencia había entre la imagen que tenía Vd. de la que tenían las otras personas de su cuerpo? ¿Había partes de su cuerpo que le parecieran especialmente rellenas o gordas? ¿Cuáles? ¿Estaba satisfecho/a con su figura cuando tenía su peso menor? 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida	_____	_____
● 17. **Entrevistador**: En caso de peso insuficiente: negación del peligro del peso insuficiente (discrepancia entre los riesgos del bajo peso para la salud y la percepción de estos riesgos por el afectado) **(D-AN-C3) FP1, FC1 [15a]** ¿Considera Vd. su bajo peso como peligroso para su salud? **(Z):** ¿Ha tenido algún problema de salud a consecuencia de su bajo peso? ¿Cree que puede ser peligroso pesar tan poco? *(Observación al entrevistador:* Se valorará la discrepancia entre los riesgos reales del bajo peso y la opinión del paciente. = negación del grado de gravedad del peso insuficiente)		

0 = no hay discrepancia entre el peligro del peso insuficiente y la opinión del afectado 1 = discrepancia ligera 2 = discrepancia clara 3 = discrepancia grande 4 = discrepancia muy grande 8 = no existe o ha existido peso insuficiente	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
18. Sólo en mujeres: menstruación [15b] ¿A qué edad tuvo la primera menstruación? _____ años	**Edad en años** _____	
● 19. ¿Cómo han sido sus ciclos de menstruación en los últimos 3 meses y cómo han sido en los últimos años? (SS 84/S 33) (D-AN-D/I-AN 4a/IR-AN-D) FP1, FC1 [15c; 43b] 0 = normal o regular sin la ayuda de preparados de hormonas (píldora etc.) 1 = menstruación sin que la probanda tomara la píldora, pero irregularmente (oligomenorrea) 2 = es bastante seguro, que la mestruación sólo se produce por la ayuda de preparados de hormonas (sin píldora amenorrea) 3 = retraso de la menstruación durante mínimo 3 meses seguidos (amenorrea secundaria) 4 = retraso de la menstruación durante mínimo 6 meses seguidos (amenorrea secundaria) 5 = amenorrea primaria (nunca ha tenido menstruación) 6 = sin menstruación por embarazo 7 = toma la píldora. Se desconoce, si la menstruación se retrasaría sin píldora. 8 = no ha venido al caso (sexo masculino, extirpación del útero)	_____	_____
20. Si ha existido amenorrea secundaria: Qué edad tenía Vd., cuando su menstruación se retrasó por 1ª vez más de 3 meses? [15d]		**años** _____
21. Ataques compulsivos de comer objetivos/subjetivos (SS 2/S 12) [16] ¿Ha sufrido alguna vez ataques de ataques compulsivos de comer, es decir, períodos (generalmente menores de 2 horas) de ingestión de grandes cantidades de comida? **(Z): C**uántas veces en los últimos 3 meses y en los últimos años ha sufrido ataques compulsivos de comer? ¿Cómo fueron estos ataques? ¿Qué cantidad de calorías ha llegado a ingerir durante un ataque compulsivo de comer? ¿Se sentía agotado/a después? ● 21a) basado en la cantidad **objetiva** de comida ingerida (DBNA1/D-BED-A1/I-BN-1c/IR-BN-A1) FP4, FC4 Nota para el entrevistador: Un ataque compulsivo de comer (objetivo) es definido como ingestión de cantidades de comida en un espacio de tiempo determinado (p.ej. dentro de dos horas), siendo esa cantidad de comida sensiblemente superior a la que comerían la mayoría de las personas durante un tiempo y en unas		

condiciones equivalentes. Èsto vale para las codificaciones 2,3 y 4. La cantidad de calorías enukmerada es entendida sólo como una pauta orientativa. El entrevistador debe evaluar la situación completa como es desrita por el paciente. 0 = no hay ataques compulsivos de comer objetivos 1 = hay ligeros ataques compulsivos de comer objetivos 2 = hay significativos ataques compulsivos de comer objetivos (1000 a 3000 kcal) 3 = hay graves ataques compulsivos de comer objetivos (3000 a 5000 kcal) 4 = hay muy graves ataques compulsivos de comer (> 5000 kcal)	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
21b) según el criterio **subjetivo** del paciente FP4, FC4 0 = ningún ataque compulsivo de comer subjetivo 1 = ligeros ataques compulsivos de comer subjetivos 2 = significativos ataques compulsivos de comer subjetivos 3 = graves ataques compulsivos de comer subjetivos 4 = muy graves ataques compulsivos de comer subjetivos	_____	_____
Entrevistador: Si jamás ha habido ni hay ataques compulsivos de comer, sígase con el item 29; codificación de los items 22-24 = 0, items 25-28 = 8		
22. El transcurso temporal (meses, años) de los ataques compulsivos de comer correspondía más o menos el siguiente tipo de desarrollo: FP4, FC4 [16.c] 0 = no ha habido ataques compulsivos de comer. 1 = intervalos cortos de ataques compulsivos de comer seguidos por intervalos largos sin ataques (ataques hasta aprox. el 30% del tiempo) 2 = equilibrio aproximado entre los intervalos con ataques compulsivos de comer y los intervalos libres de ataques (ataques aprox. durante el 30 – 60% del tiempo) 3 = intervalos largos de ataques compulsivos de comer seguidos por intervalos cortos sin ataques (ataques durante aprox. el 60 – 90% del tiempo) 4 = evolución crónica sin apenas intervalos libres de ataques (ataques durante aprox. el 90 – 100% del tiempo)	**últimos 3 meses** _____	**antes** _____
● **23. Frecuencia media de los ataques compulsivos de comer** [17] ¿Cuántas veces ha sufrido un ataque compulsivo de comer significativo en los últimos 3 meses? ¿Y antes? D-BN-C1/IR-BN-A2) FP4, FC4		

0 = ningún ataque compulsivo de comer 1 = raras veces 2 = ocasionalmente (al menos dos veces por semana.) 3 = frecuentemente (hasta una vez por día) 4 = muy frecuentemente (varias veces por día) 5 = al menos dos veces por semana, pero durante un períodod de **menos** de tres meses)	_____	_____
● **24. Dentro de un período de seis meses, ¿con qué frecuencia tenía Vd. ataques compulsivos de comer?** (D-BED-D1) [17a] 0 = nunca 1 = raramente 2 = ocasionalmente (una media de mínimo 2 x/semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 x/día) 4 = muy frecuentemente (varias veces al día) 5 = como mínimo 2 x/semana, pero durante un período de menos de 6 meses	**últimos 6 meses** _____	**peor estado antes** _____
● **25. Por lo general, los ataques compulsivos de comer tienen lugar en dos días distintos de la semana** D-BED-D2 [17b] 0 = no 1 = si 8 = ningún ataque compulsivo de comer	_____	_____
● **26. Sensación de falta de control ante la comida (**D-BN-A2, D-BED-A2) FP4, FC4 [18] ¿Ha tenido la sensación, durante sus ataques de bulimia en los últimos tres meses o en los últimos años, de no tener suficiente control sobre su conducta alimentaria? ¿En qué medida? ¿Ha tenido la sensación, durante los ataques de bulimia, de no poder dejar de comer? ¿Ha tenido la sensación de no poder controlar el tipo y la cantidad de comida ingerida? **(Z):** ¿Le resultaría, p. ej., muy difícil o incluso imposible atender el teléfono o abrir la puerta si llamaran mientras estuviera sufriendo un ataque de bulimia? **Sólo en caso de ataques compulsivos de comer evidentemente graves:** ¿Ha tenido alguna vez tanta ansiedad de comer que llegó a robar comida o de sacar comida de un cubo de basura? Grado de gravedad de la pérdida de control: 0 = ninguna sensación de pérdida de control respecto 1 = hay una leve sensación de pérdida de control 2 = hay una clara sensación de pérdida de control 3 = hay una fuerte sensación de pérdida de control 4 = hay una muy fuerte sensación de pérdida de control	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
●**27. Características cualitativas de los ataques compulsivos de comer** D-BED-B		

(sólo en caso de sufrir ataques compulsivos de comer) [18.a] 1. ¿Ha comido durante los ataques en general **más deprisa que normalmente**? 2. ¿Ha comido durante los ataques hasta sentir un **empacho molesto**? 3. ¿Ingiere durante un ataque **grandes cantidades de comida sin tener hambre físico**? 4. ¿Ha **comido a solas durante los ataques** porque se avergonzaba de la cantidad que comía? 5. ¿Ha estado **asqueado/a de sí mismo/a o deprimido/a o se ha sentido culpable** después del ataque? Si mín. 3 de las preguntas fueron contestadas con Sí -> código 1 Si menos de 3 preguntas fueron contestadas con Sí -> código 10 Si no hubo ataques compulsivos de comer -> código 8	_____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8	_____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8
● **<u>28. Sensación de sufrimiento y preocupación (distress) a causa de los ataques compulsivos de comer</u>** (D-BED-C) FP4, FC4 [18.b] ¿Se ha sentido preocupado/a o ha sufrido a causa de los ataques compulsivos de comer? **(Z):** ¿Acaso los ataques compulsivos de comer le producían estrés mental? ¿Le suponen los ataques compulsivos de comer un gran problema? ¿La lucha contra los ataques le ha provocado sufrimiento o preocupación? ¿Le preocupaba la posibilidad de ser incapaz de dominar o terminar los ataques compulsivos de comer? ¿Le preocupaba la posibilidad de engordar por los ataques compulsivos de comer? ¿Se preocupaba por las posibles consecuencias fisiológicas de los ataques compulsivos de comer? 0 = no 1 = un poco 2 = claramente 3 = en gran medida 4 = en muy gran medida 8 = ningún ataque compulsivo de comer	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
<u>29. Prolongados ataques compulsivos de comer atípicos</u> FP6, FC6 [18.c] ¿Comía Vd. grandes cantidades a lo largo de todo el día o en un momento determinado del día (p. ej., por las noches) sin observar horas de comer fijas? ¿Cuánta cantidad comía? (Codificación basada en todas las informaciones dadas) 0 = no hay ataques compulsivos de comer atípicos objetivos 1 = hay ligeros ataques compulsivos de comer atípicos objetivos 2 = hay significativos ataques compulsivos de comer atípicos objetivos (> 1000 kcal)		

3 = hay graves ataques compulsivos de comer objetivos (> 3000 kcal) 4 = hay muy graves ataques compulsivos de comer (> 5000 kcal)	_____	_____
Entrevistador: Si jamás ha habido ni hay ataques compulsivos de comer atípicos, sígase con el item 33; codificación de los items 30 = 8, items 31 y 32 = 0		
30. La <u>sensación de empacho</u> que se produce después de llevar mucho tiempo comiendo (ataques compulsivos de comer atípica), ¿le resulta <u>agradable o molesta</u>? FP6, FC6 [18.d] 7 = muy desagradable 6 = claramente desagradable 5 = ligeramente desagradable 0 = ni agradable, ni desagradable 1 = ligeramente agradable 2 = claramente agradable 3 = intensamente agradable 4 = muy intensamente agradable 8 = no viene al caso (ningún ataque compulsivo de comer)	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
31. Frecuencia media de <u>evidentes ataques compulsivos de comer</u> atípicos en un período de 3 meses FP6, FC6 [18c] ¿Cuántos ataques atípicos notables ha sufrido en los últimos 3 meses? ¿Cuántos ha tenido antes? 0 = nunca. 1 = raras veces 2 = ocasionalmente (una media de mínimo 2x / semana) 3 = frecuentemente (hasta 1x / día) 4 = muy frecuentemente (varias veces por día o comiendo a diario ininterrumpidamente) 5 = al menos 2x / semana, pero durante un período de **<u>menos</u>** de 3 meses.	**por medio últimos 3 meses** _____	**por medio antes** _____
32. ¿ <u>Cuántos ataques evidentes de comer compulsivo atípicos ha sufrido en un período de 6 meses?</u> [18.f] 0 = nunca. 1 = raras veces 2 = ocasionalmente (una media de 2x / semana, como mínimo) 3 = frecuentemente (hasta 1x / día) 4 = muy frecuentemente (varias veces por día o comiendo a diario ininterrumpidamente) 5 = al menos 2x / semana, pero en un período de **<u>menos</u>** de 6 meses	**por medio últimos 6 meses** _____	**por medio antes** _____

33. ¿Come más en situaciones de estrésy agobio? FP6, FC6 [18.g] 0 = no 1 = ligeramente 2 = claramente 3 = muy claramente 4 = muy intensamente	**últimos 3 meses** _____	**antes** _____
34. ¿Ha sentido Ud. una verdadera obsesión de comer o voracidad, ha estado embargado/a por el deseo de comer, sobre todo de comer alimentos que no suele consumir (p. ej., chocolate, pasta)? (I-BN-1b/IR-BN-B2) FP4 [18.h] **(Z):** ¿Cuántas veces ha ocurrido? ¿Cuánto malestar le ha producido el intentar resistir estos impulsos? 0 = no 1 = ligeramente 2 = claramente 3 = muy claramente 4 = muy intensamente	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
Medidas para evitar el aumento de peso (medidas para contrarrestar)		
● **35. Vómitos** [19a] (SS3/s 13) FP4, FC4 (D-BN-B1/I-AN-2b/I-BN-2°/IR-BN-C1) ¿Ha vomitado alguna vez para evitar que engorde o para aliviarse? ¿Ha vomitado sobre todo después de ataques de bulimia? ¿Con qué frecuencia y de qué manera ha vomitado en los últimos tres meses o en los últimos años? **(Z):** ¿Ha inducido Vd. mismo/a el vómito? 0 = nunca. 1 = raras veces (menos de 2x por semana). 2 = ocasionalmente (mínimo 2 veces por semana). 3 = frecuentemente (hasta 1x / día). 4 = muy frecuentemente (varias veces por día).	_____	_____
● **36. Abuso de laxantes** (SS 51a/S15) FP5, FC5 (D-BN-B2/I-AN-2c/I-BN-2b/IR-BN-C2) ¿Ha tomado laxantes en los últimos tres meses o en los últimos años, con el fin de evitar un aumento de su peso? **(Z):** ¿Qué laxantes ha tomado y en qué cantidades? ¿Con qué frecuencia? ¿A lo largo de qué período? ¿Cómo se habría sentido si hubiera tenido que dejar de tomarlos? 0 = nunca. 1 = raras veces (menos de 2x por semana) - dosis baja 2 = ocasionalmente (mínimo 2 veces por semana) – dosis mediana 3 = frecuentemente (hasta 1x / día) - una dosis diaria alta		

4 = muy frecuentemente (varias veces por día) - dosis diaria muy alta	_____	_____
¿Ha tomado en los últimos 3 meses o en los años anteriores uno de los siguientes medicamentos para evitar el aumento de peso?		
● **<u>37. Diuréticos</u>** (SS 16c/S25e) (D-BN-B3/I-AN-2e/I-BN-2f/IR-BN-C4c) FP5, FC5 [19c] **(Z):** ¿Qué diuréticos ha tomado y en qué cantidades? ¿Con qué frecuencia? ¿A lo largo de qué período? ¿Cómo se habría sentido si hubiera tenido que dejar de tomarlos? (Codificación 0-4 como item 36)	_____	_____
● **38. <u>Inhibidores de apetito</u> (SS 16 d/S 25 d) (**D-BN-B4/I-AN-2e/I-BN-2d/IR-BN-C4a) **(Z):** ¿Qué inibidores ha tomado y en qué cantidades? ¿Con qué frecuencia? ¿A lo largo de qué período? ¿Cómo se habría sentido si hubiera tenido que dejar de tomarlos? (Codificación 0-4 como item 36)	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
● **39. <u>Medicamentos para aumentarla actividad del tiroides</u> (**D-BN-B4/I-BN-2e/IR-BN-C4b) **(Z):** ¿Qué inibidores ha tomado y en qué cantidades? ¿Con qué frecuencia? ¿A lo largo de qué período? ¿Cómo se habría sentido si hubiera tenido que dejar de tomarlos? (Codificación 0-4 como item 36)	_____	_____
● **40. Sólo diabéticos: Siendo diabético/a ha abandonado Ud. el tratamientos de insulina con el fin de evitar el aumento de peso?** (D-BN-B/I-BN-2g/IR-BN-C4d) [19f] 0 = no 1 = raramente 2 = repetidamente 3 = frecuentemente 4 = muy frecuentemente 8 = se suprime (sin diabetes)	_____	_____
● **<u>41. Ayuno excesivo</u>** (D-BN-B5/I-BN-2c/IR-BN-C3) FP5, FC5 [19g] ¿Ha ayunado durante más de 24 horas para evitar un aumento de peso? **(Z):** ¿Cuánto tiempo ha ayunado sin interrupciones? ¿Cuántas veces lo ha hecho? **Entrevistador**: También tener en cuenta las preguntas 11-13. Si el probando dice no comer, pero sí tomar bebidas calóricas, trate de evaluar el total decalórias bebidas. Si < 400 kcal por día, codifíquese como ayuno. 0 = no 1 = raramente (1 día/mes) 2 = repetidamente (1 día/semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 semana seguida) 4 = muy frecuentemente (durante más de 1 semana)	_____	_____

● **<u>42. Ejercicio físico excesivo</u>** (SS 23/S 16) (D-BN-B6/I-AN-2d) FP1, FC1 [19h] ¿Cuánto ejercicio físico (p. ej., deporte) ha practicado? ¿Se sentía mal cuando no podía practicar ejercicio físico en los últimos 3 meses o anteriormente? **(Z)**: ¿Le ha costado esfuerzo mantenerse quieto/a durante un tiempo prolongado? ¿Qué disciplina deportiva ha practicado? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuántas horas diarias? ¿Se ha privado alguna vez de reunirse con amigos por preferir hacer deporte? ¿Ha hecho alguna vez deporte a pesar de tener una lesión o una enfermedad que para otras personas habría sido motivo suficiente para abstenerse del deporte? ¿Ha practicado deporte o gimnasia para gastar calorías y fortalecer el cuerpo? 0 = no 1 = raramente (menos de 2 veces por semana) 2 = repetidamente (mínimo 2 veces por semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 vez por día) 4 = muy frecuentemente (varias veces por día)	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
● **<u>43. Enemas</u>** (D-BN-B7) FP5, FC5 [19i] ¿Utiliza Vd. enemas para evitar el aumento de peso? ¿Con qué frecuencia? 0 = no 1 = raramente (menos de 2 veces por semana) 2 = repetidamente (mínimo 2 veces por semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 vez por día) 4 = muy frecuentemente (varias veces por día)	_____	_____
● **<u>44. Revulsivos</u>** (D-BN-B) FP5, FC5 [19k] ¿Ha tomado Vd. medicamentos u otros productos (p. ej., eléboro) para provocar vómito? 0 = no 1 = raramente (menos de 2 veces por semana) 2 = repetidamente (mínimo 2 veces por semana) 3 = frecuentemente (hasta 1 vez por día) 4 = muy frecuentemente (varias veces por día)	_____	_____
● **45. Frecuencia de medidas para evitar el aumento de peso <u>(medidas para contrarrestar)</u>** (D-BN-C2/D-EDNOS-3/D-EDNOS-4a) [20] ¿Ha vivido Vd. algún período de 3 meses en el que haya aplicado una media de al menos 2 veces por semanauna o varias medidas para contrarrestar como las aquí mecinadas (véase preguntas 35-44): vómito provocado, toma de laxantes, diuréticos, inhibidores del apetito o medicamentos para tratamiento del tiroides, ayuno excesivo, ejercicio físico excesivo y/o enemas? Nota para el entrevistador: Es posible que el pronado haya aplicado varias medidas contrarrestantes, que en conjunto tienen una media de al menos dos veces por semana durante 3 meses. Medidas para contrarrestar fueron aplicadas 0 = nunca -> continúese con item 48		

1 = como mínimo 2 x por semana durante un período de 3 meses o más. 2 = menos de 2 x por semana durante un período de 3 meses o más 3 = como mínimo 2 x por semana durante menos de 3 meses. 4 = menos de 2 x por semana durante menos de 3 meses	_____	_____
46. Sólo preguntar, si los items 45 1, 2, 3 ó 4 (medidas para contrarrestar fueron aplicadas) y item 21.a fueron codificadas "0" ó "1" (nunca ha habido evidentes ataques compulsivos de comer) [20a] **¿Cúal fue su peso más bajo alcanzado durante la aplicación** de las medidas para contrarrestar como vómitos, laxantes, diuréticos, inhibidores del apetito o medicamentos para el tiroides, ayuno excesivo o exceso en ejercício físico, enemas o revulsivos? (D-ED-NOS 4b) _____kg 0 = peso normal (+/- 15%). 1 = sobrepeso (> 15% superior al peso normal). 2 = bajo peso (> 15% inferior al peso normal). 8 = no va al caso (hubo evidentes ataques de comer; item 21a codificado con 2-4 o item 45 codificado con 0).	**últimos 3 meses** **_____kg** _____ **0-2, 8**	**peor estado antes** _____ **0-2, 8**
● **47. Especificación del tipo de medidas para contrarrestar** (D-BN-Typ) [21] (evaluación por el **entrevistador**). Las medidas para contarrestar fueron: 0 = tipo no purgante: aplicación quasi exclusiva de **regímenes**, ayunos o **ejercicio físico excesivo**. Comportamientos de "purging" (como descritas bajo 1) no fueron aplicadas o sólo de manera irregular 1 = tipo purgante: **vómito, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de inhibidores del apetito, enemas, abuso de medicamentos para tratamiento del tiroides o abandono del tratamiento de insulina en diabéticos** 2 = tipo purgante intermedio 3 = tipo mixto: fases con y sin conducta purgante regular 8 = no va al caso por falta de medidas para contrarrestar.	_____ 0-1, 8	_____ 0-1, 8
● 48. **Entrevistador**: Criterios de anorexia nerviosa cumplidos – por favor marque con una cruz para "**antes**" sí no a) BMI (pregunta 1) menor de 17.6 en mujeres o 18.6 en hombres (en caso de incertidumbre, valórese como cumplido) 1 0 b) Problemas de peso (pregunta 7, código 2-4) 1 0 c) trastornos del esquema corporal (pregunta 16, código 2-4) o dependencia de la autoestim de figura y peso (pregunta 10, código 2-4) o negación del peligro del peso insuficiente (pregunta 17, código 2-4) 1 0 d) amenorrea (pregunta 19, código 2-5, **también en 6 y 7**) 1 0 Suma a - d = 4. Todos los criterios de AN fueron cumplidos antes.		

Suma: _____		
Simultaneidad de los síntomas de anorexia nerviosa – en caso que todos los criterios de AN fueron cumplidos en períodos anteriores, pregúntese : (D-AN antes) Ha relatado Vd. que ya anteriormente pesaba poco, que tenía mucho miedo a engordar, que (**en paráfrasis**: percepción desvirtuada del aspecto físico, variación de la autoestima en función de peso y figura y/o negación del riesgo del bajo peso) y que la menstruación (**en paráfrasis**: no había tenido nunca, no tenía nunca o sólo tomando hormonas). ¿Acaso estos síntomas se han producido alguna vez, durante al menos un (breve) período, todos al mismo tiempo? (si no se sabe con certeza, qué se describa la intensidad que tuvieron estos síntomas). 0 = no 1 = sí 8 = no da al caso (no fueron cumplidos todos los criterios de AN) **En caso de Sí:** ¿Cuántos años tenía Vd. cuando se produjeron por primera vez todos los síntomas al mismo tiempo (**en caso necesario, resumir**: cuando tuvo por primera vez una considerable falta de peso y miedo a ganar peso a la vez que (describir síntoma correspondiente del requisito C) y la menstruación (no se producía en absoluto o más que irregularmente o sólo tomando hormonas)?		_____ 0-1, 8 **años** _____
● **49. Entrevistador:** Sólo preguntar, si **alguna vez** ha habido un episodio anoréctico [22] **Especificación del tipo de anorexia nerviosa (**D-AN-tipo): ¡Evaluar separadamente para ataques compulsivos de comer y medidas para contrarrestar (conducta purgante) ! a) ¿Ha sufrido ataques compulsivos de comer durante el/los episodio(s) anoréxico(s) (es decir: bajo peso, miedo a ganar peso, negación del riesgo del bajo peso)? b) ¿vómitos o toma de laxantes, diuréticos, etc. u otras medidas contrarrestantes (‘purging behavior’) durante el/los episodio(s) anoréxicos? 0 = no 1 = sí, irregularmente 2 = sí, de manrea regular 3 = sí, hubo períodos, en los que síntomas bulímicos fueron regulares, y períodos, en los que no hubo síntomas bulímicos o sólo irregularmente 8 = no da al caso, ya que jamás hubo episodios anoréxicos	Ataques compulsivos de comer _____ 0-2, 8 medidas contrarrestantes _____ 0-2, 8	Ataques compulsivos de comer _____ 0-3, 8 medidas contrarrestantes _____ 0-3, 8
● **50**. **Entrevistador**: Criterios A-D de bulimia nerviosa cumplidos – por favor marque con una cruz para “**antes**” sí no a) ataques compulsivos de comer objetivos (pregunta 21a, código 2- 4) **y** pérdida de control (pregunta 26, código 2-4) 1 0		

b) **mín una** medida contrarrestante (preguntas 35-44, mín una vez código 2-4) 1 0 c) mín. 2 x semana durante 3 meses ataques compulsivos de comer (pregunta 23, código 2-4) y medidas para contrarrestar (pregunta 45, código 1) 1 0 d) dependencia de la autoestima de figura y peso (pregunta 10, código 2-4) 1 0 _____ Suma a - d = 4. Criterios A, B, C, y D de BN fueron cumplidos antes. Suma: _____		
● **Simultaneidad de los síntomas de bulimia nerviosa** – en caso de cumplimiento de los criterios A – D de BN en períodos anteriores, pregúntese : (D-BN antes) Ha relatado Vd. que ya anteriormente sufría ataques de bulimia, que tenía pérdidas de control, que tomaba medidas como (medidas paliativas correspondientes) y que su autoestima variaba en función de peso y figura. ¿Acaso estos síntomas se han producido durante algún período todos al mismo tiempo? ¿Ha experimentado durante ese período (como mínimo, 3 meses) al menos 2 veces por semana, ataques de bulimia y medidas paliativas? (si no se sabe con certeza, qué se describa la intensidad que tuvieron estos síntomas). 0 = no 1 = sí 8 = no da al caso (no fueron cumplidos todos los criterios de AN) ¿Cuántos años tenía Vd. cuando se produjeron por primera vez todos los síntomas al mismo tiempo (en caso necesario, **resumir**: cuando tuvo por primera vez ataques de bulimia tomando (medidas paliativas correspondientes) a la vez que su autoestima dependía considerablemente de su peso y figura)?		_____ 0-1, 8 **años** _____

● **51. Existencia simultánea de episodios anoréxicos y bulímicos** D-BN-E/D-BED-E ¡Evaluar separadamente para ataques compulsivos de comer y medidas para contrarrestar (conducta purgante) ! a) ¿Se han producido los síntomas de bulimia (ataques de bulimia, vómito, uso de laxantes) exclusivamente durante episodios anoréxicos (es decir, si la pregunta 48 (existencia de AN en el pasado) fue contestada con sí = 1)? 0 = no, ataques compulsivos de comer no se producieren sólo simulaneamente a síntomas anoréxicos; también hubo períodos con ataques compulsivos de comer sín anorexía 1 = sí, hubo anorexía y los ataques compulsivos de comer sólo se producieren simulaneamente a síntomas anoréxicos 8 = na da al caso (jamás hubo ataques complsivos de comer) b) se han aplicado medidas para contrarrestar un aumento de peso (vómitos, abuso de laxantes etc.) exclusivamente mientras períodos de anorexia nerviosa? 0 = no, medidas para contrarrestar no fueron aplicadas sólo simulaneamente a síntomas anoréxicos; también hubo períodos con medidas para contrarrestar sín anorexía 1 = sí, hubo anorexís y las medidas para contrarrestar sólo fueron aplicadas sólo simulaneamente a síntomas anoréxicos 8 = na da al caso (jamás fueron aplicadas medidas para contrarrestar)	**Exclusivamente en períodos de anorexía** **Ataques compulsivos de comer** **0-1, 8** **medidas contrarrestantes** **0-1, 8**	
● **52**. **Entrevistador**: Criterios de Binge Eating Disorder – por favor marque con una cruz para "**antes**" sí no a) ataques compulsivos de comer objetivos (pregunta 21a, código 2- 4) **y** pérdida de control (pregunta 26, código 2-4) 1 0 b) **mín. 3** de los siguientes síntomas: comer apuradamente, comer hasta un sentimiento desagradable de saciedad, comer sin tener hambre física, vergüenza etc. por los ataques compulsivos de comer (pregunta 27, 3 x código 1) 1 0 c) preocupación o desesperación por los ataques compulsivos de comer (pregunta 28, código 2-4) 1 0 d) ataques compulsivos de comer en mín. 2 dás/semana (pregunta 25, código 2-4) durante mín. 6 meses (pregunta 24, código 2-4) 1 0 Suma a - d = 4. Criterios A - D de BED fueron cumplidos antes. Suma: _____		
Simultaneidad de los síntomas de Binge Eating Disorder (BED) - en caso de cumplimiento de los criterios A – D de BED en períodos anteriores, pregúntese : (D-BED antes) Ha relatado Vd. que ya anteriormente sufría ataques de bulimia, que tenía pérdidas de control y (**paráfrasis :** fenómenos correspondientes al criterio B) y que los ataques le preocupaban y desesperaban. ¿Acaso estos síntomas se han producido durante algún período todos al mismo tiempo? ¿Ha tomado durante ese período con		

regularidad medidas paliativas del aumento de peso? (si no se sabe con certeza, qué se describa la intensidad que tuvieron estos síntomas). 0 = no 52.a 1 = sí 8 = no da al caso (no todos los criterios A-D del Binge Eating Disorder fueron cumplidos) **En caso de Sí** : ¿Durante éstos períodos, aplicó regularmente und medida para contrarrestar el aumento del peso (p.ej. vómitos, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de inhibidores del apetito, abuso de medicamentos para el tiroides, abandono del tratamiento de insulina, ayuno, ejercício físico excesivo, enemas, revulsivos)? (D-BED-E2) 0 = no 52.b 1 = sí 8 = no da al caso (no todos los criterios A-D del Binge Eating Disorder fueron cumplidos) **En caso de No:** ¿Cuántos años tenía Vd. cuando se produjeron por primera vez todos los síntomas al mismo tiempo (**en caso necesario**, **resumir**: cuando tuvo por primera vez ataques de bulimia (las características indicadas) que le causaban preocupación y desesperación)? (codifíquese 88, si pregunta 52.b codificada con 1 u 8) 52.c		_____ 0-1, 8 _____ 0-1, 8 _____ **años**
53. Perjuicio real en estudios / trabajo / labores domésticas (SS 44 a/S 39 a) FP3, FC2 [23c] ¿Ha visto objetivamente (p. ej., notas) limitadas en los últimos tres meses o en los últimos años, sus capacidades de trabajo, estudio o labor doméstica durante los períodos en los que tuvo los problemas como ... (síntomas de trastornos alimentícios) ? **(Z):** ¿Ha recibido reclamaciones de sus superiores? ¿Ha necesitado más energía que otras veces para obtener el mismo resultado? Ejemplos: bajas frecuentes, falta de concentración, mayor frecuencia de errores. ¿Ha logrado algún objetivo? 0 = no hay limitación de las capacidades. 1 = limitación ligera: alcanze del mismo rendimiento que antes, pero con un esfuerzo mayor y más energía. 2 = evidente reducción del rendimiento (objetivo) 3 = importante reducción del rendimiento(objetivo) 4 = muy importante reducción del rendimiento(obj. Incapacidad total de trabajar) 8 = no da al caso (p.ej. tratamiento estacionario)	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
54. Sólo preguntar, si alguna vez ha habido un trastorno alimentício: [23d] **Edad al comienzo del trastorno alimentício (AN,BN. BED, EDNOS = no clasificados en otra parte)** ¿A qué edad se produjo el trastorno alimentício por primera vez, como lo acabamos de definir (diferencia del peso normal, miedo al aumento de peso, dependencia de la autoestima de figura y peso, ataques compulsivos de comer o medidas para contrarestar)? a) comienzo del trastorno alimenticio con _____años b) ataques compulsivos de comer por primera vez con ____años	**Edad al comienzo** _____**años** _____**años**	

Si queda incierto: Por favor escriba brevemente éste trastornos alimentício 0 = no hay trastorno alimentício 1 = sintomática anoréxica 2 = sintomática bulímica 3 = sobrepeso 4 = otros; describa _____	_____ **0-4**	
55. ¿Ha sufrido **estreñimiento** en los últimos tres meses o antes? (SS/S 14) FP1, FC1 [24] **(Z):** ¿Con qué frecuencia y gravedad lo sufrió? 0 = no 1 = raramente 2 = de vez en cuando 3 = a menudo 4 = muy a menudo	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
Los siguientes items preguntan por trastornos compulsivos. **Síntomas compulsivos** son definidos como actos o pensamientos, que resultan fuera de una compulsión interior, para tranquilizarse el paciente momentáneamente, pero que son juzgados por él mismo como exagerado o sin sentido. **56. Control o repetición compulsivos** (/S4) FP2, FC2 [25] - ¿Ha tenido que comprobar, en los últimos tres meses o antes, una y otra vez las cosas que ya había arreglado, p.ej. llave del gas, puertas, enchufes etc? ¿Cuántas veces? -¿Ha tenido que volver a tocar o contar repetidamente determinadas cosas o ha tenido que repetir una y otra vez ciertos actos? ¿O ha tenido que volver a ordenar una y otra vez las cosas cuando éstas no se encontraban en su justo sitio? **(Z)**: ¿Cuántas veces? ¿Qué pasaba cuando intentaba resistirse a la compulsión (miedos?, tensión?) ¿Cómo de difícil era luchar contra ello? ¿ Lo han notado otros? ¿Le ha perjudicado eso en su vida cotidiana (p.ej., llegaba por ello muy tarde?) ¿Le ha molestado mucho tener que hacer esas cosas?	**0 = no** **1 = ligeramente** **2 = claramente** **3 = gran medida** **4 = muy gran medida** **últimos 3 meses** _____	 **peor estado antes** _____
57. Limpieza compulsiva (S5) FP2, FC2 [26] ¿Ha necesitado en los últimos tiempos demasiado tiempo para su limpieza personal, p.ej. se ha lavado una y otra vez aunque sabía que ya tenía que estar hace rato limpia? ¿Cuántas veces? ¿Ha tenido miedo de coger bacterias o algo parecido? ¿Tenía otros rituales en relación con la limpieza? **(Z):** ¿Qué pasaba cuando intentaba acabar con sus compulsiones de limpieza (miedo, tensión)?¿Cómo de difícil era luchar contra ello? ¿Lo han notado otros? ¿Le ha perjudicado en su vida cotidiana (p.ej. llegar muy tarde al trabajo por ello) ¿Le ha molestado mucho tener que hacer estas cosas?	**0 = no** **1 = ligeramente** **2 = claramente** **3 = gran medida** **4 = muy gran medida** _____	 _____
58. Pensamientos y cavilaciones compulsivas (/S 6) FP2, FC2 [27]		

¿Ha tenido pensamientos que no deseaba, que aparecían en contra de su voluntad y de los que no podía liberarse? **(Z)**: ¿Cómo de a menudo? ¿Le ha influido en su vida cotidiana? ¿Le han venido una y otra vez a la mente desagradables pensamientos de los que no podía liberarse (p.ej., el miedo o la idea de que podía herir a alguien que quiere)? ¿Qué pasaba cuando intentaba interrumpir esos pensamientos? ¿Le resultaba difícil tomar decisiones incluso para cosas sin importancia?	_____	_____
59: Conductas compulsivas en relación con la comida (SS 4/S) FP1, FC1 [28] ¿Ha tenido costumbres fijas con la comida en los últimos tres meses o antes, y le irritaba cuando se le impedía mantener éstas? ¿Había p.ej. horas fijas a las que tenía necesariamente que comer, y sentía que no podía pasar por alto esta regla? **(Z):** ¿Qué habría ocurrido si le hubieran invitado a una fiesta en la que sirvieran comida; hubiese podido pasar por alto su costumbre en semejante situación? ¿Cuáles eran su costumbres típicas al comer? ¿Era importante para usted "celebrar" la comida, p.ej., preparar ciertos rituales, seguir un cierto orden etc.? ¿Ha almacenado, pesado, escondido alimentos compulsivamente? ¿Ha coleccionado compulsivamente recetas de cocina?	_____	_____
60. Fijación mental mórbida y persisitiente **en la comida, alimentación y calorías** (pensamientos de tipo compulsivo) (SS 1/S8) FP1, FC1 (I-BN-1°/IR-BN-B1)[29] ¿Se ha ocupado mentalmente mucho con cosas que tengan que ver con comida, alimentación cocinar y calorías ? **(Z)**:¿No podía apartar de su mente tales pensamientos? ¿Cuánto tiempo del día ocupaba pensando en eso? ¿Han influido negativamente esos pensamientos en su vida de alguna manera?	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
61. Fijación mental mórbida y persistiente en la comidadelgadez, figura y peso (SS 20/S9) FP1, FC1 [30] compárese también SIAB item 10 Constante ocupación con la delgadez, figura y peso (mirar item 10 también) ¿Ha pensado mucho en su figura, peso y en cómo le ven otros ?¿Se ha pesado a menudo? **(Z)**: ¿Cómo de a menudo se ha pesado? ¿Cuánto tiempo ha empleado pensando en su figura y peso? ¿Cuánto le intranquilizaban estos pensamientos?	**0 = no** **1 = ligeramente** **2 = claramente** **3 = gran medida** **4 = muy gran medida** _____	_____
62.Sentimientos de insuficiencia propia y desamparo (SS 10/S 17) FP1, FC2 [31] ¿Ha tenido, en los últimos meses o antes, un sentimiento de impotencia, desamparo y de no tener salida ?¿Pensaba que, hiciera lo que hiciera, no cambiaría nada realmente ? **(Z)**:¿Ha pensado que comprometerse con algo en la vida no tenía		

ningún sentido para usted? ¿Ha pensado que, al final, ningún esfuerzo cambiaría al fin y al cabo algo para usted? ¿Ha sentido tener poca influencia sobre lo que le ocurría alguna vez ? ¿Ha sentido ser como un juguete en manos de otras personas o poderes? ¿En qué campos ha tenido la sensación de tener poca influencia ?¿Cómo de general era este sentimiento?	_____	_____
63. <u>Reducción de la percepción de estímulos internos</u> (SS 22/S 18) FP3, FC1 [32] ¿Cuán claramente ha podido percibir sentimientos de hambre, saciedad o dolor corporal en los últimos tres meses o antes ?¿Hasta qué punto ha podido diferenciar entre diferentes emociones o estados de ánimo, como p.ej tristeza o enfado ? **(Z)**: ¿Ha notado que no percibe el calor o el frío tan claramente como otras personas? ¿Le ha ocurrido haberse hecho alguna herida en el paladar al beber algo caliente o hacerse alguna herida porque no notaba suficientemente el dolor ? (No nos referimos aquí a la hipersensibilidad frente al frío que se da con el peso insuficiente).	_____	_____
<u>64 . Estado de ánimo depresivo</u> (SS 25/S 21) FP2, FC2 [33] ¿Cual ha sido su <u>estado de ánimo</u> en los últimos tres meses o antes ?¿Cuándo ha estado de peor humor? ¿Cómo le iba entonces ? **(Z)**:¿Ha habido veces en las que se sentía triste o infeliz? ¿Ha sentido a menudo ganas de llorar? ¿Se ha sentido desesperado y carente de ilusión ? ¿No podía liberarse de ese estado de ánimo, ni distraerse ?¿Cuánto tiempo duró ese estado de ánimo ?¿Perjudicaba éste a su vida cotidiana (p. ej. trabajo, relaciones personales) ?¿Ha estado alguna vez en tratamiento debido a una depresión?	_____	_____
65. Pensamientos depresivos irracionales y/o esquemas cognitivos desfuncionales (sobregeneralisación etc.) (SS 26/S 22) FP2, FC2 [34] ¿Se ha sentido inclinado a ver sólo el lado negativo de las cosas ?¿Ha cavilado largamente sobre lo que podía haber hecho mal, en los últimos tres meses o antes? **(Z)**: ¿Ha pensado a menudo de acuerdo con el <u>principio "Todo o nada"</u> ("si no apruebo el examen soy un "total fracaso") ? ¿Ha extendido aquellos pensamientos sobre sí mismo a otras cosas (<u>sobregeneralización</u>) ¿Ha tomado las críticas en seguida como algo personal y se ha sentido entonces totalmente desanimado ?¿Se ha sentido culpable por cosas que no podía modificar en absoluto ?	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
<u>66 . Confianza reducida en las propias capacidades</u> (SS 29/S 27) FP2, FC2 [35] ¿Le ha faltado, en los últimos tres meses o antes, confianza en su propias capacidades? **(Z)**: ¿Se ha sentido inseguro/a en el trato con otras personas porque no sabía lo que tenía que decir o hacer ?¿No ha confiado en poder llevar bien a cabo actividades cotidianas ?¿Por ejemplo ?¿Ha pensado que no era suficientemente bueno/a (en el trabajo o en el colegio) a pesar de que sus notas u otras calificaciones no eran	**0 = no** **1 = ligeramente** **2 = claramente** **3 = gran medida** **4 = muy gran medida**	

muestra de ello ?	_____	_____
67. <u>Disminución de la autoestima</u> (PSE/ S 26) FP2, FC2 [36] ¿Cómo describiría su sentimiento de autoestima en los últimos tres meses o antes? ¿Ha sido pronunciadamente bajo en los últimos tiempos? ¿Se ha sentido inferior o no válido como persona? **(Z)**: ¿Se ha juzgado a sí mismo mal y negativamente en relación con otras personas ?¿Se ha sentido inferior en ciertos campos (datos más concretos de eso campos) o en general? ¿No era capaz de disfrutar de alguna actividad que le gustara porque tenía que pensar todo el rato si lo estaba haciendo bien? ¿Ha tenido dificultades para aceptar reconocimiento o regalos porque pensaba que no los merecía ?	_____	_____
<u>68. Pensamientos suicidas</u> (SS 8/S 25) FP2, FC2 [37] **Entrevistador**: En personas, que se sienten fácilmente lastimadas y hacen la impresión de ser suicidas, preguntar con cuidado y sólo después de una introducción. ¿Ha pensado en quitarse la vida en los últimos tres meses o antes? **(Z)**: ¿Qué pensamientos tuvo ?¿Cómo de concretos eran esos pensamientos (p.ej tenía un plan ?¿qué planeaba ?)¿Cómo de a menudo ha tenido tales pensamientos?	_____	_____
69. <u>Actos suicidas</u> FP2, FC2 [38] ¿Alguna vez ha tratado un <u>suicidio</u>? **(Z)**:¿Qué es lo que ha hecho ?¿Cuándo ocurrió eso ?¿Cuántas veces ha llevado a cabo un intento así? 0 = no 1 = intento ligero, que no fue notado por otros y quedó sin consecuencias 2 = un intento serio o varios intentos ligeros 3 = hast tres intentos serios 4 = más que tres intentos serios	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
<u>70.Otros comportamientos autoagresivos</u> FP2, FC5 [39] ¿Se ha <u>herido</u> a sí mismo ya alguna vez a propósito? **(Z)**: ¿Cuan a menudo, se ha herido a sí mismo, por ejemplo, con un cuchillo , una cuchilla de afeitar o una aguja ?¿Se ha arañado alguna vez su propia piel o se ha mordido a menudo las uñas ?¿Cuál fue la peor consecuencia de semejante autoagresión ? 0 = no/nunca 1 = pocas veces/ligeramente 2 = de vez en cuando/claramente 3 = a menudo/en gran medida	_____	_____

4 = muy a menudo/en muy gran medida		
<u>71. Abuso de alcohol</u> (SS 28/S 24) FP5, FC5 [40] ¿Cuánto y qué tipo de alcohol ha consumido en los últimos tres meses o antes ?¿Cuánto ha bebido ?¿Cuál ha sido la mayor cantidad que ha bebido en un día? ¿Ha sido el alcohol un problema para usted ? ¿De qué manera ? **(Z)**: ¿ Su vida cotidiana se ha visto alguna vez perjudicada debido al consumo de alcohol ? ¿Ha habido alguna vez un tiempo en el que bebía más o durante más tiempo alcohol que lo que se había propuesto al principio? .¿Ha desarrollado tolerancia frente al alcohol? ¿Ha tenido problemas con familiares debido al consumo de alcohol ? ¿Ha descuidado su trabajo (o el colegio) debido al consumo de alcohol o ha acudido al trabajo (o el colegio) con una resaca? ¿Ha tenido síntomas de abstinencia, por ejemplo temblores al levantarse por la mañana, cuando dejaba de beber? ¿Ha tenido alguna vez lagunas de memoria? ¿O ha sufrido algún síntoma médico debido al consumo de alcohol ? 0 = no toma alcohol 1 = bebe en medida “normal” a sólo abuso ligero 2 = abuso claro 3 = abuso en gran medida o dependencia 4 = abuso en muy grande medida o dependencia fuerte	_____	_____
<u>72. Tranquilizantes</u> <u>que pueden crear dependencia</u> (SS 16a-c/S25a-c) FP5, FC2 [41] ¿Ha tomado algún tranquilizante (p.ej Bendiozapinas o barbitúricos) en los últimos tres meses o antes? ¿Cuáles? ¿Cuántos (Dosis)? **(Z)**: ¿Ha tomado medicamentos como Adumbran (forte), Albego, Contamex, (Mano) Demetrin, Diazepan, Frisium, Halcion, Lamra, Lexotanil, Librium (pastillas), Multum, Nobrium, Praxiten (forte), Remestan, Tavor, Tranquase, Tranquo-Tablinen, Tranxilium, Treclamo, Valium, otros? <u>Cuales: _____</u> **Entrevistador:** En la evaluación por favor tener en cuenta la clase de sustancia, dósis diaria y frequencia. Sólo tomar como cumplido, si son tomados traquilizantes que pueden crear dependencia (benzodiacepinas, barbituratos etc.), no en el caso de neurolepticos (p.ej. haldol o taxilan) o antidepressivos (fluctina, seroxato, tagonis, aurorix, saroten etc.) 0 = nunca ha tomado tranquilizantes que pueden crear dependencia 1 = exactamente según prescripción médica sin abuso	**últimos 3 meses**	**peor estado antes**

2 = abuso ocasionalmente o en dosis bajas 3 = abuso claro con dosis medianas o frequentemente 4 = abuso grave o dependencia (dosis muy altas, a menudo sin contról)..	_____	_____
73. <u>Drogas</u> (SS 16 f-i/S 25 f-i) FP5, FC5 [42] ¿Ha tomado en los últimos tres meses o antes algún tipo de droga como Morfinas (morfina, polamidon, heroina), cocaína, hachish, LSD o excitantes como las anfetaminas ? ¿Cuáles ?¿Cuántos? 0 = no 1 = abuso de drogas ligero (raramente, drogas suaves o dosis pequeña, p.ej. pocas veces una dosis muy pequeña de hachish) 2 = abuso mediano (ocasionalmente abuso de drogas medianas o en dosis medianas) 3 = abuso grave (frequentemente, drogas fuertes o dosis altas) 4 = abuso muy grave (frequentemente drogas fuertes, p.ej. heroína o dosis muy altas)	_____	_____
74. ¿Ha tenido alguna vez **una cita** con un joven/hombre (o una joven/mujer) o ha llegado a **intimar físicamente** (petting/sexo) con él/ella? [43c] 0 = no, paciente es menor de 16 años 1 = no, paciente es mayor de 16 años 2 = Sí **Entrevistador:** Si la respuesta es No y la paciente es menor de 16 años (codificación 0), sígase con pregunta 79 y codifíquese las preuntas intermedias con 8. Si la respuesta es Sí o la paciente es mayor de 16 años (codificación 1), sígase con las preguntas 75-78. Éstas son evaluadas comforme la edad de la paciente.	_____	_____
<u>75. Disminución de las necesidades sexuales (Libido)</u> (SS 19/S 29) FP3, FC3 (I-AN-4b/IR-AN-D) [44] ¿Cómo de fuerte ha sido su necesidad de sexo en los últimos tres meses o antes? **(Z)**: ¿Cómo de fuerte ha sido su <u>necesidad sexual</u> comparada con cómo era ésta en otros tiempos? <u>Pregunta adicional para hombres</u> : ¿Disminución de la erección nocturna ?¿Menor frecuencia de eyaculación o de masturbación? 0 = no (deseo sexual correspondiente a la edad) 1 = ligera disminución del deseo sexual 2 = clara disminución del deseo sexual 3 = disminución grave del deseo sexual 4 = disminución muy grave del deseo sexual 5 = deseo sexual aumentado 8 = no da al caso	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
<u>76 :Miedos sexuales</u> (SS 40/S) FP3, FC3 [45] ¿Ha estado, durante las últimas semanas o antes, tenso o angustiado cuando pensaba iniciar relaciones íntimas? ¿Tenía miedo antes del intercambio de caricias, besos, petting u acto sexual ? **(Z)**: ¿Hasta dónde podía llegar en las relaciones íntimas con la		

pareja sin experimentar angustia ? ¿Ha intentado evitar los contactos sexuales al máximo, totalmente a ser posible? 0 = no 1 = ligeramente 2 = claramente 3 = intensamente 4 = muy intensamente 8 = no da al caso	_____	_____
<u>77. Estabilidad de la relación de pareja</u> (SS 36/S 36a) FP3, FC3 [46] ¿Ha tenido una pareja estable en los últimos tres meses? ¿Si la ha tenido, cuánto tiempo lleva con la relación? ¿Ha estado antes, durante un largo tiempo, sin ninguna relación de pareja? ¿Se sentía incapaz de involucrarse en una relación más íntima? 0 = si, estrecha relación estable 1 = si, relación estable con muchas tensiones 2 = cambio frecuente o largos períodos sin pareja o claro distanciamiento 3 = gran distanciamiento con raros contactos 4 = sin relación de pareja 8 = no da al caso	_____	_____
78. <u>Conducta sexual</u> (/S 32) FP3, FC3 [47] ¿Ha tenido <u>contactos sexuales</u> en los últimos tres meses o antes? **(Z)**: ¿Ha llegado alguna vez a las caricias, besos, Petting? ¿Se ha <u>acostado ya con alguien</u> ?¿Cómo le resultó? ¿Cuán a menudo ha tenido contactos sexuales? 0 = relaciones sexuales con acto sexual 1 = sin acto sexual, pero frecuentemente petting 2 = ocasionalmente caricias y petting, pero sin acto sexual 3 = relación de pareja sin contacto corporal (petting, acto sexual) 4 = evita cualquier relación cercana a una pareja 8 = no da al caso, porque paciente es menor de 16 años o en el momento no posible, p.ej. por tratamiento estacionario	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
<u>De pregunta 74</u>		
79. <u>Falta de organización activa del tiempo libre</u> (SS 33/S 39) FP3, FC2 [48] ¿Cómo de <u>activo</u> ha sido durante su <u>tiempo libre</u> en los últimos tres meses o antes ? **(Z)**: ¿Qué actividades ha emprendido ? P .ej hobbies (bricolaje, manualidades, etc) participación en actividades políticas o religiosas (asociaciones, partidos políticos), deporte, teatro, cine, conciertos, exposiciones, bares, excursiones, paseos, lecturas, o escuchar música. ¿Cuánto de su tiempo libre ha ocupado activamente? ¿Ha emprendido las actividades más a menudo sólo, o con otros? 0 = variada y activamente (realizo alguna actividad casi diariamente)		

1 = ligera limitación de las actividades de tiempo libre 2 = clara limitación de las actividades de tiempo libre 3 = actividades de tiempo libre notablemente limitadas 4 = actividades de tiempo libre muy notablemente limitadas (casi ninguna actividad)	_____	_____
80. <u>Medida de reducción de los contactos sociales fuera de la familia o pareja</u> – <u>quantitativo</u> (SS 17/S 41) FP3, FC2 [49] ¿Cuántas amistades o conocidos ha tenido en los últimos tres meses o antes ?¿Cuántas veces los ha visto y qué cosas han hecho juntos? **(Z)**:¿Cuán frecuentes han sido sus contactos con personas fuera de la familia o pareja? 0 = especialmente muchos contactos sociales (ninguna limitación) 1 = muchos contactos sociales (limitación ligera) 2 = pocos contactos sociales (limitación clara) 3 = muy pocos contactos sociales (limitación en alto grado) 4 = prácticamente ningún contacto social (limitación en muy alto grado)	_____	_____
<u>81. Calidad de los contactos sociales</u> (SS 31/S 36) FP3, FC2 [50] ¿Ha tenido, en los últimos tres meses o en los años anteriores, alguna persona en la que pudiera confiar plenamente, de la cual supiera que siempre puede contar con ella cuando necesite ayuda, apoyo o consuelo? ¿Ha tenido a alguien con el que pudiera hablar de todo lo que le preocupaba? 0 = relación de amistad muy estrecha y de confianza 1 = buena relación de amistad 2 = amistad menos estrecha 3 = mala relación de confianza 4 = ninguna relación de confianza	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____
82. <u>Evitar contactos</u> (SS/S 32) FP3, FC2 [51] ¿Ha tendido a evitar el contacto con otras personas? ¿Ha sentido miedo o desconfianza frente a las intenciones de otras personas? **(Z)**: ¿En qué medida se ha apartado de otras personas? ¿Se ha apartado de todas las personas o ha pasado tiempo junto a amigos íntimos o familiares? 0 = no hubo evitación de contacto o retiro 1 = hubo evitación de contacto o retiro ligeramente 2 = hubo evitación de contacto o retiro claramente 3 = hubo evitación de contacto o retiro en alto grado 4 = hubo evitación de contacto o retiro en muy alto grado	_____	_____
<u>83.Negación de la enfermedad</u> (/S 40) FP3, FC1 [52] ¿Cómo de fuerte opina usted que era su trastorno alimenticio en los últimos tres meses ?¿Cómo era antes ?		

(Z): ¿Ha tenido usted mismo/a el sentimiento de que su comportamiento con la comida estaba perturbado, que en lo que se refiere a la comida estaba enfermo/a y necesitaba ayuda? ¿qué es lo que le preocupaba más de lo que me ha contado ? 0 = no hubo evitación de contacto o retiro 1 = hubo evitación de contacto o retiro ligeramente 2 = hubo evitación de contacto o retiro claramente 3 = hubo evitación de contacto o retiro intensamente 4 = hubo evitación de contacto o retiro muy intensamente	_____	_____
84. Evaluación global de los síntomas – trastornos alimentícios (/S 42) FP3, FC4 [53] Con los trastornos alimenticios pueden aparecer síntomas como p. ej. un ideal de delgadez extrema, ayuno, fijación cognitiva con la comida, extraño comportamiento alimenticio, desaparición de la menstruación en las mujeres, sobrepeso o peso insuficiente, los así llamados ataques de comida compulsiva, devorar grandes cantidades de comida, vómitos, abuso de laxantes, miedo a perder el control sobre la comida, necesidad desproporcionada de movimiento corporal, y aislamiento social. ¿Cómo de intensamente ha experimentado al menos algunos de estos síntomas en los últimos tres meses o en años anteriores? Valoración global por el entrevistador: 0 = Ausencia de trastornos alimenticios – ninguno de los síntomas mencionados y/o trastornos se cumplieron 1 = ligero trastorno alimenticio, – algunos de los síntomas mencionados se cumplieron, sin que la capacidad de rendimiento profesional sea afectada ; superación de los problemas parece también posible sin una terapia. 2 = claro trastorno alimenticio, – varios de los síntomas mencionados y/o trastornos se cumplieron en medida evidente. Se considera que una terapia ambulante suficiente. Superación de problemas y capacidad de rendimiento profesional afectadas 3= trastorno alimenticio en alto grado – varios de los síntomas mencionados se cumplieron en alto grado. Se aconseja una terapia estacionaria o intensiva terapia ambulante . Se considera que una terapia ambulante suficiente. La superación de problemas y capacidad de rendimiento profesional están afectadas en alto grado. 4= trastorno alimenticio muy fuerte – varios de los síntomas mencionados se cumplieron en muy alto grado. se deben tomar medidas urgentes de terapia en una clínica. La superación de problemas y capacidad de rendimiento profesional están afectadas en muy alto grado. 7 = trastorno alimenticio existente, pero sintomática completamente distinta a la mencionada.	**últimos 3 meses** _____	**peor estado antes** _____

85. Diagnósticos diferenciales y enfermedades psiquiátricas adicionales [54] a) enfermedades orgánicas del cerebro (¿cuales ?) Ha tenido alguna vez una herida en el cráneo? ¿Cómo fue tratada? ¿Ha visitado alguna vez a un psiquiatra o neurólogo? **0** = No **1** = Sí; por favor especificar: _____	_____	_____
b) esquizofrenia o psicósis esquizoaffectiva Alguna vez ha tenido la impresión de escuchar voces, que otras personas no escuchaban? **0** = No **1** = Sí; por favor especificar: _____	_____	_____
Otras. ¿Cuales?: _____	_____	_____
86. <u>Importantes enfermedades físicas</u> [55] ¿Cuales?: _____ **0** = No **1** = Sí Por favor, sólo anotar enfermedades graves o importantes para el diagnostico diferencial (p.ej. tuberculósis, diabetes) o enfermedades importantes como consequencia del transtorno alimenticio (insuficiencia de los riñones, trastornos del ritmo cardíaco) según ICD 10 (estado en los últimos 3 meses). **Ejemplo :** **Diabetes con complicaciones de la vista**	**Letra** **E11**	**Número** **.3**
<u>Diagnóstico 1 : _____</u>	_____	_____
<u>Diagnóstico 2 : _____</u>	_____	_____
<u>Diagnóstico 3 y otros _____</u>	_____	_____
<u>87.¿Qué tipo de psicotrópicos que precisan de receta (antidepresivos, Neurolépticos u otros) ha tomado en los últimos tres meses o antes por mucho tiempo?</u> [56] ahora: _____ dósis/día: _____ _____ dósis/día: _____ _____ dósis/día: _____ antes: _____ dósis/día: _____ _____ dósis/día: _____ _____ dósis/día: _____		

● = Todos los apartados marcados con este punto negro se refieren a items relevantes para el diagnostico de trastornos alimenicios (AN, BN, BED) según DSM-IV. En los estudios que intentan realizar un diagnóstico aproximado de trastornos alimenticion según DSM-IV en poco tiempo, puede emplearse ésta forma abreviada.