Manfred Fichter y Norbert Quadflieg

Inventario estructurado para síndromas de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos (SIAB)

Manual

Copyright by Manfred Fichter

Inventario estructurado para síndromas de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos (SIAB)

Cuestionario de autoevaluación (SIAB-S)
y entrevista para expertos (SIAB-EX)
según DSM-IV e ICD-10

de
Manfred Fichter y Norbert Quadflieg

Manual

Traducción al español por el grupo de Profesor Dr. Juan J. López-Ibor,
Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense.

Revisión y redacción final Dipl.-Psych. A.H. Castellanos

Copyright by Manfred Fichter

Contenido

El inventario estructurado para síndromas de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos (SIAB) en resumen

1. Bases del diagnóstico de trastornos alimenticios según DSM-IV e ICD-10 e introducción al registro sistemático de síntomas, síndromes y diagnósticos.

2. La "Entrevista estructurado para síndromas de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos para expertos" (SIAB-EX)
2.1. Estructura de la SIAB-EX
2.2. Ámbitos y forma de aplicación de la SIAB-EX
2.3. Evaluación de la SIAB-EX
2.4. Interpretación de la SIAB-EX
2.5. Datos estadísticos sobre la SIAB-EX
2.5.1 Objetividad de realización, evaluación e interpretación de la SIAB-EX
2.5.2 Fiabilidad de la SIAB-EX
2.5.3 Validez de la SIAB-EX
2.5.4 Valores comparativos

3. Instrucciones para la entrevista (SIAB-EX)
3.1 Definiciones, operacionalizaciones y ejemplos básicos para cada item
3.2 Instrucciones específicas para la realización con adolescentes (B. Herpertz-Dahlmann)

4. El SIAB como cuestionario de autoevaluación (SIAB-S)
4.1 Utilidad y posibilidades de aplicación del cuestionario SIAB-S
4.2 Estructura del cuestionario SIAB-S
4.3 Evaluación del cuestionario SIAB-S
4.4 Interpretación del cuestionario SIAB-S
4.5 Datos estadísticos sobre el cuestionario SIAB-S en tanto test
4.5.1 Objetividad de realización, evaluación e interpretación de la SIAB-EX
4.5.2 Fiabilidad de la SIAB-EX
4.5.3 Validez de la SIAB-EX
4.5.4 Valores comparativos

5. Bibliografía

El inventario estructurado para síndromas de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos (SIAB) en resumen

Título:

Inventario estructurado para síndromes de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos según DSM-IV e ICD-10. Cuestionario de autoevaluación (SIAB-S y Entrevista para expertos (SIAB-EX)

Autores:

Manfred Fichter
y
Norbert Quadflieg

Año de publicación:

1999

Volumen:

La entrevista para expertos y la autoevaluación contienen respectivamente 87 preguntas sobre síntomas de trastornos alimenticios y otros trastornos psíquicos (depresiones, miedo), integración social, sexualidad, diagnósticos por exclusión y medicación. Se incluyen otras preguntas necesarias para realizar diagnósticos. Tanto SIAB-EX, como SIAB-S permiten realizar los siguientes diagnósticos:

- Anorexia nerviosa, según DSM-IV,
  con la diferenciación entre tipo restrictivo y binge eating/purging

- Bulimia nerviosa, según DSM-IV,
  con la diferenciación entre tipo purging y non-purging

- Trastorno alimenticio no especificado según DSM-IV, incluso binge eating disorder, según los criterios descritos en el anexo del DSM-IV

- Anorexia nerviosa, según ICD-10
- Anorexia nerviosa atípica, según ICD-10
- Bulimia nerviosa, según ICD-10
- Diversos síndromes de trastornos alimenticios adicionales

Materiales:

Manual de instrucciones, cuaderno de entrevista, cuestionario, hojas de evaluación de subescalas y diagnósticos, algoritmos para la confección de subescalas y diagnósticos.

Destinatarios:

Adolescentes y adultos entre 12 y 65 años de edad.

Subescalas:

Seis subescalas y una escala general, respectivamente para el estado de antes y ahora (últimos 3 meses) en la entrevista para expertos SIAB-EX, seis (ahora) y siete (antes) subescalas y una escala general en el cuestionario SIAB-S. Las subescalas incluyen psicopatología específica del trastorno alimenticio (p.ej. ataques compulsivos de comer, fobia de peso) y otras (p.ej. depresiones, miedo), así como integración social y sexualidad.

Realización:

Entrevista individual realizada por entrevistadores expertos con formación específica sobre la SIAB-EX. Cuestionario autoevaluativo en ambiente tranquilo (SIAB-S).

Duración:

Entrevista SIAB-EX 30-60 minutos, cuestionario SIAB-S aprox. 30 minutos.

Evaluación:

Cálculo de las subescalas y confección de los diagnósticos según instrucciones. Como recursos se dispone de algoritmos y formularios para la evaluación manual.

Valores comparativos:

Existen valores comparativos de 377 hombres y mujeres en tratamiento por trastornos alimenticios y en parte de mujeres sanas. Estos se encuentran también separados por diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, según DSM-IV.

Objetividad:

La objetividad de realización, evaluación e interpretación está garantizada.

Validez:

Existen resultados sobre la validez constructiva convergente y discriminatoria.

Fiabilidad:

Existen suficientes resultados sobre la coincidencia entre observadores (SIAB-EX), la consistencia interna y la coincidencia entre SIAB-EX y SIAB-S.

1. Bases del diagnóstico de trastornos alimenticios según DSM-IV e ICD-10 e introducción al registro sistemático de síntomas, síndromes y diagnósticos

Mientras que la anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio descrito desde hace muchos años en la literatura científica, la bulimia nerviosa no había sido definida como cuadro clínico hasta hace poco (Russell, 1979). Actualmente, tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa están firmemente introducidas como entidades clínicas y documentadas por los sistemas básicos de clasificación clínico-diagnóstica actuales, DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Psíquicos, 4ª edición, Saß, Wittchen y Zaudig, 1996) e ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición revisada, capítulo V (F), Trastornos Psíquicos; WHO, Dilling, Mombour y Schmidt, 1991). Ambos sistemas de clasificación se basan en la metodología del diagnóstico operacionalizado. En este tipo de diagnóstico se determinan criterios de inclusión y exclusión para cada trastorno psíquico, además de criterios sobre la duración y/o frecuencia de los síntomas, así como criterios sobre el transcurso del trastorno. De esta forma, en el ICD-10 se describen los cuadros clínicos de la anorexia nerviosa (F.50.0) y bulimia nerviosa (F50.2). El DSM-IV describe los trastornos de alimentación, anorexia nerviosa (307.10) y bulimia nerviosa (307.51), así como varios tipos de trastornos no especificados (307.50). En el anexo del DSM-IV se han definido criterios provisionales para el trastorno “Binge-Eating” (307.50).

Tanto la investigación biológica, como la psicológica y médica tratando los trastornos alimenticios, requieren un registro fiable y válido de los síntomas de estos trastornos. La psicopatología descrita por Bruch (1973), Russell (1979), Crisp (1980), Fairburn, Steere y Cooper (1990) y otros expertos, abarca desde síntomas muy específicos (ingestión reducida de alimentos, ataques compulsivos de comer y vómitos) hasta síntomas, que a pesar de observarse con frecuencia en pacientes con trastornos alimenticios, no son específicos de estos trastornos (pensamientos depresivos, problemas de autoestima o competencia social disminuida).

Para completar SIAB-EX, se han tenido en cuenta entrevistas sobre trastornos alimenticios existentes, como EDE y CEDRI. Esta última no ha sido adaptada a la reciente evolución del diagnóstico. Además, falta información sobre la validez de CEDRI. SIAB-EX tiene las siguientes características y puntos fuertes: (1) cubre un extenso campo de psicopatologías típicas de los trastornos alimenticios; (2) incluye, tanto los síntomas actuales, como los aparecidos durante períodos anteriores; (3) se han comprobado su fiabilidad y validez, (4) junto con las evaluaciones clínicas, se ha empleado métodos de análisis de factores, lo cual ha permitido identificar importantes ámbitos de la psicopatología; (5) además de proporcionar valores cuantitativos con respecto a los seis factores, ofrece una sólida base de datos para la evaluación diagnóstica según ICD-10 y DSM-IV; (6) se ha confeccionado un algoritmo de evaluación diagnóstica exacto para anorexia nerviosa (restrictive type, binge eating/purging type), bulimia nerviosa y subtipos, binge eating disorder y trastorno alimenticio no especificado; (7) en complemento a la versión para expertos (SIAB-EX) se ha desarrollado una escala de autoevaluación (SIAB-S). Disponer tanto de una versión para expertos como de una de autoevaluación para el mismo item tiene varias ventajas. Permite utilizar los valores para comparar la autoevaluación con la de los especialistas. Dado que los formularios de autoevaluación se pueden emplear con más facilidad, representan un buen instrumento de “screening” en procedimientos de dos o varias etapas, para seleccionar personas de alto riesgo para una entrevista más detallada. El SIAB puede emplearse en la investigación clínica y en la práctica, tanto para efectuar evaluaciones cuantitativas, como para realizar evaluaciones diagnósticas. La entrevista puede contribuir a la descripción detallada de grupos de pacientes específicos. Asimismo, puede servir para comparar diversos grupos de pacientes, como pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, binge eating disorder, trastornos alimenticios no especificados y probandos sin trastorno alimenticio, pero muy preocupados por su aspecto físico y peso. Puede servir de instrumento para evaluar detalladamente pacientes con trastornos alimenticios en estudios epidemiológicos longitudinales y, además, para evaluar los efectos de tratamientos psicológicos o farmacológicos sobre el transcurso de los trastornos alimenticios. En estudios longitudinakes sobre el transcurso de trastornos alimenticios, las subescalas del SIAB pueden servir de posibles indicadores de predicción del transcurso de la enfermedad.

Al contrario de otras entrevistas para expertos para la determinación de trastornos alimenticios existentes, la SIAB-EX tiene la gran ventaja de poner a disposición un manual detallado. Esto es especialmente útil para el entrenamiento de los entrevistadores y para alcanzar altos niveles de coincidencia entre observadores (interrate reliablility). El manual contiene un amplio capítulo con casos ejemplares típicos de la práctica clínica y científica, y que, por lo tanto, son adecuados para dar una orientación y explicar el procedimiento empleado en la entrevista. El manual es imprescindible para el uso de la SIAB-EX. Sólo se pueden esperar resultados fiables y válidos, si se utiliza el manual.

2. La "Entrevista estructurada para síndromes de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos por expertos" (SIAB-EX)

2.1 Estructura de la SIAB-EX

La 3ª revisión de la Entrevista Estructurada para trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos (SIAB-EX) incluye 87 preguntas, parte de la cuales está dividida en preguntas parciales.

En la SIAB según DSM-IV e ICD-10, la SIAB original ha sido complementada con algunas preguntas que eran necesarias para el diagnóstico según estos nuevos sistemas de clasificación. Se añadieron además preguntas sobre temas de interés clínico actuales. Por ejemplo ha habido un interés creciente por parte de los psicólogos y psiquiatras clínicos por cuadros de trastornos que a menudo vienen acompañados por adiposidades, como, p.ej. el Binge Eating Disorder, incluido en el Anexo del DSM-IV.

La mayoría de las preguntas se codifican mediante una escala de gravedad de 0 a 4, que por lo general se define como sigue:

0 = síntoma/problema no presente
1 = síntoma/problema ligero o raramente presente
2 = síntoma/problema claro o con mayor frecuencia presente
3 = síntoma/problema intenso o frecuentemente presente
4 = síntoma/problema muy intenso o muy frecuentemente presente

Además, hay preguntas necesarias para el diagnóstico según ICD-10 o DSM-IV. El contenido de la preguntas se refiere a todos los ámbitos relevantes para la diagnosis de trastornos alimenticios, así como a otros síntomas de trastornos de conducta (depresión, miedo).

Las preguntas de la SIAB-EX abarcan dos espacios de tiempo. Por un lado, se codifica la inensidad de los síntomas en los últimos tres meses (estado actual), por el otro lado, el tiempo antes de los últimos tres meses (antes). Por lo general, cada pregunta está divida en la prueba principal, que debe realizarse siempre, y en preguntas complementarias, que se plantearán, si la respuesta a la prueba principal aún no permite una evaluación clara, dejando dudas.

De los análisis de los componentes principales, llevados a cabo con rotación varimax, han resultado 6 factores. La composición de los factores se indica en las tablas 16 y 17 (véase más abajo). Para detalles sobre la construcción, consúltese Fichter, Elton, Engel, Meyer, Mall y Poustka, (1991) y Fichter, Herpertz, Quadflieg y Herpertz-Dahlmann (1998)[1].
Las soluciones de 6 factores, explicaban según rotación el 42,8% (antes), o el 40.5 % (ahora) de la variación.

2.2. Ámbitos y forma de aplicación de la SIAB-EX

La SIAB-EX puede realizarse con cualquier persona de la que haya sospecha de un trastorno alimenticio. Sin embargo, también puede utilizarse para el diagnóstico de trastornos alimenticios en el marco de estudios epidemiológicos, especialmente cuando precede una aplicación de la SIAB-S para identificar probandos de riesgo, que presentan una mayor probabilidad de sufrir trastornos alimenticios.

[1] La estructura de factores de la SIAB-EX aquí comentada se basa en una prueba aleatoria realizada con 330 personas con trastornos alimenticios procedentes de dos centros de tratamiento (la Clínica Roseneck de Prien y la Clínica de Psicoterapia y Psicosomática de la Universidad de Essen). Agradecemos sinceramente a Profesor Stephan Herpertz, de la Universidad de Essen y a Profesora Herpertz-Dahlmann, de la Universidad de Marburg, la ayuda prestada en el desarrollo del SIAB-EX.

La realización de la SIAB debería tener lugar en un lugar tranquilo. Es muy importante para la entrevista que el ambiente permita desarrollar una buena relación de trabajo entre el probando y el entrevistador. Se debería disponer de suficiente tiempo para explorar todas las preguntas. Se han de cumplir la normas generales para primeras entrevistas clínicas.
La SIAB-EX es una entrevista, en la que cada campo de síntomas se evalúa por un experto clínico tras una preparación específica. Hay que observar que, tanto para el estado de "ahora", como para la sintomatología de "antes", la evaluación debe efectuarse con respecto al máximo desarrollo de los síntomas y no al promedio. Si una pregunta no es relevante (p.ej., menstruación en probandos masculinos), ésta se calificará con un 8. Las preguntas no contestadas u omitidas se calificarán con un 9 ("missing value"). Por principio, en cada pregunta se explorarán primero los últimos tres meses antes de la entrevista, y posteriormente se preguntará sobre períodos anteriores.

El registro retrospectivo de los síntomas y ámbitos requerirá una exploración escrupulosa y completa por el entrevistador. La evaluación de la sintomatología debe realizarse de forma descriptiva y sin juicio de valor alguno. Sobre todo, la gravedad de los síntomas debería evaluarse independientemente de la opinión que el entrevistador tenga sobre el origen del trastorno. Solamente, si el entrevistador tiene dudas fundadas con respecto a la credibilidad de la información del probando (exageración o negación de problemas a pesar de haber indicios visibles de su existencia), debería aplicar el código del desarrollo del síntoma objetivo más probable. En este caso, también podrá tenerse en cuenta en la evaluación información proporcionada por otras personas (padres, pareja, personal de la clínica). Un síntoma puede componerse de varias dimensiones (frecuencia, duración, intensidad), que deberán resumirse en una evaluación general. Hay que cuidarse de no confundir el desarrollo del síntoma con el trastorno social resultante, que deberá tratarse por separado.

Al final de la SIAB-EX se calificará la presencia de daños cerebrales orgánicos, esquizofrenia o psicosis esquizo-afectivas, así como de graves enfermedades físicas. En cuanto a estos trastornos, habrá que aclarar, en qué medida pueden motivar la aparición del trastorno alimenticio, para garantizar el diagnóstico seguro de un trastorno alimenticio. También se tiene en cuenta la medida en la que dicha sintomatología puede ser condicionada por el trastorno alimenticio.
La aplicación del SIAB dura entre 30 y 60 minutos, dependiendo del probando.

2.3. Evaluación de la SIAB-EX

Las preguntas de la entrevista contienen en su título un código que indica, si la pregunta es relevante para un diagnóstico según DSM-IV (D), ICD-10 (I) y para criterios de investigación ICD-10 (IR). Asimismo, se indica a qué diagnóstico de trastorno alimenticio y a qué criterio se refiere. Las abreviaturas empleadas para los trastornos alimenticios son, AN por anorexia nerviosa, BN por bulimia nerviosa, BED por trastorno de "binge-eating" y ED-NOS por trastorno no especificado. Las preguntas sin relevancia directa para la diagnosis no tienen este tipo de código. Las preguntas incluidas en uno de los factores llevan en la línea titular la calificación FP1, FP2, FB3, FP4, FP5 o FP6 referente a la estructura de factores de "antes" (past) y la calificación FC1, FC2, FC3, FC4, FC5 o FC6 por la estructura de factores de "ahora" (current). Esto permite al entrevistador calcular cómodamente a mano los valores totales. La hoja de evaluación de los valores totales pretende dar otra ayuda más para ello. En dicha hoja están recopiladas las preguntas pertenecientes a un determinado valor total. Se pasarán los respectivos códigos de la entrevista, sumándolos. En algunas preguntas se requieren modificaciones antes de la inscripción (p.ej. el índice de masa de cuerpo (Body Mass Index) se clasificará en determinadas categorías), que están señaladas en la hoja correspondiente.

En la figura 1 se encuentra un ejemplo de aplicación.

Fig. 1: Ejemplo para la anotación de la puntuación total en la hoja de evaluación del SIAB-EX

Hoja de evaluación de puntuación total SIAB-EX
Antes

Apellido: .....

Nombre: .....

Fecha de nacimiento: .....

Fecha de la entrevista: .....

	Item	Nº de Item	Puntuación
I	**Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)**		
	Trastornos del esquema corporal	16	4
	Miedo a ganar peso	7	4
	Fijación mental en figura delgada	61	4
	Peso insuficiente (modificado)	1*	4
	Restricción cualitativa de la nutrición	12	4
	Comportamientos compulsivos con respecto a la comida	59	2
	Exceso de movimiento	42	4
	Fijación mental en la comida	60	3
	Escupir alimentos	14	0
	Orientación interior al rendimiento	3	3
	Dependencia de la autoestima de figura y peso	10	4
	Límites calóricos	13	3
	Amenorrea (modificado)	19**	3
	Estreñimiento	55	0
	Rumiación	15	0
	Negación del peligro de peso insuficiente	17**	4
Valor total de la subescala I			46
Valor medio de la subescala I (suma/número de items contestados)		46/16= 2,88	

Hoja de evaluación de puntuación total SIAB-EX, Antes b)

	Item	Nº de item	Puntuación 0-4
II	**Psicopatología general (GenPsy)**		
	Reducción de la confianca en las propias capacidades	66	0
	Pensamientos depresivos	65	1
	Estado de ánimo depresivo	64	0
	Disminución de la autoestima	67	3
	Miedos	4	2
	Alteraciones del sueño	6	2
	Sensación de insuficiencia propia y de desamparo	62	2
	Pensamientos y cavilaciones compulsivas	58	0
	Pensamientos suicidas	68	0
	Fobias	5	1
	Control y repetición compulsivos	56	1
	Actos suicidas	69	0
	Conductas autoagresivas	70	0
	Limpieza compulsiva	57	0
Valor total de la subescala II			12
Valor medio de la subescala II (total:número de items contestados)		12/14= 0.86	
III	**Sexualidad e integración social (SexSoc)**		
	Conducta sexual	78	4
	Miedos sexuales	76	4
	Falta de organización activa del tiempo libre	78	4
	Evitar contactos	82	4
	Disminución de necesidades sexuales	75***	4
	Estabilidad de la relación de pareja	77	4
	Calidad de los contactos sociales	81	0
	Negación de la enfermedad	83***	4
	Evaluación global de los síntomas	84***	4
	Disminución de los contactos sociales	80	4
	Perjuicio real	53	1
	Percepción disminuida de estímulos internos	63	0
Valor total de la subescala III			37
Valor medio de la subescala III (total:número de items contestados)		37/12= 3,08	

Hoja de evaluación de puntuación total SIAB-EX, Antes c)

	Item	Nº de item	Puntuación 0-4
IV	**Síntomas bulímicos (Bul)**		
	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	21ª	0
	Frecuencia de ataques compulsivos de comer (3 meses)	23***	0
	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	21b	0
	Pérdida del control	26***	0
	Sensación de sufrimiento o de preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer	28***	0
	Vómitos	35	0
	Compulsión por comer o voracidad	34	1
	Transcurso temporal de los ataques compulsivos de comer	22	0
Valor total de la subescala IV			1
Valor medio de la subescala IV (total:número de items contestados)		1/8= 0,13	
V	**Medidas para contrarrestar, ayuno, abuso de sustancias (Counteract)**		
	Inhibidores del apetito	38	0
	Diuréticos	37	0
	Ayuno excesivo	41	0
	Tranquilizantes	72	0
	Drogas	73	0
	Abuso de laxantes	36	0
	Restricción cuantitativa de la nutrición	11	2
	Alcohol	71	1
	Medicamentos para aumentar la actividad del tiroides	39	0
	Enemas	43	0
	Revulsivos	44	0
Valor total de la subescala V			3
Valor medio de la subescala V (total:número de items contestados)		3/11= 0,27	

Hoja de evaluación de puntuación total SIAB-EX, Antes d)

	Item	Nº de item	Puntuación 0-4
VI	**Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)**		
	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (3 meses)	31***	0
	Ataques compulsivos de comer atípicos	29	0
	Aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estrés y agobio	33	0
	Agradable sensación de saturación después de ataques compulsivos de comer	30***	0
Valor total de la subescala VI			0
Valor medio de la subescala VI (total:número de items contestados)		0	
Valor total de la escala general de SIAB-EX			99
Valor medio la escala general de SIAB-S (total:número de items contestados)		99/65= 1,52	

Notas explicativas referentes a la hoja de evaluación del resultado de puntuación total

*Cálculo de peso insuficiente:

BMI	Puntuación de peso insuficiente
> 19.00	0
19.00 - 17.51	1
17.50 - 16.01	2
16.00 - 14.51	3
<= 14.50	4

** Recodificación de item 19 como sigue:
- recodificar 6,7 u 8 en 0
- recodificar 2 en 1
- recodificar 3 en 2
- recodificar 4 ó 5 en 3
- Las codificaciones 1 y 9 permanecen iguales

*** Item 23 y 31: recodificar 5 en 1
Item 75 y 84: recodificar 7 en 0
Item 17, 83, 26 y 28: recodificar 8 en 0
Item 30: recodificar 5, 6, 7 u 8 en 0

Para la valoración de la suma de valores y para la elaboración de diagnósticos según el DSM-IV o el ICD-10 existen algoritmos. Para la elaboración de diagnósticos se consideran básicamente los items codificados de 0 a 4 con un valor de 2 a 4 como criterio a cumplir.

En un grupo de 82 pacientes se comparó la frecuencia de diagnósticos según el DSM-IV y el ICD-10 (véase tab. 1).

Tabla 1: Comparación del número de diagnósticos (SIAB-EX) según DSM-IV e ICD-10 (N= 82)

a) ahora

ICD-10 / DSM-IV	Ningún diagnóstico	AN tipo restrictivo	AN tipo binge eating / purging	BN
Ningún diagnóstico	41 50.0%	2 2.4%	1 1.2%	5 6.1%
AN atípica	1 1.2%	3 3.7%	3 3.7%	0 0%
BN	5 6.1%	0	1 1.2%	17 20.7%
AN + BN atípicas	0 0%	0 0%	3 3.7%	0 0%

a) antes

ICD-10 / DSM-IV	Ningún diagnóstico	Sólo AN tipo restrictivo	AN tipo binge eating / purging	AN tipo restrictivo y AN tipo binge eating / purging	AN + BN	BN
Ningún diagnóstico	18 22.0%	2 2.4%	0 0%	0 0%	0 0%	1 1.2%
AN atípica	1 1.2%	9 11.0%	2 2.4%	1 1.2%	0 0%	0 0%
BN	3 3.7%	0	1 1.2%	0 0%	1 1.2%	18 22.0%
AN + BN atípicas	0 0%	3 3.7%	4 4.9%	3 3.7%	15 18.3%	0 0%

AN = Anorexia nerviosa, BN = Bulimia nerviosa

Según el ICD-10 se diagnosticó una anorexia nerviosa atípica (F50.1), cuando los criterios A-D de anorexia nerviosa estaban cumplidos, pero no el criterio de exclusión E (los criterios A y B de bulimia nerviosa no se cumplen). Con los diagnósticos definidos, 15 personas (18.3%) obtuvieron varios diagnósticos (ahora) en ambos sistemas de diagnóstico; 3 personas con AN según el DSM-IV y 5 personas con BN según el DSM-IV no obtuvieron ningún diagnóstico según el ICD-10. En cambio, una persona con AN atípica según el ICD-10 y 5 personas con BN según el ICD-10 no obtuvieron ningún diagnóstico según el DSM-IV. Una persona fue clasificada de modo distinto, con AN según DSM-IV y BN según ICD-10. En los diagnósticos para períodos anteriores 2 personas con AN según el DSM-IV y 1 persona con BN según el DSM-IV no obtuvieron ningún diagnóstico según el ICD-10, mientras que una persona con AN atípica según el ICD-10 y 3 personas con BN según el ICD-10 no obtuvieron ningún diagnóstico según el DSM-IV. Una persona obtuvo una AN según el DSM-IV y una BN según ICD-10.

Con diagnósticos análogos del 81.7% (ahora) y el 90.3% (antes) entre el DSM-IV y el ICD-10, ambos sistemas pueden ser considerados como muy coincidentes. Sin embargo, suprimiendo la

representación de un diagnóstico de AN atípica en el ICD-10, disminuye la coincidencia al 70.7% (ahora) o 63.5% (antes).

2.4 Interpretación de la SIAB-EX

Los diagnósticos son documentos clínicamente válidos para la existencia de un trastorno alimenticio. Valores altos en las subescalas proporcionan indicaciones representativas de la existencia de una sintomatología de trastornos alimenticios y comorbididad, como con depresión o trastornos de ansiedad.

Hay que tener en cuenta que ambos períodos de tiempo en la clasificación “ahora” y “antes” no coinciden, sino que se complementan. Esto significa que en la estimación de la valoración de síntomas máxima del período anterior no se pueden tener en cuenta los datos de los últimos tres meses previos a la entrevista. Para una interpretación de la expresión de los síntomas del período anterior hasta la fecha de la entrevista (“lifetime” o “worst ever”) hay que consultar la valoración máxima para ambos períodos de tiempo.

2.5 Datos estadísticos sobre la SIAB-EX

2.5.1 Objetividad en la realización, evaluación e interpretación de la SIAB-EX

Siempre que se cumplan las normas para la realización de entrevistas clínicas (p.ej.: establecimiento de una relación profesional idónea, orientación comprensiva de los encuestados, cumplimiento de una distancia profesional con respecto a los probandos), la objetividad de realización está garantizada para la entrevista llevada a cabo por expertos. Las indicaciones detalladas para las preguntas con definiciones descriptivas de la escala, así como las indicaciones sobre técnicas de entrevistas proporcionan pautas inequívocas para la realización. La evaluación está fijada exactamente. La escala de las subescalas, así como la elaboración de diagnósticos a base de los datos de la entrevista están claramente establecidos, y en general son llevados a cabo con un algoritmo. En ningún punto de la valoración, el resultado está sujeto al criterio del evaluador, de modo que la objetividad de la valoración queda garantizada..

La objetividad de interpretación se garantiza a través de la existencia de valores comparados para poblaciones clínicas. La constatación de un diagnóstico no admite ninguna interpretación.

2.5.2 Fiabilidad de la SIAB-EX

Fiabilidad de la consistencia entre observadores

La fiabilidad de la coincidencia entre observadores se comprobó en virtud de 31 entrevistas grabadas en cintas de vídeo. En total participaron siete observadores y entrevistadores. La mayoría de las cintas de vídeo fueron evaluadas por más de dos críticos, de modo que, en total, existían 116 valoraciones completas de entrevistas, comparadas por los críticos siempre de dos en dos. El valor medio del total-kappa (esto es, un valor kappa se calculó para todas las preguntas) ascendió a. 64 para el período actual y a .63 para el período anterior, tomando como base la escala de 0 a 4. Se repitió el cómputo después de que la escala fuera recodificada con 0 (valoración 0 ó 1 = clínicamente no significativo) o con 1 (valoración 2, 3 y 4 = clínicamente significativo). Se produjeron valores kappa de. 81 (ahora) y .85 (antes). Los valores kappa sobre la coincidencia entre los observadores se indican a continuación en las tablas 16 y 17 para todos los items de la SIAB-EX.

Intercorrelación de escalas

Las subescalas de la SIAB-EX muestran intercorrelaciones medias (tabla 2).

Tabla 2: Intercorrelaciones de las subescalas del SIAB_EX

a) ahora SIAB-EX	N	GenPsySoc	Sex	Bul	Counter act	Binge atíp.	Total
Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)	377	.40**	.35**	.20**	.55**	-.21**	.69**
Psicopatología general e integración social (GenPsySoc).	377	--	.39**	.36**	.36**	.03	.82**
Sexualidad (Sexo)	377	--	--	.14**	.22**	-.06	.54**
Síntomas bulímicos (Bul)	377	--	--	--	.19**	.12*	.65**
Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias (Counteract)	377	--	--	--	--	-.13*	.56*
Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)	377	--	--	--	--	--	.07

a) antes SIAB-EX	N	GenPsy	SexSoc	Bul	Counter act	Binge atíp.	Total
Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)	377	.35**	.46**	.24**	.39**	-.19**	.69**
Psicopatología general (GenPSy).	377	--	.52**	.32**	.54**	.13*	.78**
Sexualidad e integración social (SexSoc)	377	--	--	.29**	.38**	.08	.76**
Síntomas bulímicos (Bul)	377	--	--	--	.36**	.16**	.62**
Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias (Counteract)	377	--	--	--	--	.13*	.68**
Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)	377	--	--	--	--	--	.19**

*p <.05; **p <.01

Todas las subescalas muestran en gran medida correlaciones con el valor global. Una excepción constituye la escala de trastornos alimenticios atípicos, que apenas tiene correlación con el valor global (en el período actual prácticamente ninguna) y que también muestra correlaciones especialmente insignificantes con las otras escalas. La escala síntomas bulímicos igualmente muestra correspondencias algo menores con las otras escalas de la SIAB-EX. En suma, las intercorrelaciones confirman que se efectuó una subdivisión lógica de las escalas de los items de la SIAB-EX.

Consistencia interna

La consistencia interna (tabla 3) de las subescalas de la SIAB-EX se comprobó a través del cálculo de Cronbach's alpha.

Los coeficientes resultaron semejantes en cuanto a la sintomatología del período anterior y del actual y oscilaban entre 0.52 (medidas para contrarrestar, etc. ahora) y 0.93 (síntomas bulímicos ahora y antes, valor global antes). También el valor global para el período actual muestra una consistencia comparable (0.92). Por lo tanto, la subescala sintomatología bulímica y el valor global se manifiestan como especialmente consistentes. Consistencias menores (0.64 antes y 0.52 ahora) se encuentran en la escala de medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias. En este factor (sobre el que ya

llama la atención la denominación del mismo) por un lado son incluidos distintos ámbitos del comportamiento, y por otro lado los tipos de medidas para contrarrestar son muy heterogéneos, de manera que ambos aspectos podrían ser la causa de un menor grado de homogeneidad de la escala.

Relación entre escalas de la SIAB-EX y características de los probandos

La tabla 4 ofrece una orientación sobre la relación correlativa entre las subescalas de la SIAB-EX y el peso (Body Mass Index), la duración del trastorno alimenticio, edad y formación escolar.

Tabla 3: Consistencia interna de las escalas de la SIAB-EX

	Antes			Ahoral		
	n	Número de items.	Cronbach Alpha	n	Número de items.	Cronbach Alpha
Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)	97	16	0.86	80	18	0.82
Psicopatología general (GenPsy, antes) Psicopatología general e integración social (GenPsySoc, ahora)	370	14	0.87	363	19	0.88
Sexualidad e integración social (SexSoc, antes) Sexualidad (Sex, ahora)	353	12	0.78	360	4	0.75
Síntomas bulímicos (Bul)	99	8	0.93	98	9	0.93
Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias (Counteract)	98	11	0.64	97	11	0.52
Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)	288	4	0.80	287	4	0.77
Valor global	89	65	0.93	72	65	0.92

Tabla 4: Relación entre las subescalas de la SIAB-EX y distintas variables sociodemográficas

a) ahora SIAB-EX	**N**	**BI**	**GenPsySoc**	**Sex**	**Bul**	**Counteract**	**Binge atíp.**	**Total**
Peso (BMI) (antes)	374	-.58**	-.18**	-.18*	-.12*	-.26**	.29**	-.35**
Peso (BMI) (ahora)	375	-.59**	-.07	-.13*	-.13*	-.31**	.35**	-.30**
Duración del trastorno alimenticio	374	-.31**	.03	-.12*	-.13*	-.18**	.20**	-.16**
Edad	377	-.24**	.10*	-.11*	-.12*	-.19**	.13*	-.11*
Formación escolar	163	.18	-.13	.01	-.02	.04	.02	--

a) antes SIAB-EX	**N**	**BI**	**GenPsy**	**SexSoc**	**Bul**	**Counteract**	**Binge atíp.**	**Total**
Peso (BMI) (antes)	374	-.69**	-.13*	-.29**	-.10*	-.12*	.35**	-.37**
Peso (BMI) (ahora)	375	-.61**	-.07	-.26**	-.10*	-.03	.38**	-.30**
Duración del trastorno alimenticio	374	-.29**	.13*	-04	-.08	.14**	.21**	-.04
Edad	377	-.28**	.14**	-.07	-.13*	.12*	.10	-.08
Formación escolar	163	.25	-.11	.01	.01	-.03	-.02	--

*p <.05; **p <.01

BI= Esquema corporal e ideal de delgadez; GenPsy= psicopatología general; SexSoc=sexualidad e integración social; Bul=síntomas bulímicos; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp.=ataques compulsivos de comer atípicos; GenPsySoc=psicopatología general e integración social; Sex=sexualidad.

No se pueden establecer diferencias significativas en la muestra de las correlaciones entre la medición del período de ahora-momento actual y la medición del período de antes. La edad, la formación escolar y la duración de los trastornos alimenticios no denotan ninguna influencia relevante sobre los resultados de la SIAB-EX. El Body Mass Index, por el contrario, presenta una correlación comparativamente muy negativa – aunque no inesperada – con las subescalas sobre el físico y la figura ideal.

2.5.3 Validez de la SIAB-EX

Estudio sobre la validez con la entrevista de expertos Eating Disorder Examination (EDE)

Otra entrevista estructurada para el registro de trastornos alimenticios actualmente en uso, es la Eating Disorder Examination (EDE, 12. edición; Fairburn & Cooper, 1993). La traducción al alemán de esta entrevista no existía, así que se ha elaborado una traducción propia para el estudio aquí presentado. La EDE comprende 34 items que pueden ser agrupados -junto con otros items, que tienen exclusivamente fines diagnósticos - en cuatro subescalas agrupadas en función de diversas consideraciones teóricas: limitación alimenticia (restraint), problemas alimenticios (eating concern), problemas con la figura (shape concern) y problemas con el peso (weight concern). Para la elaboración de diagnósticos según el DSM-IV existen instrucciones a partir de los datos de la EDE. Pueden obtenerse diagnósticos de anorexia nerviosa (sin especificar el tipo), bulimia nerviosa (sin especificar el tipo), así como único trastorno alimenticio no especificado el binge eating disorder, el cual sin embargo es definido de manera distinta de los criterios detallados en el anexo del DSM-IV. En la elaboración de diagnósticos se siguieron las instrucciones en el manual de la entrevista. Como la EDE sólo permite obtener diagnósticos del período actual, para la comparación con la SIAB-EX sólo se consideraron los diagnósticos del período actual.

Plan de experimentación

Pacientes (hombres y mujeres) que ingresaron en la clínica de medicina y psicosomática Roseneck por un trastorno alimenticio, fueron entrevistados poco después de su ingreso con la SIAB-EX y la EDE, en dos sesiones separadas que no tuvieron lugar el mismo día. Para controlar los posibles efectos en serie, se modificó el orden en el que se aplicó la SIAB-EX y la EDE, de manera que de cada dos personas registradas, a una se entrevistó primero con la SIAB-EX y después con el EDE, mientras con la otra se realizó la entrevista en orden inverso, es decir, primero se realizaron las entrevistas con la EDE y después con la SIAB-EX.

Grupo de probandos

Se entrevistaron a 80 personas (77 mujeres y 3 hombres) con la SIAB-EX y el EDE, 40 personas respectivamente con uno de las dos condiciones secuenciales. La edad media de las 80 personas registradas en la clínica alcanzó los 28.9 ± 9.5 años (valor medio ± diferencias del estándar), el Body Mass Index (BMI) 22.8 ± 11.0.

Resultados

Controles de los efectos en serie

Los valores medios de las escalas de la SIAB-EX y del EDE de las personas que realizaron la respectiva entrevista como primera, no se diferencian de los valores medios análogos de las personas que realizaron la respectiva entrevista como segunda. En consecuencia, se puede constatar el control eficaz de posibles efectos en serie.

Comparación de la SIAB-EX y del EDE

Como el EDE sólo considera el período actual (la mayoría de las veces, las cuatro últimas semanas antes de la entrevista, en casos excepcionales, los últimos 3 meses antes de la entrevista), en el estudio actual únicamente son proporcionadas informaciones de los resultados incluidos en ese período de tiempo. La Tabla 5 ofrece una orientación sobre las correlaciones entre las escalas de la SIAB-EX y de la EDE.

Se pueden observar altas correlaciones entre la escala de la SIAB-EX esquema corporal e ideal de delgadez y el restraint, shape concern de la EDE, así como el valor global de la EDE; entre la escala psicopatología general e integración social de la SIAB-EX y el eating concern, shape concern y el valor global de la EDE; entre síntomas bulímicos del SIAB EX y restraint de la EDE; entre las medidas para contrarrestar etc. de la SIAB-EX, el restraint y el valor global de la EDE; asimismo, entre el valor global de la SIAB-EX y todas las escalas de la EDE, donde la correlación con el weight concern de la EDE resulta algo menor. La correlación relativamente baja entre los síntomas bulímicos de la SIAB-EX y el restraint del EDE llama la atención. Las escalas sexualidad y ataques compulsivos de comer de la SIAB-EX incluyen aspectos que evidentemente no quedan contemplados en la EDE.

Tabla 5: Correlaciones de subescalas de la SIAB-EX (ahora) con subescalas de la entrevista de expertos Eating Disorder Examination (EDE) (N = 80)

SIAB-EX	BI	GenPsySoc	Sex	Bul	Counteract	Binge atíp.	SIAB Total
Eating Disorder Examination (EDE)							
Restraint	.73**	.38**	.21	.28*	.69**	-.05	.61**
Eating Concern	.48**	.54**	.21	.61**	.47**	.31**	.72**
Weight Concern	.37**	.44**	.24*	.23*	.35**	.20	.48**
Shape Concern	.52**	.56**	.38**	.27*	.42**	.15	.62**
Total EDE	.67**	.61**	.32**	.45**	.62**	.19	.77**

*p <.05; **p <.01

BI= Esquema corporal e ideal de delgadez; GenPsySoc= psicopatología general e integración social; Sex=sexualidad; Bul=síntomas bulímicos; Counteract=medidas para cotrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp.=ataques compulsivos de comer atípicos;

La tabla 6 muestra un resumen del grado de coincidencia de los criterios diagnósticos y de los diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa según el DSM-IV.

Tabla 6: Esquema sobre las coincidencias diagnósticas de SIAB-EX y EDE (N =80)[1]

DSM-IV ahora	Cumplido según SIAB-EX y EDE N (%)	No cumplido según SIAB-EX y EDE N (%)	Cumplido según SIAB-EX, no cumplido según EDE N (%)	No cumplido según SIAB-EX, cumplido según EDE N (%)
AN Criterio A	24 (30.0)	44 (55.0)	11 (13.8)	1 (1.3)
AN Criterio B	40 (50.0)	16 (20.0)	10 (12.5)	14 (17.5)
AN Criterio C	63 (78.8)	7 (8.8)	10 (12.5)	0 (0.0)
AN Criterio D	33 (41.3)	33 (41.3)	2 (2.5)	12 (15.0)
AN Diagnóstico	10 (12.5)	60 (75.0)	5 (6.3)	5 (6.3)
BN Criterio A	39 (48.8)	18 (22.5)	3 (3.8)	20 (25.0)
BN Criterio B	44 (55.0)	23 (28.8)	7 (8.8)	6 (7.5)
BN Criterio C	28 (35.0)	23 (28.8)	5 (6.3)	24 (30.0)
BN Criterio D	58 (72.5)	7 (8.8)	13 (16.3)	2 (2.5)
BN Criterio E	60 (75.0)	10 (12.5)	5 (6.3)	5 (6.3)
BN Diagnóstico	13 (16.3)	47 (58.8)	12 (15.0)	8 (10.0)
AN o BN Diagnóstico [2]	27 (33.8)	31 (38.8)	9 (11.3)	13 (16.3)

AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa

[1] Se indica el número de personas que cumplen el correspondiente criterio o diagnóstico.

[2] Como los casos de diagnósticos de AN y BN se distribuyen también en las celdas en que existe discrepancia entre la SIAB-EX y la EDE, los datos en caso de un diagnóstico de AN o BN no se suman a los datos de esa fila.

Existen claras discrepancias en lo que se refiere a los diagnósticos elaborados en las dos entrevistas, entre las cuales destacan las diferencias en el diagnóstico de bulimia nerviosa (20 casos frente a 10 casos de anorexia nerviosa). Esto puede depender de la operacionalización diferente del texto del DSM-IV en cuanto a la frecuencia de los ataques compulsivos de comer, los cuales se definen en el diagnóstico según la EDE como, al menos, doce episodios en los últimos tres meses sin un intervalo de más de dos semanas sin síntoma. La SIAB-EX, por el contrario, se ciñe estrechamente al DSM-IV. De las 80 personas, según el algoritmo diagnóstico del DSM-IV (entre paréntesis figuran los diagnósticos según la EDE), 15 personas obtuvieron una anorexia nerviosa (3 ningún diagnóstico, 10 AN y 2 BN), 21 personas una bulimia nerviosa (6 ningún diagnóstico, 2 AN, 13 BN), 4 personas un binge eating disorder (3 ningún diagnóstico, 1 BN), 14 personas, un trastorno alimenticio ocurrido con anterioridad en el tiempo (7, ningún diagnóstico, 1, AN, 6, BN), asimismo, a 12 personas se les diagnosticó un síndrome de trastorno alimenticio no descrito en el DSM-IV, generalmente,un trastorno con sintomatología muy poco marcada (8 ningún diagnóstico, 2 AN, 2 BN). 14 personas no obtuvieron ningún trastorno definido según la SIAB-EX (13 ningún diagnóstico, 1 BN). En general se trata de personas con adiposis. La SIAB-EX permite, por tanto, un diagnóstico de trstornos alimenticios mucho más diferenciado que la EDE.

Las tablas 7 a 13 muestran las correlaciones de los distintos items de la SIAB-EX y de la EDE, divididos según las subescalas en la entrevista en cuestión. Para el cálculo de las correlaciones se recodificaron los valores de los items según los datos de la SIAB-EX, o de la EDE al formato 0 (clínicamente no significativo) y 1 (clínicamente significativo). A continuación, se examinarán las tablas, en las que por motivos de espacio sólo se consideran los coeficientes de correlación ≥ .50 y una serie de coeficientes muy significativos en items y escalas conceptualmente similares en las dos entrevistas.
La negativa a comer de la EDE tiene alta correlación con la mayoría de los items de la subescala esquema corporal e ideal de delgadez de la SIAB-EX, especialmente con los items de contenido parecido como comidas (12) y límite calórico (13). También se encuentran altas correlaciones de los items (especialmente, el punto 11, limitación alimenticia cuantitativa) del counteract de la SIAB-EX con la negativa a comer de la EDE. Un cuadro similar resulta de las normas de nutrición de la EDE, entre las que precisamente los items 12, 13 y 11 muestran especialmente altas correlaciones (tabla 7). El miedo a la pérdida de control en la EDE correlaciona altamente con la pérdida de control en la SIAB-EX (26) y los vómitos provocados por uno mismo (35). El comer a escondidas de la EDE muestra un alto grado de correlación con los items de la subescala de la SIAB-EX de síntomas bulímicos y especialmente con los items de la SIAB-EX, frecuencia de ataques compulsivos de comer (23 y 24), vómitos provocados por uno mismo (35) (véase tabla 8). Los conceptos similares, como la pérdida de control, se incluyen de manera comparable en las dos entrevistas. Las correlaciones de los items de las subescalas weight concern (Tab. 9) y shape concern (Tab. 10) de la EDE con los items de la SIAB-EX no alcanzan coeficientes de, al menos, un .50. Posiblemente, la diferencia ha de ser atribuída a la falta de definiciones básicas para la valoración del grado de gravedad de la EDE. Además, los entrevistadores informaron acerca de problemas en la valoración de la frecuencia detallada o la duración de los síntomas exigida por la EDE. Los ataques objetivos de comer de la EDE (número de episodios) muestran muy alta correlación con los items de la subescala síntomas bulímicos de la SIAB-EX. Otros items del EDE sobre ataques objetivos de comer presentan también una correlación alta. Los items del EDE sobre ataques subjetivos de comer y comer en exceso (overeating) no muestran altas correlaciones con los items de la SIAB-EX, ni tampoco con los items sobre ataques compulsivos de comer atípicos (Tab. 11). Éstas son indicaciones evidentes de que existe una gran coincidencia en cuanto al concepto de ataques compulsivos de comer objetivos, mientras que los otros conceptos sobre ataques compulsivos de comer (subjetivos, ataques atípicos de comer, comer en exceso) se refieren a modos de comportamiento distintos. En el casos de ataques compulsivos de comer subjetivos, esta diferenciación es dada por las diferentes definiciones en las instrucciones de la entrevista. La SIAB-EX define los ataques de comer subjetivos en virtud de la valoración subjetiva de la persona encuestada, sobre el valor caloríco de la comida ingerida en un ataque de comer, mientras que los ataques subjetivos de comer de la EDE se definen (comparables a los ataques objetivos) como ataques compulsivos de comer acompañados por la pérdida de control.

Los items de la EDE sobre limitación alimenticia fuera de episodios bulímicos muestran estrechas relaciones con la fobia al peso (7) de la SIAB-EX y la limitación alimenticia cuantitativa (1) de la SIAB-EX. Los items de la EDE sobre vómitos provocados por uno mismo indican altas correlaciones con los items de la subescala síntomas bulímicos de la SIAB-EX (y el item 24, frecuencia de ataques compulsivos de comer en los últimos 6 meses). Además se pueden observar estrechas relaciones entre los items que incluyen el abuso de laxantes (Tab. 12) y excesos de movimiento (talba 13) en la SIAB-EX y la EDE.

Tabla 7: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (Items de la Restraint Scale)

Nº		Conducta alimenticia controlada	Negativa a comer	Estómago vacío	Evitar alimentos	Normas de nutrición
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)					
7	Miedo al aumento de peso	.29**	.05	.41**	.39**	.48**
10	Autoestima dependendiente de figura y peso	.16	-.18	.23*	.14	.20
12	Limitación alimenticia cualitativa	.47**	.19	.30**	.69**	.62**
13	Límites calóricos	.35**	.10	.26*	.51**	.56**
16	Trastornos del esquema corporal	.24*	.22*	.39**	.46**	.32**
42	Movimiento excesivo	.28*	.24*	.31**	.34**	.17
59	Conductas compulsivascon respecto a la comida	.33**	.14	.14	.44**	.40**
60	Fijación mental en la comida	.24*	.04	.38**	.36**	.32**
61	Fijación mental en figura delgada	.11	-.13	.30**	.35**	.18
	IV Síntomas bulímicos (Bul)					
21a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.07	.01	.38**	.00	.01
21b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	.22*	.09	.33**	.10	.11
23	Frecuencia de ataques compulsivos de comer	.13	.04	.34**	.06	-.06
26	Pérdida de control	.09	-.04	.25*	.07	.14
35	Vómitos	.19	.12	.39**	.11	.07
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias					
11	Limitación alimenticia cuantitativa	.41**	.18	.32**	.55**	.62**
36	Abuso de laxantes	.15	.18	.32**	.33**	.22*
41	Ayuno excesivo	.15	.11	.31**	.39**	.28*
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge Atíp.)					
29	Ataques compulsivos atípicos	-.06	-.09	.15	-.02	-.18
31	Frecuencia de ataques compulsivos atípicos	-.01	-.07	.08	.10	-.13
	-- Sin coordinación a subescalas					
24	Ataques compulsivos de comer evidentes (6 meses)	.11	.03	.37**	.09	-.09
32	Frecuencia de evidentes ataques compulsivos de comer atípicos	.02	-.05	.11	.12	-.10

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las repectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Tabla 8: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (Items de la Eating Concern Subscale)

Nº		Preocupación por la comida	Miedo a la pérdida de control	Comer en compañía	Comer a escondidas	Sentimientos de culpa al comer
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)					
7	Miedo al aumento de peso	.36**	.32**	.21	.14	.32**
10	Autoestima dependendiente de la figura y del peso	.04	-.05	.00	.19	.18
12	Limitación alimenticia cualitativa	.28**	.26*	.37**	.18	.27*
13	Límites calóricos	.23*	.08	.24*	.10	.20
16	Trastornos del esquema corporal	.30**	.13	.22*	.21	.20
42	Exceso de movimiento	.03	-.03	.15	-.02	.07
59	Conductas compulsivas con respecto a la comida	.20	.12	.22*	.01	.24*
60	Fijación mental en la comida	.41**	.24*	.36**	.32**	.38**
61	Fijación mental en figura delgada	.22*	.02	.20	.04	.08
	IV Síntomas bulímicos (Bul)					
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.20	.44**	.25*	.45**	.26*
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	.20	.44**	.25*	.40**	.31**
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	.13	.49**	.42**	.53**	.18
26	Pérdida de control	.28**	.55**	.38**	.43**	.39**
35	Vómitos	.20	.50**	.48**	.52**	.20
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias					
11	Limitación alimenticia cuantitativa	.25*	.14	.32**	.12	.26*
36	Abuso de laxantes	.25*	.05	.30**	.10	.27**
41	Ayuno excesivo	.24*	.23	.29**	.22	.33**
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge Atíp.)					
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	-.06	-.03	.00	.30**	.03
31	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos	-.00	.05	-.01	.33**	.21
	-- Sin coordinación a subescalas					
24	Ataques compulsivos de comer evidentes (6 meses)	.15	.40**	.45**	.51**	.16
32	Frecuencia de los evidentes ataques compulsivos de comer atípicos	.03	-.09	.02	.37**	.24*

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las repectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Tabla 9: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (Weight Concern Scale)

Nº		Insatis-facción con el peso	Deseo de perder peso	Reacción a pesarse obligato-riamente	Preocupación constante por la figura o el peso	Importancia del peso	Importancia del peso Mes 2	Importancia del peso Mes 3
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)							
7	Miedo al aumento de peso	-.16	.17	.33**	.33**	.08	.05	.03
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	.33**	.26*	.12	.30**	.40**	.39**	.38**
12	Limitación alimenticia cualitativa	-.08	.07	.21	.17	.11	.07	.04
13	Límites calóricos	.06	.09	.10	.28**	.13	.14	.10
16	Trastornos del esquema coropral	-.02	.14	.14	.31**	.06	.08	.05
42	Exceso de movimiento	.13	.07	.01	.25*	.17	.17	.11
59	Conducta compulsiva con respecto a la comida	-.01	-.00	.03	.15	.02	-.03	-.10
60	Fijación mental en la comida	.12	-.04	.16	.20	.13	.11	.10
61	Fijación mental en figura delgada	.16	.25*	-.13	.40**	.27**	.26*	.24*
	IV Síntomas bulímicos (Bul)							
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.04	.21	.21	.10	.05	.08	.06
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	-.01	.16	.15	.16	.16	.19	.16
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	.09	.23*	.07	.06	.07	.09	.07
26	Pérdida de control	.02	.18	.24*	.18	.09	.11	.09
35	Vómitos	-.18	-.01	.11	-.04	-.07	-.04	-.02
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias							
11	Limitación alimenticia cuantitativa	.00	.06	.27*	.25*	.17	.15	.12
36	Abuso de laxantes	-.01	.20	-.04	.33**	-.01	.00	.01
41	Ayuno excesivo	.11	.26*	.18	.32**	.12	.13	.07
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)							
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	.00	.20	-.12	-.13	.13	.14	.16
31	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer atípicos	.21	.15	-.03	-.09	.15	.16	.18
	- Sin coordinación a subescalas							
24	Ataques compulsivos de comer evidentes (6 meses)	.17	.31**	.05	.04	.09	.11	.09
32	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer evidentes (atípicos)	.19	.12	-.01	-.06	.13	.14	.16

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las respectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Tabla 10: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (Shape Concern Scale)

		Insatis-facción con la figura	Preocu-pación por la figura o el peso	Impor-tancia de la figura	Impor-tancia de la figura (mes 2)	Impor-tancia de la figura (mes 3)	Miedo al aumento de peso	Miedo al aumento de peso (mes 2)	Miedo al aumento de peso (mes 3)	Malestar a la vista del cuerpo	Negativa a mostrar-se en público	Sensa-ción de estar gordo/a	Sensa-ción de estar gordo/a (mes 2)	Sensa-ción de estar gordo/a (mes 3)	Vientre liso
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)														
7	Miedo al aumento de peso	.10	.33**	.23*	.23*	.23*	.35**	.35**	.35**	.19	-02	.20	.17	.11	.31**
10	Autoestima dependiente de figura y peso	.22*	.30**	.34**	.34**	.34**	.18	.18	.18	.30**	.19	.29*	.21	.23	.33**
12	Restricción cualitativa de la nutrición	.15	.17	.17	.17	.17	.28**	.28**	.28**	.05	.26*	.03	.04	.01	.34**
13	Límites calóricos	.23*	.28**	.15	.22*	.15	.28**	.28**	.28**	.11	.20	.09	.11	.09	.28*
16	Trastornos del esquema corporal	.08	.31**	.22*	.22*	.17	.27**	.27**	.27**	.10	.03	.36**	.35**	.31**	.40**
42	Exceso de movimiento	.08	.25*	.14	.13	.06	-.01	-.01	-.01	.16	.11	.08	.04	.02	-.06
59	Conductas compulsivas con respecto a la comida	.21	.15	.27*	.21	.21	.21	.21	.21	.23*	.26*	-.04	-.02	-.04	.13
60	Fijación mental en la comida	.29**	.20	.33**	.3**	.33**	.44**	.44**	.44**	.21	.11	.11	.06	.08	.44**
61	Fijación mental en figura delgada	.19	.40**	.41**	.35**	.35**	.29**	.29**	.29**	.23*	.07	.28*	.24	.26*	.28*
	IV Síntomas bulímicos (Bul)														
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	-.19	.10	.11	.16	.11	.11	.11	.11	-.04	-.03	.12	.10	.07	.40**
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	-.08	.16	.16	.21	.16	.16	.16	.16	.07	-.03	.12	.10	.07	.40**
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	-.18	.06	.05	.11	.11	.21	.21	.21	-.04	-.09	.16	.15	.18	.40**
26	Pérdida de control	-.04	.18	.09	.14	.14	.20	.20	.20	.11	.06	.14	.13	.09	.37**
35	Vómitos	-.23*	-.04	-.07	-.02.	.04	.20	.20	.20	.20	-.31**	-.10	-.10	-.13	.36**
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias														
11	Limitación alimenticia cuantitativa	.12	.25*	.12	.12	.12	.28**	.28**	.28**	.09	.10	.12	.10	.06	.26*
36	Abuso de laxantes	.08	.33**	.20	.20	.20	.28**	.28**	.28**	.17	.11	.20	.17	.15	.29*
41	Ayuno excesivo	.04	.32**	.16	.16	.09	.23*	.23*	.23*	.13	.08	.21	.18	.16	.15
	VI Ataques de comer atípicos (Binge Atíp.)														
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	-.10	-.13	-.03	-.03	-.03	.09	.09	.09	.11	-.11	.18	.22	.12	.17
31	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer atípicos	-.00	-.09	-.01	-.01	-.01	.05	.05	.05	.14	.04	.28*	.34**	.23	.20
	-- Sin coordinación a subescalas														
24	Evidentes ataques compulsivos de comer (6 meses)	-.16	.04	.07	.12	.12	.23*	.23*	.23*	-.02	-.07	.16	.15	.18	.47**
32	Frecuencia de los evidentes ataques compulsivos de comer atípicos	.05	-.06	.03	.03	.03	.10	.10	.10	.13	.02	.28*	.34**	.23	.20

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las respectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Tabla 11: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (items sin coordinación en subescalas 1)

Nº.		Ataques de comer obj. (nº de días)	Ataques de comer obj. (días/ mes 2)	Ataques de comer obj. (días/ mes 3)	Ataques de comer obj. (nº de episodios)	Ataques de comer obj. (nº episodios / mes 2)	Ataques de comer obj. (nº de episodios/ mes 3)	Ataques de comer subj. (nº de días)	Ataques de comer subj. (nº epi--sodios)	Over-eating obj. (nº de días)	Over-eating obj. (nº ep.)	Over-eating subj. (nº de días)	Over-eating subj.. (nº episo-dios.)	Período sin ataques de comer objetivos (semanas)
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)													
7	Miedo al aumento de peso	.26*	.15	.11	.27**	.14	.06	.19	.20	-.08	-.26*	-.02	-.13	.03
10	Autoestima dependiente de figura y peso	-.09	-.07	-.09	.02	-.10	-.10	.04	.08	.12	-.12	.02	-.02	.16
12	Restricción cualitativa de la nutrición	.05	.19	.07	.01	.15	.12	.17	.18	-.18	-.21	.01	-.15	-.00
13	Límites calóricos	.03	.16	.13	.03	.12	.14	.24*	.14	-.20	-.29**	-.05	-.08	.00
16	Trastornos del esquema corporal	.11	.27*	.21	.04	.15		.14	.15	-.11	-.24*	.14	.02	.10
42	Exceso de movimiento	-.13	-.06	-.05	-.07	-.06	-.04	.06	-.01	.05	-.01	.01	-.09	-.14
59	Conductas compulsivas con respecto a la comida	-.14	-.03	-.07	-.16	.07	-.03	-.04	-.05	-.03	-.12	.00	.02	-.04
60	Fijación mental en la comida	.26*	.31**	.28**	.22*	.11	.15	.18	.24*	-.17	-.32**	.07	-.04	.06
61	Fijación mental en figura delgada	.13	.01	.04	.14	.02	.06	.26*	.31**	-.07	-.11	.07	-.04	.10
	IV Síntomas bulímicos (Bul)													
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.44**	.34**	.25*	.57**	.43**	.35	.15	.18	.12	-.01	-.05	-.13	.21
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	.33**	.29**	.20	.46**	.38**	.30**	.30**	.31**	.04	-.13	-.13	-.20	.21
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	.48**	.41**	.31**	.63**	.48**	.50**	.10	.21	.05	-.05	-.05	-.11	.19
26	Pérdida de control	.45**	.41**	.27**	.59**	.46**	.38**	.30**	.37**	.04	-.13	-.13	-.13	.15
35	Vómitos	.61**	.52*	.42**	.60**	.51**	.47**	.18	.30**	-.14	-.15	-.15	-.15	.05
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias													
11	Limitación alimenticia cuantitativa	.20	.23*	.14	.11	.07	.05	.31**	.26*	-.21	-.38**	.03	-.06	-.08
36	Abuso de laxantes	-.05	-.01	.01	.06	.07	.08	.14	.07	-.14	-.20	.07	.07	-.05
41	Ayuno excesivo	-.02	.14	.02	.12	.18	.12	.19	.20	-.04	-.14	-.07	-.14	.20
	VI Ataques de comer atípicos (Binge Atíp.)													
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	.22*	.22*	.13	.03	.06	.08	.16	.21	.19	.14	-.13	-.22*	-.04
31	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer atípicos	.14	.16	.07	.03	.02	-.03	.19	.25*	.22	.18	-.12	-.12	.17
	-- Sin coordinación a subescalas													
24	Evidentes ataques compulsivos de comer (6 meses)	.47**	.34**	.29**	.61**	.39**	.42**	.09	.20	.05	.01	-.20	-.19	.15
32	Frecuencia de los evidentes ataques compulsivos de comer atípicos	.16	.19	.10	.06	.06	.01	.21	.27	.23*	.12	-.11	-.11	.19

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las respectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Tabla 12: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (items sin coordinación en subescalas 2)

		Limitación alimenticia excepto episodios bulímicos Mes 1	Limitación alimenticia excepto episodios bulímicos Mes 2	Limitación alimenticia excepto episodios bulímicos Mes 3	Vómitos provocados por uno mismo Nº de días	Vómitos provocados por uno mismo Nº de episodios	Vómitos provocados por uno mismo Nº de días Mes 2	Vómitos provocados por uno mismo Nº de días Mes 3	Abuso de laxantes Nº de días	Abuso de laxantes Nº de episodios	Abuso de laxantes Nº de episodios Mes 2	Abuso de laxantes Nº de episodios Mes 3
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)											
7	Miedo al aumento de peso	.56**	.54**	.41**	.16	.26*	.19	.15	.24*	.29**	.26*	.28**
10	Autoestima dependiente de figura y peso	.16	.15	.15	-.20	-.21	-.20	-.10	.11	.14	.12	.13
12	Restricción cualitativa de la nutrición	.46**	.45**	.45**	.13	.22*	.17	.15	.12	.24*	.34**	.29**
13	Límites calóricos	.24	.25*	.25*	.01	.18	.17	.15	.23*	.22*	.19	.25*
16	Trastornos del esquema corporal	.47**	.39**	.39**	.13	.25*	.18	.05	.27*	.36**	.30**	.33**
42	Exceso de movimiento	.29*	.20	.20	-.09	-.04	-.12	-.13	.30**	.30**	.26*	.31**
59	Conductas compulsivas con respecto a la comida	.25*	.24	.24	-.06		.00	-.02	.19	.34**	.26*	.23*
60	Fijación mental en la comida	.50**	.49**	.49**	.33**	-.00	.30**	.37**	.20	.24*	.22*	.14
61	Fijación mental en figura delgada	.27*	.17	.27*	-.05	-.10	-.14	-.12	.19	.15	.12	.14
	IV Síntomas bulímicos (Bul)											
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.16	.14	.08	.45*	.55**	.55**	.41**	.09	.17	.20	.22*
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	.06	.03	-.03	.39**	.45**	.45**	.31*	.09	.17	.28**	.22*
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	.28*	.18	.27*	.50**	.61**	.64**	.61**	.02	.12	.14	.17
26	Pérdida de control	.16	.14	.08	.41**	.47**	.47**	.44**	.10	.18	.20	.23*
35	Vómitos	.23	.13	.08	.81**	.90**	.84**	.76**	.08	.11	.11	.15
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias											
11	Limitación alimenticia cuantitativa	.49**	.60**	.42**	.16	.18	.12	.14	.28*	.34**	.31**	.33**
36	Abuso de laxantes	.37**	.38**	.28*	-.06	.08	.07	.06	.65**	.84**	.71**	.78**
41	Ayuno excesivo	.33**	.34**	.31*	-.03	.22*	.21	.13	.22*	.35**	.30**	.38*
	VI Ataques de comer atípicos (Binge Atíp.)											
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	.07	.02	.00	.13	.13	.14	.12	.03	.04	.09	.06
31	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer atípicos	.04	.06	.01	.12	.06	.07	.06	.05	-.02	.02	-.01
	-- Sin coordinación a subescalas											
24	Evidentes ataques comp. de comer (6 meses)	.31**	.22	.30*	.48**	.59**	.57**	.54**	.01	.11	.14	.16
32	Frecuencia de los evidentes ataques compulsivos de comer atípicos	.09	.10	.06	.14	.09	.11	.09	.06	-.01	.03	.00

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las respectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Tabla 13: Correlaciones entre items de la SIAB-EX y la EDE (Items sin coordinación en subescalas 3)

Nº		Abuso de diuréticos Número de episodios	Movimiento físico intensivo Número de días	Movimiento físico intensivo Número de días Mes 2	Movimiento físico intensivo Número de días Mes 3	Número de semanas (3 meses) sin un control extremo del peso
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)					
7	Miedo al aumento de peso	7	.25*	.22*	.24*	.03
10	Autoestima dependiente de figura y peso	10	.15	.15	.16	.11
12	Restricción cualitativa de la nutrición	12	.24*	.20	.23*	-.06
13	Límites calóricos	13	.40**	.27*	.32**	-.13
16	Trastornos del esquema corporal	16	.21	.16	.20	-.01
42	Exceso de movimiento	42	.55**	.49**	.55**	-.00
59	Conductas compulsivas con respecto a la comida	59	.27*	.30**	.27**	-.00
60	Fijación mental en la comida	60	.27*	.26*	.27*	-.02
61	Fijación mental en figura delgada	61	.26*	.25*	.26*	.06
	IV Síntomas bulímicos (Bul)					
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	21 a	-.14	-.18	-.15	.06
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	21 b	-.06	-.11	-.07	.06
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	23	-.10	-.13	-.09	.16
26	Pérdida de control	26	-.05	-.10	-.06	.07
35	Vómitos	35	-.10	-.08	-.11	-.10
	V Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias					
11	Limitación alimenticia cuantitativa	11	.31**	.28**	.30**	-.12
36	Abuso de laxantes	36	.14	.05	.03	-.12
41	Ayuno excesivo	41	.20	.01	.09	.15
	VI Ataques de comer atípicos (Binge Atíp.)					
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	29	.00	-.07	-.09	-.12
31	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer atípicos	31	-.06	-.13	-.14	.05
	-- Sin coordinación a subescalas					
24	Evidentes ataques comp. de comer (6 meses)	24	-.11	-.14	-.10	.12
32	Frecuencia de los evidentes ataques compulsivos de comer atípicos	32	-.05	-.12	-.13	.06

*p <.05; **p <.01; N es variable. Las correlaciones se calcularon según la recodificación en virtud de las normas de las respectivas entrevistas con 0 (clínicamente no significativo) y con 1 (clínicamente significativo).

Resumen del estudio comparativo entre la SIAB-EX y la EDE

La SIAB-EX y la EDE se diferencian en algunos items importantes:

1. Mientras la EDE incluye exclusivamente síntomas relacionados con trastornos alimenticios, la SIAB-EX contiene además numerosas preguntas sobre psicopatología no relacionada con trastornos alimenticios. La SIAB-EX abarca todos los campos sintomáticos que aparecen con frecuencia en pacientes (hombres y mujeres) con trastornos alimenticios, como por ejemplo, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, etc.
2. Por medio de la EDE no se pueden obtener los diagnósticos de trastornos alimenticios de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y del tipo 6, (binge eating disorder) descrito en los trastornos alimenticios no especificados del DSM-IV. La SIAB-EX incluye también los diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa de acuerdo con el DSM-IV. Para el diagnóstico de binge eating disorder, la SIAB-EX sigue estrechamente los criterios precursores descritos en el anexo del DSM-IV. Junto a los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y binge eating disorder, la SIAB-EX ofrece también criterios operacionales para los tipos representados en el DSM-IV de anorexia nerviosa y de bulimia nerviosa, así como para todo tipo de trastornos alimenticios no especificados según DSM-IV y algunos síndromes de trastornos alimenticios que no son incluidos en el DSM-IV. A través de la SIAB-EX se pueden obtener adicionalmente todos los diagnósticos de trastornos alimenticios incluidos en el ICD-10 (criterios científicos) por medio de criterios operacionales.
3. Mientras que la EDE (con excepción de algunos items de diagnósticos que incluyen los últimos tres meses) abarca únicamente las últimas cuatro semanas antes de la entrevista, la SIAB-EX considera tanto el estado actual como la vida entera de la persona entrevistada. Esto hace que la SIAB-EX sea adecuado para estudios epidemiológicos y diagnósticos clínicos.
4. En la SIAB-EX existen para cada pregunta claras instrucciones en relación con la clasificación de los síntomas en la escala de grado de gravedad (véase la introducción para la realización de la entrevista –definiciones, operacionalizaciones y ejemplos básicos para cada item). Algoritmos por ordenador para la elaboración de diagnósticos y la suma de los valores están disponibles.

Siempre que se incluyan los mismos campos sintomáticos, la coincidencia entre ambas entrevistas es por lo general alta. Sin embargo, como ya se ha indicado más arriba, existen también algunas diferencias considerables. Aquí, las distintas definiciones de ataques compulsivos de comer son un aspecto impor-tante. Evidentemente los conceptos de la EDE (ataques subjetivos de comer, comer en exceso objetivo y subjetivo y los conceptos de la SIAB-EX (ataques de comer subjetivos y atípicos) no son coincidentes.

Comparación de las escalas de la SIAB-EX con el cuestionario de autoevaluación

La SIAB-EX fue comparado con el Eating Disorder Inventory (EDI-2, Garner, Olmsted y Polivy, 1983, Garner, 1991), el Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ, Stunkard y Messick, 1985; alemán: Pudel & Westenhöfer, 1989), la Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R; Derogatis, Rickels y Rock, 1976), el Beck Depressions-Inventar (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y la escala PERI-Demoralisación (PERI-D; Dohrenwend, Shrout, Egri y Mendelson, 1980). Todos los cuestionarios se refieren en distintas variantes al período actual. Los resultados están representados en las tablas 14 y 15.

Validez convergente

La escala de la SIAB-EX, esquema corporal e ideal de delgadez debería mostrar altas correlaciones con las escalas conceptualmente similares del EDI-ansia por ser delgado/a (drive for thinness), EDI-insatisfacción física y la escala control cognitivo del TFEQ. En efecto, las correlaciones entre esquema corporal e ideal de delgadez de la SIAB-EX y el ansia por ser delgado/a del EDI, así como el control cognitivo del TFEQ presentanlas más altas correlaciones, sin embargo la escala del SIAB-EX mostró correlacion negativa con la escala insatisfacción física del EDI.

La escala psicopatología general de la SIAB-EX mostró altas correlaciones con el valor total del BDI, la escala PERI-Demoralisación, el valor global del EDI, la escala ineficacia del EDI y la escala inseguridad social del EDI; en grado menor con las escalas específicas para trastornos alimenticios. Las correlaciones con la SCL-90 fueron algo menores, aunque señalan una muestra plausible.

Tabla 14: Correlaciones de subescalas de la SIAB-EX (ahora) con escalas estandarizadas de psicopatología general y específicas para trastornos alimenticios (N = 377)

SIAB-EX	N	BI	GenPsySoc	Sex	Bul	Counteract	Binge atíp.
Eating Disorder Inventory (EDI)							
Valor global	356	.28 **	.52 **	.29 **	.37 **	.27 **	.12*
Deseo de ser delgado/a	361	.38 **	.30 **	.19 **	.33 **	.36 **	-.01
Bulimia	359	.00	.24 **	.05	.65 **	.07	.19 **
Insatisfacción con el cuerpo	356	-.10	.20 **	.03	.04	.02	.26 **
Ineficacia	356	.33 **	.57 **	.33 **	.22 **	.23 **	.01
Perfeccionismo	359	.16 **	.23 **	.14 *	.12 *	.10	.00
Desconfianza interpersonal	357	.15 **	.42 **	.24 **	.22 **	.15 **	.00
Percepción interoceptiva	355	.33 **	.45 **	.28 **	.28 **	.31 **	.07
Miedo a ser adulto	353	.24 **	.25 **	.31 **	.03	.16 **	-.01
Ascetismo	355	.38 **	.42 **	.27 **	.22 **	.26 **	.07
Regulación de impulsos	357	.17 **	.40 **	.18 **	.25 **	.26 **	.07
Inseguridad social	356	.28 **	.57 **	.30 **	.23 **	.26 **	.02
Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)							
Control cognitivo	355	.62 **	.13 *	.15 *	.07	.41 **	-.27 **
Desinhibición	356	-.19 **	.10	-.03	.51 **	-.07	.30 **
Hambre	357	-.14 **	.10	-.02	.41 **	-.13 *	.33 **
Symptom Checkliste SCL 90-R (SCL)							
Índice sintomático general	339	.15 **	.30 **	.07	.11 *	.08	.09
Somatización	339	.12 *	.26 **	.02	.14 *	.04	.07
Conducta compulsiva	338	.12 *	.27 **	.07	.09	.04	.10
Inseguridad en contactos sociales	339	.13 *	.31 **	.19 **	.09	.11 *	.01
Depresión	339	.14 **	.33 **	.16 **	.13 *	.06	.06
Ansiedad	339	.13*	.27 **	.03	.09	.08	.13 *
Agresividad / Hostilidad	339	.09	.15 **	-.01	.05	.04	.09
Miedo fóbico	339	.13 *	.18 **	-.03	.02	.06	.05
Ideas paranoides	339	.10	.21 **	.07	.07	.06	.05
Psicoticismo	339	.14 **	.20 **	.02	.11 *	.07	.09
Beck-Depression-Index (BDI)	362	.38**	.66 **	.34 **	.21 **	.37 **	.01
PERI Demoralization-Score (PERI)	363	.31 **	.68 **	.29 **	.24 **	.25 **	.00

*p <.05; **p <.01;
BI= Esquema corporal e ideal de delgadez; GenPsySoc= psicopatología general e integración social; Sex=sexualidad; Bul=síntomas bulímicos; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp.=ataques compulsivos de comer atípicos

Tabla 15: Correlaciones de subescalas de la SIAB-EX (antes) con escalas estandarizadas de psicopatología general y específicas para trastornos alimenticios (N = 377)

SIAB-EX	N	BI	GenPsy	SexSoc	Bul	Counteract	Binge atíp.
Eating Disorder Inventory (EDI)							
Valor global	356	.20 **	.51 **	.33 **	.35 **	.37 **	.12*
Deseo de ser delgado/a	361	.28 **	.31 **	.15 **	.29 **	.34 **	-.03
Bulimia	359	.10	.24 **	.14 **	.64**	.30 **	.24 **
Insatisfacción con el cuerpo	356	-.21 **	.22 **	-.03	.07	.20 **	.21 **
Ineficacia	356	.25 **	.52 **	.35 **	.20 **	.24 **	-.02
Perfeccionismo	359	.23 **	.25 **	.23 **	.17 **	.13 *	.05
Desconfianza interpersonal	357	.07 **	.31 **	.31 **	.12 *	.17 **	.00
Percepción interoceptiva	355	.25 **	.44 **	.34 **	.25 **	.32 **	.05
Miedo a ser adulto	353	.20 **	.26 **	.30 **	.03	.10	.03
Ascetismo	355	.27 **	.39 **	.31 **	.17 **	.27 **	.00
Regulación de impulsos	357	.20 **	.39 **	.25 **	.24 **	.32 **	.09
Inseguridad social	356	.16 **	.49 **	.40 **	.18 **	.25 **	.01
Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)							
Control cognitivo	355	.58 **	.14 **	.21 **	.05	.16 **	-.26 **
Desinhibición	356	-.14 **	.13 **	.06	.55 **	.23 **	.35 **
Hambre	357	-.13 **	.10	.00	.44 **	.17 **	.34 **
Symptom Checkliste SCL 90-R (SCL)							
Índice sintomático general	339	.15 **	.26 **	.15 **	.12 *	.02	.05
Somatización	339	.12 *	.25 **	.14 **	.11 *	.00	.06
Conducta compulsiva	338	.13 *	.23 **	.14 **	.14 **	.04	.06
Inseguridad en contactos sociales	339	.12 *	.27 **	.25 **	.12 *	.12 *	.00
Depresión	339	.11 *	.27 **	.22 **	.16 **	.10	.03
Ansiedad	339	.15 **	.24 **	.13 *	.11 *	.04	.06
Agresividad / Hostilidad	339	.11 *	.10	.02	.05	-.09	.02
Miedo fóbico	339	.16 **	.21 **	.03	.02	-.06	.06
Ideas paranoides	339	.12 *	.14 **	.10	.09	-.06	.04
Psicoticismo	339	.17 **	.15 **	.06	.08	-.07	.05
Beck-Depression-Index (BDI)	362	.28**	.52 **	.36 **	.16 **	.37 **	-.01
PERI Demoralization-Score (PERI)	363	.23 **	.54 **	.37 **	.22 **	.30 **	-.01

*p <.05; **p <.01;
BI= Esquema corporal e ideal de delgadez; GenPsy= psicopatología general; Sex=sexualidad; Bul=síntomas bulímicos; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp.=ataques compulsivos de comer atípicos

La escala sexualidad e integración social) (SIAB-EX SOC y SIAB-EX SEXSOC) presenta alta correlación con la BDI y la PERI-demoralisation. Al igual, SIAB-EX SEX (ahora) indica un alto grado de relación con la escala ineficacia del EDI y con la escala miedo a ser adulto del EDI. Con

respecto a SIAB-EX SEXSOC (antes) se encontró altas correlaciones con la mayoría de las escalas del EDI referentes a la personalidad.
Síntomas bulímicos (SIAB-EX) tienen alta correlación con la escala bulimia del EDI, desinhibición del TFEQ y hambre del TFEQ.
La escala de la SIAB-EX de medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias (ahora) resultó tener alta correlación con ansia por estar delgado/a del EDI, percepción interoceptiva del EDI, control cognitivo del TFEQ y el BDI; sin embargo, muestra solamente correlaciones bajas con las escalas regulación de impulsos del EDI y bulimia del EDI. Para la sintomatología de períodos anteriores de medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias de la SIAB-EX se encontraron altos grados de coincidencia con las escalas del EDI ansia por estar delgado/a, bulimia, percepción interoceptiva y regulación de impulsos, así como con el control cognitivo del TFEQ. Se observa un menor grado de correlación (antes) o ninguna (ahora) entre la escala medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias de la SIAB-EX y desinhibición del TFEQ, mientras que el BDI muestra correlaciones con esta escala de la SIAB-EX para ambos períodos de medición.
Los ataques de comer atípicos (SIAB-EX) estan correlados moderadamente con las escalas bulimia del EDI e insatisfacción física del EDI ycorrelados negativamente con el control cognitivo del TFEQ. Una mayor correspondencia se pudo encontrar con desinhibición del TFEQ y hambre del TFEQ.
Estos resultados confirman la validez convergente de construcción de las escalas empíricamente confeccionadas de la SIAB-EX. El comportamiento bulímico se separa claramente de las medidas inadecuadas para contrarrestar, los trastornos del esquema corporal e ideal de delgadez.

Validez discriminatoria

Las escalas de la SCL-90 muestran correlaciones muy bajas con todas las escalas de la SIAB-EX, a excepción de la escala psicopatología general. La BDI y la PERI-Demoralisación muestran altas correlaciones con todas las escalas de la SIAB-EX, excepto ataques compulsivos de comer atípicos. Existe una relación mucho más estrecha entre la depresión o demoralisación y la psicopatología general, como es medida en la SIAB-EX, aunque depresiones parecen estar relacionadas con la mayoría de los síntomas de trastornos alimenticios. Laescala bulimia del EDI no esta correlacionado con el esquema corporal e ideal de delgadez de la SIAB-EX; pero por contrario, presenta un alto gardo de correlación con síntomas bulímicos de la SIAB-EX, lo que demuestra la acertada división entre estas dos escalas de la SIAB-EX. En este contexto es plausible que la mayoría de las escalas del EDI relacionadas con la personalidad muestren el mayor grado de correlación con la psicopatología general (SIAB-EX). Conforme a lo esperado, desinhibición del TFEQ y hambre del TFEQ sólo coinciden con aquellas escalas de la SIAB-EX que se refieren a los ataques compulsivos de comer y no con otras escalas.

2.5.4 Valores comparativos

Las tablas 16 a 19 muestran los datos comparados de una prueba de 377 pacientes (11 hombres y 366 mujeres). Todas las personas se sometieron a tratamiento estacionario debido a su trastorno alimenticio. Los datos se obtuvieron poco después de su ingreso. La edad media alcanzó los 29 años. El Body Mass Index alcanzó de media 26.0. Al ingresar, 60 personas tenían un diagnóstico de anorexia nerviosa y 97 un diagnóstico de bulimia nerviosa según el DSM-IV. Además se muestran los datos de 111 mujeres sanas, cuya edad media en la encuesta era de 21 años y el Body Mass Index medio fue de 20.3.

Tabla 16: Datos sobre la coincidencia entre observadores de la SIAB-EX (N=31), así como valores medios, diferencias del estándar y grado de coincidencia de SIAB-EX y SIAB-S para la valoración de "antes" de pacientes (hombres y mujeres con trastornos alimenticios) sometidos a tratamiento estacionario (N=377)

Nº		Coincidencia de observadores Kappa[1] (N=31)	N	Valoración por expertos EX M (SD)	Auto-Evaluación SR M (SD)	Correlación EX.SR (Pearsons's R)	Kappa[1] EX/SR
	I Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)		370	1.9 (0.8)	1.9 (0.8)	0.69**	0.49**
16	Trastornos del esquema corporal	0.62	358	2.2 (1.5)	1.5 (1.7)	0.52**	0.38**
7	Miedo al aumento de peso	0.95	365	2.6 (1.3)	2.6 (1.4)	0.40**	0.33**
61	Fijación mental en figura delgada	1.00	367	2.7 (1.2)	2.9 (1.4)	0.30**	0.24**
(1)	Falta de peso (modificado)/ diferencias del peso normal		355	1.9 (1.7)	1.8 (1.7)	0.98**	0.95**
12	Restricción cualitativa de la nutrición	0.76	363	2.6 (1.3)	2.4 (1.6)	0.35**	0.26**
59	Conductascompulsivas com respecto a la comida	0.50	366	1.2 (1.2)	1.3 (1.6)	0.37**	0.29**
42	Exceso de movimiento	0.78	364	1.7 (1.5)	1.8 (1.4)	0.55**	0.44**
60	Fijación mental en a la comida	1.00	367	3.1 (3.1)	2.6 (1.5)	0.36**	0.28**
14	Escupir alimentos	0.96	364	0.5 (1.1)	0.7 (1.3)	0.41**	0.37**
3	Orientación interna al rendimiento	0.70	359	1.8 (1.3)	3.1 (1.1)	0.36**	0.09**
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	1.00	222	2.8 (1.0)	2.9 (1.3)	0.30**	0.26**
13	Límites calóricos	1.00	355	2.0 (1.7)	1.9 (1.6)	0.50**	0.46**
19	Amenorrea (modificado)	0.81	357	1.3 (1.0)	1.2 (1.2)	0.48**	0.54**
55	Estreñimiento	0.79	362	1.6 (1.6)	1.6 (1.5)	0.59**	0.55**
15	Rumiación	1.00	365	0.2 (0.7)	0.2 (0.8)	0.74**	0.74**
17	Negación del peligro del peso insuficiente		83	2.0 (1.9)	1.4 (1.8)	0.45**	0.42**
	II Psicopatología general (GenPsy)		370	1.5 (0.7)	1.6 (0.9)	0.68**	0.43**
66	Reduccón de la confianza en las propias capacidades	0.63	367	2.2 (1.2)	2.4 (1.5)	0.48**	0.37**
65	Pensamientos depresivos	0.72	367	2.2 (1.2)	2.6 (1.4)	0.40**	0.30**
64	Estado de ánimo depresivo	0.54	366	2.4 (1.1)	2.6 (1.4)	0.33**	0.25**
67	Disminución de la autoestima	0.76	365	2.5 (1.3)	2.5 (1.4)	0.46**	0.29**
4	Miedos	0.49	365	1.4 (1.2)	2.0 (1.3)	0.43**	0.26**
6	Alteraciones del sueño	0.77	365	2.1 (1.2)	1.6 (1.5)	0.52**	0.38**
62	Sensación de insuficiencia propia y de desamparo	0.59	366	2.4 (1.2)	2.2 (1.5)	0.24**	0.13**
58	Pensamientos y cavilaciones compulsivas	0.75	360	0.5 (0.9)	0.9 (1.3)	0.39**	0.33**

Tabla 16 (continuación)

Nº		Coincidencia de observadores Kappa[1] (N=31)	N	Valoración por expertos EX M (SD)	Auto-Evaluación SR M (SD)	Correlación EX.SR (Pearsons's R)	Kappa[1] EX/SR
68	Pensamientos suicidas	0.69	366	2.1 (1.5)	1.4 (1.4)	0.63**	0.53**
5	Fobias	0.66	365	1.2 (1.1)	1.7 (1.5)	0.42**	0.31**
56	Control y repetición compulsivos	0.62	364	0.5 (0.9)	0.9 (1.3)	0.47**	0.28**
69	Actos suicidas	0.90	367	0.7 (1.1)	0.6 (1.0)	0.80**	0.66**
70	Conductas autoagresivas	1.00	366	0.7 (1.2)	0.6 (1.1)	0.75**	0.61**
57	Limpieza compulsiva	0.86	364	0.6 (1.0)	0.6 (1.1)	0.57**	0.42**
	III Sexualidad e integración social (SexSoc)		368	2.3 (0.8)	1.9 (0.9)	0.48**	0.70**
78	Conducta sexual	0.66	344	1.8 (1.8)	1.5 (1.7)	0.29**	0.24**
76	Miedos sexuales	0.76	359	2.0 (1.6)	1.8 (1.5)	0.50**	0.45**
79	Falta de organización activa del tiempo libre	0.64	364	2.6 (1.4)	2.0 (1.4)	0.27**	0.24**
82	Evitar contactos	0.51	361	2.1 (1.4)	1.8 (1.5)	0.40**	0.30**
75	Disminución de necesidades sexuales	0.80	359	2.7 (1.7)	1.6 (1.6)	0.38**	0.23**
77	Estabilidad de la relación de pareja	0.68	363	1.9 (1.5)	1.5 (1.3)	0.46**	0.36**
81	Calidad de los contactos sociales	0.89	359	1.8 (1.8)	1.5 (1.3)	0.43**	0.44**
83	Negación de la enfermedad	0.79	356	2.8 (1.4)	2.6 (1.6)	0.09	-0.01
84	Evaluación global de los síntomas	1.00	351	3.4 (0.8)	2.6 (1.4)	0.18**	0.08**
80	Disminución de contactos sociales	0.70	363	2.0 (1.3)	2.0 (1.3)	0.43**	0.34**
53	Perjuicio real	0.68	347	2.5 (1.3)	1.3 (1.4)	0.26**	0.14**
63	Percepción disminuída de estímulos internos	1.00	367	2.3 (1.0)	2.1 (1.6)	0.36**	0.18**
	IV Síntomas bulímicos (Bul)		369	2.4 (1.2)	2.0 (1.4)	0.70**	0.69**
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivo)	0.97	355	2.6 (1.5)	1.8 (1.4)	0.57**	0.51**
23	Frecuencia de ataques compulsivos de comer (3 meses)		361	2.5 (1.5)	2.2 (1.6)	0.60**	0.53**
24	Frecuencia de ataques compulsivos de comer (6 meses)[2]		208	2.8 (1.4)	2.1 (1.6)	0.62**	0.53**
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivo)	0.88	364	2.8 (1.5)	2.2 (1.6)	0.58**	0.48**
26	Pérdida de control	0.88	322	2.3 (1.2)	2.2 (1.7)	0.49**	0.43**
28	Sensación de sufrimiento y de preocupación en relación con ataques compulsivos de comer	0.95	209	2.1 (1.5)	2.4 (1.6)	0.50**	0.44**
35	Vómitos	0.93	364	2.1 (1.9)	1.7 (1.8)	0.78**	0.72**
34	Compulsión por comer o voracidad	0.83	220	2.1 (1.4)	2,.3 (1.7)	0.43**	0.39**
22	Transcurso temporal de ataques compulsivos de comer	1.00	80	2.1 (1.7)	1.9 (1.4)	0.69**	0.61**

Tabla 16 (continuación)

Nº		Coincidencia de observadores Kappa[1] (N=31)	N	Valoración por expertos EX M (SD)	Auto-Evaluación SR M (SD)	Correlación EX.SR (Pearsons's R)	Kappa [1] EX/SR
	V Medidas para contrarrestar, ayuno, abuso de sustancias (Counteract)		367	1.0 (0.6)	0.8 (0.6)	0.70**	0.29**
38	Inhibidores del apetito	1.00	363	0.6 (1.1)	0.6 (1.2)	0.67**	0.51**
37	Diuréticos	0.91	363	0.3 (0.8)	0.3 (0.9)	0.60**	0.44**
41	Ayuno excesivo	0.45	219	1.5 (1.6)	1.0 (1.3)	0.55**	0.49**
72	Tranquilizantes	0.97	363	0.4 (.09)	0.7 (1.2)	0.44**	0.23**
73	Drogas	1.00	364	0.3 (.07)	0.3 (0.8)	0.74**	0.72**
36	Abuso de laxantes	0.66	362	1.2 (1.5)	0.9 (1.3)	0.72**	0.60**
11	resricción cuantitativa de la nutrición	1.00	362	3.1 (1.2)	2.4 (1.5)	0.35**	0.13**
71	Abuso de alcohol	0.89	362	1.3 (0.9)	1.1 (1.0)	0.64**	0.51**
39	Medicamentos para el aumento de la función de los tiroides	1.00	363	0.1 (0.4)	0.1 (0.6)	0.28	0.14**
43	Enemas	1.00	84	0.6 (0.4)	0.1 (0.3)	0.38**	-0.01
44	Revulsivos	1.00	84	0.0 (0.0)	0.0 (0.2)	--	--
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)		84	1.1 (1.1)	1.6 (1.1)	0.47**	0.47**
31	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (3 meses)		83	1.1 (1.4)	1.8 (1.7)	0.30**	0.34**
32	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (6 meses) [2]		82	1.0 (1.4)	1.6 (1.6)	0.28**	0.29**
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	0.90	83	1.6 (1.8)	1.7 (1.5)	0.45**	0.35**
33	Aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estress y agobio	1.00	84	1.6 (1.7)	2.1 (1.6)	0.57**	0.56**
30	Sensación agradable de saciedad después de ataques compulsivos de comer.		82	0.1 (0.6)	0.9 (1.3)	-0.01	-.002
	Valor global		**370**	**1.7 (0.5)**	**1.6 (0.7)**	**0.66****	**0.56****

M = Valor medio; SD = Diferencia del estándar; **p < 0.01, *p < 0.05; n.s. = no significativo; -- incalculable

[1] Kappa se calculó sobre la base de los items recodificados (0 y 1 = 0, clínicamente no significativo; 2-4 = 1, clínicamente significativo).

[2] El itam es calculado adicionalmente (no está contenida en ninguna subescala)

Tabla 17: Datos sobre la coincidencia entre observadores de la SIAB-EX (N=31), así como valores medios, diferencias del estándar y grado de coincidencia de SIAB-EX y SIAB-S para la valoración de "ahora" de pacientes (hombres y mujeres con trastornos alimenticios) sometidos a tratamiento estacionario (N=377)

Nº		Coincidencia de observadores Kappa[1] (N=31)	N	Valoración por expertos EX M (SD)	Auto-Evaluación SR M (SD)	Correlación EX.SR (Pearsons's R)	Kappa[1] EX/SR
	I Esquema corporal e ideal de delgadez		370	1.2. (0.6)	1.4 (0.6)	0.71**	0.40**
16	Trastornos del esquema corporal	0.67	356	1.6 (1.4)	0.9 (1.4)	0.50**	0.36**
7	Miedo al aumento de peso	0.66	366	1.9 (1.2)	2.4 (1.4)	0.37**	0.32**
61	Fijación mental en figura delgada	0.73	369	2.0 (1.3)	2.5 (1.4)	0.32**	0.28**
12	Restricción cualitativa de la nutrición	0.59	366	1.3 (1.4)	1.6 (1.5)	0.51**	0.48**
59	Conducta compulsiva con respecto a la comida	0.76	367	0.9 (1.1)	1.1 (1.4)	0.50**	0.41**
(1)	Falta de peso (modificado)/ Diferencia del peso normal		363	0.9 (1.4)	1.0 (1.4)	0.95**	0.90**
13	Límites calórícos	0.72	361	0.5 (1.2)	0.8 (1.2)	0.52**	0.45**
60	Fijación mental en la comida	0.82	369	2.3 (1.5)	2.2 (1.5)	0.48**	0.41**
19	Amenorrea (modificada)	0.65	353	0.9 (1.0)	0.9 (1.1)	0.66**	0.71**
3	Orientación interna al rendimiento	0.60	307	1.3 (1.2)	2.4 (1.3)	0.26**	0.06**
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	0.75	222	2.4 (1.1)	2.5 (1.4)	0.42**	0.37**
14	Escupir alimentos	1.00	367	0.2 (0.8)	0.6 (1.3)	0.29**	0.29**
42	Exceso de movimiento	0.73	364	0.6 (1.0)	0.9 (1.2)	0.45**	0.35**
55	Estreñimiento	0.79	363	0.8 (1.4)	1.2 (1.4)	0.65**	0.57**
63	Percepción reducida de estímulos internos	0.68	369	2.0 (1.0)	2.1 (1.5)	0.48**	0.37**
83	Negación de la enfermedad	1.00	365	0.7 (1.0)	1.7 (1.6)	-0.08**	-0.04**
15	Rumiar	1.00	367	0.1 (0.5)	0.1 (0.6)	0.54**	0.51**
17	Negación del peligro del peso insuficiente		84	0.7 (1.4)	1.0 (1.4)	0.45**	0.41**
	II Psicopatología general e integración social (GenPsySoc)		370	1.1 (0.7)	1.5 (0.7)	0.77**	0.37**
67	Disminución de la autoestima	0.86	365	1.9 (1.5)	2.2 (1.4)	0.54**	0.40**
66	Reducción de la confianza en las propiaa capacidades	0.49	369	1.7 (1.3)	2.0 (1.4)	0.53**	0.44**
64	Estado de ánimo depresivo	0.75	368	1.6 (1.2)	2.2 (1.4)	0.54**	0.46**
65	Pensamientos depresivos	0.69	369	1.5 (1.3)	2.2 (1.4)	0.37*	0.30**
82	Evitar contactos	0.67	365	1.3 (1.4)	1.5 (1.4)	0.53**	0.48**
79	Falta de organización activa del tiempo libre	0.60	359	1.9 (1.5)	2.3 (1.3)	0.48**	0.36**

Tabla 17 (continuación)

Nº		Coincidencia de observadores Kappa[1] (N=31)	N	Valoración por expertos EX M (SD)	Auto-Evaluación SR M (SD)	Correlación EX.SR (Pearsons's R)	Kappa[1] EX/SR
4	Miedos	0.67	367	1.1 (1.1)	2.1 (1.2)	0.43**	0.23**
68	Pensamietos suicidas	0.66	368	0.6 (1.1)	0.8 (1.2)	0.53**	0.52**
62	Sensación de insuficiencia propia y de desamparo	0.61	368	1.8 (1.4)	2.1 (1.4)	0.38**	0.35**
80	Disminución de contactos sociales	0.70	363	1.3 (1.3)	2.0 (1.3)	0.62**	0.49**
6	Alteraciones del sueño	0.82	369	1.6 (1.5)	1.8 (1.4)	0.59**	0.51**
5	Fobias	0.69	366	1.0 (1.0)	1.5 (1.4)	0.42**	0.37**
53	Perjuicio real	0.80	357	2.2 (1.4)	1.7 (1.4)	0.47**	0.34**
72	Tranquilizantes	1.00	365	0.1 (0.4)	0.4 (0.9)	0.29**	0.06
58	Pensamientos y cavilaciones compulsivas	0.78	363	0.4 (0.8)	0.8 (1.2)	0.31**	0.25**
81	Calidad de contactos sociales	0.94	364	0.7 (1.3)	0.8 (1.0)	0.35**	0.33**
57	Limpieza compulsiva	0.77	365	0.4 (0.8)	0.5 (1.0)	0.50**	0.39**
56	Control y repetición compulsivos	0.74	366	0.4 (0.7)	0.9 (1.2)	0.54**	0.35**
69	Actos suicidas	1.00	369	0.01 (0.2)	0.2 (0.5)	0.13*	-0.01**
	III Sexualidad (Sex)		368	2.1 (1.3)	1.9 (1.3)	0.83**	0.16**
78	Conducta sexual	0.73	346	2.3 (1.8)	2.1 (1.8)	0.73**	0.68**
77	Estabilidad de la relación de pareja	0.78	359	2.1 (1.7)	2.0 (1.8)	0.82**	0.78**
76	Miedos sexuales	0.79	361	1.7 (1.6)	1.7 (1.6)	0.63**	0.51**
75	Disminución de las necesidades sexuales	0.68	363	2.3 (1.7)	1.6 (1.6)	0.64**	0.55**
	IV Síntomas bulímicos (Bul)		369	1.9 (1.2)	2.0 (1.2)	0.81**	0.58**
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer (3 meses)		365	1.8 (1.6)	2.0 (1.6)	0.73**	0.68**
24	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer (6 meses)[2]		204	1.8 (1.6)	2.1 (1.6)	0.77**	0.70**
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	0.98	357	1.8 (1.7)	1.6 (1.3)	0.64**	0.57**
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	0.81	366	2.0 (1.7)	1.8 (1.6)	0.68*	0.63**
26	Pérdida de control	0.64	318	1.8 (1.4)	2.0 (1.7)	0.48**	0.36**
28	Sensación de sufrimiento y de preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer	0.88	206	1.7 (1.6)	2.2 (1.7)	0.60**	0.54**
35	Vómitos	0.97	363	1.5 (1.8)	1.5 (1.7)	0.89**	0.83**
34	Compulsión por comer o voracidad	0.80	219	1.9 (1.5)	2.0 (1.7)	0.54**	0.51**
84	Valoración global de los síntomas	0.67	356	3.3 (0.8)	3.1 (0.9)	0.35**	0.19**
22	Transcurso temporal de los ataques compulsivos de comer (sólo SIAB-EX)						

Tabla 17 (continuación)

Nº		Coincidencia de observadores Kappa[1] (N=31)	N	Valoración por expertos EX M (SD)	Auto-Evaluación SR M (SD)	Correlación EX.SR (Pearsons's R)	Kappa[1] EX/SR
	V Medidas para contrarrestar, ayuno, abuso de sustancias (Counteract)		369	0.4 (0.3)	0.4 (0.3)	0.56**	0.56**
38	Inhibidores de apetito	1.00	364	0.1 (0.5)	0.1 (0.4)	0.41**	0.54**
41	Ayuno excesivo	1.00	219	0.3 (0.9)	0.3 (0.8)	0.36**	0.37**
36	Abuso de laxantes	1.00	363	0.4 (1.0)	0.4 (1.0)	0.81**	0.81**
73	Drogas	1.00	365	0.03 (.02)	0.04 (0.2)	0.41**	0.50**
70	Conductas autoagresivas	0.89	368	0.2 (.08)	0.3 (0.7)	0.45**	0.30**
37	Diuréticos	1.00	365	0.1 (0.3)	0.0 (0.5)	0.54**	0.39**
11	Restricción cuantitativa de la nutrición	0.82	363	1.5 (1.6)	1.3 (1.4)	0.54**	0.44**
71	Abuso de alcohol	1.00	366	0.7 (0.7)	0.7 (0.7)	0.59**	0.51**
39	Medicamentos para el aumento de la actividad de los tiroides	1.00	365	0.0 (0.1)	0.1 (0.5)	0.22	--
43	Enemas	1.00	86	0.0 (0.4)	0.0 (0.1)	1.0**	--
44	Revulsivos	1.00	85	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	--	--
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)		86	0.8 (1.0)	1.4 (1.1)	0.62**	0.45**
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	1.00	85	0.9 (1.6)	1.3 (1.5)	0.50**	0.34**
31	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (6 meses) [2]		86	0.8 (1.3)	1.6 (1.6)	0.49**	0.45**
32	Frequencia de ataques compulsivos de comer atípicos (6 meses)		85	0.8 (1.3)	1.6 (1.6)	0.47**	0.42**
33	Aumento de la cantidad comida en caso de estress y agobio	1.00	86	1.4 (1.7)	1.9 (1.6)	0.61**	0.54**
30	Sensación agradable de saciedad después de ataques compulsivos de comer.		86	0.1 (0.5)	0.6 (1.2)	0.17	.007
	Valor total		**370**	**1.2 (0.5)**	**1.4 (0.5)**	**0.80****	**0.35****

M = Valor medio; SD = Diferencias con respecto al estándar; **p < 0.01, *p < 0.05; n.s. = no significativo; -- incalculable

[1] Kappa se calculó sobre la base de los items recodificados (0 y 1 = 0, clínicamente no significativo; 2-4 = 1, clínicamente significativo).

[2] Información adicional (no está contenida en ninguna subescala)

Tabla 18: Valores medios y diferencias del estándar de SIAB-EX y SIAB-S para pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (antes)

		AN N=60			BN N=97		
Nº		N	Evaluación por expertos M (SD)	Auto-evaluación M (SD)	N	Evaluación por expertos M (SD)	Auto-evaluación M (SD)
	I Esquema corporal y ideal de delgadez (BI)	60	2.6 (0.4)	2.2 (0.8)	95	2.1 (0.6)	2.1 (0.7)
16	Trastornos del esquema corporal	60	3.4 (0.8)	2.2 (1.6)	95	2.4 (1.2)	1.9 (1.7)
7	Miedo al aumento de peso	60	3.6 (0.6)	2.6 (1.3)	95	3.0 (0.8)	3.1 (1.2)
61	Fijación mental en figura delgada	60	3.3 (0.8)	2.7 (1.4)	95	3.0 (1.0)	3.3 (1.1)
(1)	Falta de peso (modificado)/ diferencias al peso normal	60	3.9 (0.4)	3.8 (0.5)	90	1.7 (1.4)	1.7 (1.5)
12	Restricción cualitativa de la nutrición	58	3.1 (1.2)	2.6 (1.6)	95	2.9 (1.1)	2.8 (1.4)
59	Conducta compulsiva con respecto a la comida	60	2.2 (1.0)	2.0 (1.6)	94	1.2 (1,3)	1.4 (1.6)
42	Exceso de movimiento	60	2.5 (1.4)	2.2 (1.4)	95	2.0 (1.4)	2.1 (1.4)
60	Fijación mental en la comida	60	3.6 (0.7)	2.7 (1.5)	95	3.5 (1.0)	2.9 (1.4)
14	Escupir alimentos	59	0.9 (1.3)	0.9 (1.4)	94	0.8 (1.3)	1.1 (1.5)
3	Orientación interna al rendimiento	59	2.3 (1.3)	3.4 (0.9)	92	1.8 (1.3)	3.1 (1.1)
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	34	3.3 (0.9)	2.5 (1.5)	56	3.1 (0.7)	3.4 (0.9)
13	Límites calóricos	58	1.8 (1.9)	1.4 (1.6)	91	2.2 (17)	2.2 (1.6)
19	Amenorrea (modificado)	58	2.1 (0.6)	1.6 (1.2)	92	1.5 (1.0)	1.3 (1.2)
55	Estreñimiento	59	2.1 (1.6)	1.7 (1.4)	93	2.0 (1.7)	1.9 (1.5)
15	Rumiación	60	0.2 (0.7)	0.3 (0.9)	94	0.3 (1.0)	0.3 (0.9)
17	Negación del peligor del peso insuficiente	14	3.4 (1.2)	2.0 (2.0)	23	2.1 (1.8)	1.9 (1.8)
	II Psicopatología general (PsiGen)	60	1.5 (0.7)	1.6 (0.8)	95	1.8 (0.8)	1.9 (0.9)
66	Reducción de la confianza en las propia capacidad	60	2.1 (1.1)	2.5 (1.3)	95	2.6 (1.2)	2.6 (1.4)
65	Pensamientos depresivos	60	2.1 (1.2)	2.8 (1.3)	95	2.5 (1.3)	2.8 (1.2)
64	Estado de ánimo depresivo	60	2.1 (1.2)	2.4 (1.4)	95	2.4 (1.0)	2.9 (1.3)
67	Disminución de la autoestima	59	2.5 (1.2)	2.2 (1.3)	95	2.9 (1.2)	2.8 (1.4)
4	Miedos	60	1.4 (1.3)	1.8 (1.1)	94	1.5 (1.4)	2.3 (1.3)
6	Alteraciones del sueño	60	2.0 (1.6)	1.6 (1.6)	93	2.4 (1.5)	1.7 (1.5)
62	Sensación de insuficiencia propia y de desamparo	60	2.3 (1.1)	2.3 (1.4)	94	2.6 (1.1)	2.6 (1.4)
58	Pensamientos y cavilaciones compulsivas	59	0.5 (0.9)	0.9 (1.3)	93	0.6 (1.0)	1.2 (1.4)

Tabla 18 (continuación)

Nº		AN N=60 N	Evaluación por expertos M (SD)	Autoeva-luación M (SD)	BN N=97 N	Evaluaciónpo r expertos M (SD)	Autoeva-luación M (SD)
68	Pensamientos suicidas	59	2.0 (1.5)	1.4 (1.4)	95	2.5 (1.4)	1.8 (1.4)
5	Fobias	60	1.1 (1.2)	1.4 (1.4)	94	1.4 (1.1)	2.1 (1.5)
56	Control y repetición compulsivos	59	0.6 (1.0)	1.2 (1.3)	95	0.6 (1.0)	1.0 (1.3)
69	Conducta sexual	60	0.6 (1.2)	0.6 (1.1)	95	1.0 (1.3)	0.8 (1.2)
70	Conductas autoagresivas	60	0.8 (1.2)	0.7 (1.0)	94	1.1 (1.4)	1.0 (1.3)
57	Limpieza compulsiva	60	0.8 (0.9)	0.6 (0.9)	95	0.8 (1.1)	0.9 (1.3)
	III Sexualidad e integración social (SexSoc)	60	2.7 (0.6)	1.8 (0.9)	95	2.5 (0.7)	2.1 (0.8)
78	Conducta sexual	56	2.6 (1.7)	1.6 (1.6)	93	1.8 (1.8)	1.6 (1.8)
76	Miedos sexuales	58	2.8 (1.4)	2.1 (1.4)	95	2.3 (1.5)	2.0 (1.5)
79	Falta de organización activa del tiempo libre	60	2.9 (1.2)	1.6 (1.4)	94	2.8 (1.2)	2.3 (1.4)
82	Evitar contactos	59	2.4 (1.3)	1.7 (1.4)	94	2.2 (1.4)	2.3 (1.4)
75	Disminución de necesidades sexuales	59	3.7 (0.7)	1.9 (1.5)	94	2.5 (1.7)	1.7 (1.6)
77	Estabilidad de la relación de pareja	58	2.3 (1.6)	1.8 (1.4)	95	2.0 (1.4)	1.6 (1.3)
81	Calidad de contactos sociales	59	1.6 (1.6)	1.3 (1.2)	93	2.2 (1.8)	1.8 (1.3)
83	Negación de la enfermedad	55	3.3 (1.2)	2.6 (1.6)	93	2.8 (1.4)	3.2 (1.3)
84	Evaluación global de los síntomas	57	3.8 (0.4)	2.5 (1.5)	91	3.7 (0.5)	2.8 (1.3)
80	Disminución de contactos sociales	59	2.4 (1.3)	2.0 (1.3)	94	2.2 (1.3)	2.3 (1.4)
53	Perjuicio real	57	2.8 (1.3)	0.8 (1.2)	92	2.8 (1.1)	1.6 (1.4)
63	Percepción reducida de estímulos internos	60	2.5 (0.8)	2.1 (1.6)	95	2.5 (0.8)	2.5 (1.5)
	IV Síntomas bulímicos (Bul)	60	1.9 (1.4)	1.5 (1.4)	95	3.4 (0.5)	2.8 (1.1)
21 a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	59	2.1 (1.7)	1.3 (1.3)	93	3.6 (0.6)	2.4 (1.2)
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer (3 meses)	60	1.8 (1.6)	1.5 (1.6)	94	3.7 (0.6)	3.1 (1.3)
24	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer (6 meses)[2]	30	1.8 (1.4)	1.6 (1.6)	55	3.5 (0.7)	3.1 (1.4)
21 b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	60	2.4 (1.8)	1.5 (1.5)	95	3.7 (0.6)	3.0 (1.4)
26	Pérdida de control	47	1.9 (1.2)	2.0 (1.7)	90	3.0 (0.7)	2.8 (1.5)
28	Sensación de sufrimiento y de preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer	28	2.0 (1.6	2.2 (1.8)	56	2.9 (1.1)	3.0 (1.3)
35	Vómitos	60	2.0 (1.9)	1.4 (1.7)	95	3.5 (1.1)	2.8 (1.7)
34	Compulsión por comer o voracidad	34	2.1 (1.4)	1.7 (1.7)	56	3.2 (1.0)	3.1 (1.3)
22	Transcurso temporal de los ataques compulsivos de comer	12	1.4 (1.7)	1.0 (1.2)	23	3.0 (1.5)	3.0 (1.1)

Tabla 18 (continuación)

Nº		N	Evaluación por expertos M (SD)	Autoeva-luación M (SD)	N	Evaluaciónpor expertos M (SD)	Autoeva-luación M (SD)
	V Medidas para contrarretar, ayuno, abuso de sustancias (Counteract)	60	1.0 (0.5)	0.7 (0.5)	95	1.2 (0.6)	1.0 (0.7)
38	Inhibidores del apetito	60	0.4 (0.9)	0.1 (0.5)	95	0.9 (1.5)	0.9 (1.4)
37	Diuréticos	60	0.3 (0.9)	0.3 (0.8)	95	0.4 (1.1)	0.5 (1.1)
41	Ayuno excesivo	34	1.5 (1.8)	0.7 (1.1)	56	1.9 (1.6)	1.2 (1.3)
72	Tranquilizantes	60	0.3 (0.5)	0.6 (1.0)	93	0.5 (1.0)	0.8 (1.3)
73	Drogas	59	0.3 (0.8)	0.2 (0.7)	94	0.4 (0.8)	0.6 (1.1)
36	Abuso de laxantes	60	1.7 (1.7)	1.0 (1.4)	95	1.7 (1.7)	1.2 (1.5)
11	Restricción cuantitativa de la nutrición	59	3.6 (0.7)	2.5 (1.5)	95	3.4 (0.9)	2.7 (1.4)
71	Abuso de alcohol	59	1.1 (0.9)	1.0 (1.0)	94	1.4 (1.0)	1.1 (1.1)
39	Medicamentos para el aumento de la función de los tiroides	59	0.1 (0.5)	0.1 (0.6)	94	0.1 (0.5)	0.1 (0.4)
43	Enemas	14	0.1 (0.3)	0.1 (0.3)	25	0.2 (0.8)	0.0 (0.2)
44	Revulsivos	14	0.0 (0.0)	0.1 (0.5)	25	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)	14	0.4 (0.7)	0.8 (0.8)	25	1.6 (1.0)	2.4 (0.9)
31	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (3 meses)	14	0.5 (0.9)	0.6 (1.2)	24	1.7 (1.5)	3.0 (1.4)
32	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (6 meses) [2]	13	0.5 (1.0)	0.7 (1.3)	25	1.6 (1.5)	2.7 (1.5)
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	14	0.6 (1.2)	0.8 (1.3)	25	2.7 (1.7)	2.6 (1.5)
33	Aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estress y agobio	14	0.7 (1.3)	1.4 (1.1)	25	2.1 (1.9)	2.7 (1.3)
30	Sensación agradable de saciedad después de ataques compulsivos de comer.	14	0.0 (0.0)	0.6 (1.1)	24	0.1 (0.4)	1.1 (1.5)
	Valor global	**60**	**1.9 (0.4)**	**1.6 (0.6)**	**95**	**2.0 (0.5)**	**2.0 (0.6)**

M = Valor medio; SD = Diferencias del estándar; **p 0.01, *p 0.05; n.s. = no significativo; -- incalculable

[1] Información adicional (no está contenida en ninguna subescala)

Tabla 19: Valores medios y diferencias del estándarde SIAB-EX y SIAB-S para pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (ahora)

		AN N=60			BN N=97			Mujeres sanas, N=111
Nº		**N**	**Evaluación por expertos M (SD)**	**Auto-evaluación a**	**N**	**Evaluación por expertos M(SD))**	**Auto-evaluación M(SD)**	**Evaluación por expertos M(SD)**
	I Esquema corporal e ideal de delgadez	60	1.9(0.4)	1.9(0.6)	95	1.3(0.5)	1.7(0.6)	0.5(0.3)
16	Trastornos del esquema corporal	59	2.8(1.1)	1.2(1.5)	91	1.9(1.2)	1.3(1.5)	0.7(0.8)
7	Miedo al aumento de peso	60	3.1(0.8)	2.5(1.5)	94	2.2(1.1)	2.9(1.3)	
61	Fijación mental en figura delgada	60	2.7(1.2)	2.5(1.4)	94	2.4(1.2)	3.0(1.2)	0.7(0.9)
12	Restricción cualitativa de la nutrición	59	2.5(1.3)	2.3(1.5)	93	1.5(1.5)	1.9(1.5)	
59	Conducta compulsiva con respecto a la comida	60	1.9(1.1)	2.4(1.4)	92	0.7(1.0)	1.3(1.5)	0.2(0.4)
(1)	Falta de peso (modificado)/Diferencia del peso normal	60	3.2(0.8)	3.3(0.9)	92	0.4(0.7)	0.4(0.8)	0.3(0.7)
13	Límites calóricos	58	0.9(1.5)	1.0(1.4)	90	0.7(1.4)	1.1(1.4)	
60	Fijación mental en la comida	60	3.0(1.2)	2.9(1.2)	94	2.7(1.5)	2.8(1.4)	0.5(0.7)
19	Amenorrea (modificada)	58	1.9(0.6)	2.2(1.0)	91	0.7(0.8)	0.7(0.9)	0.2(0.5)
3	Orientación interna al rendimiento	51	1.6(1.4)	2.4(1.2)	76	1.5(1.2)	2.3(1.4)	0.7(0.9)
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	34	2.9(1.0)	2.6(1.3)	54	2.8(0.8)	2.7(1.3)	
14	Escupir alimentos	59	0.6(1.1)	1.1(1.4)	94	0.3(1.0)	1.0(1.6)	
42	Exceso de movimiento	58	0.9(1.3)	0.9(1.2)	93	0.6(1.0)	1.0(1.1)	0.9(0.8)
55	Estreñimiento	59	1.1(1.6)	1.6(1.6)	92	1.1(1.6)	1.7(1.5)	0.2(0.7)
63	Percepción reducida de estímulos internos	60	2.4(0.8)	2.3(1.5)	94	2.3(0.9)	2.6(1.4)	0.2(0.5)
83	Negación de la enfermedad	58	1.1(1.0)	1.8(1.6)	93	0.4(0.7)	1.9(1.6)	
15	Rumiación	60	0.1(0.3)	0.1(0.6)	93	0.2(0.9)	0.3(1.0)	
17	Negación de la amenaza del peso insuficiente	14	1.2(1.8)	1.7(1.4)	23	0.5(1.4)	0.7(1.1)	
	II Psicopatología general e integración social (GenPsySoc)	**60**	1.3(0.6)	1.7(0.7)	95	1.3(0.7)	1.7(0.7)	0.5(0.3)
67	Reducción de la autoestima	59	2.1(1.3)	2.3(1.5)	94	2.3(1.5)	2.6(1.3)	0.4(0.6)
66	Reducción de la confianza en las propias capacidades	60	1.8(1.1)	2.4(1.5)	94	2.1(1.4)	2.3(1.4)	0.7(0.7)
64	Estado de ánimo depresivo	60	1.5(1.2)	2.4(1.4)	94	1.9(1.2)	2.6(1.3)	0.8(0.7)

Tabla 19 (continuación)

		AN N=60			BN N=97			Mujeres sanas, N=111
Nº		**N**	**Evaluación por expertos M (SD)**	**Auto-evaluación**	**N**	**Evaluación por expertos M(SD))**	**Auto-evaluación M(SD)**	**Evaluación por expertos M(SD)**
65	Pensamientos depresivos	60	1.7(1.2)	2.6(1.4)	94	1.8(1.5)	2.4(1.4)	0.7(0.8)
82	Evitar contactos	59	1.8(1.5)	2.0(1.4)	93	1.5(1.4)	1.7(1.5)	0.4(0.7)
79	Falta de organización activa del tiempo libre	58	2.2(1.4)	2.6(1.2)	89	2.1(1.5)	2.4(1.4)	0.2(0.5)
4	Miedos	60	1.1(1.0)	2.4(1.2)	94	1.3(1.2)	2.3(1.1)	0.6(0.7)
68	Pensamientos suicidas	59	0.5(1.1)	0.9(1.0)	94	0.7(1.3)	1.1(1.2)	0.5(0.8)[2]
62	Sensación de insuficiencia propia e indefensión	60	2.0(1.2)	2.3(1.4)	93	2.1(1.4)	2.5(1.3)	0.5(0.7)
80	Reducción de contactos sociales	58	1.6(1.4)	2.3(1.3)	92	1.5(1.3)	2.1(1.3)	0.2(0.6)
6	Alteraciones de sueño	60	1.9(1.5)	2.1(1.5)	94	1.6(1.6)	1.8(1.3)	0.3(0.7)
5	Fobias	60	1.0(1.1)	1.3(1.5)	92	1.1(1.0)	1.8(1.4)	0.5(0.8)
53	Perjuicio real	59	2.5(1.3)	1.8(1.4)	91	2.5(1.3)	1.9(1.3)	
72	Tranquilizantes	60	0.2(0.5)	0.6(1.0)	92	0.1(0.9)	0.4(0.9)	
58	Pensamientos y cavilaciones compulsivas	59	0.4(0.7)	0.9(1.2)	93	0.5(0.9)	1.0(1.2)	0.5(0.7)
81	Calidad de contactos sociales	59	0.6(1.1)	0.9(1.0)	92	0.9(1.4)	0.8(1.0)	0.3(0.6)
57	Limpieza compulsiva	60	0.7(0.8)	0.6(1.0)	93	0.5(0.9)	0.7(1.2)	0.3(0.5)
56	Control o repetición compulsivos	59	0.5(0.8)	1.1(1.2)	94	0.4(0.7)	0.9(1.2)	0.3(0.5)
69	Actos suicidas	60	0.1(0.4)	0.1(0.4)	94	0.0(0.1)	0.3(0.7)	
	III Sexualidad (Sex)	60	3.0(1.0)	2.7(0.9)	94	2.0(1.3)	1.9(1.2)	0.5(0.7)
78	Conducta sexual	57	3.3(1.3)	3.1(1.4)	93	2.2(1.9)	2.1(1.8)	0.4(0.9)
77	Estabilidad de la relación de pareja	58	2.7(1.6)	2.8(1.6)	93	2.1(1.7)	2.1(1.7)	0.7(1.4)
76	Miedos sexuales	58	2.6(1.4)	2.5(1.4)	94	1.7(1.6)	1.7(1.5)	0.4(0.8)
75	Diiminución de las necesidades sexuales	59	3.5(1.0)	2.5(1.4)	94	2.1(1.7)	1.6(1.6)	0.3(0.6)
	IV Síntomas bulímicos (Bul)	60	1.8(1.3)	1.7(1.3)	94	3.2(0.5)	3.0(0.8)	
23	Frecuencia de ataques compulsivos de comer (3 meses)	60	1.5(1.6)	1.7(1.6)	94	3.4(0.8)	3.2(1.0)	

Tabla 19 (continuación)

		AN N=60			BN N=97			Mujeres sanas, N=111
Nº		**N**	**Evaluación por expertos M (SD)**	**Auto-evaluación**	**N**	**Evaluación por expertos M(SD))**	**Auto-evaluación M(SD)**	**Evaluación de expertos M(SD)**
24	Frecuencia de ataques compulsivos de comer (6 meses)	30	1.5(1.6)	1.8(1.7)	55	3.4(0.8)	3.2(1.0)	
21a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	60	1.5(1.7)	1.2(1.3)	91	3.4(0.8)	2.5(1.1)	0.7(0.8)
21b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	60	1.7(1.8)	1.4(1.6)	94	3.5(0.7)	3.1(1.1)	
26	Pérdida del control	46	1.7(1.2)	1.7(1.8)	93	3.0(0.7)	2.8(1.5)	
28	Sensación de sufrimiento y de preocupación en relación con ataques compulsivos de comer	27	1.7(1.7)	2.1(1.9)	55	3.0(1.1)	3.2(1.2)	
35	Vómitos	59	1.4(1.8)	1.4(1.7)	94	3.1(1.3)	3.0(1.4)	0.1(0.3)
34	Compulsión por comer o voracidad	34	1.7(1.4)	1.7(1.8)	55	2.8(1.2)	2.9(1.3)	
84	Valoración global de los síntomas	58	3.7(0.5)	3.4(0.6)	91	3.6(0.5)	3.4(0.7)	0.1(0.2)
22	Transcurso temporal de los ataques compulsivos de comer (sólo SIAB-EX)							
	V Medidas para contrarrestar, ayuno, abuso de sustancias (Counteract)	60	0.5(0.3)	0.5(0.3)	94	0.5(0.4)	0.5(0.4)	
38	Inhibidores del apetito	60	0.0(0.3)	0.0(0.0)	94	0.2(0.9)	0.2(0.7)	
41	Ayuno excesivo	34	0.5(1.3)	0.4(0.9)	55	0.4(1.0)	0.6(1.0)	
36	Abuso de laxantes	60	0.7(1.3)	0.7(1.4)	93	0.7(1.3)	0.7(1.2)	0.2(0.5)
73	Drogas	58	0.0(0.1)	0.0(0.0)	93	0.1(0.4)	0.1(0.3)	
70	Comportamiento autoagresivo	60	0.2(0.6)	0.4(0.9)	93	0.4(1.1)	0.4(0.9)	
37	Diuréticos	60	0.0(0.1)	0.0(0.1)	94	0.1(0.6)	0.2(0.7)	
11	Restricción cuantitativa de la nutrición	59	3.1(1.2)	2.1(1.4)	92	1.7(1.7)	1.5(1.4)	0.5(0.7)[3]
71	Abuso del alcohol	60	0.7(07)	0.6(0.7)	93	0.7(0.7)	0.7(0.8)	0.2(0.5)
39	Medicamentos para el aumento de la función de los tiroides	59	0.0(0.1)	0.1(0.6)	93	0.0(0.1)	0.0(0.0)	
43	Enemas	14	0.0(0.0)	0.0(0.0)	25	0.2(0.8)	0.0(0.2)	
44	Revulsivos	14	0.0(0.0)	0.0(0.0)	25	0.0(0.0)	0.0(0.0)	
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Atyp. Binge)	14	0.3(0.5)	0.8(1.0)	25	1.2(1.0)	2.0(1.0)	
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	14	0.3(1.1)	0.7(1.4)	25	1.5(1.9)	2.1(1.6)	

Tabla 19 (continuación)

		AN N=60			BN N=97			Mujeres sanas, N=111
Nº		**N**	**Evaluación por expertos M (SD)**	**Auto-evaluación**	**N**	**Evaluación por expertos M(SD))**	**Auto-evaluación M(SD)**	**Evaluación por expertos M(SD)**
31	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (3 meses)	14	0.3(0.8)	0.8(1.4)	25	1.2(1.4)	2.3(1.5)	
32	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (6 meses)	14	0.3(0.8)	0.9(1.5)	25	1.2(1.4)	2.4(1.6)	
33	Aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estress y agobio	14	0.4(1.2)	1.5(1.7)	25	2.1(1.9)	2.5(1.4)	
30	Sensación agradable de saciedad después de ataques compulsivos de comer	14	0.0(0.0)	0.1(0.3)	25	0.0(0.0)	1.0(1.5)	
	Valor total	60	1.4(0.4)	1.6(0.5)	95	1.4(0.4)	1.7(0.5)	

M=Valor medio; SD=Diferencia estándar; **p<0.01, *o<0.05; n.s.=no significante; -- incalculable;

1 El item es calculado adicionalmente (no se incluye en ninguna subescala);

2 Incluye actos suicidas;

3 Incluye restricción alimenticia cualitativa.

3. Instrucciones para la entrevista (SIAB-EX)

3.1 Definiciones, operacionalizaciones y ejemplos básicos para cada item

1. Diferencia del peso normal

D-AN-A: Negación a mantener el mínimo peso corporal normal para la edad y estatutara (por ejemplo, peso de menos del 85% del peso a esperar); o la falta de un aumento de peso durante el período de crecimiento (menos del 85% del peso a esperar).

I-AN-1

IR-AN-A: Pérdida de peso o, en caso de niños, falta de aumento de peso lo que conduce en, al menos, un 15% a un peso inferior al que habría que esperar teniendo en cuenta la edad y la estatura (por ejemplo, BMI de 17,5 o menos).

Pregunta: ¿Ha disminuido en algún momento su peso normal para Usted de forma clara? ¿Cuál ha sido su peso mínimo y su peso máximo desde la pubertad? ¿Cuál es su estatura?

2. Diferencia del peso normal

D-AN-A
I-AN-I
IR-AN-A
Definición de los items 1 y 2: el BMI se calculará para la estandarización del peso corporal. El BMI es decisivo para el diagnóstico de AN y de gran importancia para los demás trastornos alimenticios BN, BED y ED-NOS; se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso en kg}}{(\text{Estatura en m})^2}$$

para el peso mínimo (o máximo) desde la pubertad:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso mínimo (o máximo) en kg}}{(\text{Estatura en m en el momento del peso mínimo o máximo})^2}$$

Un BMI de 21-23 se suele considerar como normal. Existen tablas y diagramas a partir de encuestas realizadas al público en general que indican el BMI medio para cada categoría de edad determinada. A fin de calcular la magnitud del sobrepeso/falta de peso, se tomará como base el diagrama correspondiente como punto de referencia para un "BMI normal"; se calcula la diferencia del BMI de la persona entrevistada con respecto a este "BMI normal" (por ejemplo, 15% por debajo del peso normal: sí/no).

Recomendamos al usuario que en el cálculo del BMI tenga en cuenta la edad y el sexo de la persona entrevistada. Con esta finalidad existen gráficos y tablas. Hebebrand et al. (1994, 1996) han publicado normas Perzentil (por separado para hombres y mujeres) para una gran prueba al azar a la población en Alemania. Hammer et al. (1991) elaboró un informe para la juventud americana de los Estados Unidos. La consideración de la edad y el sexo en el cálculo de la diferencia porcentual del peso normal hace posible una estimación más exacta del peso y se recomienda para la SIAB-EX. En algunos casos, el peso normal individual se puede determinar por medio de una anamnesis del peso detallado; esto, a menudo, no es posible en una consulta clínica.

3. Orientación interior del rendimiento

Preguntas: ¿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? ¿*Cuán satisfecho/a ha estado con sus resultados* 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.?
Preguntas adicionales: ¿Ha realizado muchas horas extras o empleó mucho tiempo en hacer deberes? ¿Se sentía 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?

Definición: **A fin de crear una base para la valoración de este tema, es aconsejable hacer estas preguntas: ¿A qué se dedica la persona (escuela, trabajo, hogar)? ¿Cómo responde a los problemas típicos de esta actividad? ¿Cuán satisfecha está la persona con sus resultados?**
La valoración tiene por objeto el nivel de exigencia que el paciente se aplica a sí mismo. La orientación por los resultados y el nivel de exigencia pueden calibrarse mediante una serie de datos concretos. ¿Se realizan horas extras? En caso de que la persona esté escolarizada o matriculada en una universidad: ¿Dedica la mayor parte de su tiempo, incluidos la noche, el fin de semana o las vacaciones, al estudio? Asimismo, se tendrá en cuenta cómo percibe la persona sus propios resultados. Los relatos sobre la satisfacción con los propios resultados dan a menudo una idea sobre la orientación interior por los resultados. Puede suponerse la existencia de una orientación interior por los resultados si la persona trabaja mucho para obtener sus resultados. Si una persona no alcanza buenos resultados más que bajo presión externa, esto no necesariamente indica la existencia de una orientación interior por los resultados; sin embargo, puede existir de forma oculta o enmascarada. Otro aspecto de la orientación interior por los resultados es la motivación que subyazca. ¿Acaso la persona se esfuerza mucho con el fin de que las demás personas le reconozcan? En tal caso se trataría de una existencia codificada de una orientación interior por los resultados.

Hay personas que cuentan que sólo alcanzan sus resultados para cumplir con su deber. Entonces es necesario aclarar mediante otras preguntas si la persona se limita realmente a cumplir con su deber o si, por el contrario, acumula muchos deberes y compromisos por recibir de esta forma un reconocimiento directo o indirecto que, por su parte, aumenta su autoestima (lo cual sería un indicio de la existencia de una orientación interior por los resultados). Muchas personas trabajan en exceso debido a unos rasgos de personalidad obsesivos. El perfeccionismo viene relacionado, no necesariamente pero sí potencialmente, con una orientación interior por los resultados. Los síntomas de conductas obsesivas se valoran en los temas 56 a 59. El párrafo siguiente contiene pautas de valoración para una escala de 0 a 4.

Puede darse el caso de una persona que no muestre ninguna orientación interior por los resultados excesiva en los ámbitos comunes (escuela y trabajo), pero sí en algún tema de interés específico. Así, p. ej., un estudiante cuyas notas le sean indiferentes puede revestir al mismo tiempo una alta orientación interior por los resultados como ciclista de competición. En este caso se constataría una clara existencia de orientación interior por los resultados. El nivel de codificación de esta orientación dependería de la cantidad de energía invertida en el tema de interés, del grado en que la autoestima dependiera de los resultados en esa disciplina y del grado en que ello afectara a otros aspectos vitales importantes.

Código = grado de gravedad.

Código 0 = no hay indicio de ninguna orientación interior excesiva por los resultados. La persona infiere fidedignamente su satisfacción con los resultados. Una escasa orientación interior por los resultados merecería también la valoración 0. Las personas englobadas en esta categoría responden a un fracaso solamente con un disgusto ligero o pasajero.
Código 1 = la orientación interior por los resultados es ligeramente elevada: la persona entrevistada trabaja un poco más de lo necesario (p. ej., se queda a veces más tiempo – varios días al mes - en la oficina) y realiza sus trabajos con mucho cuidado y precisión. La persona puede afrontar sin problemas las exigencias levemente elevadas a sí misma. Es capaz de dejar alguna tarea sin terminar. Los fracasos afectan sólo transitoriamente al humor.

Código 2 = la orientación interior por los resultados es notablemente elevada: la persona entrevistada trabaja a menudo más de lo necesario (p. ej., se queda periódicamente una tarde a la semana más horas en la oficina) y su valoración general de la propia persona depende en un determinado grado del resultado alcanzado o del reconocimiento recibido por el resultado. Su compromiso en el ámbito del trabajo y en otros ámbitos con exigencia de resultados es marcadamente excesivo, y su vida privada (pareja, hijos) está empezando a sufrir las consecuencias. Los fracasos afectan a la autopercepción, al humor o a la autoestima, y la persona tiene dificultades en superarlos.

Código 3 = la orientación interior por los resultados es muy elevada: la persona entrevistada trabaja mucho más de lo necesario (p. ej., se queda periódicamente de dos a tres tardes a la semana más tiempo en la oficina; tiene mala conciencia cuando no trabaja (por la tarde, fines de semana, en vacaciones); realiza voluntariamente y sin auténtica necesidad exterior trabajos adicionales en fines de semana o festivos). La autoestima depende considerablemente del resultado obtenido. Raras veces se siente satisfecha con el resultado obtenido. Los demás ámbitos vitales se ven considerablemente perjudicados por el esfuerzo adicional invertido en los campos relevantes para la autoestima y orientados en los resultados. Los fracasos influyen sensiblemente en la autoestima y el humor y se superan con mucha dificultad.

Código 4 = la orientación interior por los resultados es excesivamente elevada: la persona entrevistada está casi ininterrumpidamente esforzándose y dedicando tiempo a la obtención de buenos resultados (p. ej., se queda todas las tardes más tiempo en la oficina y sacrifica parte de sus vacaciones al trabajo en un ámbito orientado en los resultados; realiza trabajo adicional en fines de semana y festivos). La autoestima depende enormemente del resultado obtenido. La satisfacción con el resultado obtenido es prácticamente inalcanzable, y la persona tiene grandes dificultades en soportar la carga de trabajo que asume a consecuencia de su excesiva orientación en los resultados. Los demás ámbitos vitales están gravemente perjudicados por la gran cantidad de trabajo y la orientación por los resultados. La persona apenas es capaz de hacer algo sin la presión de obtener buenos resultados. Cualquier fracaso merma gravemente la autoestima y el humor. Las vivencias de fracasos provocan prolongados estados de mal humor.

4. Miedos

Preguntas: ¿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!)?
Preguntas adicionales: ¿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?

***Definición:* Este término se entiende aquí englobando diversas formas de angustia como, p. ej., angustia con síntomas fisiológicos, pensamientos angustiosos (p. ej., sobre capacidades profesionales o de estudio) o preocupaciones sobre el futuro, ataques de pánico y angustias hipocondríacas (es decir, temores o preocupaciones en torno a funciones corporales o posibles enfermedades). No se considerarán fobias específicas (se valorarán en el siguiente tema). *Tampoco* se codificarán bajo este tema, dedicado más bien a la investigación de angustias generales, el miedo a engordar (tema 7) y los miedos relacionados con síntomas obsesivos (temas 56 – 59).**

Código 0 = no hay miedos excesivas.

Código 1 = miedos ligeras. La persona entrevistada se vuelve en general muy fácilmente angustiada padeciendo síntomas fisiológicos leves típicos de estados angustiosos como, p. ej., taquicardia. Puede dominar las angustias. Sus angustias no le perjudican a la hora de afrontar la vida diaria, tanto profesional como privada.

Ejemplo: Una mujer de 45 años, casada, estaba en tratamiento por tensiones premenstruales. No sufría, además de los tres o cuatro días previos al período menstrual, ninguna angustia claramente patológica. A ratos se sentía fatigada, con una aversión a espacios cerrados (pero sin comportamientos elusivos), y notaba que por la noche, cuando podía relajarse, “tardaba mucho en calmarse”. No estaba preocupada ni creía necesitar la ayuda de un médico.

Código 2 = miedos notables. La persona entrevistada tiene tendencia a sufrir angustias en situaciones de presión. Durante períodos bien delimitados (p. ej., exámenes, crisis matrimonial, divorcio) se producen síntomas tales como insomnio, nerviosismo, preocupación elevada, etc., pero que eliminada la presión desaparecen por completo. Posibilidad alternativa: los síntomas de angustia se producen frecuentemente, pero se limitan a un ámbito vital determinado. Las angustias normalmente merman la capacidad de la persona de afrontar la vida diaria, tanto profesional como privada. Ejemplo: un ama de casa que para realizar las labores del hogar precisa el apoyo y la instrucción de otros miembros de la familia.

Ejemplo: Una mujer de 44 años, casada con un ludópata, describió su estado como de desasosiego y preocupación permanente, causado normalmente por asuntos económicos. Desconocía el grado de endeudamiento de su marido y dudaba de si estaba involucrado en problemas aún más graves. "No me cuenta nada, y eso lo hace peor". Estaba temiendo continuamente alguna intervención judicial o quiebra y se sentía tan insegura que había perdido la capacidad de relajarse o alegrarse. Estos miedos al futuro se producían con mucha frecuencia y en desproporción, ya que su marido se estaba sometiendo a una terapia de ludopatía y llevaba tres años sin jugar.

Código 3 = miedos graves. La persona entrevistada sufre fuertes o frecuentes angustias que pueden derivar en ataques de pánico. Las angustias afectan a una serie de ámbitos vitales diferentes. Normalmente van acompañadas de poderosos síntomas fisiológicos (p. ej., taquicardia, sudores). La capacidad de asumir la vida diaria está mermada. Las angustias producen sufrimiento.

Ejemplo: Un hombre de más de 50 años que sufre desde hace muchos años inquietud y tensión crónica. Al principio había centrado su preocupación en la salud física (percibía una pensión por una discapacidad física consecuencia de la guerra y por una psiconeurosis), pero en los últimos años estas dolencias se habían extendido: "... no parece ser nada en concreto, solamente miedo. Todos los médicos preguntan, ¿miedo a qué?, y no sé qué contestar", dijo literalmente. Alrededor de cada cuatro episodios de angustia se producía, además, un ataque de pánico. Entonces temía perder totalmente el control y que pudiera pasar algo espantoso. Durante los ataques sentía el latido del corazón y percibía irregularidades en la respiración (retenía la respiración y suspiraba al expirar). En relación con sus angustias sufría también diarrea. El suministro de medicamentos ansiolíticos le había ayudado sólo durante un breve período, por lo que se proponía aumentar la dosis.

Código 4 = angustias muy graves. La persona en cuestión sufre angustias muy fuertes y/o permanentes, acompañadas en ocasiones de ataques de pánico. Las angustias provocan fuertes dolencias corporales (taquicardia, sudores, temblores). Llegando a ser muy graves, las angustias pueden tener una enorme influencia en el nivel funcional de la persona, con la consecuencia de graves perjuicios de la actividad en la escuela, en el trabajo, en el hogar y en los ratos libres. Las angustias son muy fuertes y/o se producen con mucha frecuencia.

5. Fobias

Pregunta: ¿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?
Preguntas adicionales: 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?

***Definición:* Una fobia está definida como miedo a objetos o situaciones específicos que objetivamente no suponen ningún peligro o amenaza. Mientras que las angustias (tema 4) puedan permanecer vagas y generales, las fobias son muy específicas (claustrofobia, acrofobia, agorafobia, etc.). Una valoración del 2, 3 ó 4 sólo procede cuando la fobia tiene cierta relevancia clínica. La persona afectada reconoce su fobia como exagerada o irracional. Cada persona asume su fobia de una manera diferente. Algunos sí y otros no tienden a evitar el estímulo fóbico. En lo sucesivo valoraremos la *gravedad* de los síntomas fóbicos, el sufrimiento que producen, así como la consiguiente carga y limitación, sin considerar si hay o no hay un comportamiento elusivo.**

Código 0 = no hay síntomas fóbicos.

Código 1 = hay síntomas fóbicos leves, que no producen ni sufrimiento ni limitaciones significativos en la vida diaria. Eventualmente, el estímulo fóbico se elude, pero de no permitirlo la situación, se puede soportar sin apenas limitación. La fobia es tan leve que no puede considerarse como clínicamente relevante.

Ejemplo: Una mujer de 20 años, casada, le refirió a su médico que siente miedo a serpientes y grandes alturas. Sobre las serpientes decía: "Siento malestar, tensión y miedo cuando veo una serpiente, sobre todo cuando creo que puede ser venenosa. Pero aún sabiendo que no es venenosa, creo que no podría tocarla." Sin embargo, ese miedo no le hacía evitar ningún sitio determinado ni le perjudicaba (tampoco el miedo a grandes alturas) en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Sobre las alturas decía: "Mientras no mire hacia abajo, estoy bien." Si bien evitaba ponerse cerca de un precipicio o asomarse por el balcón de un piso alto, es cierto que podía hacerlo sin miedo excesivo.

Código 2 = hay síntomas fóbicos acusados. Cuando la persona afectada se ve afrontada con un estímulo fóbico, sufre una clara angustia acompañada de síntomas fisiológicos (taquicardia, sudores, temblor). Los síntomas fóbicos acarrean ciertas limitaciones en la vida diaria y/o profesional (ejemplo: una paciente con miedo de volar y que tenía que viajar mucho por motivos de su trabajo, realizaba todos los viajes en tren pese a que el avión le habría salido más económico). Expuesta al estímulo fóbico, la persona afectada puede soportar la situación con ayuda externa o por "fuerza de voluntad", aunque sí con necesidad de un esfuerzo particular.

Ejemplo: Un hombre de 25 años, casado, padecía una serie de fobias. Evitaba espacios repletos de gente por su miedo a desmayarse. En los cines procuraba siempre sentarse cerca de la puerta, para poder salir enseguida en caso de sentirse débil. Le atemorizaba ver sangre, y temía desmayarse cuando se le sacaba sangre. Mostraba un comportamiento elusivo, pero era capaz de afrontar esas situaciones con un cierto esfuerzo.

Código 3 = hay síntomas fóbicos graves. Ante un estímulo fóbico la persona afectada muestra una fuerte inquietud sufriendo al mismo tiempo graves síntomas fisiológicos (taquicardia, sudores, temblor). Al menos en una parte de la vida diaria se produce una considerable limitación. Frecuentemente la persona dispone su vida/trabajo en función de sus fobias, con el fin de poder evitar los objetos y situaciones desencadenantes del miedo.

Ejemplo: Una mujer de 35 años, soltera, con un largo historial de afecciones psíquicas, sufría un gran número de síntomas neuróticos. Tenía miedo a la oscuridad y a la soledad. Al volver del trabajo solía cerrar con llave la puerta de su vivienda, y raras veces se atrevía a salir antes de la mañana siguiente. Por las tardes y noches y en los fines de semana temía con mucha vehemencia que alguien entrara en su apartamento para hacerle daño. Evitaba entrar en espacios repletos de gente porque temía desmayarse y verse por este motivo en situaciones vergonzosas. Debido a sus miedos no viajaba nunca y no se desplazaba más allá de su puesto de trabajo y de las tiendas cercanas.

Código 4 = Síntomas fóbicos muy graves. La confrontación con el estímulo fóbico produce estados de enorme angustia acompañados de síntomas fisiológicos muy graves (taquicardia, sudores, temblor; incluso es posible que la persona se desmaye ante el estímulo fóbico). La mayoría de estas personas tienden a evitar el estímulo fóbico. Debido tanto a las graves fobias como eventualmente también a la conducta elusiva sufren una acuciante disminución de su capacidad de abordar los quehaceres diarios.

Ejemplo: Una mujer de 26 años, soltera, llevaba varios años siendo incapaz de salir sola de casa. No podía desplazarse ni en coche ni en autobús ni era capaz de hacer la compra ella sola. Cuando tenía que hacer algún recado fuera de su casa, siempre tenía que acompañarle alguien y quedarse cerca de ella mientras realizaba sus compras. Su madre, que vivía puerta con puerta, cuidaba de ella y de su piso y le hacía la compra la mayoría de las veces o le acompañaba al supermercado. Si no estaba disponible ni la madre ni ninguna otra persona conocida, ella no se enfrentaba a los estímulos desencadenantes de la angustia, y hubo temporadas en que no era capaz de visitar al médico; cuando

hacía medio año su madre había salido de vacaciones, ella había perdido 5 kilos por no verse capaz de ir a una tienda o un restaurante.

6. Alteraciones del sueño

Pregunta: ¿Ha tenido en los últimos tres meses o en los últimos años dificultades para dormirse o para pasar toda la noche durmiendo?
Preguntas adicionales: ¿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)

El grado de las alteraciones del sueño se valorará sin considerar si el/la paciente toma o no hipnóticos o sedantes. El entrevistador debe estimar cómo duerme la persona afectada sin que la eventual toma de medicamentos o influencia de otras circunstancias externas influyan en su juicio. Ha de contemplar la existencia o no de dificultades para dormirse, perturbaciones del ritmo de sueño, despertares prematuros sin la sensación de estar descansado, falta de sueño, exceso de sueño y otros síntomas de insomnio. Asimismo se tendrán en cuenta las perturbaciones debidas a sueños terribles y atormentadores o pesadillas. Si la pérdida de sueño se debe exclusivamente a circunstancias externas, como puede ser un bebé que llore toda la noche, no se dará ninguna valoración mayor de 1. En caso de un episodio maníaco puede producirse una grave perturbación del sueño (hiposomnia) aunque el/la paciente no la acuse ni sienta.

Código 0 = no hay alteraciones del sueño.

Código 1 = hay alteraciones del sueño leves: la persona se despierta ocasionalmente por las noches, pero vuelve a dormirse al poco tiempo. A veces tarda hasta una hora en dormirse o se despierta una hora antes de lo normal. En general, la persona no se siente perjudicada.
Posibilidad alternativa: necesidad aumentada de dormir (hipersomnia) sin consecuencias perjudiciales para la asunción de la vida diaria.
Posibilidad alternativa: sueño intranquilo, ligero (los ruidos la despiertan fácilmente).
Posibilidad alternativa: el sueño es perturbado a veces – a lo sumo raramente – por pesadillas.

Ejemplo: Una mujer de 38 años, casada, tenía durante la semana anterior dificultad para dormirse y para pasar toda la noche durmiendo debido a que su hija de 14 años tenía mucha fiebre por razones desconocidas y a que su hijo de 8 años, que padecía enuresis, utilizaba un dispositivo despertador que sonaba cada vez que orinaba dormido. Estas circunstancias particulares, pero transitorias, le privaban de una media de dos horas de sueño por noche, que ella echaba en falta. Antes de producirse estas circunstancias particulares, no había sufrido este tipo de insomnio. Puesto que las interrupciones del sueño se debían a circunstancias externas y no al estado mental de la persona afectada, merecen codificarse con el valor 1.

Código 2 = hay alteraciones del sueño significativas: dificultades para dormirse y para pasar toda la noche durmiendo o despertares de madrugada, que se producen bien periódicamente y durante una temporada prolongada (de 1 a 2 horas de pérdida de sueño por noche), o bien durante dos semanas con una pérdida de 3 horas de sueño por cada noche. La persona afectada se siente cansada y agotada.
Posibilidad alternativa: necesidad aumentada de dormir con fase de despertar prolongada; a la persona afectada le cuesta despabilarse por las mañanas.
Posibilidad alternativa: la persona tiene un sueño intranquilo, se despierta con facilidad a consecuencia de ruidos (incluso ligeros), sufre perturbaciones del sueño a causa de pesadillas o se siente limitada cuando está en cama despierta por una perturbación.

Ejemplo: Un hombre de 49 años, casado, se encontraba en tratamiento por una depresión mediana que estaba mejorando por la toma de sedantes homeopáticos. Contó que tomaba una pastilla diaria y acusó problemas de dormirse y de conciliar el sueño si se despertaba durante la noche. Normalmente tardaba menos de media hora en dormirse de nuevo. Muchas veces se despertaba a eso

de las 2.00 horas de la madrugada, volvía a dormirse media hora más tarde y seguía durmiendo hasta las 6.00 horas, hora a la que tenía que levantarse. Ocasionalmente sufría pesadillas que le dejaban confuso una vez despierto. Esto último había ocurrido varias veces durante la semana anterior.

Código 3 = hay alteraciones del sueño graves. Dificultades para dormirse, para pasar la noche durmiendo o despertar de madrugada, bien regularmente durante un período prolongado, o bien durante dos semanas seguidas, como mínimo. El período de sueño perdido por cada noche es de 3 horas durante un período prolongado o de 3 a 4 horas durante dos semanas seguidas. La persona afectada se siente gravemente perjudicada.

Ejemplo: Una mujer de 42 años sufría después de su divorcio un estado de angustia y una depresión permanentes. Su estado había empeorado recientemente después de que su hija había abandonado la casa al cabo de una serie de discusiones violentas. La paciente se quejaba de insomnio. Normalmente tardaba de 1 a 2 horas en dormirse, se despertaba muy de madrugada y era incapaz de volver a dormirse. Durante el día sufría un cansancio permanente. No quería tomar somníferos. Trabajando de cajera tenía que concentrarse durante el día y había cometido ya varios errores debido a su cansancio.

Código 4 = alteraciones del sueño muy graves. Grandes dificultades para dormirse y para pasar la noche durmiendo o despertares de madrugada con consecuencias muy perjudiciales, bien periódicamente durante una temporada prolongada, o bien dos semanas seguidas, como mínimo. En caso de hiposomnia, el tiempo de sueño perdido por cada noche es de tres horas, como mínimo. La persona afectada se siente gravemente perjudicada por el problema.

7. Miedo a aumentar de peso.

D-AN-B: Miedo pronunciado a ganar peso o a engordar, a pesar de tener en realidad una insuficiencia de peso.
I-AN-3b
I-BN-3a
IR-AN-C2: Autopercepción como “demasiado gordo/a” junto con un temor importuno a engordar demasiado.
IR-BN-D2: Autopercepción como “demasiado gordo/a” junto con un temor importuno a engordar demasiado.

Preguntas: ¿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*?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **El tema investiga el miedo irracional, y a veces pánico, de los pacientes anoréxicos, bulímicos o afectados de otros trastornos relacionados con la comida, a ganar peso o engordar. En el caso de anorexia nerviosa esta “fobia al peso” se da incluso en personas con muy poco peso. Este tema puede ser difícil de explorar cuando el paciente niega los síntomas del trastorno o cuando tiene una marcada tendencia a contestar en el sentido de lo socialmente deseable. Sin embargo, es de esencial importancia para la calificación de los trastornos: para el entrevistador es decisivo saber si existe o ha existido una “fobia al peso”. A menudo el síntoma permanece oculto aun en pacientes dispuestos a contestar verazmente. Así, p. ej., una paciente de AN con bajo peso y que mantenga su peso estable en 32 kg, contestará negativamente a la pregunta directa de “¿Tiene Vd. miedo a engordar?”, mientras no sufra la presión de tener que engordar. Pero si esta pregunta se hace en un momento en que su familia o su médico le piden que engorde 5 kg o más, es probable que afirme rotundamente. Al valorar este tema hay que tener en cuenta el peso real de la persona. Si la persona afectada tiene una importante insuficiencia de peso a**

causa de una anorexia nerviosa, existe un alto grado de "fobia al peso". En cambio, un paciente de cáncer con poco peso no manifestará ningún miedo a ganar peso. Puesto que no sabemos con seguridad si la anorexia nerviosa (con bajo peso), por una parte, y la "fobia al peso", por otra, están relacionadas entre sí en la misma medida en pacientes de todas las culturas, es aconsejable examinar y valorar el peso y el miedo a ganar peso por separado. A veces la "fobia al peso" no se produce hasta una ganancia de peso real (posiblemente debida a una presión terapéutica). En las personas con sobrepeso, los códigos 2, 3 y 4 se darán sólo en casos justificados, porque se supone que una persona con un miedo muy fuerte a ganar peso toma medidas paliativas como, p. ej., la provocación del vómito, etc.

Código 0 = no hay miedo a ganar peso.

Código 1 = hay un miedo ligero a ganar peso: un aumento de peso de varios kg en dos semanas provoca un cierto malestar, pero ningún miedo fuerte o pronunciado. La persona afectada confía en su metabolismo y en su capacidad de controlar y mantener su peso. Si por alguna razón fuera inevitable un aumento moderado del peso (p. ej., como efecto secundario de medicamentos tricíclicos), la persona se sentiría incómoda, pero no tendría miedo. Puede soportar un aumento de peso de unos pocos kg sin asustarse y sin verse abocada a modificar sustancialmente su conducta relacionada con la comida o su forma de vivir. Normalmente hay poca discrepancia entre el peso deseado y el peso real.

Código 2 = hay un miedo marcado a ganar peso: un aumento de peso de varios kg en varias semanas ocasiona unos miedos considerables, y las sensaciones de angustia y malestar que conllevan estos miedos impulsan a la persona a tomar medidas contra el aumento de peso. Un aumento del peso puede motivar una mayor dedicación a los temas del peso y de la delgadez y la comida y la toma de medidas paliativas (reducción de calorías, régimen, conducta "purgativa").

Código 3 = hay un miedo fuerte a ganar peso: incluso el más ligero aumento de peso (p. ej., de 1 kg) provoca miedos fuertes (fobia al peso). Al interrogar a una paciente anoréxica sobre este tema, es posible que responda que un pequeño aumento de peso no le molestaría en absoluto. Pero a medida que profundice la exploración o cuando se produzca realmente un aumento del peso, se manifestarán fuertes miedos. Estos fuertes miedos a ganar peso pueden ser articulados abiertamente o incitar a tomar medidas paliativas como, p. ej., el mantenimiento de un régimen estricto, una mayor frecuencia de vómitos, un aumento de la dosis de laxantes o un incremento de actividad física. Los pensamientos de una persona con fuerte miedo a ganar peso se centran muchas veces en el peso, la delgadez, la ingestión de calorías, etc. Preguntada sobre el tema la persona reacciona espontáneamente diciendo, p. ej.: "engordar un kilo o más sería toda una catástrofe".

Código 4 = hay un miedo muy fuerte a ganar peso: los miedos llegan al extremo de que la persona afectada haría lo que fuera para evitar un aumento del peso. Incluso las oscilaciones de peso más insignificantes (p. ej., de 500 g) pueden causar una enorme preocupación y motivar un recrudecimiento de las medidas paliativas como, p. ej., régimen estricto, actividad física en exceso, provocación del vómito, abuso de laxantes, etc. El mantenimiento o incluso la reducción del peso suele ser el tema más importante en la vida de una persona anoréxica. En la mayoría de los casos la autoestima depende directamente de la delgadez del propio cuerpo. Las contestaciones a las preguntas sobre el tema llegan a ser extremadamente drásticas, p. ej.: "Si engordara notablemente, no creo que podría soportarlo; si tuviera el valor suficiente, me suicidaría".

8. ¿Cuánto le gustaría pesar?
I-AN-3c
I-BN-3b
IR-AN-C3: (temor a engordar demasiado), conlleva la autoimposición de un umbral de peso ideal muy bajo.

9. ¿Cuál era el peso más bajo que ha deseado tener? ... kg
En caso de no recibir ninguna respuesta concreta:
(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?

La pregunta adicional tiene el objetivo de explorar, en caso de que la entrevistada no pueda indicar espontáneamente ningún peso deseado en el pasado, cuál ha sido el peso más bajo que ha querido alcanzar nunca o cuál ha sido el peso que no habría soportado superar.

10. Dependencia de la autoestima de la figura y del peso
D-BN-D: La figura y el peso tienen una importancia excesiva para la autoestima.
D-AN-C2: Influencia excesiva del peso o figura en la autoestima.

Preguntas: Su figura o su peso ¿han tenido especial influencia en su autoestima? ¿Cuánta era la influencia?
Preguntas adicionales: ¿Existen, 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?

Definición: **En muchas pacientes la contestación a esta pregunta está estrechamente vinculada con la contestación al tema 7 (miedo a ganar peso, fobia del peso). El presente tema procura determinar la relación entre el mantenimiento/reducción del peso y la autoestima. Un número considerable de pacientes con trastornos relacionados con la comida convierte la delgadez de su figura en uno de los temas centrales de su vida. Cuando alcanzan los objetivos respecto a su peso y su figura, se sienten bien, y cuando no, su autoestima sufre una influencia negativa. Con este tema nos proponemos calibrar el perjuicio que sufre la autoestima cuando no se alcanzan los objetivos personales respecto al peso y a la figura.**

Código 0 = no hay dependencia particular de la autoestima de figura y peso.

Código 1 = la autoestima de la persona afectada depende ligeramente de que alcance o no los objetivos respecto a su figura y su peso. Estas personas tienen frecuentemente una imagen ideal del aspecto de su cuerpo y perciben en unas partes del cuerpo (trastero, muslos) una mayor discrepancia del ideal que en otras. Aunque la persona toma medidas para perder peso y aproximar su peso y figura a la imagen ideal, esta ligera dependencia de la autoestima del peso y de la figura no suele perjudicar las actividades escolares, laborales o de ocio.

Código 2 = hay una dependencia considerable de la autoestima de la delgadez del cuerpo y del peso.

Código 3 = hay dependencia fuerte: la figura y el peso influyen decisivamente en la autoestima. La persona se siente inferior, no percibe sus cualidades positivas y evita mostrar su cuerpo a otras personas (p. ej., en la piscina) si no ha alcanzado sus objetivos personales en cuanto a la delgadez de su peso y su peso. La figura y el peso ocupan el lugar central de los pensamientos de la persona y tienen una importancia crucial para la autoestima. Otros problemas vitales suelen quedar desatendidos o son atribuidos a la figura y el peso.

Código 4 = hay dependencia muy fuerte: la autoestima depende en extremo de la figura y del peso. Cuando no habiendo alcanzado los objetivos respecto a la delgadez y el peso la persona se siente gorda, experimenta sensaciones muy fuertes de inutilidad y pensamientos de infravaloración de sí misma. La persona está convencida de que todos sus problemas desaparecerían si su figura y su peso estuvieran en orden (es decir, si coincidieran con sus modelos e ideales).

11. Ayuno voluntario (restricción cuantitativa de la nutrición)

Preguntas: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **Las personas con trastornos relacionados con la comida muchas veces intentan no comer nada durante un tiempo determinado (p. ej., omitir el desayuno y el almuerzo y comer sólo por la noche) o mantienen la periodicidad de las comidas, pero comen en cantidades muy pequeñas. Este tema está dedicado a valorar la limitación cuantitativa de la alimentación (sin consideración de la composición cualitativa, que es objeto del siguiente tema 12). La valoración de la restricción cuantitativa de la comida debe tener en cuenta cuánto comería una persona normal que coincidiera con la entrevistada en sexo, edad, estatura y condiciones de vida. Algunas personas hacen un recuento exacto de las calorías que ingieren diariamente, lo cual facilita enormemente la valoración de este tema, siempre y cuando el recuento sea verídico. En las personas que no cuenten las calorías las contestaciones obtenidas a las preguntas y preguntas adicionales citadas dan una impresión significativa de cuánto come o ha comido la persona afectada en comparación con una persona sin trastorno.**

Código 0 = no hay restricción cuantitativa de la nutrición.

Código 1 = hay una restricción leve de la nutrición: una persona que limite ligeramente su alimentación dará cuenta, p. ej., de a) un episodio corto (menos de dos semanas) durante el cual no coma más de 1200 a 1600 kcal diarias o b) una reducción ocasional ligera a 1600 – 2000 kcal diarias que interrumpa la regla de un hábito normal sin reducción de calorías.
Código 2 = hay una restricción considerable de la nutrición: a) la reducción continua de la cantidad total de comida a unas 1600 – 2000 kcal diarias durante un tiempo prolongado o b) una reducción de la cantidad total de comida, mediante regímenes u otras medidas, a 1200 – 1600 kcal diarias durante un período de hasta tres semanas o c) una reducción drástica de la cantidad total de comida a 800 – 1200 kcal diarias durante al menos dos semanas o d) la omisión periódica de comidas (p. ej., los desayunos, los almuerzos) por motivos de peso o e) la reducción de la comida a la mitad durante al menos tres semanas.

Código 3 = hay una restricción fuerte de la nutrición: a) una reducción de la cantidad total de comida a 1200 – 1600 kcal durante un período prolongado (varios meses o más) o b) regímenes estrictos frecuentes de varias semanas de duración y con una reducción de la cantidad total de comida a 800 – 1200 kcal o c) un régimen de al menos dos semanas de duración con una reducción muy fuerte de la cantidad total de comida (a menos de 800 kcal) o d) la omisión periódica de una o dos comidas con la consiguiente reducción considerable de la alimentación durante un tiempo prolongado (varias semanas o meses).

Código 4 = hay una restricción muy fuerte de la nutrición: a) una reducción de la cantidad total de comida a menos de 1200 kcal durante un período prolongado (varias semanas, meses) o b) regímenes continuos o muy frecuentes de al menos tres semanas de duración y con una reducción drástica de la cantidad total de comida a menos de 800 kcal o c) la toma de una sola comida diaria durante un tiempo prolongado con la consiguiente reducción considerable de la alimentación.

12. Evitación de alimentos que engordan y alimentación selectiva (restricción cualitativa de la nutrición)
I-AN 2a
IR-AN-B: Evitación de alimentos “que engordan” (para reducir el peso).
Preguntas: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **Este tema se dedica a explorar en qué medida un paciente evita alimentos "que engordan" y limita por razones de peso la variedad de los alimentos que come habitualmente (no en ataques de bulimia)? Se tendrán en cuenta los aspectos siguientes: ¿Cuántas clases diferentes de comida se evitan? ¿Con qué perseverancia se evitan algunos alimentos determinados (que engordan mucho)?**
Observación: **Las limitaciones por motivos exclusivamente médicos (p. ej., por alergias reales o por diabetes) no deben calificarse como evitación de alimentos.**

Código 0 = no se practica ninguna alimentación selectiva.

Código 1 = se practica una alimentación ligeramente selectiva: no se restringe la variedad de alimentos, pero la persona afectada intenta comer "sano", es decir que come proporcionalmente más ensaladas, verdura y fruta que alimentos que engorden. Estos alimentos llamados "sanos" sustituyen el chocolate y los dulces, mientras que los alimentos básicos se comen en cantidades suficientes. La persona tiene en cuenta el contenido de grasa y de calorías de los alimentos, pero principalmente se permite comer de todo, incluso algún exceso de vez en cuando.

Código 2 = se practica una alimentación marcadamente selectiva: la persona limita la variedad de alimentos evitando grasas y azúcar y come exclusivamente productos con un contenido reducido en grasas y calorías. Los embutidos y quesos grasos se sustituyen por productos "light" como, p. ej., la margarina dietética. En lugar de alimentos con azúcar, la persona compra productos edulcorados con sucedáneos del azúcar. Los dulces y pasteles se evitan estrictamente.

Código 3 = se practica una alimentación rigurosamente selectiva: la variedad de alimentos se limita eliminando grasas, azúcares e hidratos de carbono de la dieta. Los alimentos básicos se sustituyen sucesivamente por ensaladas y verdura, y las grasas y azúcares se evitan en la mayor medida posible.

Código 4 = se practica una alimentación muy rigurosamente selectiva: la variedad de alimentos se reduce al mínimo. La persona no come más que unos pocos alimentos pobres en calorías (p. ej., ensaladas sin aliño, verdura cocida al vapor, productos proteínicos magros, etc.). Se prohíbe comer grasas, azúcares e hidratos de carbono. La valoración 4 ha de aplicarse, asimismo, a casos de regímenes muy desequilibrados.

13. Límites de calorías

Pregunta: ¿Ha intentado imponerse un límite bajo de calorías?
Pregunta adicional: ¿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?

Definición: **Este tema investiga si la persona se ha puesto un límite determinado para la cantidad de alimentos / calorías diarias; no importa que este límite se haya o no cumplido. Este tipo de límites se imponen con el fin de mantenerse delgado o adelgazar. Si la persona entrevistada declara que no se ha puesto ningún límite de calorías, la valoración será de 0 (= no hay límite de calorías autoimpuesto), y como límite se indicará la cifra 8888, aunque el comportamiento de la persona delate la existencia de una fuerte restricción cuantitativa y/o cualitativa de la alimentación (para la valoración de estos fenómenos remitimos a los temas 11 y 12). Pero si la persona señala que su objetivo era no comer "nada" o "ninguna caloría", habrá que aplicar el código 4 y el límite 0000.**
Los regímenes prolongados se clasificarán individualmente en función de la cantidad de la reducción, la limitación de la variedad de alimentos y el límite de calorías, valorándolos correspondientemente en los términos de los items 11 – 13.

Código 0 = no hay límite de calorías autoimpuesto.

Código 1 = hay un generoso límite de calorías: el límite de calorías diarias es de 1600 – 2000 kcal. Posibilidad alternativa: un solo régimen de dos semanas, como máximo, y con un límite de calorías entre 1200 y 1600 kcal en una persona con conducta alimentaria normal.

Código 2 = hay un marcado límite de calorías: el límite de calorías diarias es de 1200 – 1600 kcal. Posibilidad alternativa: regímenes ocasionales con límites entre 800 y 1200 kcal o un solo régimen de dos semanas, como máximo, con un límite inferior a 800 kcal.

Código 3 = límite autoimpuesto de 800 – 1200 kcal diarias. Posibilidad alternativa: regímenes ocasionales con límites inferiores a 800 kcal.

Código 4 = límite autoimpuesto de menos de 800 kcal diarias. La misma valoración se aplicará a las personas que declaren haber tenido el objetivo de no comer "nada" o "ninguna caloría".

14. Escupir alimentos

D-EDNOS 5

Pregunta: ¿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?

Pregunta adicional: En caso afirmativo, ¿cuántas veces lo ha practicado (durante la época de mayor frecuencia de este comportamiento)?

Definición: Masticar alimentos y escupirlos sin tragarlos con el fin de evitar la ingestión de calorías. La valoración de una época de la vida en la que se escupían los alimentos se efectúa en función del promedio calculado mediante compensación de las fases de mayor frecuencia de esta conducta con las de menor frecuencia o inexistencia de la misma. No se considerará la práctica del vómito. Dada la sinonimia entre "vomitar" y "escupir" en el lenguaje coloquial, el entrevistador debe tener especial cuidado en formular las interrogaciones de modo inequívoco.

Código 0 = no se escupen los alimentos.

Código 1 = los alimentos se escupen raras veces (hasta 1x/mes).

Código 2 = los alimentos se escupen de vez en cuando (hasta 1x/semana).

Código 3 = los alimentos se escupen frecuentemente (hasta 1x/día).

Código 4 = los alimentos se escupen muy frecuentemente (varias veces al día).

15. Rumiación

Pregunta: ¿Ha regurgitado en los últimos tres meses o en alguna ocasión anterior la comida para volver a masticarla?

Preguntas adicionales: ¿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)?

Definición: **Regurgitación de alimentos ingeridos para masticarlos de nuevo. La valoración de una época de la vida en la que se "rumiaban" los alimentos se efectúa en función del promedio calculado mediante compensación de las fases de mayor frecuencia de esta conducta con las de menor frecuencia o inexistencia de la misma. Asimismo, se tendrá en cuenta la intensidad de este comportamiento (1 vez o durante horas).**

Código 0 = no "rumia".

Código 1 = "rumia" raras veces (hasta 1x/mes).

Código 2 = "rumia" de vez en cuando (hasta 1x/semana).

Código 3 = "rumia" frecuentemente (hasta 1x/día).

Código 4 = “rumia” muy frecuentemente (varias veces al día).

16. Trastorno del esquema corporal
D-AN-C1: Percepción desvirtuada de la propia figura y del propio peso.
I-AN-3a
IR-AN-C1: Autopercepción como “demasiado gordo/a” junto con un temor persistente a engordar demasiado ...
IR-BN-D1
Pregunta: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **Este síntoma destacado en 1973 por Hilde Bruch requiere para su aislamiento una exploración muy hábil. El caso típico es el de una visión aumentativa del propio cuerpo y en particular de los muslos, la cadera o de la barriga. Es muy importante preguntarle al paciente cómo se ve a sí mismo/a según su “escala interior” para evitar que exprese simplemente la opinión de otras personas o que conteste en el sentido de lo socialmente deseable. No es raro que el entrevistado niegue la existencia de una percepción desvirtuada del aspecto físico (y de un miedo a ganar peso); en este caso el entrevistador podría pedirle, p. ej., a la paciente que indique dibujando con los dedos en el aire la anchura de su cadera, sus muslos, etc. (y comparar lo indicado con las medidas reales), o preguntarle qué anchura tendrían estas partes de su cuerpo (o cómo serían al tacto) si engordara 5 kg.**

Código 0 = no hay trastorno del esquema corporal

Código 1 = hay un leve trastorno del esquema corporal: existe una pequeña discrepancia entre las percepciones propia y ajena en el sentido citado (visión aumentativa). Ejemplo: la visión exagerada de una “zona problemática” determinada y/o la fijación parcial transitoria en una “zona problemática” determinada. Si la persona afectada se ha propuesto un límite de peso, éste equivale aproximadamente al peso normal. En las personas obesas puede producirse, en caso de engordar, una percepción desvirtuada del aspecto físico consistente en un retraso de la autopercepción.

Código 2 = hay una percepción considerablemente trastornada del aspecto físico: existe una clara discrepancia entre las percepciones propia y ajena. La distorsión de la percepción en el sentido de ‘sentirse demasiado gordo/a’ afecta al menos a dos “zonas problemáticas”. Si la persona se ha propuesto un límite de peso, éste es, en general, realista.
Posibilidad alternativa: personas con peso ideal o normal que se vean transitoriamente demasiado gordas a causa de un malestar general o estrés.
Posibilidad alternativa: en personas obesas, el ‘sentirse más delgadas’ de lo que las ven los demás; puede expresarse en un susto al ver las dimensiones del propio cuerpo en fotografías o grabaciones de vídeo.

Código 3 = hay una percepción gravemente desvirtuada del aspecto físico: existe una fuerte discrepancia entre las percepciones propia y ajena. La distorsión de la percepción en el sentido de ‘sentirse demasiado gordo/a’ se extiende permanentemente a toda la figura y es incorregible.
Ejemplos: a) personas con peso ideal o normal que se vean constantemente demasiado gordas; b) pacientes de anorexia que pesando demasiado poco consideren su peso como correcto.
Si la persona se ha propuesto un límite de peso, éste es claramente inferior a su peso ideal.

Código 4 = hay una percepción muy gravemente desvirtuada del aspecto físico: existe una muy fuerte discrepancia entre las percepciones propia y ajena. La distorsión de la percepción en el sentido de ‘sentirse demasiado gordo/a’, que afecta permanentemente a un sinnúmero de partes del cuerpo o a toda la figura, se ha agudizado y es incorregible.

Ejemplo: pacientes de anorexia que a pesar de una importante insuficiencia de peso sigan sintiéndose demasiado gordas. Si la persona se ha propuesto un límite de peso, éste es mucho menor que el peso ideal.

17. 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: negación de la gravedad del actual bajo peso.
Pregunta: ¿Considera Vd. su bajo peso como peligroso para su salud?
Preguntas adicionales: ¿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.
Definición: **Una persona con bajo peso que se engañe sobre las posibles consecuencias médicas de un peso insuficiente. Se valorará la discrepancia entre los riesgos reales del bajo peso y la opinión del paciente.**
Código 0 = no hay discrepancia: la paciente reconoce las consecuencias negativas del bajo peso y desea ser tratada y ganar peso. Ha tomado ya medidas concretas para resolver su problema.

Código 1 = hay una leve discrepancia: la paciente reconoce (aunque de forma reservada) las consecuencias negativas del bajo peso y desea ser tratada y ganar peso. Aún no ha tomado medidas concretas para resolver su problema, o las ha aplazado.

Código 2 = hay una clara discrepancia: aunque la paciente sea, en general, consciente de las posibles consecuencias negativas del bajo peso, no reconoce la existencia de consecuencias negativas en su propia persona.

Código 3 = hay una fuerte discrepancia: la paciente sabe que pesa demasiado poco pero niega que su salud está amenazada.

Código 4 = hay una muy fuerte discrepancia: bajo peso y negación categórica de cualquier consecuencia negativa del bajo peso.

Código 8 = no hay o no ha habido bajo peso.

18. y 19. Sólo en mujeres: menstruación
D-AN-D: Existencia de una amenorrea, es decir, ausencia de al menos tres ciclos de menstruación seguidos (también se diagnosticará amenorrea si la menstruación se produce sólo al suministrarse hormonas como, p. ej., estrógenos).
I-AN 4a
I-AN-5
IR-AN-D: Existencia de una amenorrea.
Pregunta: ¿A qué edad tuvo la primera menstruación?
Pregunta: ¿Cómo han sido sus ciclos de menstruación en los últimos 3 meses y cómo han sido en los últimos años?

Definición de temas 18 y 19: **Estos temas son importantes para el diagnóstico de anorexia nerviosa. Las pacientes están siguiendo a menudo un tratamiento medicamentoso con suministro de hormonas, lo que impide un control exacto de los ciclos de menstruación. En este supuesto se asignará el valor 2 si la menstruación se produce sólo mientras se tomen hormonas (píldora) y desaparece o pierde la regularidad cuando la píldora se suspende por uno o dos ciclos, y el valor 7 si la paciente toma la píldora pero se desconoce si volvería a producirse la menstruación en caso de suprimirla.**

Código 0 = normal y regular sin tomar medicamentos hormonales (píldora, etc.).

Código 1 = la menstruación se ha producido sin que la paciente haya tomado medicamentos hormonales, pero de forma bastante irregular (oligomenorrea) o viscosa.

Código 2 = la menstruación sólo se produce mientras la paciente tome medicamentos hormonales (píldora); si la píldora se suprime durante uno o dos ciclos, la menstruación desaparece o pierde la regularidad.

Código 3 = amenorrea secundaria (ausencia de la menstruación durante al menos tres meses).

Código 4 = amenorrea secundaria (ausencia de la menstruación durante al menos seis meses).

Código 5 = amenorrea primaria (aún no se ha producido la primera menstruación).
Código 6 = ausencia de menstruación por embarazo.

Código 7 = la paciente toma la píldora; se desconoce si la menstruación volvería a producirse en caso de suprimir la píldora.

Código 8 = no procede (p. ej., por tratarse de un varón, por extirpación del útero).

20. Pregunta, *en caso de amenorrea secundaria:* **¿A qué edad estuvo por primera vez durante al menos 3 meses sin menstruación?**

21. Ataques de bulimia, objetivos/subjetivos
Pregunta: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿Cuántas 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?

Este tema se refiere a ataques compulsivos de comer que consisten en una ingestión de cantidades enormes de comida en un breve espacio de tiempo (normalmente, menos de dos horas). Hay pacientes a los que estos ataques les producen problemas económicos o conflictos con los familiares o con la pareja, por devorar todo lo que esté al alcance. Estos pacientes pueden tener una fuerte tendencia a ocultar su conducta. Si no se conoce personalmente a la paciente, es aconsejable formular las preguntas aislando el problema paulatinamente. Así, se preguntará primero si la paciente ha temido alguna vez a perder el control en la comida y, en caso afirmativo, se continuará preguntando si realmente ha perdido alguna vez el control y ha sufrido ataques de bulimia.

La gravedad de los ataques compulsivos de comer se valora:

a) ***objetivamente:*** **El ataque de bulimia está definido según DSM-IV como ingestión de una cantidad de comida durante un intervalo determinado (p. ej., durante 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. (un ingrediente importante es la sensación de falta de control respecto a la comida, dato que recoge por separado el tema 26.) La graduación de este tema se basa en la cantidad de calorías: el código 2 corresponde a una cantidad de calorías consumidas entre 1000 y 3000, el código 3, a 3000 – 5000 calorías y el código 4, a cantidades superiores a 5000 calorías. Sin embargo, esta graduación no es más que una pauta orientativa para el entrevistador. La valoración debe tener en cuenta, ante todo, las condiciones y el contexto. El entrevistador debe alentar al paciente a que le describa un ataque de bulimia típico. Para vencer la fuerte tendencia a la ocultación es recomendable preguntar insistentemente y hacer las preguntas de forma detallada y concreta. Un ataque de bulimia que reúna los criterios DSM-IV será calificado con el código 2. Según DSM-IV un episodio de bulimia está caracterizado por los rasgos siguientes: 1) ingestión de una cantidad relativamente grande de comida durante un intervalo de tiempo determinado; 2) sensación de perder durante el episodio el control sobre la conducta alimentaria. La cantidad ingerida y la sensación de falta de control se consideran como características separadas y se valoran por separado en este tema y en el tema 26, respectivamente.**

b) ***subjetivamente:*** **Las características que diferencian un ataque de bulimia de una comida normal o abundante son la existencia de una cierta sensación de perder el control y un grado determinado de independencia entre la conducta y la sensación normal de saciedad.**

Para el tratamiento de este tema es importante que la persona afectada describa con mayor detalle posible las cantidades de comida ingerida a lo largo de un día y la conducta con la que comía, con el fin de poder valorar objetivamente la cantidad de alimentos y las condiciones de su ingestión, puesto que a menudo existe una discrepancia importante entre la consideración subjetiva y la gravedad objetiva del ataque de bulimia. Concretamente, las anoréxicas tienden a 'dramatizar' (para ellas el consumo de media tableta de chocolate significa ya un fuerte ataque de bulimia), mientras que las bulímicas más bien le restan importancia ('ya no es tan preocupante como antes' – y a la hora de pedir más datos tal vez se compruebe que en un ataque de bulimia se ingieren "tan sólo" 10.000 kcal cuando antes la cantidad habitual era de 15.000 kcal). Los obesos, en cambio, suelen indicar cantidades claramente menores que las reales ('estoy permanentemente a régimen, no como apenas') y tienen ataques de bulimia "atípicos" (véase tema 29) o consideran normales unas cantidades que parecen claramente excesivas en comparación con las que come una persona no obesa.

21.a Ataques compulsivos de comer según criterios objetivos (cantidad de alimentos consumidos)
D-BN-A1, D-BED-A1: Ingestión de una cantidad de comida durante un intervalo determinado (p. ej., durante 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.
I-BN-1c
IR-BN-A: Episodios frecuentes de ataques compulsivos de comer, en los que se ingieren grandes cantidades de comida en un breve espacio de tiempo.
Definición: **Sufrir un ataque de bulimia consiste en ingerir una cantidad de comida durante un intervalo determinado (p. ej., durante 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.**

Código 0 = no hay ataques compulsivos de comer.

Código 1 = hay ligeros ataques compulsivos de comer (objetivos): existen una serie de indicios de ataques de bulimia, pero no el requisito de la ingestión de una cantidad anormal de comida en un corto lapso de tiempo. La cantidad de alimentos ingeridos dentro de un tiempo determinado sólo supera insignificantemente la cantidad que comerían la mayoría de las personas en un tiempo y unas condiciones equivalentes. La ingestión de menos de 1000 calorías por episodio puede utilizarse como medida de referencia.

Código 2 = hay ataques compulsivos de comer significativos (objetivos): la cantidad de comida ingerida en un espacio de tiempo determinado es claramente superior a la que comerían la mayoría de las personas durante un tiempo y en unas condiciones equivalentes. Utilícese como medida de referencia la ingestión de 1000 a 3000 calorías por episodio.

Código 3 = hay graves ataques compulsivos de comer (objetivos): la cantidad de comida ingerida en un espacio de tiempo determinado es claramente superior a la que comerían la mayoría de las personas durante un tiempo y en unas condiciones equivalentes. La medida de referencia se fija en 3000 a 5000 calorías por episodio. Téngase en cuenta la duración y las condiciones del episodio.

Código 4 = la cantidad de comida ingerida en un espacio de tiempo determinado supera con mucha diferencia la que comerían la mayoría de las personas durante un tiempo y en unas condiciones equivalentes. La medida de referencia es de más de 5000 calorías por episodio. Téngase en cuenta la duración y las condiciones del episodio.

21.b Ataques compulsivos de comer según el criterio subjetivo del paciente

En este tema se pregunta a la persona afectada a ser posible directamente si ha sufrido ataques compulsivos de comer y, en caso afirmativo, por su frecuencia y gravedad. Los grados de gravedad abarcan desde 0 (= subjetivamente no ha habido ataques compulsivos de comer) hasta 4 (= ha habido ataques compulsivos de comer subjetivamente graves y/o frecuentes).

Código 0 = no ha habido ataques compulsivos de comer.

Código 1 = ha habido ataques compulsivos de comer subjetivamente ligeros.

Código 2 = ha habido ataques compulsivos de comer subjetivamente significativos.

Código 3 = ha habido ataques compulsivos de comer subjetivamente graves.

Código 4 = ha habido ataques compulsivos de comer subjetivamente muy graves.

22. Transcurso temporal de los ataques compulsivos de comer
Pregunta: ¿Los ataques compulsivos de comer han evolucionado a lo largo del tiempo (meses, años) de acuerdo con el tipo de evolución siguiente?

Definición: **Este tema sirve para evaluar globalmente la evolución de los ataques compulsivos de comer a lo largo del tiempo. Su objetivo no consiste en analizar las variaciones de menor importancia que a lo largo del tiempo se hayan producido en la gravedad de los ataques. La evolución puede experimentar muchas variaciones diferentes. Para las personas que hayan sufrido ataques de bulimia se establecen cuatro tipos principales de evolución de los ataques a lo largo del tiempo. Estos cuatro tipos se distinguen por el porcentaje del período total que suponga el tiempo en el que se produjeron.**

Código 0 = no ha habido ataques compulsivos de comer.

Código 1 = intervalos cortos de ataques compulsivos de comer seguidos por intervalos largos sin ataques de bulimia. Los ataques se produjeron durante aproximadamente el 30% (o menos) del tiempo.

Código 2 = equilibrio aproximado entre los intervalos con ataques compulsivos de comer y los intervalos libres de ataques. Los ataques se produjeron durante aproximadamente el 30 – 60% del tiempo.

Código 3 = intervalos largos de ataques compulsivos de comer seguidos por intervalos cortos sin ataques. Los ataques se produjeron durante aproximadamente el 60 – 90% del tiempo.

Código 4 = evolución crónica sin apenas intervalos libres de ataques. Los ataques compulsivos de comer se produjeron de forma crónica prácticamente durante todo el tiempo, es decir, durante aproximadamente el 90 – 100% del período. No hubo intervalos prolongados sin fuertes ataques de bulimia.

La evaluación para períodos anteriores contempla toda la vida a partir de la edad de 15 años hasta tres meses antes de la entrevista actual. Los tres meses anteriores a la entrevista son objeto de la valoración actual. En el caso ejemplar de haberse producido ataques de bulimia al menos una o dos veces por semana en el 50% de las semanas del período de valoración, se diría que "se produjeron ataques de bulimia durante el 50% del período".

23. Frecuencia de los ataques compulsivos de comer
D-BN-C1: En un período de tres meses los ataques compulsivos de comer (...) se producen una media de al menos dos veces por semana.
IR-BN-A2: Hay episodios de ataques compulsivos de comer al menos dos veces por semana a lo largo de un período de tres meses.
Preguntas: ¿Cuántas veces ha sufrido un ataque compulsivo de comer significativo en los últimos 3 meses? ¿Y antes?

Definición: **Este tema valora exclusivamente la frecuencia de ataques compulsivos de comer "*objetivos*". También en este aspecto el entrevistador encontrará poderosas tendencias a la ocultación (por vergüenza, sentimientos de culpabilidad, etc.), por lo que deberá preguntar insistentemente. La valoración de un período de 3 meses se efectúa en función del promedio obtenido mediante compensación de las fases de mayor frecuencia con las de menor frecuencia de ataques de bulimia.**

Código 0 = no hay ataques compulsivos de comer.

Código 1 = raras veces: en el transcurso de un período de tres meses, como mínimo, los ataques compulsivos de comer se producen una media de menos de dos veces por semana.

Código 2 = ocasionalmente: en el transcurso de un período de tres meses, como mínimo, los ataques compulsivos de comer se producen una media de al menos dos veces por semana.

Código 3 = frecuentemente: en el transcurso de un período de tres meses, como mínimo, los ataques compulsivos de comer se producen una media de hasta una vez por día.

Código 4 = muy frecuentemente: los ataques compulsivos de comer se producen varias veces por día.

24. Frecuencia de evidentes ataques compulsivos de comer a lo largo de 6 meses
D-BED-D1: Los ataques compulsivos de comer se producen una media de al menos dos días por semana en el transcurso de seis meses.
Pregunta: ¿Cuántas veces ha sufrido un ataque compulsivos de comer significativo en los últimos 6 meses?

Análogo item 23.

25. Ataques compulsivos de comer en al menos dos días diferentes por semana
D-BED-D2: ... en dos días diferentes por semana.
Pregunta: ¿Los ataques compulsivos de comer se producen normalmente en dos días diferentes por semana?

Código 0 = no.

Código 1 = sí.

Código 8 = no hay ataques compulsivos de comer.

26. Sensación de falta de control ante la comida
D-BN-A2, D-BED-A2: La sensación de perder, durante el episodio de un ataque compulsivo de comer, el control sobre la conducta alimentaria, es decir, p. ej., la sensación de no poder dejar de comer de no controlar el tipo y la cantidad de comida.
Preguntas: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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 de bulimia evidentemente graves: ¿Ha tenido alguna vez tanta ansiedad de comer que llegó a robar comida o de sacar comida de un cubo de basura?

Definición: **Este tema evalúa la sensación de falta de control sobre la comida durante un ataque compulsivo de comer. Examina la sensación de no poder dejar de comer o de no poder controlar el tipo y la cantidad de comida ingerida. Su objeto es, por lo tanto, el miedo *subjetivo* de la persona a perder el control sobre la comida. La capacidad efectiva de terminar un ataque de bulimia es un indicador del grado del miedo a perder el control. Otro indicador de lo mismo consiste en que la persona evite comer en determinados lugares donde pueda ser molestada. ¿Tiene la persona por sí sola la capacidad de impedir que empiece un ataque de bulimia o de**

cortarlo en pleno desarrollo? ¿Es capaz de cortar el ataque sólo cuando hay una perturbación por causa ajena (p. ej., teléfono, visita) o cuando se producen dolores físicos o empacho? La cantidad de comida ingerida durante un intervalo determinado (tema 21), por un lado, y la sensación de falta de control durante el episodio, por otro, se valorarán por separado.

Código 0 = no hay pérdida de control respecto a la comida.

Código 1 = hay una leve pérdida de control respecto a la comida: se sobrepasa a menudo el umbral de saciedad subjetiva en las comidas regulares o ataques de bulimia, es decir que las personas afectadas siguen comiendo a pesar de estar llenas, por lo que experimentan un empacho considerable.
Posibilidad alternativa: las personas afectadas relatan cómo se encuentran delante de la nevera librando 'luchas internas' por querer comer algo y prohibírselo hasta que al final sucumben comiendo el alimento deseado (normalmente sintiéndose culpables). Sin embargo, al ser molestadas por estímulos externos, suelen ser capaces de dejar de comer.

Código 2 = hay una clara pérdida de control respecto a la comida: el ansia de comer o ataque de bulimia está controlado hasta el punto de que la persona come sólo en momentos programados u 'oportunos' y puede aplazar el ataque dentro de unos límites si es preciso. Las personas afectadas toman, además, las precauciones necesarias para que nadie se entere de sus ataques. No comen del todo indiscriminadamente, sino que seleccionan los alimentos en función de la facilidad de vomitarlos, o bien, interrumpen la comida al llegar a un límite de tiempo subjetivo para asegurar que la comida sea expulsada del cuerpo antes de metabolizarse (es decir, el tipo y la cantidad de comida ingerida durante un ataque de bulimia todavía están sujetos a cierto control). El propio ataque se corta antes de provocar dolores de estómago. La interrupción del ataque por estímulos externos no es posible sino de forma muy restringida y depende de la fuerza del estímulo o de la situación correspondiente. Mientras que el teléfono se suele pasar por alto, sí se atienden, p. ej., las llamadas a la puerta si es inevitable.

Código 3 = hay una fuerte pérdida de control respecto a la comida: el ansia de comer si bien exige una satisfacción inmediata, aún se controla de tal modo que la persona no empieza de comer en público. Además, toma precauciones para que nadie se entere de los ataques. La persona come todo lo que tenga a su alcance, sin seleccionar apenas el tipo y la cantidad de comida. Está lo suficientemente inhibida como para no coger comestibles de cubos de basura ni robar comida. Los ataques no se interrumpen por estímulos externos. Suelen terminar por circunstancias fisiológicas tales como dolores de estómago o sueño.

Código 4 = hay una muy fuerte pérdida de control respecto a la comida: a menudo las personas afectadas sienten un fuerte temor a perder el control. Sobre todo entre los pacientes que lleven mucho tiempo sufriendo periódicamente graves ataques de bulimia se encuentran personas que han dejado de sentir miedo, ya que han desistido de intentar controlar su conducta. Esta última característica merece la calificación de una muy fuerte pérdida de control (código 4).
Existe una muy fuerte pérdida de control si el ansia de comer exige satisfacción inmediata en cuanto aparezca, sin que se interponga ninguna inhibición. Frecuentemente la persona empieza a comer en público, y es posible que busque comida en cubos de basura o robe alimentos por haber gastado todo el dinero. Los estímulos externos como el teléfono o el timbre de la puerta se desoyen por completo. Se sigue comiendo mientras haya comestibles. No se perciben dolores de estómago o náuseas. El ataque no termina hasta que no quede nada de comer o no 'entre' más comida; en este último caso es posible que la persona vomite para poder seguir comiendo.

27. Características cualitativas de los ataques compulsivos de comer (sólo en caso de sufrir ataques compulsivos de comer)
D-BED-B: Los ataques de bulimia se producen acompañados de al menos tres de los síntomas siguientes:
Preguntas: ¿Ha comido durante los ataques en general más deprisa que normalmente? (B1) ¿Ha comido durante los ataques hasta sentir un empacho molesto? (B2) ¿Ingiere durante un ataque grandes cantidades de comida sin tener hambre físico? (B3) ¿Ha comido solo/a durante los ataques porque se avergonzaba de la cantidad que comía? (B4) ¿Ha estado asqueado/a de sí mismo/a o deprimido/a o se ha sentido culpable después del ataque? (B5)

28. Sensación de sufrimiento y preocupación a causa de los ataques compulsivos de comer (marked distress)

D-BED-C: Existe un marcado sufrimiento por los ataques compulsivos de comer ("marked distress").

Pregunta: ¿Se ha sentido preocupado/a o ha sufrido a causa de los ataques compulsivos de comer?

Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **Este tema se dedica a investigar en qué medida el hecho de sufrir ataques de bulimia le afecta a la paciente emocionalmente, le preocupa o le desespera, en su caso. Estas sensaciones son generadas por a), la pérdida de control experimentada durante un ataque de bulimia, que por sí sola produce miedo, y/o b), preocupaciones en torno a las cantidades (excesivas) de comida ingerida (ya sea que les preocupe el daño que le hagan a su cuerpo o el aumento de peso producido por el ataque de bulimia; esto último lo trata también el tema 7: (miedo a ganar peso)).**

Código 0 = no hay preocupación ni sufrimiento.

Código 1 = hay una leve preocupación o sufrimiento: las pacientes reflexionan de cuando en cuando sobre sus ataques compulsivos de comer y sus consecuencias, lo cual les produce cierto malestar pero ningún estrés.

Código 2 = hay una marcada preocupación o sufrimiento: las pacientes se preocupan frecuentemente por sus ataques compulsivos de comer y sus consecuencias, lo cual les produce un notable sufrimiento. Los problemas de la vida diaria se superan sin limitación perceptible.

Código 3 = Los ataques compulsivos de comer y sus consecuencias suponen un problema grave para las pacientes que les hace sufrir mucho. La paciente se dedica una parte importante del día a este problema.

Código 4 = Las pacientes están totalmente desesperadas a causa de sus ataques compulsivos de comer y sus consecuencias. Se sienten monstruosas, temen estar locas y/o llegan a sentir pánico por el posible aumento de peso. Dedican mucho tiempo a la preocupación por este problema.

29. Ataques compulsivos de comer atípicos prolongados

Pregunta: ¿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?

Pregunta adicional: ¿Cuánta cantidad comía?

Además de los ataques descritos en el item 21 hay otra serie de variantes que se descubren, sobre todo, en personas obesas. La característica principal de este tipo de ataques es el hecho de que no se produzcan por episodios: no duran un período determinado sino que se extienden a lo largo de todo el día.

Se distinguen varios tipos:

1. **'Glotonería permanente' ("pastar"): las personas afectadas relatan que están comiendo constantemente durante todo el día, además de las comidas regulares. Se trata, sin embargo, de pequeñas cantidades, por lo que no merecen la calificación de ataques de bulimia. Normalmente, no hay más que un ligero grado de pérdida de control.**

Ejemplo: **La jornada típica de una 'glotona permanente' puede transcurrir, p. ej., de manera siguiente: su desayuno consiste en tostadas y yogur; después, en su lugar de trabajo come, repartidos a lo largo de toda la mañana, varios cruasanes; después de la comida del mediodía toma varias chocolatinas y otras golosinas; y, por la noche, eventualmente después de una cena**

regular, termina la jornada comiendo varias copas de helado, así como una o dos porciones de tarta. Con todo y haber ingerido bastantes más calorías que la mayoría de la gente, esta persona probablemente no se sentirá empachada puesto que ha comido esa cantidad de forma repartida a lo largo de todo el día.

2. **'Glotonería prolongada' sin pérdida de control o con ligera pérdida de control: estas personas refieren comidas placenteras con ingestión de grandes cantidades de alimentos a lo largo de varias horas. A menudo dedican veladas enteras a la preparación y degustación de comidas, celebrando literalmente el acto de comer. ("como hasta que me sienta lleno/a y a gusto y no me entre más.") Este tipo de bulimia carece de la violencia y pérdida de control de un ataque de bulimia clásico.**
3. **'Glotonería condicional' sin pérdida de control o con ligera pérdida de control: estas personas cuentan que empiezan a comer por frustración, en caso de algún problema o por miedo, es decir, cuando sufren estrés. Entonces comen en mayores cantidades. Sin embargo, no se producen la ansiedad y pérdida de control de un ataque de bulimia clásico.**

Sobre la valoración del grado de gravedad: la valoración de la gravedad se efectúa de forma análoga a los ataques compulsivos de comer objetivos (item 21ª). Como cantidad de calorías se contabilizará la cantidad ingerida adicionalmente, además de la demanda diaria.

Código 0 = no hay ataques compulsivos de comer atípicos.

Código 1 = hay ligeros ataques compulsivos de comer atípicos: la cantidad de calorías ingeridas por ataque es inferior a 1000.

Código 2 = hay notables ataques compulsivos de comer atípicos: la cantidad de calorías ingeridas por ataque es de 1000 – 3000.

Código 3 = la cantidad de calorías ingeridas por ataque es de 3000 – 5000.

Código 4 = la cantidad de calorías ingeridas por ataque es superior a 5000.

En caso de existir tanto ataques compulsivos de comer (típicos) en los términos del item 21, como ataques compulsivos de comer (atípicos) según el item 29, los dos síntomas se valorarán *por separado*.

En los ataques atípicos no se valora la pérdida de control (item 26).

30. La sensación de empacho que se produce después de llevar mucho tiempo comiendo (ataques de bulimia atípica), ¿le resulta agradable o molesta?
Los códigos posibles abarcan desde 0 (= ni lo uno ni lo otro) hasta 4 (= muy agradable), por un lado, y desde 5 (= poco molesta) hasta 7 (= muy molesta), por otro.

31. Frecuencia media de evidentes ataques compulsivos de comer atípicos en un período de 3 meses
Preguntas: ¿Cuántos ataques notables de bulimia atípica ha sufrido en los últimos 3 meses? ¿Cuántos ha tenido antes?

La frecuencia de ataques compulsivos de comer típicos se ha valorado en item 23. En cambio, este item 31 examina únicamente la frecuencia de ataques de bulimia atípica. En caso de existir tanto ataques de bulimia (típica) en los términos del tema 21 como ataques de bulimia (atípica) según el item 29, los dos síntomas se valorarán *por separado*. Los códigos posibles son:

Código 0 = nunca.

Código 1 = raras veces (aprox. 1x / mes).

Código 2 = ocasionalmente (una media de 2x / semana, como mínimo).

Código 3 = frecuentemente (hasta 1x / día).

Código 4 = muy frecuentemente (varias veces por día o comiendo a diario ininterrumpidamente).

Código 5 = al menos 2x / semana, pero en un período de menos de 3 meses.

32. Frecuencia media de ataques de bulimia atípica en un período de 6 meses

Pregunta: ¿ Cuántos ataques notables de bulimia atípica ha sufrido *en los últimos 6 meses*?

Código 0 = nunca.

Código 1 = raras veces (aprox. 1x / mes).

Código 2 = ocasionalmente (una media de 2x / semana, como mínimo).

Código 3 = frecuentemente (hasta 1x / día).

Código 4 = muy frecuentemente (varias veces por día o comiendo a diario ininterrumpidamente).

Código 5 = al menos 2x / semana, pero en un período de menos de 6 meses.

33. ¿Come más en situaciones de estrésy agobio?
Los códigos posibles abarcan desde 0 (= no) hasta 4 (= mucho más).

34. Obsesión de comer o voracidad irresistibles (craving for food)
I-BN-1b
IR-BN-B2: Ansia u obsesión irresistible de comer.
Pregunta: ¿Ha sentido una verdadera ansia u obsesión de comer, ha estado embargado/a por el deseo de comer, sobre todo de comer alimentos que no suele consumir (p. ej., chocolate, pasta)?
Preguntas adicionales: ¿Cuántas veces ha ocurrido? ¿Cuánto malestar le ha producido el intentar resistir estos impulsos?

Este tema se refiere a una fuerte necesidad o ansia de comer (o de tener un ataque compulsivo de comer). Esta ansia se centra típicamente en alimentos determinados. En principio cualquier persona puede sentir la fuerte necesidad ('craving') de comer o de tener un ataque de bulimia sin haber experimentado jamás verdaderos ataques compulsivos de comer.
Código 0 = no hay ansia ni obsesión de comer alimentos que no se suelen comer.

Código 1 = la persona refiere sentir un ligero malestar cuando no cede a la obsesión de comer, o tener raras veces ansia de comer (craving for food).

Código 2 = se produce un malestar considerable cuando no se cede a la obsesión de comer, o la persona siente a veces ansia de comer (craving for food) (dos veces por semana, como máximo).

Código 3 = la persona apenas puede distraerse y tiene que ceder a la obsesión de comer, o el ansia de comer se produce frecuentemente (hasta 1x / día).

Código 4 = la obsesión de comer (craving) se ha convertido en tema principal de la vida diaria, o se produce con mucha frecuencia (varias veces por día).

35. – 44. Medidas para contrarrestar

***Definición*: Se toman una o varias medidas de regulación del peso con el propósito de ejercer un control sobre el peso.**

Código 0 = no se toman medidas de regulación del peso.

Código 1 = raras veces se toman medidas de regulación del peso (menos de dos veces por semana); si se trata de medicamentos: los medicamentos que no sean de prescripción facultativa se toman en mayor cantidad de lo recomendado.

Ejemplo: La paciente tomaba un inhibidor de apetito que ella misma compraba sin necesidad de prescripción. Lo utilizaba raras veces. Adicionalmente, tomaba diuréticos de su madre (1 pastilla) cuando le visitaba (un fin de semana al mes).

Código 2 = las medidas de regulación del peso se toman ocasionalmente y con el fin de reducir el peso (al menos dos veces por semana), o se utilizan medicamentos determinados durante más tiempo y en dosis más elevadas de lo prescrito, teniendo que proporcionárselos eventualmente de varias fuentes.

Ejemplo: Una paciente que utilizaba la receta que había conseguido de una amiga (A.T.S.) sobre un tratamiento de tres meses con un diurético (la misma dosis que hubiera prescrito el médico).

Código 3 = aplicación frecuente o en altas dosis de medidas reguladoras de peso. Si se trata de un medicamento, la persona se lo proporciona frecuentemente sin receta. Los pacientes se ponen tensos cuando no lo consiguen.

Código 4 = aplicación muy frecuente o en dosis muy elevadas de medidas reguladoras de peso. Si se trata de un medicamento, el no conseguirlo produce fuertes angustias.

Ejemplo: Una paciente tomaba diariamente unas 50 pastillas de un laxante de prescripción obligatoria que contenía bisacodilio. No podía imaginarse estar un solo día sin tomar las pastillas, pese a que tenía mucho miedo de los nocivos efectos secundarios. A lo largo de los 8 años que llevaba tomando el medicamento se le habían deformado las uñas (dedos de baqueta), lo cual era síntoma de una osteoartropatía hipertrófica causada por una intoxicación crónica de laxantes.

35. Vómitos

D-BN-B1: Aplicación reiterada de vómitos autoinducidos como medida inadecuada para paliar el aumento de peso.
I-AN-2b
I-BN-2a
IR-BN-C1: Vómito autoinducido con el fin de paliar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.
Preguntas: ¿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?
Pregunta adicional: ¿Ha inducido Vd. mismo/a el vómito?

Compensando las fases de mayor frecuencia con las de menor frecuencia o ausencia de vómitos se calcula el promedio correspondiente a un período determinado del pasado (3 meses con vómitos relativamente frecuentes) o a los últimos tres meses. Los casos de vómitos de los que las personas afectadas relaten que la comida se expulse 'automáticamente' o que no provoquen los vómitos (= vómito condicional), se valorarán como vómitos intencionados siempre y cuando el cuadro patológico no tenga una causa orgánica comprobada (como, p. ej., una estenosis de píloro, etc.). Se recomienda explorar este tema mediante aislamiento paulatino, preguntando primero si hay una sensación de empacho después de las comidas o si el malestar y el empacho

han sido alguna vez tan fuertes que el paciente tenía "ganas" de vomitar. Por la fuerte tendencia a ocultar este síntoma habrá que tener en cuenta tanto la reacción del paciente a la pregunta como (si es posible) las informaciones adicionales que aporten familiares, personal de enfermería, etc.

Código 0 = no hay vómitos.

Código 1 = vómitos poco frecuentes: las personas vomitan menos de dos veces por semana, como media.

Código 2 = vómitos ocasionales: las personas vomitan al menos dos veces por semana, como media.

Código 3 = vómitos frecuentes: las personas vomitan una vez por día, aproximadamente.

Código 4 = vómitos muy frecuentes: las personas vomitan varias veces por día.

36. Abuso de laxantes

D-BN-B2: Abuso de laxantes como medida inadecuada para paliar el aumento del peso.
I-AN-2c
I-BN-2b
IR-BN-C2: Abuso de laxantes con el fin de paliar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.
Pregunta: ¿Ha tomado laxantes en los últimos tres meses o en los últimos años, con el fin de evitar un aumento de su peso?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **Los laxantes pueden tomarse para eliminar o evitar el estreñimiento; las pacientes con trastornos de conducta alimentaria utilizan laxantes en muchos casos por la idea de que la comida ingerida (calorías) se metabolice en menor cantidad en el tramo gastrointestinal si se acelera su paso. Los laxantes poseen un potencial de adicción, por lo que mucha gente tiende a aumentar la dosis (véase ejemplo anterior). Algunas pacientes relatan que se sentían interiormente refrescadas y limpias cuando su cuerpo había respondido al efecto del laxante; esta sensación puede llegar a ser tan positiva que se aguantan cólicos gastrointestinales para vivirla. La gravedad del abuso de laxantes debe calificarse en función de la frecuencia y las dosis de las tomas. A efectos de la valoración no importa cómo la persona haya conseguido el laxante (p. ej., mediante falsificación de recetas), aunque este dato sí puede ser valioso para calibrar la eventual adicción del paciente. Muchas personas toman laxantes a escondidas y no admiten su uso o abuso. Al igual que en otros tipos de abuso o adicción es recomendable aislar el síntoma empezando por la pregunta de si se padece o se ha padecido estreñimiento y, en caso afirmativo, qué se hace o se ha hecho en contra. ¿Qué laxantes se han tomado? ¿En qué dosis? ¿Ha habido temporadas en que esta dosis haya resultado insuficiente? ¿Cuál ha sido la mayor dosis jamás tomada por la persona entrevistada? Se recomienda tener en cuenta todas las informaciones aportadas por terceros (p. ej., parientes o personal de enfermería) sobre la anamnesis.**

Código 0 = no hay abuso de laxantes.

Código 1 = uso poco frecuente de laxantes (menos de dos veces por semana) y/o en dosis reducidas: raras veces se toman una o dos pastillas (p. ej., en vacaciones) sin que exista ningún hábito. Los períodos de estreñimiento se aguantan sin que se recurra enseguida a las pastillas. La dosis tomada corresponde a la indicada en la documentación del producto.
Posibilidad alternativa: toma ocasional o frecuente de infusiones laxantes o frutas secas (ciruelas pasas) en cantidades normales.

Código 2 = abuso ocasional de laxantes (al menos 2 veces por semana) y/o en dosis moderadas: dos veces por semana se toma una dosis reducida o moderada, o raras veces (una vez al mes), una dosis elevada. La falta de laxantes produce sensaciones de malestar y tensiones considerables.
Posibilidad alternativa: toma diaria de infusiones laxantes en dosis elevadas o consumo diario excesivo de frutas secas (ciruelas pasas) con el fin de purgarse (p. ej., un paquete diario).

Código 3 = abuso frecuente de laxantes (varias veces por día) y/o en dosis elevadas: consumo diario de dosis reducidas o moderadas o consumo ocasional (una vez por semana, como máximo) de dosis elevadas. La falta de laxantes produce un malestar considerable o tensiones insoportables.

Código 4 = abuso muy frecuente de laxantes (varias veces por día) y/o en dosis muy elevadas: toma periódica y frecuente (varias veces por día) de una dosis moderada o toma diaria de una dosis muy elevada (10 – 15 pastillas con contenido de bisacodilio). La persona afectada no puede imaginarse estar sin laxantes.

37. Diuréticos

D-BN-B3: Abuso de diuréticos como medida para paliar el aumento del peso.
I-AN-2e
I-BN-2f
IR-BN-C4c: Abuso de diuréticos con el fin de paliar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.

Definición: **Los diuréticos son utilizados, por una parte, por personas con trastornos alimentarios, con el fin de adelgazar rápidamente y a pesar de que no eliminan grasa sino agua. Por otra parte, hay personas que dicen utilizar diuréticos por razones "cosméticas", creyendo que son beneficiosos para la piel. Ambos casos merecen la calificación de abuso de diuréticos.**
Las bases de la valoración consisten en la frecuencia y dosis de las tomas. Las informaciones sobre el modo de conseguir las pastillas, si bien pueden ser útiles para apreciar la posibilidad de un abuso, no se contemplan directamente en la valoración.
Este tema investiga el uso de diuréticos sólo en cuanto medida inadecuada para paliar el aumento del peso. Si el paciente toma diuréticos por razones médicas (p. ej., insuficiencia cardíaca), esto no se considerará como abuso y será calificado con el código 0. En caso de una forma mixta, es decir, la existencia simultánea tanto de una indicación médica (p. ej., por insuficiencia cardíaca) como de un trastorno alimentario con abuso de diuréticos, se evaluará sólo la componente del abuso.
Código 0 = no hay abuso de diuréticos.

Código 1 = uso poco frecuente de diuréticos (menos de dos veces por semana) y/o en dosis reducidas: la persona toma diuréticos de vez en cuando (p. ej., en vacaciones), en dosis normales y sin que exista ningún hábito.

Código 2 = ocasionalmente (al menos 2 veces por semana) y/o en dosis moderadas: dos veces por semana se toma una dosis reducida o moderada (hasta cuatro pastillas), o raras veces (una vez al mes), una dosis elevada (de cinco a diez pastillas). La falta de diuréticos produce sensaciones de malestar y tensiones considerables.

Código 3 = uso frecuente (hasta 1x /día) y/o en dosis elevadas: consumo diario de una dosis reducida o moderada (hasta cuatro pastillas) o consumo ocasional (una vez por semana, como máximo) de dosis elevadas (de cinco a diez pastillas). La falta de diuréticos produce un malestar considerable o tensiones insoportables.

Código 4 = uso muy frecuente de diuréticos (varias veces por día) y/o en dosis muy elevadas: toma periódica (varias veces por día) de una o dos pastillas o toma diaria de una dosis muy elevada. La persona afectada no puede imaginarse estar sin diuréticos.

38. Inhibidores de apetito

D-BN-B4: Consumo de inhibidores de apetito como medida inadecuada para paliar el aumento del peso.
I-AN-2e
I-BN-2d
IR-BN-C4a: Uso de diuréticos con el fin de paliar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.

Definición: **La valoración se efectúa en función de la frecuencia y dosis del uso de inhibidores de apetito; la dosis será calificada en lo posible en comparación con las especificaciones de la documentación del producto. La cuestión de si el inhibidor se ha conseguido por prescripción facultativa o por fuentes ilícitas, si bien arroja luz sobre la componente de abuso y adicción, no debería influir directamente en la valoración.**

Código 0 = no hay abuso de inhibidores de apetito.

Código 1 = uso poco frecuente de inhibidores de apetito (menos de dos veces por semana) y/o en dosis reducidas: la persona toma inhibidores de apetito suaves de vez en cuando (p. ej., en vacaciones), en dosis moderadas y sin que exista ningún hábito.

Código 2 = ocasionalmente (al menos 2 veces por semana) y/o en dosis moderadas: dos veces por semana se toma una dosis reducida o moderada, o raras veces (una vez al mes), una dosis elevada. La falta de inhibidores de apetito produce sensaciones de malestar y tensiones considerables.

Código 3 = uso frecuente o abuso de inhibidores de apetito (hasta 1x /día) y/o en dosis elevadas: consumo diario de una dosis reducida o moderada o consumo ocasional (una vez por semana, como máximo) de dosis elevadas. La falta de inhibidores de apetito produce un malestar considerable o fuertes tensiones.

Código 4 = uso muy frecuente o abuso de inhibidores de apetito (varias veces por día) y/o en dosis muy elevadas: varias veces al día, toma de una dosis considerable, o toma diaria de una dosis muy elevada. La falta de inhibidores de apetito produce un malestar muy grave o tensiones inaguantables o es impensable para la persona afectada.

39. Medicamentos para aumentarla actividad del tiroides

D-BN-B4: Consumo de otros medicamentos como medida inadecuada para paliar el aumento del peso.
I-BN-2e
IR-BN-C4b: Uso de productos para el tratamiento del tiroides con el fin de paliar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.

Definición: **La valoración se efectúa en función de la frecuencia y dosis del uso de medicamentos para el tratamiento del tiroides; la dosis será calificada en lo posible en comparación con las especificaciones de la documentación del producto. ¡Téngase en cuenta tanto la frecuencia como la dosis! El uso de medicamentos para tratamiento del tiroides se codificará sólo si se aplican como medida inadecuada para paliar el aumento del peso. En caso de que se utilicen estos medicamentos exclusivamente por razones médicas (p. ej., hipotiroidismo), la codificación será de 0 (= no hay abuso).**

Código 0 = no hay abuso de medicamentos para tratamiento de tiroides.

Código 1 = abuso poco frecuente de medicamentos para tratamiento de tiroides (menos de dos veces por semana) y/o en dosis reducidas: la persona toma de vez en cuando pequeñas dosis de medicamentos para tratamiento de tiroides (p. ej., en vacaciones), sin que exista ningún hábito.

Código 2 = abuso ocasional de medicamentos para tratamiento de tiroides (al menos 2 veces por semana) y/o en dosis moderadas: dos veces por semana se toma una dosis reducida o moderada, o raras veces (una vez al mes), una dosis elevada. La falta de medicamentos para tratamiento de tiroides produce sensaciones de malestar y tensiones considerables.

Código 3 = abuso frecuente de medicamentos para tratamiento de tiroides (hasta 1x /día) y/o en dosis elevadas: consumo diario de una dosis reducida o moderada o consumo ocasional (una vez por semana, como máximo) de dosis elevadas. La falta de medicamentos para tratamiento de tiroides produce un malestar considerable o fuertes tensiones.

Código 4 = abuso muy frecuente de medicamentos para tratamiento de tiroides (varias veces por día) y/o en dosis muy elevadas: varias veces al día, toma de una dosis considerable, o toma diaria de una dosis muy elevada. La falta de medicamentos para tratamiento de tiroides produce un malestar muy grave o tensiones inaguantables o es impensable para la persona afectada.

40. Sólo diabéticos: abandono del tratamiento de insulina

D-BN-B: Consumo de otros medicamentos como medida inadecuada para paliar el aumento de peso.
I-BN-2g
IR-BN-C4d: Abandono del tratamiento de insulina, para contrarrestar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.
Pregunta: ¿Ha abandonado Vd., siendo diabético/a, el tratamiento de insulina con el fin de evitar el aumento de peso?

El abandono del tratamiento de insulina como medida inadecuada para paliar el aumento de peso, se valorará en función de la frecuencia con la que se practique, así como según la dosis omitida, es decir, en resumen, en función de las consecuencias médicas de la suspensión del suministro de insulina.
Las codificaciones posibles abarcan, como todas del SIAB, desde 0 (no hay abandono) hasta 4 (abandono muy frecuente o muy grave del tratamiento de insulina como medida inadecuada para contrarrestar el aumento de peso).

41. Ayuno excesivo

D-BN-B5: El ayuno como medida inadecuada para paliar el aumento de peso.
I-BN-2c
IR-BN-C3: Períodos de ayuno ocasionales para contrarrestar el aumento de peso debido a la ingestión de alimentos.
Pregunta: ¿Ha ayunado durante más de 24 horas para evitar un aumento de peso?
Preguntas adicionales: ¿Cuánto tiempo ha ayunado sin interrupciones? ¿Cuántas veces lo ha hecho?

Definición: **Se habla de ayuno excesivo cuando una persona se priva de comer durante más de 24 horas con el fin de contrarrestar el efecto "engordador" de la comida. A efectos de este tema, ayunar significa no comer nada en absoluto. Los temas anteriores sobre las restricciones cuantitativa y cualitativa de la alimentación (temas 11 y 12) exploran, sobre todo, aunque no exclusivamente, conductas de régimen. En el presente tema, sin embargo, se investiga sólo si la persona entrevistada pasa períodos de más 24 horas sin comer nada en absoluto (= régimen cero). Se valorará la frecuencia y el período en que esto ocurra. Es requisito indispensable del ayuno excesivo el que se practique de forma voluntaria y como medida inadecuada para paliar el aumento de peso. Si alguien ayuna durante más de 24 horas porque no dispone de alimentos, no se considerará que practique un "ayuno excesivo". La valoración tendrá en cuenta tanto la**

frecuencia (cuántas veces) como el período del ayuno (número de días seguidos que se mantenga el ayuno).

Código 0 = no se practica ayuno excesivo.

Código 1 = ayuno excesivo ligero o poco frecuente: la persona raras veces ayuna durante más de 24 horas (como máximo, 1x /mes).

Código 2 = ayuno excesivo considerable y/u ocasional: la persona bien ayuna con regularidad una vez por semana, o bien una sola vez durante varios días seguidos (hasta tres días) recuperando posteriormente una dieta más o menos normal.

Código 3 = ayuno excesivo severo y/o frecuente: la persona ha ayunado en más de una ocasión hasta una semana entera; o ha practicado una sola vez un régimen cero de hasta 10 días de duración.

Código 4 = ayuno excesivo severo y/o muy frecuente: la persona ha practicado, varias veces un régimen cero de más de 1 semana o una sola vez un régimen cero de al menos 2 semanas de duración.

42. Ejercicio físico excesivo

D-BN-B6: Ejercicio físico excesivo como medida inadecuada para paliar el aumento de peso.
I-AN-2d

Preguntas: ¿Cuánto ejercicio físico (p. ej., deporte) ha practicado? ¿Se sentía mal cuando no podía practicar ejercicio físico en los últimos 3 meses o anteriormente?

Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **En este item se valorará la frecuencia e intensidad de ejercicio físico excesivo como medida inadecuada para paliar el aumento de peso. Se explora, pues, la práctica de ejercicio físico con la intención de gastar calorías. El ejercicio físico practicado en exceso puede convertirse en manía, lo que puede llevar a un paciente a negar que la medida de su ejercicio sea excesiva. Existe un exceso de ejercicio físico cuando se despliega más actividad física de la que sea saludable a largo plazo. Se recomienda tener en cuenta todos los datos anamnésicos que se puedan obtener, en su caso, de personas que conozcan bien al paciente. Este tema no valora el ansia de moverse en el sentido de nerviosismo, hiperactividad, etc., sino la actividad motora sostenida como medida inadecuada para paliar el aumento de peso.**
Puesto que muchas veces es difícil comprobar mediante preguntas si el ejercicio deportivo se practica o no para paliar el aumento de peso, en caso de duda es preferible no valorar la motivación sino sólo el tiempo y la energía invertidos en el deporte.

Código 0 = no se practica ejercicio físico excesivo.

Código 1 = ejercicio físico excesivo ligero y/o poco frecuente: la persona practica deporte de vez en cuando (p. ej., en fines de semana) con el fin de gastar calorías o reducir el peso, pero muy bien puede dedicarse a otra actividad si le parece más interesante o importante.

Código 2 = ejercicio físico excesivo considerable y/u ocasional: la persona entrevistada practica deporte de vez en cuando (al menos dos veces por semana) o con mucha intensidad (ejemplo: "entonces tenía la fase de hacer *footing*"). Las personas afectadas sienten un cierto malestar cuando no pueden hacer deporte. La distracción es posible pero no evita el malestar.

Código 3 = ejercicio físico excesivo intenso y/o frecuente: los pacientes no sólo practican objetivamente muchísimo deporte (más de una hora diaria o 3-4x /semana dos o más horas), sino que además dicen sentirse muy mal cuando no tienen la posibilidad de hacerlo.

Código 4 = ejercicio físico excesivo muy intenso y/o muy frecuente: no obstante la extenuación y los dolores que produce el exceso, se practica muchísimo deporte: varias veces al día o una vez al día durante un tiempo prolongado (más de hora y media).

Ejemplo: Una paciente que hacía *footing* por las mañanas y por las tardes durante al menos una hora, respectivamente. A lo largo del día practicaba la natación o el ciclismo (también durante al menos una hora). Según su ortopedista tenía graves problemas con las rodillas y de vez en cuando le sangraban los talones a consecuencia del *footing* diario; con todo, la paciente hacía caso omiso de estos síntomas.

43. Enemas

D-BN-B7: Enemas como medida inadecuada para paliar el aumento de peso.

Preguntas: ¿Utiliza Vd. enemas para evitar el aumento de peso? ¿Con qué frecuencia?

Definición: **Se valorarán la frecuencia y la cantidad de la aplicación de enemas como medida inadecuada para paliar el aumento de peso. La escala de valoración abarca desde 0 (= no se aplican enemas) hasta 4 (= con mucha frecuencia, es decir, más de una vez por día, o en mucha cantidad).**

44. Vomitivos

D-BN-B

Pregunta: ¿Ha tomado Vd. medicamentos u otros productos (p. ej., eléboro) para provocar vómito?

45. Frecuencia de medidas para contrarrestar

D-BN-C2: Las medidas paliativas (la conducta compensatoria inadecuada) se aplican a lo largo de tres o más meses una media de dos veces por semana, como mínimo.
D-EDNOS-3/D-EDNOS-4a

Pregunta: ¿Ha vivido Vd. algún período de 3 meses en el que haya aplicado una media de al menos 2 veces por semana medidas paliativas tales como vómito provocado, toma de laxantes, diuréticos, inhibidores del apetito o medicamentos para tratamiento del tiroides, ayuno excesivo, ejercicio físico excesivo y/o enemas?

***Ejemplo*: Frecuencia de medidas para contrarrestar durante un período de 3 meses (criterio DSM-IV):**

> **El caso de una paciente que vomita desde hace dos años una media de tres veces por semana; además, tomó durante 4 meses 1 vez por semana un diurético y durante 1 mes al menos 2 veces por semana diversos laxantes.**

Esta paciente reúne las características del código 1 de este tema (aplicación de medidas paliativas al menos 2 veces por semana a lo largo de 3 o más meses). Los criterios de valoración exigen que se aplique al menos una medida paliativa con una frecuencia de al menos 2 veces por semana durante un período de 3 meses (en el citado caso, el vómito). Además, está permitido sumar varias medidas paliativas diferentes. Puede existir una aplicación de medidas paliativas sin que el/la paciente vomite. Ejemplo: una paciente con ataques de bulimia que hasta la actualidad no ha vomitado nunca, tomó durante dos meses seguidos al menos 2 veces por semana algún laxante, y durante todo el mes siguiente, también al menos 2 veces por semana, utilizó inhibidores del apetito para paliar un posible aumento de peso. Posibilidad alternativa: una paciente que toma durante 4 meses una media de una vez por semana un laxante y,

adicionalmente, también una vez por semana, un inhibidor del apetito; en este caso el requisito se cumple al sumar las frecuencias (durante un período de más de 3 meses).

46. Peso más bajo alcanzado durante la aplicación de las medidas para contrarrestar
D-ED-NOS 4

Pregunta: ¿Cuánto ha sido el peso más bajo que alcanzó mientras tomaba medidas paliativas tales como ... (véase items 35-44)?

Código 0 = peso normal (+/- 15%).

Código 1 = sobrepeso (> 15% superior al peso normal).

Código 2 = bajo peso (> 15% inferior al peso normal).

Código 8 = no procede (se produjeron ataques de bulimia significativos, o no se aplicaron medidas paliativas).

Preguntar únicamente si en el item 45 no se ha calificado con código 0 y si no se han producido nunca o más que raras veces (tema 21a = 0 ó 1) ataques compulsivos de comer.

47. Especificación del tipo de medidas para contrarrestar
D-BN-Typ

Definición: **Este item se basa en los datos recogidos en el tema 45 para averiguar el tipo de bulimia nerviosa o cualquier otra conducta de comida excesiva repetida que padezca o haya padecido el/la paciente. No importa que la persona reúna o no las demás características de bulimia nerviosa según DSM-IV. Aquí se contemplarán únicamente las medidas paliativas del aumento de peso exploradas por los temas anteriores. El tipo de medida paliativa se valorará sin considerar si la persona ha sufrido o no ataques de bulimia. Así, una persona que haya sufrido ataques de bulimia (sin importar gravedad ni frecuencia) y haya practicado como medidas paliativas diversos regímenes, el ayuno o el ejercicio físico, será calificada con código 0 (= tipo no purgante). En cambio, alguien que habiendo sufrido ataques de bulimia de cualquier gravedad y frecuencia haya practicado con regularidad durante un período determinado el vómito autoinducido o el abuso de laxantes, diuréticos, inhibidores del apetito, medicamentos para el tratamiento del tiroides, enemas, etc. como medidas paliativas, obtendrá la valoración/código 1 (= tipo purgante). Las personas que no hayan tomado ninguna medida paliativa se asignarán al código 8.**

Ejemplo: **Una paciente que desde hace al menos tres meses intenta evitar el aumento de peso mediante ejercicio físico excesivo (5 veces por semana) y tomando laxantes dos veces por semana. El abuso de laxantes con frecuencia definida a lo largo de una temporada prolongada justifica su calificación como "tipo purgante".**

Código 0 = tipo no purgante: aplicación exclusiva de regímenes, ayunos y/o ejercicio físico excesivo como medidas para contrarrestar.

Código 1 = tipo purgante: vómito, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de inhibidores del apetito, enemas, abuso de medicamentos para tratamiento del tiroides o similares como medidas para contrarrestar. Los regímenes, ayunos y el ejercicio físico excesivo pueden practicarse adicionalmente.

Código 2 = tipo purgante intermedio: calificación en caso de bulimia nerviosa con conducta de purga que no cumpla los requisitos.

Ejemplo: Una paciente que practica como medida para contrarrestar desde hace 3 meses 2 veces por semana el ayuno excesivo y reúne todas las características de la bulimia nerviosa a la vez que vomita una vez por semana.

Código 3 = tipo mixto: con fases con y sin conducta purgante regular. Este tipo podrá indicarse como calificación histórica para facilitar la representación adecuada de una sucesión de fases con variación de las medidas para contrarrestar. Se recomienda que cada fase abarque al menos 3 meses.

Código 8 = no procede por falta de medidas para contrarrestar.

48. Simultaneidad de los síntomas de anorexia nerviosa

Pregunta: 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 (**en paráfrasis**: no había tenido nunca, no tenía nunca o sólo tenía menstruación si tomaba 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).

***Definición:* Este tema se dedica a verificar si los diferentes síntomas de la anorexia nerviosa se produjeron alguna vez en el pasado al mismo tiempo. Se explorará sólo en caso de que en el pasado se hayan reunido todas las características de una AN. El recuadro gris de chequeo de características sirve de cuadro sinóptico para reunir una vez más los resultados obtenidos anteriormente. Si no se reúnen todas las características, habrá que codificar el valor 8 y pasar a la pregunta siguiente.**
En caso de inseguridad en cuanto al requisito A (*Body Mass Index* inferior a 17,6 en mujeres o inferior a 18,6 en varones), considérese este requisito provisionalmente como cumplido. El requisito D se considerará provisionalmente como cumplido tanto si la persona no ha tenido menstruación aunque no estaba embarazada como al desconocerse si la menstruación no volvería a producirse en caso de suprimirse la píldora (tema 19, códigos 6, 7).

Código 0 = no.

Código 1 = sí.

Código 8 = no procede (no se reúnen todas las características de la AN).

Si todos los síntomas se han producido al mismo tiempo, se anotará la edad que tenía el/la paciente cuando esto le ocurrió por primera vez.

Pregunta: ¿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 (no se producía en absoluto o más que irregularmente o tomando hormonas) la menstruación)?

49. En caso de alta probabilidad de AN: especificación del tipo de anorexia nerviosa

D-AN-tipo: El criterio principal es la existencia de ataques de bulimia periódicos y/o la toma de medidas paliativas (conducta purgante).

Pregunta: ¿Ha sufrido ataques de bulimia durante su(s) episodio(s) anoréxico(s) (es decir: bajo peso, miedo a ganar peso, negación del riesgo del bajo peso), o ha tomado medidas paliativas (p. ej.: vómitos o toma de laxantes, diuréticos, etc.) durante el/los episodio(s)?

Este item consiste en una valoración basada en los datos obtenidos al investigar los temas anteriores; si quedan aspectos sin aclarar, habrá que investigarlos ahora. La valoración se

efectuará por separado para los ataques de bulimia (49a) y las medidas paliativas (49b), respectivamente. Según DSM-IV se distinguen dos tipos de anorexia nerviosa:

1) **tipo restrictivo; ejemplo: según los datos obtenidos en la entrevista es probable que la persona reúna las características de la anorexia nerviosa; así, practica ayunos, regímenes o deporte en exceso con el fin de reducir el peso; no existe conducta purgante ni ataques de bulimia.**
2) **tipo purgante / *binge eating*; ejemplo: la persona reúne seguramente las características de la anorexia nerviosa; tiene ataques de bulimia y/o toma medidas inadecuadas para paliar el aumento de peso (vómito, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de inhibidores de apetito, enemas, abuso de medicamentos para tratamiento del tiroides o similares).**

Las personas que no estén padeciendo ni hayan padecido nunca anorexia nerviosa recibirán la codificación 8 ("no procede").

3) **asimismo, podrá indicarse como calificación histórica, en su caso, la existencia por fases en el pasado de ambos tipos de anorexia nerviosa. Las fases tendrán una duración de al menos 3 meses. El episodio anoréxico debe reunir todas las características de la anorexia nerviosa. (código = 1, en tema 48).**

50. Simultaneidad de los síntomas de bulimia nerviosa

Preguntas: 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).

Definición: **Este tema se dedica a verificar si los diferentes síntomas de la bulimia nerviosa (A-D) se produjeron alguna vez en el pasado al mismo tiempo. Se explorará sólo en caso de que en el pasado se hayan reunido las características A-D de la BN. El recuadro gris de chequeo de características sirve de cuadro sinóptico para reunir una vez más los resultados obtenidos anteriormente. Si no se reúnen todas las características, habrá que codificar el valor 8 y pasar a la pregunta siguiente.**

Código 0 = no.

Código 1 = sí.

Código 8 = no procede (no se reúnen todas las características de la BN).

Si todos los síntomas se han producido al mismo tiempo, se anotará la edad que tenía el/la paciente cuando esto le ocurrió por primera vez.

Pregunta: ¿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)?

51. En caso de ataques compulsivos de comer (diagnosticándose probablemente BN o BED): existencia simultánea de episodios anoréxicos y bulímicos

D-BN-E: El trastorno no se limita a episodios de anorexia nerviosa.
D-BED-E: Los ataques de bulimia no se acompañan de medidas inadecuadas para paliar el aumento de peso (abuso de laxantes, ayuno, ejercicio físico en exceso) ni se producen exclusivamente dentro del proceso de una anorexia o bulimia nerviosa.

Pregunta: ¿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))?

Este item ha de aplicarse a todos los pacientes que hayan padecido o padezcan ataques de bulimia. La existencia o no de las características de bulimia nerviosa o *Binge Eating Disorder* se comprobará más adelante mediante algoritmo informático. Aquí se trata de averiguar si han existido las características de la anorexia nerviosa según DSM-IV mientras pueda haberse

diagnosticado una bulimia nerviosa o un *Binge Eating Disorder*. La valoración se efectúa por separado para los ataques de bulimia y las medidas paliativas, respectivamente.

Código 0 = no: jamás ha habido anorexia nerviosa, o ha habido episodios de bulimia también en momentos en los que faltaba al menos una característica de la AN (p. ej., bajo peso).

Código 1 = sí: los episodios bulímicos se producen exclusivamente cuando están reunidas todas las características de anorexia nerviosa.

Código 8 = no procede; no hay síntomas de bulimia.

52. Simultaneidad de los síntomas de *Binge Eating Disorder*

Preguntas: Ha relatado Vd. que ya anteriormente sufría ataques de bulimia, que tenía pérdidas de control y (fenómenos correspondientes del requisito 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).

***Definición:* Este tema se dedica a verificar si los diferentes síntomas de *Binge Eating Disorder* se produjeron alguna vez en el pasado al mismo tiempo. Se explorará sólo en caso de que en el pasado se hayan reunido todas las características de la BED. El recuadro gris de chequeo de características sirve de cuadro sinóptico de las características A-D, para reunir una vez más los resultados obtenidos anteriormente. Si no se reúnen todas las 4 características, habrá que codificar el valor 8 y pasar a la pregunta siguiente. En cambio, si existen las características A-D, se codificará la pregunta 52a. La pregunta 52b comprueba si se tomaban medidas paliativas mientras existían las características A-D de la BED. Si todas las características han existido simultáneamente, se apuntará la edad que tenía el/la paciente cuando esto le ocurrió por primera vez.**

Código 0 = no.

Código 1 = sí.

Código 8 = no procede (no se reúnen todas las características de la BED).

Pregunta: ¿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)?

53. Perjuicio real en los estudios / el trabajo / las labores domésticas

Pregunta: ¿Ha visto objetivamente limitadas en los últimos tres meses o en los últimos años, sus capacidades de trabajo, estudio o labor doméstica? (p. ej., notas)
Preguntas adicionales: ¿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?

***Definición:* Este item trata de limitaciones objetivas del rendimiento o de las capacidades sin valorar las causas posibles. Una limitación de las capacidades no es necesariamente consecuencia de un trastorno de la conducta alimentaria, sino que puede ser debida a otros síntomas o factores. Además de los ámbitos escolar y laboral las limitaciones se refieren a actividades domésticas (composición de una lista de compras) y de ocio (lectura de libros o revistas, planificación y realización de actividades de fin de semana). Se valorará, pues, la limitación real en varios aspectos de la vida diaria, sin consideración de las causas. Dicha limitación puede tener su origen, p. ej., en una falta de concentración, debilidad física o un cuadro sintomático (p. ej., varios ataques de bulimia diarios).**

Código 0 = no hay limitación de las capacidades.

Código 1 = limitación objetiva ligera: se alcanza aproximadamente el mismo rendimiento que antes, pero empleando un esfuerzo mayor y más energía. La persona afectada se cansa y agota antes. Debido a una falta de concentración o mala condición física, las tareas exigen un esfuerzo adicional.

Código 2 = reducción objetiva del rendimiento: de cuando en cuando la persona comete errores y no puede desempeñar sus tareas de forma habitual. Normalmente, la persona afectada es la primera en notar esta pérdida de rendimiento, pero las demás personas poco a poco se van dando cuenta y pueden llegar a hacer preguntas sobre el tema. La limitación provoca repetidas bajas; el trabajo es perturbado por síntomas psíquicos o físicos como, p. ej., el agotamiento que sigue a un ataque de bulimia. La persona aguanta en general menos esfuerzo, debido a que está permanentemente cansada y agotada, lo que le incapacita para soportar sin interrupciones un trabajo a jornada completa.

Código 3 = importante reducción objetiva del rendimiento: la persona comete errores con mucha frecuencia o es incapaz de desempeñar sus tareas, por lo que puede suceder que los compañeros de trabajo o superiores manifiesten su descontento con el volumen o la calidad del trabajo realizado. Se da de baja con mucha frecuencia. Eventualmente le resulta difícil efectuar las labores domésticas. La actividad laboral y sus resultados están entorpecidos por una falta de concentración, los síntomas del trastorno alimentario, un agotamiento general y otros síntomas y estados.
Código 4 = muy importante reducción objetiva del rendimiento: la persona se equivoca continuamente y ya no puede desempeñar apenas ninguna de sus tareas. Ni en el trabajo ni en su casa es capaz de hacer prácticamente nada. La persona afectada sufre una muy acusada limitación para el trabajo o incluso una incapacidad laboral, causada por una grave falta de concentración, muy graves ataques de bulimia u otros síntomas y estados.

54. Edad al comienzo del trastorno alimentario
Se recomienda recabar los datos siguientes: a) ¿A qué edad se produjeron los primeros síntomas de trastorno alimentario? b) ¿Qué edad tenía la persona cuando empezó a reunir las características de un trastorno alimentario según DSM o ICD?

55. Estreñimiento
Pregunta: ¿Ha sufrido estreñimiento en los últimos tres meses o antes?
Pregunta adicional: ¿Con qué frecuencia y gravedad lo sufrió?

Definición: **Se trata de valorar la frecuencia real de las deposiciones sin considerar si se ha tomado un laxante. La pregunta por el uso de laxantes sirve únicamente para comprobar más fácilmente la existencia del síntoma. Al valorar este tema habrá que tener en cuenta que ciertas irregularidades se consideran normales. La deposición regular (aprox. 1x /día) se calificará con el código 0, y un estreñimiento real de varios días de duración (sin o con toma de laxantes) se valorará en función de su grado con el código 2, 3 ó 4.**

Código 0 = no hay estreñimiento.

Código 1 = raras veces: de vez en cuando se produce estreñimiento (p. ej., en vacaciones, durante tres o cuatro días, o una vez al mes, durante dos o tres días).

Código 2 = de vez en cuando: el estreñimiento se produce periódicamente (p. ej., siempre en vacaciones, o cada dos semanas, durante dos o tres días, o una vez al mes, durante tres o cuatro días.

Código 3 = frecuentemente: el estreñimiento se produce periódicamente una vez por semana, durante dos o tres días, o cada dos semanas, durante tres o cuatro días.

Código 4 = con mucha frecuencia: la persona afectada dice sufrir un estreñimiento permanente y comenta que no depone más que cada dos o tres días o que está por cada semana tres o cuatro días sin deponer.

56. Control repetición compulsivos

Preguntas: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **El paciente se ve obligado a controlar enchufes de la luz, llaves de gas o cosas parecidas más a menudo de lo razonable (no sólo dos o tres veces), a tocar objetos o a contarlos, o bien a repetir ciertos actos una y otra vez. Lo usual es valorar el síntoma teniendo en cuenta la duración, frecuencia e intensidad de los actos compulsivos dentro del periodo de análisis. Cuando el paciente se ve impedido a llevar a cabo actos compulsivos o rituales, le invade normalmente un sentimiento de malestar o miedo. A este respecto se valora también la compulsión de ordenar o colocar una y otra vez las cosas en su sitio.**
En la valoración de un trastorno compulsivo es también importante que el paciente mismo juzgue su comportamiento como exagerado o sin sentido.

Código 0 = Ausencia de compulsión al control o a la repetición.

Código 1 = Ligera compulsión al control o a la repetición: La compulsión al control o a la repetición se presenta, pero no perjudica la vida cotidiana; cuando la persona afectada, p.ej. debido a causas exteriores, tiene que interrumpir su ritual de control, sólo siente un ligero malestar.

> *Ejemplo*: Un paciente controla en su casa 3 - 4 x enchufes de cocina o de la luz, aunque sabe que ya los ha comprobado, y que por tanto tienen que estar desenchufados. Ninguno de sus amigos sabe de este ritual de control, ya que nunca habla de ello en su presencia.

Código 2 = Compulsiones al control o a la repetición claramente pronunciados : Debido a la evidencia de los síntomas resulta más difícil para los afectados esconder su comportamiento irracional frente a los demás, sobretodo porque éstos ya saben algo. Cuando la persona afectada se ve impedida para llevar a cabo su ritual de control debido a circunstancias externas, le invade un sentimiento de considerable malestar o miedo.

> *Ejemplo*: Una paciente no podía abandonar su casa, ni sola ni en compañía de su marido, sin haber llevado antes a cabo evidentes rituales de control. Aunque era consciente de que estos rituales no tenían sentido, tenía que comprobar una y otra vez si las luces y la cocina estaban desenchufados y la puerta cerrada. Al mismo tiempo sabía perfectamente que había comprobado cada cosa, e incluso las veces que lo había hecho. Debido a este ritual se había retrasado en ocasiones, y a veces su marido le había exigido ya terminar con aquello de una vez.

Código 3 = Compulsiones al control o a la repetición frecuentes y/o intensas: Los rituales de control son tan frecuentes o evidentes, que los demás los notan normalmente. Los controles y repeticiones requieren bastante tiempo, a veces hasta varias horas al día, y la persona afectada resulta por ello perjudicada en su vida cotidiana. Si los rituales de control o repetición se abandonan o interrumpen, surge la tensión o el miedo.

Ejemplo: Si la persona afectada tiene una cita fuera de la casa, le cuesta gran esfuerzo abandonar la casa y llegar a tiempo; normalmente llega con gran retraso (horas). Los rituales de control y repetición son tan intensamente evidentes, que la persona afectada resulta muy perjudicada y llega a perder su puesto de trabajo con su constante retraso.

Código 4 = Compulsiones muy graves de control o repetición: La compulsión es el problema principal en la vida del afectado. Los rituales de control duran varias horas o incluso a veces el día

entero. debido a ello varios aspectos de la vida cotidiana se ven perjudicados (p.ej. trabajo y amistades).

Ejemplo: Un estudiante tenía varios rituales de control. Cada día tenía que comprobar durante horas que todos los grifos habían sido cerrados, pues temía que la casa pudiera inundarse. Sólo después de horas de ritual de control podía abandonar la casa. En ocasiones muy importantes tenían que ayudarle otras personas para que saliera de la casa o incluso tenían que trasladarle fuera. Uno de sus rituales de control tenía que ver con los cigarrillos encendidos. Cuando había fumado tenía que comprobar, hasta muy tarde en la noche, si había aplastado todos los cigarrillos para que no se quemara la casa.

57. Limpieza compulsiva

Preguntas: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: Un lavado excesivo de cada parte de partes determinadas del cuerpo (Cara, manos), duchas, limpieza de dientes, u otras formas de lavado o limpieza. El afectado comprende el sin sentido de la limpieza excesiva, pero se siente mejor cuando lleva a cabo sus compulsiones. El paciente siente que el temor de coger gérmenes, o el lavarse las manos repetidamente u otros rituales parten de él mismo. Sabe que los rituales de limpieza son irracionales e intenta a veces luchar contra ello. Evita p.ej. el contacto con determinados objetos o personas por temor a coger bacterias; en caso de tocarlas a pesar de todo, comienza entonces tan pronto como sea posible el ritual de limpieza, que requiere mucho tiempo y perjudica las actividades y obligaciones diarias del afectado. La duración, frecuencia e intensidad deben tenerse en cuenta en el análisis. Si los rituales de limpieza se han hecho crónicos y se llevan practicando desde hace largo tiempo, es posible que el paciente haya abandonado sus intentos de interrumpir sus rituales; en este caso se hace más difícil determinar el nivel de malestar, tensión o miedo que siente el afectado cuando se interrumpen o impiden su rituales de limpieza compulsivos.

Código 0 = Ninguna compulsión por la limpieza.

Código 1 = Ligera compulsión por la limpieza: La evidencia y frecuencia de los rituales de limpieza no son tan intensos que perjudiquen las actividades u obligaciones cotidianas. Si la compulsión por la limpieza se ve impedida o interrumpida, el afectado siente un bajo nivel de malestar, tensión o miedo.

Código 2 = Pensamientos compulsivos y rituales evidentes en relación con la limpieza: Los rituales de limpieza se presentan de vez en cuando y se la vida cotidiana se ve perjudicada hasta cierto punto. Debido a lo evidente y frecuente de los síntomas se hace más difícil esconder los rituales de limpieza frente a los demás. Si se impide el ritual de limpieza o se finaliza antes de tiempo surge en le afectado un claro sentimiento de malestar, tensión o miedo.

Ejemplo: Una chica de 16 años sufría un ligero acné. Lo interpretó como un síntoma de contagio con bacterias y, en un sentido más profundo, como una expresión de la impureza de su espíritu. Se lavaba la cara 12 veces diariamente, al hacerlo utilizaba desinfectantes y otros productos que irritaban su rostro. Los pensamientos compulsivos en relación con la limpieza se extendían a todo su cuerpo y tenía que ducharse o bañarse como mínimo tres o cuatro veces diariamente. Era consciente de que sus rituales de limpieza eran en el fondo irracionales y exagerados. Hasta el momento, sin embargo, sus actividades y obligaciones cotidianas no se habían visto perjudicadas. Su madre había notado su comportamiento y hasta entonces había

hablado a veces con ella de eso. Cuando no podía llevar a cabo su ritual de limpieza, la paciente sentía mucho malestar y miedo.

58. Pensamientos y cavilaciones compulsivas

Pregunta: ¿Ha tenido pensamientos que no deseaba, que aparecían en contra de su voluntad y de los que no podía liberarse?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición : **Los pensamientos compulsivos persiguen a la persona y otra vez y la persona no puede hacer apenas nada para interrumpirlos. El afectado siente que esos pensamientos provienen de sí mismo, (al contrario que con los pacientes psicóticos) y p.ej, para un psicoterapeuta esos pensamientos guardan relación con la personalidad del paciente, sus experiencias y conflictos; Sin embargo, éstos pueden extenderse a temas de contenido obsceno u agresivo que a una primera vista no corresponden con el comportamiento social del paciente. Pueden surgir diferentes pensamientos compulsivos, o sólo un único pensamiento que vuelve una y otra vez. La duración, frecuencia e intensidad deben tenerse en cuenta en la valoración. Cuando los pensamientos compulsivos giran exclusivamente en torno a temas relacionados con la alimentación, comida o delgadez, no se tratarán aquí, sino en el item 60. Los pensamientos compulsivos deberán ser diferenciados de las cavilaciones depresivas, que son tratadas en el item 64.**

Código 0 = Ausencia de pensamientos o cavilaciones compulsivas

Código 1 = Ligeros pensamientos compulsivos, que aparecen pocas veces y no perjudican la vida cotidiana.

Código 2 = Pensamientos compulsivos evidentes: Los pensamientos compulsivos o meditaciones repetitivas aparecen de vez en cuando y al afectado le resulta difícil librarse de ellos, de forma que siente miedo, confusión y hasta cierto punto no tiene esperanza de salir de ello. A pesar de la evidencia, los otros, en su mayoría, no saben de estos síntomas. Él afectado experimenta cierto sufrimiento y opresión y los pensamientos compulsivos perjudican levemente su vida cotidiana, aunque sin consecuencias negativas.

Ejemplo: Un librero de 38 años tenía una y otra vez la idea de no ser tal vez el hijo biológico de sus padres. Aunque se hizo tests de sangre que demostraban que no era así, estos pensamientos retornaban una y otra vez y le molestaban cuando tenía que llevar a cabo algún trabajo que requería un alto nivel de concentración. Reconocía que esos pensamientos no tenían sentido e intentaba apartarlos de su mente y darles fin. Sin embargo, retornaban una y otra vez. Aunque se sentía algo limitado en su trabajo por estos pensamientos, nadie más los había notado y no tenían ninguna otra consecuencia negativa para él.

Código 3: Intensos pensamientos compulsivos: Los pensamientos compulsivos aparecen a menudo y permanecen largo tiempo. Conllevan un considerable perjuicio para la vida cotidiana de la persona afectada. El paciente puede sin embargo continuar con sus obligaciones e incluso realizar, aunque con alguna dificultad, trabajos u ocuparse de la casa.

Código 4 = Pensamientos compulsivos muy intensos, que aparecen tan a menudo y con tanta intensidad y duran tanto tiempo que la persona afectada resulta muy limitada en su vida cotidiana. Los pensamientos compulsivos impiden trabajar durante todo el día. En caso de que la persona tenga, debido a circunstancias afortunadas, un puesto de trabajo, su rendimiento laboral se ve considerablemente reducido a causa de los pensamientos compulsivos que le estorban.

> *Ejemplos de pensamientos compulsivos*: Una madre que tiene serios problemas para expresar su enfado se ve invadida por pensamientos compulsivos que le incitan a herir a su hijo. Otro ejemplo es el de un joven de 20 años que tiene un vínculo muy fuerte con su madre (el padre murió hace tiempo) ; no hay nada que no contaría a su madre (excepto sus pensamientos compulsivos). La madre es muy manipuladora, dominante, y le dice siempre lo que tiene que hacer como si fuera todavía un niño. A veces ésto le enfada, aunque nunca ha expresado este enfado a su madre. Hace dos años comenzó a tener pensamientos compulsivos de que ella podía envenenarle; por otro lado estaba sin embargo seguro de que ella no haría nunca semejante cosa. Desarrolló también pensamientos compulsivos frente a su madre (apuñalarla con un cuchillo). Cuando vino a la terapia había tenido repetidamente esos pensamientos aproximadamente durante 60 minutos en total a lo largo del día.

59: Conductas compulsivas en relación con la comida

Preguntas: ¿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?
Preguntas adicionales: ¿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?

Definición: **Se dan ciertos rituales o costumbres fijas con la comida. Cuando los actos compulsivos se refieran a la comida deberán ser tratados en este item; Los actos compulsivos que se dan fuera del ámbito de la comida deberán ser tratados en los items 56 y 57. Costumbres excepcionalmente extrañas al comer, la reducción del espectro alimenticio (sólo copos de avena o ensalada), "celebrar" la preparación de la comida de una forma ritual, dudas compulsivas acerca de si posponer la comida, o un compulsivo "hurgar" en la comida deberán ser tratados aquí.**

Código 0 = Ausencia de una compulsión relativa a la comida

Código 1 = Ligera compulsión relativa a la comida: Se dan sólo unas pocas costumbres o rituales fijos relativos a la comida que a los otros resultan extrañas. El paciente puede sin embargo controlar estas costumbres si es necesario (por ejemplo, al estar invitado a comer).
.
Código 2 = Clara compulsión relativa a la comida: se dan varias costumbres fijas o rituales relativos a la comida (almacenamiento de comida, colección de recetas de cocina, planificación estricta relativa al tiempo/cantidad/tipo de alimentación, orden de la comida, cubertería). Los pequeños cambios son difícilmente tolerados. El comportamiento es claramente compulsivo.

> *Ejemplo*: A veces, cuando los pacientes son cuestionados en una primera entrevista respecto a este asunto, se refieren únicamente a su deseo de alimentarse saludablemente. En un interrogatorio más específico se comprueba sin embargo que la movilidad o las relaciones sociales del paciente se ven limitadas por reglas muy estrictas relativas al tipo de utensilios, la preparación y el origen de los alimentos (p.ej. sólo cereales o verdura, sólo crudos o hervidos, sólo de tiendas ecológicas). Las rígidas reglas limitan también a, menudo a la pareja e hijos del paciente, lo que puede llevar a considerables tensiones.

Código 3 : Fuerte compulsión relativa al comer: El comportamiento es claramente compulsivo. El afectado tiene problemas en su vida cotidiana. Sin embargo, todavía le resulta posible abandonar sus rígidas costumbres por un corto periodo de tiempo, si se trata de algún compromiso importante.

Ejemplo: Una paciente se había impuesto seguir una estricta dieta alimenticia, según la cual tenía que tomar durante todo el día, exactamente a la misma hora , las mismas cosas (p.ej., a las 8.00 horas 1 vaso de leche y una rosquilla, a las 11.00 dos plátanos etc.) Además seguía reglas referidas a la forma de la toma de alimentos (p.ej. pequeñas rodajas de plátano o sólo comer con el tenedor). Durante la tarde-noche a la paciente "le estaba permitido" comer lo que quisiera y cuanto quisiera. No sólo debido a ésto, sino porque esta paciente era capaz de abandonar sus costumbres al menos en parte (p.ej. cuando estaba con amigos, en vacaciones), se le calificó con un "3".

Código 4 = Compulsión muy intensa referida a la comida: Costumbres muy extrañas e inusuales que se alejan mucho de los que es el objetivo real de la toma de alimentos, o una serie de costumbres rígidas al comer que apenas pueden ser abandonadas sin que los afectados sufran una gran tensión.

Ejemplo : Una paciente anoréxica de 22 años, que todavía vivía con sus padres, comía sólo migas de pan, tomates, manzanas y se negaba a comer otra cosa. Cada día cocinaba compulsivamente para sus padres y su hermana menor, al hacerlo contaba las calorías que cada uno tomaba en la comida y se enfadaba extremadamente si no comían tal y como esperaba según su cuadro compulsivo. De esta manera aterrorizaba a la familia, la cual estaba sin embargo feliz de que cocinara para ellos, pues todos ellos trabajaban y estaban fuera durante el día. Además de ésto tenía enormes utensilios para los alimentos que ningún otro en la familia debía ver o tocar.

60. Fijación mental en la comida, alimentación y calorías

I-BN-1a

IR-BN-B1 :Constante ocupación con la comida

Preguntas :¿Se ha ocupado mentalmente mucho con cosas que tengan que ver con comida, alimentación y calorías ?
Preguntas adicionales :¿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?

Definición : **Este item valora la frecuencia e intensidad de los pensamientos compulsivos referidos a la comida y la medida en que la vida cotidiana se ve afectada, así como la capacidad de concentrarse en otras cosas.**
Se valora el tiempo que el paciente es capaz de ocuparse con otras cosas, sin tener pensamientos referidos a la comida etc., o cuánto tiempo del día (porcentaje) ocupa con pensamientos referidos a la comida.

Código 0 = Los pensamientos referidos a la comida aparecen casi exclusivamente con el hambre

Código 1 = Los pensamientos referidos a la comida son poco frecuentes - La capacidad de concentración no se ha visto limitada.

Código 2 = Pensamientos ocasionales referidos a la comida - especialmente en situaciones desagradables o de aburrimiento, pero también largos periodos sin ningún pensamiento referido a la comida.

Ejemplo : Una paciente bulímica explicó que durante los intervalos en los que no aparecían sus síntomas, siempre que no estuviera trabajando o dedicada a algún ocio, se ponía a pensar intensamente en la comida. La mañana anterior a ir al trabajo, en la pausa del trabajo y por la tarde-noche el tema central era lo que podía comer, cuántas calorías tenían los alimentos y cuánta cantidad podía comer.
Debido a que los pensamientos referidos a la comida desaparecían en seguida con la distracción, no se le dio en este caso una mayor calificación.

Código 3 = Pensamientos frecuentes - Capacidad de concentración limitada, 30 - 50 % del día se dedica a pensar en la comida, aunque todavía es capaz de no pensar en la comida durante un espacio de tiempo de 1 hora.

Código 4 = Pensamientos muy frecuentes - Constante pensamiento relativo a la comida, de lo que resulta una considerable reducción de la capacidad de concentración, incluso con actividades de entretenimiento, los pensamientos compulsivos llenan más del 50% del día.

61. Fijación mental en la delgadez, figura y peso corporal
Constante ocupación con la delgadez, figura y peso (mirar item 10 también)
Preguntas :¿Ha pensado mucho en su figura, peso y en cómo le ven otros ?¿Se ha pesado a menudo?
Preguntas adicionales: ¿Cómo de a menudo se ha pesado? ¿Cuánto tiempo ha empleado pensando en su figura y peso? ¿Cuánto le intranquilizaban estos pensamientos?

> ***Definición*** **: Este item se relaciona con el item 16 (distorsiones en el esquema corporal). Se da el deseo evidente de estar delgado/a a toda costa, cueste lo que cueste. Todos aquellos acontecimientos y actos que impliquen una pérdida de peso se experimentan con una sensación de alivio; Los acontecimientos y actos que implican un aumento de peso son recibidos con angustia o ansiedad. No pocas veces hay modelos a los que se quiere parecer (Twiggy). Se debe preguntar al paciente si se ha propuesto mantenerse en un peso determinado y qué es lo que se desencadena al pasar de este peso. (¿Se evita, por el sentimiento de dolor, salir a lugares públicos o la sensación de gordura o malestar corporal hace que desaparezca toda gana de emprender cualquier actividad ?) Otras preguntas pueden referirse a lo que experimenta el paciente frente a las personas no delgadas, o cuan a menudo se pesa.**

Código 0 = Ausencia de un ideal de delgadez exagerado

Código 1 = Ligero malestar cuando se traspasa un determinado espectro de peso ideal o peso ideal algo insuficiente.
Sin embargo, no se da una influencia perdurable en el estado de ánimo y el paciente participa en todas las actividades.

Código 2 = Aquí el peso, así como el grado en que éste corresponde o no al peso deseado, tiene ya una influencia en el concepto de sí mismo/a que tiene el afectado. Cuando el peso es mayor (incluso ya con 3 kg), dicen sentirse a disgusto consigo mismos y estar de mal humor. Si en cambio el peso corresponde al deseado, tienen un concepto claramente mejor de si mismos.
El peso deseado puede estar por debajo del peso que se espera. Los pacientes no se retiran radicalmente de sus actividades cuando su peso no corresponde con el deseado, pero se sienten a disgusto (p.ej. al mostrarse con el bañador) y toman medidas contrarrestantes.

Código 3 = El ideal de delgadez ya extremadamente rígido de este código se muestra la mayor parte de las veces en un peso deseado muy insuficiente.

Ejemplo : Los pacientes explican que simplemente no pueden aceptar un peso más alto, una talla más grande. Si están más gordos, se quejan de depresión y de un efecto generalizador que implica que están descontentos con toda su vida, no valoran los aspectos o características positivas de su propia vida y ponen todas sus energías en adelgazar. Las medidas contrarrestantes que toman son a menudo claramente más masivas que las expuestas bajo “2” (más medidas, tomadas más frecuentemente). Ciertas actividades, p.ej. nadar, se evitan totalmente.

Código 4 = El rígido ideal de delgadez es el principal criterio de los afectados para sentirse satisfechos con su vida y sí mismos. Esto se hace a menudo evidente después de una investigación más exhaustiva. La mayor parte de las veces los pacientes se ocupan diariamente (frecuentemente varias veces) con su peso, lo comprueban exactamente y de acuerdo con éste organizan sus actividades diarias. Si están descontentos, evitan las actividades y el contacto con los demás se ve drásticamente reducido.
Ejemplo : Una azafata dijo que su peso ideal era de 52 kg en una estatura de 1.70 cm. Explicó que no estaba ya capacitada para ejercitar su profesión cuando se trataba de largos trayectos debido a sus

trastornos alimenticios de bulimia y a las oscilaciones de peso que éstos implicaban (hasta 65 kg) ; se avergonzaba demasiado de tener que pedir otro uniforme de mayor talla en el trabajo.

62.Sentimientos de insuficiencia propia y desamparo

Preguntas : ¿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 ?
Preguntas adicionales :¿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?

***Definición* : Este síntoma se hace a menudo sólo más evidente tras una investigación más larga, ya que no es raro que al mismo paciente le cueste reconocerlo con claridad, debido a su propia hiperactividad y a su tendencia a negar la enfermedad. Este sentimiento, definido por BRUCH como *sentimiento generalizador de la propia ineficacia y de desamparo,* contiene además el concepto del control externo de los reforzadores, según ROTTER. El paciente tiene la sensación de que sus propios actos no modifican al fin y al cabo su destino, que es más bien un juguete en manos de los demás. Este item no se limita de ningún modo sólo al desamparo frente a los trastornos alimenticios, se refiere a un sentimiento básico, extendido a muchos otros aspectos de la vida.**

Código 0 = Ausencia de sentimientos de la propia insuficiencia y desamparo.

Código 1 = Ligero sentimiento de desamparo, que resulta comprensible en el contexto de ciertas circunstancias. El afectado/a adopta una actitud pasiva hasta que llega a superarse después de cierto tiempo.

> *Ejemplo :* Una mujer casada, cuyo marido tenía un asunto con otra. Se sentía como una víctima impotente y no creía poder hacer nada para cambiar la situación. Después de algún tiempo logró iniciar un intercambio de opiniones y formular sus propias demandas.

Código 2 = Los sentimientos de insuficiencia, impotencia y desamparo no reflejan ya sólo reacciones a fases u acontecimientos concretos o transitorios de la vida, sino que llegan a formar parte de la actitud del afectado, por lo menos en lo que se refiere a determinados aspectos. La motivación para cambiar en estos aspectos está básicamente bloqueada, ya que al afectado le falta la confianza en la eficacia de sus propios actos.

> *Ejemplo* : Una paciente no se sentía capaz de poner límites más claros a su hija. No podía afirmarse frente a ella. No se le di0 una calificación más alta porque sólo resultaba afectado un aspecto de la vida, aunque importante.

Código 3 = Los afectados tienden, en muchos campos de la vida y frente a varios acontecimientos, a adoptar una actitud pasiva. Esto se explica por su intenso sentimiento de la falta de sentido de todo y de desamparo. Un razonamiento que muchas veces utilizan para diferentes situaciones es “no se habría podido hacer nada de todos modos” .

Código 4 = Fuertes sentimientos de insuficiencia y de falta de sentido de la vida: se refieren a “toda la vida” como carente de sentido. Se da un sentimiento básico de pesimismo y un convencimiento de la propia insignificancia. La persona cree no tener ningún tipo de influencia en la organización de su vida.

63. Reducción de la percepción de estímulos internos

Preguntas : ¿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 ?
Preguntas adicionales : ¿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).

Definición: **Este síntoma, situado en primer plano por Bruch, es difícil de investigar, ya que el mismo paciente sólo puede explicar con dificultad lo que él mismo no llega a notar. Las informaciones ajenas a la anamnesia, y las observaciones hechas fuera o durante la entrevista tienen por ello una importancia especial aquí. Es decir, se debería intentar llegar a saber si el paciente ha constatado en sí mismo una notoria falta de sensiblidad en comparación con otros. Esta distorsión de la percepción afecta más concretamente a la percepción del hambre, en un sentido más amplio a la percepción del dolor, la temperatura, cansancio y en el sentido más extenso a las sensaciones.**

Código 0 = Ausencia de distorsión en la percepción de los estímulos internos

Código 1 = Ligera distorsión : Sólo aparece distorsión en un aspecto (comida, dolor, sentimientos...) o varios aspectos están ligeramente distorsionados.

Ejemplo : De vez en cuando "comer excesivamente", es decir, encontrar muy tarde el límite al comer.

Código 2 = Un aspecto de la percepción de los estímulos internos está claramente distorsionado, o bien varios campos están distorsionados : Se dan casos en que incluso los que tienen aún sólo ligeros trastornos alimenticios se refieren a menudo a una dificultad para percibir el hambre o la saciedad. Necesitan de la comparación con otros para identificar una cantidad "normal" de nutrientes, o bien mantienen rígidos horarios de comida para no olvidar comer.

Ejemplo : Una paciente contaba que no percibía el hambre, sólo cuando sonaba su estómago sabía que debía tener hambre.

Código 3 = Es posible que sólo un campo esté perturbado, pero que en éste la distorsión sea bastante más intensa, o bien que varios campos estén claramente alterados.

Código 4 = Varios campos están intensamente alterados Se da apenas, o con dificultad el acceso a los propios sentimientos. Es posible que domine sólo un estado de ánimo, p.ej en el caso de una paciente anoréxica (tendencia al llanto, tristeza), que sólo puede ser diferenciado con dificultad en las diferentes situaciones. Esta sujeto llegó a no experimentar el cansancio y una y otra vez le aparecían ojeras sin que lo notara.

Ejemplo : Una mujer explica que "podía" beber líquidos calientes más rápidamente que otra gente, sin notarlo . De hecho, vio que por ello le salían quemaduras y ampollas en la boca y el paladar.

64 . Estado de ánimo depresivo

Pregunta : ¿Cual ha sido su estado de ánimo en los últimos tres meses o antes ?¿Cuándo ha estado de peor humor? ¿Cómo le iba entonces ?

Preguntas adicionales :¿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?

Definición : **Este concepto debe abarcar todo sentimiento sombrío, de desánimo y tristeza. El entrevistador puede sospechar que el paciente le oculta un estado de ánimo patológicamente depresivo (disimulado). En este caso deberá formular más preguntas para llegar a un dictamen más exacto. La evaluación de los síntomas debe realizarse independientemente de si el paciente toma antidepresivos o similares. Este dictamen no se referirá solamente al comportamiento del paciente al ser entrevistado (actitud o comportamiento deprimido, expresión de tristeza), sino a todas las informaciones acerca del estado de ánimo del paciente y hasta qué punto influye éste en el bienestar del afectado.**

Este item se valora con independencia del item 68 (Pensamientos suicidas). En la práctica, sin embargo, estos pensamientos suicidas pueden ser un indicativo de graves estados depresivos. Los estados depresivos se valorarán también, preferiblemente, independientemente de los "pensamientos depresivos" (item 65). Una persona puede tener una depresión pero ningún pensamiento depresivo y viceversa.

Código 0 = Ausencia de estado depresivo

Código 1 = Estados ligeramente depresivos : Una paciente informó sobre unos síntomas depresivos (falta de alegría, falta de motivación, necesidad excesiva de dormir y apetito reducido) que aparecieron tras separarse de su pareja, con la cual llevaba 4 años. Los síntomas pueden considerarse una reacción de tristeza normal y por ello se califican como de "ligera intensidad".
Sin embargo, sería probable que la separación, o más ampliamente la experiencia de pérdida, desencadenara originariamente una reacción depresiva, pero que al principio se limitara a manifestarse como una patología depresiva en su primera fase. Un paciente muy emocional, que por ejemplo llore regularmente al contemplar una película sentimental o cuando escucha música triste, será calificado normalmente con un 1.

> *Ejemplo :* Una mujer casada de 44 años consultó a su médico debido a sentimientos de miedo y depresión, provocados por preocupaciones domésticas, pues su marido era un jugador apasionado. En el momento de la entrevista explicó que se sentía más "serena". La situación en casa no había cambiado, pero ella reaccionaba ahora con menos miedo y temor. No estaba más animada, pero no había llorado durante las últimas dos semanas y llevaba a término todos las tareas que acometía.

Código 2 = Estados claramente depresivos : Una mujer explicaba que, tras la muerte de su madre, no lograba salir de su hundimiento y que, después del acontecimiento desencadenante, tuvo sentimientos de culpa, desánimo, y falta de autoestima durante más de 3 años.
Seguramente es difícil establecer cuanto "debe" durar una reacción de tristeza normal. Es una ayuda, en este caso, preguntar a los pacientes hasta que punto tienen la impresión de estar elaborando la pérdida o si por el contrario sienten una tristeza creciente. Para la calificación con el grado de gravedad 2 se requiere una depresión patológica que necesite al menos de una terapia ambulatoria.

> *Ejemplo* : Una mujer de 24 años se quejaba de sentirse irritable, llorosa, desanimada y de no tener ninguna motivación. Estaba siendo tratada por su médico de cabecera, se le recetaron antidepresivos que, según ella creía, habían levantado algo su ánimo. Podía llevar a cabo sus tareas domésticas, pero las sentía todavía como un gran peso. Seguía sintiendo un constante desánimo, nada le alegraba, la vida le parecía aburrida y nada interesante, y había abandonado sus actividades habituales de ocio, como bailar. Reconoció tener sentimientos de culpa debido a su irritabilidad e impaciencia con su hijo pequeño. Sin embargo, no había tenido nunca impulsos suicidas.

Código 3 o 4 = Para las calificaciones más altas puede mencionarse como ejemplo a pacientes cuyas relaciones sociales, actividades de tiempo libre, o profesión se ven perjudicadas. Aquellos pacientes que durante un largo periodo de tiempo no pueden trabajar en absoluto, que se apartan del mundo exterior o se ponen en tratamiento estacionario, se les califica con un "4".

> *Ejemplo (para el grado de gravedad 3*) : Un divorciado de 64 años, que desde hacía años sufría ataques recurrentes de depresión, estaba prácticamente todo el tiempo sometido a un tratamiento de antidepresivos. Con todo, se quejaba de una intensa melancolía y falta de esperanza y declaró en la entrevista ; "Nada consigue alegrarme, cada día que pasa es un nuevo día perdido. La vida se ha acabado para mi. No lograba animarse con ninguna actividad : "ni siquiera leer". No quería conversar, ni siquiera con antiguos amigos ; no le interesaban ya las noticias o acontecimientos del momento. A veces volvía "en sí", pero la mayor parte del tiempo durante las últimas dos semanas se había sentido constantemente triste y desesperanzado.

65. Pensamientos depresivos

Preguntas : ¿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?
Preguntas adicionales : ¿Ha pensado a menudo de acuerdo con el *principio "Todo o nada"* ("si no apruebo el examen soy un "total fracaso") ? ¿Ha extendido aquellos pensamientos sobre sí mismo a otras cosas *(sobregeneralización*) ¿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 ?

Definición **: Esta categoría se incluyó para dar al entrevistador la posibilidad de diagnosticar todos los pensamientos del paciente que sean autodenigrantes, nihilistas o desproporcionadamente pesimistas y que puedan estar unidos a los trastornos alimentarios. Este tipo de pensamientos puede ser diagnosticado independientemente del estado de ánimo depresivo. Los sentimientos de culpa se califican aquí, no en el item 67 (merma del sentimiento de autoestima).**

Las cavilaciones depresivas deben ser diagnosticadas aquí.

Código 0 = Ausencia de pensamientos depresivos.

Código 1 = ligero : Una tendencia a pensamientos pesimistas o autodesvalorizadores que no alcanzan grado patológico.

Ejemplo : Una viuda de 78 años reconoció que, a pesar de sentirse bien **,** tendía a pensar en su vida pasada. Se ponía triste al pensar en su marido, el cual había muerto hacía 6 años : "A veces me harto de llorar". En ocasiones sentía también que no había hecho suficiente por él durante su última enfermedad, y esta idea le oprimía. Bajo las circunstancias dadas, su estado de ánimo y el contenido de sus pensamientos se consideraron parte de una reacción normal, especialmente porque no tomaba ningún tipo de medicamento y era capaz de llevar una vida normal. Aquí no se diagnostica su estado de ánimo (tristeza), sino exclusivamente sus pensamientos depresivos.

Código 2 = claramente : Pensamientos depresivos clínicamente relevantes o pesimismo patológico de bajo grado ; Idea fija de la propia falta de valor, vergüenza y sentimiento de culpa están excluidos en este grado de gravedad.

Ejemplo : Una mujer casada de 61 años estuvo sometida unos años a tratamiento psiquiátrico debido a una grave, aguda enfermedad depresiva. Sólo desde hacía poco tiempo se encontraba en tratamiento con su médico de cabecera debido a una neurosis de pánico. En la entrevista negó la depresión y no parecía estar deprimida. La paciente reconoció que la depresión era resultado de una ruptura en la relación con un hombre casado, de la cual se había enterado su marido. Se sentía arrepentida y tenía sentimientos de culpa debido a este asunto : todavía piensa en ello a menudo.

Código 3 = Intenso . pensamientos depresivos clínicamente relevantes o pesimismo patológico de grado pronunciado ; incluye el convencimiento obsesivo de la propia inferioridad , vergüenza o sentimiento de culpa. Pueden estar presentes pensamientos suicidas.

Ejemplo: Una paciente presentaba de una manera pronunciada el modelo de pensamiento "Todo o nada". La joven valoraba su futuro, su propia persona y el sentido de su vida sólo en función de lo bien que había hecho su exámenes o de si tenía una de las de más alta calificaciones en su carrera. Cuando, de acuerdo con su escala propia de valores, fracasaba, estaba convencida de que nada tenía sentido y de que ella misma sobraba.

Código 4 = Muy intenso : Pensamientos extremadamente depresivos : delirio nihilista o sentimiento de culpa y de desavaloralización verdaderos. Los pensamientos delirantes o paranoides se califican con un 4.

66 . Confianza reducida en las propias capacidades

Pregunta :¿Le ha faltado, en los últimos tres meses o antes, confianza en su propias capacidades?
Preguntas adicionales : ¿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 muestra de ello ?

Definición : **La confianza en uno mismo se revela sobretodo en el trato con los demás. Señales de una escasa confianza en uno mismo son : Inseguridad, apocamiento, reserva ; una persona con autoconfianza confía en la propia capacidad para superar las tareas que se presenten. En este**

item se valora la autoconfianza en general. La falta de autoconfianza puede ir acompañada de trastornos alimenticios, pero no tiene porque hacerlo.

Código 0 = No hay disminución de la autoconfianza

Código 1 = Ligera disminución de la autoconfianza : algo de timidez, inseguridad, apocamiento .

> *Ejemplo :* Los pacientes explican que no se les da tan bien imponerse y decir "no" cuando surgen dificultades, o que necesitan darse un empujón para tomar iniciativas. Aunque existen estas dificultades, no son insuperables.

Código 2 = Evidente falta de autoconfianza : Aquí la falta de autoconfianza limita ya a los afectados.

> *Ejemplo :* Una estudiante explica que tiene dificultades para poner límites a su compañera de piso, que a menudo toma prestadas de ella ropa y otras cosas sin pedirle antes permiso o informarle de ello. La estudiante resulta perjudicada por ello y experimenta enfado, sin embargo no es capaz de defenderse.

Código 3 = Aquí la falta de autoconfianza implica ya que no se confía en poder llevar a cabo tareas cotidianas. Existe una discrepancia entre la experiencia subjetiva de incapacidad y los hechos objetivos, es decir, las exigencias reales.

> *Ejemplo* : Una paciente explicaba que no se sentía capaz de afrontar las crecientes exigencias en su trabajo . Con una investigación más detenida se vio que las crecientes exigencias correspondían a la cada vez mayor experiencia profesional de la mujer. Podía llevar a cabo sus tareas realmente, pero no confiaba en poder hacerlo.

Código 4 = Los pacientes no se sienten ya capaces de afrontar tareas cotidianas sencillas y conocidas.

> *Ejemplo* : Una paciente depresiva que no confiaba en poder llevar su casa. Con cada pequeña cosa se le tenía que asegurar que lo había hecho bien y necesitaba a alguien que la empujara al siguiente paso. Esta limitación estaba motivada por su extrema falta de autoconfianza, no por dificultades psicomotoras, apatía o estupor depresivo.

67. Disminución de la autoestima

Preguntas :¿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?
Preguntas añadidas: ¿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 ?

Definición: **El paciente se siente inferior a los demás y, en caso de que los síntomas sean muy pronunciados, incluso *nulo.* El bajo sentimiento de autoestima tiene su origen en una *actitud excesivamente crítica* del paciente frente a ciertas características de su propio carácter. A partir de esa actitud se crea una imagen distorsionada de sí mismo que no se ve corregida por el conocimiento de que la mayoría de las personas tienen fallos parecidos. El bajo sentimiento de autoestima contiene elevadas exigencias para con uno mismo, sin que se hagan valer esas mismas exigencias para los demás o sin que se tengan en cuenta también las características positivas de uno mismo que pudieran equilibrar ese sentimiento. El grado de gravedad se diagnostica de acuerdo con lo pronunciado de los síntomas y la frecuencia con que éstos se manifiestan. Otros puntos de partida serían además : ¿Se compara la paciente con otras personas ?¿Cree merecer lo que los demás le dan ? ¿Cómo se siente cuando recibe regalos, cumplidos o alabanzas ?¿Se considera una persona que se puede querer ?**

Código 0 = El sentimiento de autoestima no ha disminuido.

Código 1 = Los afectados sólo se comparan con otros en situaciones o campos concretos (deporte) y en los que creen ser peores que otros, lo que objetivamente no está justificado. Aquí no se trata de una actitud generalizadora de creer ser menos que los demás.

Código 2 = Aquí se da ya una tendencia a generalizar, se trata ya de una actitud básica frente a uno mismo.

> *Ejemplo* : Una mujer casada estaba convencida de no haberse merecido una pareja "tan estupenda" como su marido. En comparación con él se sentía menos valiosa, atractiva y exitosa. Aunque había algunas señales objetivas de su propia habilidad y atractivo, insistía en ser menos que su marido. Ya que la mujer no tenía este bajo sentimiento de autoestima en otros campos donde la comparación con su marido no era posible, no se le dio una calificación más alta.

Código 3 = Los pacientes se sienten inferiores en muchos campos y la mayor parte del tiempo. Los afectados se encuentran atrapados en un círculo vicioso de comparaciones con los demás y de sentimiento de inferioridad. A menudo no pueden llevar a cabo ninguna actividad por simple placer, pues las desbordadas autoexigencias del afectado están constantemente presentes. El halago y los regalos no pueden ser aceptados o son recibidos con dificultad. Aquí se debe incluir a los pacientes cuya autoestima es muy inestable y que oscilan entre fases en las que experimentan una grandiosa sobrevaloración de sí mismos y otras en las que se sienten dominados por sentimientos de inferioridad.

Código 4 = Aquí los pacientes ya ni siquiera se sienten inferiores, sino nulos.

> Ejemplo : Una paciente anoréxica explicó que tenía el sentimiento de no merecer el alimento. Sentía que era superflua en la vida y que su existencia no tenía ningún sentido o valor.

68. Pensamientos suicidas

Pregunta : ¿Ha pensado en quitarse la vida en los últimos tres meses o antes?
Pregunta adicional : ¿Qué pensamientos tuvo ?¿Cómo de concretos eran esos pensamientos (p.ej tenía un plan ?¿qué planeaba ?)¿Cómo de a menudo ha tenido tales pensamientos?

Si la pregunta se responde afirmativamente y queda poco claro si se trataba sólo de pensamientos fugaces o más serios, deberá preguntarse :
-¿Cuándo surgieron los pensamientos suicidas? Si hay señales de una fase depresiva (comp. con items 58 y 64-67)y se evidencia que los pensamientos suicidas aparecen al mismo tiempo que otros síntomas, los pensamientos se valorarán como concretos (2).
-Hacer que el afectado describa los pensamientos y la situación de manera concreta :

Código 0 = Ausencia de pensamientos suicidas

Código 1 = Pensamientos suicidas leves y transitorios

Código 2 = Ideas más concretas y detalladas. Alternativo :
-pensamientos suicidas ocasionales e incluso frecuentes pero la idea sólo inexacta (Plan). El paciente puede distanciarse claramente en cualquier momento y está seguro de que no va a llevar a la práctica los pensamientos suicidas.

> **Ejemplo :** Probando : "Estaba sentado frente a un abismo y de pronto tuve el sentimiento de que iba a saltar en ese momento (y así me habría librado de todos los problemas)"- Entrevistador : "¿Tuvo miedo en ese momento de hacerlo realmente? - Paciente : !Si ! El pensamiento de que en un par de segundos todo habría pasado era liberador. Pero entonces pensé en cómo estaría allí abajo con el cuerpo destrozado.(Aquí se valoró con 2, debido a la idea concreta).

Código 3 = Pensamientos suicidas intensos y frecuentes, durante los cuales se piensa ya en la puesta en marcha de ciertos planes concretos para llevarlo a cabo, aunque aún no se pasa a actos. El paciente no puede ya distanciarse, el deseo de liberación es demasiado fuerte.

Código 4 = Ocupación muy intensa o frecuente con los pensamientos suicidas, junto a lo cual se hacen ya preparativos para llevar el plan a cabo. Algunas personas han llegado a a llevar a cabo intentos de suicidio muy serios, que casualmente fracasan.

> *Ejemplo* **:** Una paciente acumulaba veneno y pastillas. Casualmente estos fueron descubiertos por otros y la paciente, que muy probablemente habría cometido suicidio, pudo obtener así ayuda y apoyo.

69. Actos suicidas

Pregunta : ¿Se ha herido a sí mismo ya alguna vez ?
Preguntas adicionales :¿Qué es lo que ha hecho ?¿Cuándo ocurrió eso ?¿Cuántas veces ha llevado a cabo un intento así?

Se valoran todos los intentos basados en una intención de suicidio, incluso aquellos en que, por desconocimiento, el acto no haya llevado a la muerte, como la incorrecta toma masiva de pastillas o cortes mal hechos en las venas incluidos otros actos suicidas semejantes. Sólo los preparativos para el suicidio (compra de pastillas) entran dentro del campo 1 o 0.

70.Otros comportamientos autoagresivos

Pregunta : ¿Se ha herido a sí mismo ya alguna vez ?
Preguntas adicionales :¿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 ?

Código 0 = Ausencia de compotamiento autoagresivo.

Código 1 = Leve o poco frecuente comportamientos autoagresivo. Son escasos y sus consecuencias, como sangrar, quemarse o aparición de cicatrices, son poco claras.

> *Ejemplo :* Morderse las uñas, arrancarse los granos constantemente, arañarse ,
> (irritar constantemente las heridas más pequeñas), pellizcarse, arrancarse los pelos etc.

Código 2 = Presencia de otros tipos de comportamientos autoagresivo, claros u ocasionales. Como en 1, claras consecuencias como la sangre etc.

> *Ejemplo :* Un arañazo en el antebrazo con una cuchilla de afeitar, o quemadura con una plancha o semejante será ya calificado con un 2 , ya que la herida y por tanto el dolor, son graves.
> Alternativa : Manifestación ocasional e incluso frecuente pero sin consecuencias claras.

Código 3 = Comportamientos autoagresivos frecuentes o graves. Manifestación frecuente con claras consecuencias ; no necesariamente se requiere la atención médica de la herida.

> *Ejemplo :* El paciente se cortó en el brazo izquierdo (bíceps) con un cuchillo de cocina y sangró intensamente.

Código 4 = Heridas muy frecuentes y claras o heridas intensas y peligrosas que se manifiestan más de una vez.

Ejemplo : El sujeto se hace heridas a menudo al masturbarse y al forzar la faringe para provocar el vómito, hasta que sangra, cortes en la garganta o cara, cortes con pedazos de cristal romos etc.

71. Abuso de alcohol

Preguntas : ¿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 ?
Preguntas adicionales : ¿ 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 ?

El entrevistador no debe temer preguntar al sujeto clara y directamente por su consumo de alcohol. Se ha visto que en la mayor parte de los casos los sujetos están dispuestos a hablar de los problemas con el alcohol. En esos casos hay que tener en cuenta que no sólo la cantidad objetivamente consumida , sino la regularidad, frecuencia, tipo de bebida (% de alcohol), y actitud frente al alcohol son relevantes a la hora de diagnosticar un abuso o dependencia del alcohol. A veces el entrevistador tiene que ayudar al sujeto a "que le venga a la memoria". En algunos casos el sujeto esconde sus problemas con el alcohol y el entrevistador debe investigar con habilidad ("¿Hay algunas ocasiones especiales en las que bebe más.. ?").

Código 0 = Básicamente no bebe nada de alcohol ; quizás sólo 1 copa de champán en noche vieja o alguna vez un bombón con licor .

Código 1 = Cantidades " normales" de alcohol o abuso ocasional y poco frecuente : Costumbres "normales" al beber ; no resulta difícil renunciar al alcohol. La cantidad que se consume no tiene relevancia clínica y ninguna consecuencia negativa a corto o largo plazo. El abuso aparece pocas veces o de una manera restringida.

Ejemplo: Una sujeto explica que en sus ataques de comida compulsiva bebe una botella entera de vino, pero sólo unas tres veces al año (p. ej. cumpleaños, noche vieja). El consumo de alcohol se interrumpe en seguida al finalizar la comida. Por lo demás nunca bebe alcohol. Aquí se calificó con un 1 a pesar de la cantidades objetivamente considerables, ya que a la sujeto no le importaba el efecto del alcohol (vomita el alcohol antes de que éste llegue a la sangre ; la sujeto no experimenta estado de ebriedad), sino que es visto como alimento, que consume en el contexto de un ataque de comida compulsiva y que luego vomita.

Código 2 = Claro abuso del alcohol : Ejemplos de claro abuso del alcohol :

a) la copa de vino obligatoria antes de dormir ; si no hay más vino en la casa se debe procurar de alguna forma un sustituto. (La sujeto asegura que sólo bebe un vaso de vino, pero que éste debe de beberlo).
b) Se presentan borracheras y resacas ocasionalmente e incluso regularmente, p. ej. siempre los fines de semana, pero el alcohol no provoca aún ninguna molestia física, síntomas de abstinencia o problemas en el trabajo o sociales.
c) La sujeto declara por sí misma tener un problema con ello. Aunque la cantidad objetiva resulte pequeña, no deberá descuidarse el diagnóstico subjetivo de la sujeto .

Código 3 = Grave abuso del alcohol o cuadro de dependencia del alcohol : El alcohol es un problema (molestias físicas o síntomas de abstinencia), pero las capacidades laborales y sociales se conservan todavía bastante (los conflictos con la pareja , amigos, etc son escasos).

Ejemplo : Probando : "Si, tengo un problema con el alcohol. Hay fases en las que bebo mucho (hasta que se emborracha). No puedo controlar ya la bebida. Esto me lleva a tener conflictos con

mi pareja. Es uno de los temas de mi actual psicoterapia. El rendimiento físico, social y profesional no se ha visto limitado. “Aquí se dio una calificación de 3 , ya que el consumo de alcohol no tiene ningún efecto claro sobre las circunstancias de la vida de la sujeto.

Código 4 = Muy intenso abuso del alcohol y consecuencias físicas o grave dependencia del alcohol : Como en 3, pero con consecuencias claras sobre las circunstancias vitales (profesión, pareja)o molestias físicas (p.ej. cirrosis del hígado, alucinaciones, delirio).

72. Tranquilizantes (Minor tranquillizer) que pueden crear dependencia

Preguntas: ¿Ha tomado algún tranquilizante (p.ej Bendiozapinas o barbitúricos) en los últimos tres meses o antes? ¿Cuáles? ¿Cuántos (Dosis)?
Preguntas adicionales : ¿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?

En este item, preguntar por el tipo de medicamento, la dosis diaria y la duración de la toma. Tomar nota de los nombres de los medicamentos y de las dosis para posibilitar el diagnóstico por parte de un perito en caso de dudas. Los preparados naturales a base de plantas (p.ej. Baldrian) no se incluyen aquí. Tampoco se incluyen los antidepresivos aquí.

Atención : A los sujetos les gusta declarar a menudo : “Si, de vez en cuando tomo alguna pastilla”. Preguntar aquí lo que significa “alguna vez”. Puede perfectamente significar todos los días.

La calificación 1 significa que los tranquilizantes se toman rara vez, u ocasionalmente, o en cantidades (muy) pequeñas. Por el contexto se puede ver que no hay peligro de una dependencia. La toma de tranquilizantes no tiene ninguna consecuencia negativa.

73. Abuso de drogas

Preguntas : ¿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?

Comparar también item 71 (Abuso del alcohol), se seguirán los mismos criterios. Además se valorará el gasto, cómo se consiguen las drogas, y cómo de grande es el riesgo legal al que está dispuesto a exponerse el sujeto.

La marihuana (Hierba) y el hachish se valorarán como drogas blandas, que sólo en casos extremos, es decir, en caso de conflicto con la ley o de una clara limitación de la vida social y profesional del sujeto, será calificada con 3 o 4.

Código 0 = Ausencia de consumo ilegal de drogas

Código 1 = Consumo escaso u ocasional de haschich u otras drogas blandas (como máximo 1x semana) y el sujeto puede prescindir de las drogas.

Código 2 = Claro abuso de las drogas :Consumo frecuente de Haschish y en caso de que no haya para consumir, ocupación en cómo poder obtener el producto. Se fuma para olvidar los problemas.

Código 3 = Abuso intenso o incluso dependencia de “drogas duras”.

Código 4 = Abuso muy intenso de las drogas o grave dependencia de las “drogas duras”(Muy a menudo se toman drogas duras, como p. ej. la heroína, en grandes dosis, o se dan claros signos de dependencia (“el mono”), o consecuencias sociales graves debido a la dependencia a las drogas).

74. Para adolescentes de menos de 16 años :
Preguntas :¿Has tenido ya alguna vez una cita con un chico/a (hombre/mujer)y tuviste contacto íntimo (Petting/sexo) con él/ella ?.

75. Disminución de las necesidades sexuales (Libido)
I-AN-4b
IR-AN-D : Amplia perturbación endocrina de los ejes de las gónadas de las hipófisis del hipotálamo, caracterizada por pérdida del interés por el sexo, así como pérdida de la potencia en el hombre.

Pregunta : ¿Cómo de fuerte ha sido su necesidad de sexo en los últimos tres meses o antes?
Pregunta adicional: ¿Cómo de fuerte ha sido su necesidad sexual comparada con cómo era ésta en otros tiempos?
Pregunta adicional para los hombres : ¿Disminución de la erección nocturna ?¿Menor frecuencia de eyaculación o de masturbación?

Atención **: También cuando hay actividad sexual (masturbación con la pareja), puede sin embargo darse una disminución de las necesidades sexuales. Por otro lado, puede darse una intensa necesidad sexual con una actividad sexual escasa o ausente (p.ej., por no haber pareja). Las fases de intensa tensión laboral, o las enfermedades pueden tener como consecuencia una reducción temporal de las necesidades sexuales. En este item se debe valorar, de una forma meramente descriptiva, la medida en que disminuyen las necesidades sexuales, independientemente de lo que pueda ser la causa de ésto. No es relevante para la valoración el hecho de si el paciente valora la disminución de la propia libido como positiva (p.ej. anoréxicos/as con miedo al sexo) o si ésta constituye un problema para él/ella. Se diagnostica la presencia u ausencia general de las necesidades sexuales ; Si sólo se ve reducida en situaciones concretas o con determinadas personas, se da la calificación de 0 (= necesidades correspondientes a la edad).**

Independientemente de cual sea el sexo , puede preguntarse cómo de fuerte son, o eran, las necesidades sexuales en comparación con las de antes o las de otras personas de la misma edad. En caso de que se de una merma de las necesidades sexuales, debería preguntarse seguidamente desde cuanto tiempo (desde cuando) ha sido así (o es). Además de ésto, las preguntas se harán a veces en función del sexo del paciente (P.ej., a los pacientes masculinos se les preguntará por la erección nocturna, eyaculación etc. mientras sea posible). La frecuencia en que se practica la masturbación es un importante indicador. Además lo será, aunque más al tratarse de hombres, el consumo de pornografía, también en el contexto de la publicidad cotidiana.

Código 0 = Necesidades sexuales acordes con la edad

Código 1 = Ligera disminución : Ejemplo: la sujeto informa sobre una infección algo crónica que ha disminuido un tanto sus necesidades sexuales en las últimas tres semanas.

Código 2 = Clara disminución :Ejemplo : la sujeto :"Cuando tengo estos ataques de comida compulsiva y me siento gorda no tengo ninguna necesidad sexual". Aquí se califica con un 2, aunque se de una ligera disminución. Esta es sin embargo sólo puntual y no duradera.

Código 3 = El sujeto reconoce experimentar una disminución durante un periodo más largo de tiempo.

Código 4 = Disminución intensa de la libido. En los pacientes con trastornos alimenticios (p.ej. anorexia nerviosa) que dicen experimentar poca o ninguna necesidad sexual, se demuestra a menudo que ésto no representa ningún problema, pues la sexualidad no les interesa. Sin embargo, se califica con un 4.

76 :Miedos sexuales

Preguntas: ¿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 intercambio sexual ?
Preguntas adicionales : ¿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?

Definición : De acuerdo con la edad y disposición para hablar del/la paciente, el entrevistador debe hacerse una idea acerca del comportamiento sexual del sujeto antes y ahora (comp. también con pregunta 78) (comportamiento sexual). Con ejemplos lo más concretos posibles se debe preguntar si aparecen sentimientos de angustia durante el contacto sexual y a qué nivel del contacto sexual aparecen. En los pacientes que evitan muy activamente las situaciones con "riesgo sexual", debe investigarse este item con especial detenimiento y deberá referirse a los ejemplos utilizando el condicional, p.ej. "Imagínese una situación...cómo se sentiría si..... ?

Código 0 = Ausencia de angustia frente al sexo

Código 1 = Ligera angustia frente al sexo

> Ejemplo : Una chica de 18 años que trabajaba en un jardín de infancia no ha tenido todavía nunca intercambio sexual . Tiene un conocido, pero la relación con él había sido hasta el momento platónica y de camaradería. Sin embargo ella desea tener contacto sexual y quisiera tener experiencia sexual. A la hora de plantearse la situación concreta está tensa ya que no sabe cómo va a ser y lo que espera. Aquí se calificó con un 1. La calificación de 1 deberá darse cuando la idea del intercambio sexual se vive como ligeramente desagradable pero sin embargo se desea. El/la sujeto no experimenta miedo frente a ello.

Código 2 = Clara angustia relativa al sexo

> *Ejemplo :* Un cocinero de 24 años había tenido hasta el momento sólo intercambio sexual con 2 prostitutas. Creía que su pene era deforme y tenía miedo de acercarse a una mujer. Muchos sujetos explican que estaban tensos frente al sexo porque temían al rechazo. (La pareja los podía encontrar muy gordos o poco atractivos) En este caso se debe dar calificación de 2.

Código 3 = Intensa angustia frente al sexo : La angustia aparece ya con los besos y caricias intensas que podrían llevar al intercambio sexual.

Ejemplo : Una sujeto de 32 años con aspecto aniñado no había tenido todavía nunca intercambio sexual. Una vez en su vida había llegado a los besos, caricias y petting, que había experimentado con intenso desagrado, por lo que la relación se rompió. Además de ello explica sin embargo lo mucho que desea un hombre y cuan a menudo desea caricias. Al continuar con las preguntas se evidencia que: siente al hombre como alguien protector y lo idealiza. No se dan ideas concretas sobre el comportamiento sexual ni fantasías sexuales. Sin embargo, la sujeto no tenía ningún miedo concreto en el contacto o con la idea de intercambio de caricias con hombres, aunque su comportamiento muestra que evita tener experiencias sexuales concretas.

Código 4 = Angustia muy intensa frente al sexo.

> *Ejemplo* : La sujeto (casada y con 2 niños) explica que, cuando su marido regresa a casa, no puede soportar que la abrace o toque al saludarla. No puede soportar ningún roce cariñoso, y éstos le ponen agresiva. Aquí se calificó con un 4, se evita cualquier tipo de contacto con un hombre.

77. Relación de pareja

Pregunta : ¿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?

Definición : Aquí debe evaluarse si hay una relación de pareja y si es así, cómo de adecuada es esa relación respecto a la edad del sujeto. Como medida de valoración se tendrá en cuenta la relación de pareja de hecho, no el contexto formal (casados). Se trata de un dictamen global, en el cual se incluyen varias dimensiones (adecuación a la edad, estabilidad, intimidad de la relación). De estos campos se eligirá el que más destaque para el dictamen : p. ej., cuando se da un frecuente cambio de pareja, pero por lo demás las relaciones parecen relativamente poco patológicas, se evaluará con un 2, mientras que un cambio de pareja frecuente y con patología en las relaciones se evaluará con un 3.
El principio de la "patología máxima antes" no puede aplicarse aquí tan fácilmente, ya que los periodos largos sin pareja no representan en sí mismos un estado patológico. Se deberá evaluar el historial general desde la pubertad.

En este item se debe preguntar por la existencia de una relación de pareja y valorarse el tipo de relación de pareja y la capacidad de establecer vínculos emocionales, esto último siempre que los indicadores del comportamiento lo permitan. La explicaciones detrás de las calificaciones son sólo ejemplos, el signo de igualdad no vale en este caso.

Atención : Existe el acuerdo de calificar con un 4 en caso de ausencia de una relación de pareja en el dictamen acerca de la situación actual (últimos tres meses), ya que en este item no son posibles valoraciones a corto plazo. La calificación de 4 para el estado actual es en este caso sólo una afirmación descriptiva y no cualitativa.

Código 0 = a) La sujeto había tenido ya relaciones estables, y ,entre una y otra, también periodos sin pareja. Se da el deseo de tener una pareja estable.

> *Ejemplo* : Sujeto :"En este momento me entiendo muy bien con mi marido. Tiene comprensión conmigo y no tenemos realmente problemas el uno con el otro". Sin embargo, no se da ya una relación sexual entre ellos (el último intercambio sexual hace 10 años), pero los dos no se sienten mal por ello. En este caso se da una calificación de 0, ya que no hay señales de tensión .

b) Relación estable : Buen contacto, actividades comunes ; en caso de que los dos no vivan juntos, como mínimo frecuentes llamadas telefónicas o contacto por carta y el deseo de vivir juntos por un tiempo largo.

Código 1 = Relación más o menos estable con algunas tensiones. Se da este código a relaciones estables pero con carácter patológico, como comportamiento dependiente, falta de confianza, etc.

Ejemplo : La sujeto no permite en absoluto el contacto sexual. Esto lleva a tensiones en el matrimonio.

Código 2 = Cambio frecuente de pareja o largo tiempo sin pareja o relación de pareja bastante distante. Se da la capacidad de establecer vínculos, pero éstos cambian a menudo, duran poco o son relaciones distantes.

> *Ejemplo :* La sujeto dice tener un amigo ; La pareja vive en el mismo lugar, pero separada. Ella le encuentra a él exteriormente poco atractivo, incluso repulsivo. La relación dura ya años y ambos se ven varias veces a la semana. Sin embargo, la sujeto se queja de estar sola, de incomprensión por parte de su pareja, de no encontrar en él apoyo u ayuda.

Código 3 = Relación muy distante con pocos contactos sexuales. No es posible una relación íntima ni siquiera durante un corto plazo.

Código 4 = Ninguna relación de pareja.

Ejemplos : a) Sujeto de 36 años explica haber tenido algunos “One night Stands” (relaciones sexuales de una noche), pero nunca una relación estable.
b) Sujeto de 32 años (mujer) tuvo ya una vez una relación, pero en el momento de no tener pareja rechaza estrictamente la idea de tener una y no emprende ninguna actividad que pudiera llevar a conocer a alguien.

Código 8 =No es adecuado : Cuando la sujeto es todavía muy joven y por ello no tuvo ninguna relación sexual, se da una calificación de 8.

Atención : Respecto a sujetos que no hayan tenido ninguna relación en los últimos tres meses, se dará calificación de 4, ya que de momento no es posible hacer una evaluación. En estos casos la calificación de 4 es sólo descriptiva y no valorativa.

78. Conducta sexual

Pregunta : ¿Ha tenido contactos sexuales en los últimos tres meses o antes?
Preguntas adicionales: ¿Ha llegado alguna vez a las caricias, besos, Petting? ¿Se ha acostado ya con alguien ?¿Cómo le resultó? ¿Cuán a menudo ha tenido contactos sexuales?

Antes : Evaluar sólo los periodos en que se tuvo una pareja estable. Si no se tuvo nunca una relación estable y no había motivo objetivo para ello, se calificará con un 4. Se debe indicar que en estos casos la sujeto hace evidente, de esta forma, su rechazo hacia el otro sexo. El ejemplo del así llamado “buen matrimonio sin sexualidad” se calificó aquí con un 3.

Estado actual : Se valora descriptivamente, independientemente de emociones negativas o positivas. Si en los últimos tres meses no se ha dado ningún intercambio sexual, no podrá darse una calificación de 0. Si se da el caso se calificará con un 8 =, si no se dan oportunidades para el intercambio sexual (p. ej durante la permanencia en la clínica) o si el sujeto es todavía muy joven y por ello no ha tenido aún ninguna relación.

79. Organización del tiempo libre

Pregunta : ¿Cómo de activo ha sido durante su tiempo libre en los últimos tres meses o antes ?
Preguntas adicionales: ¿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?

***Definición* : En este item debe valorarse hasta que punto el paciente está activo durante su tiempo libre y utiliza éste de acuerdo con sus intereses. Para ello no son sólo básicos la cantidad y medida de sus actividades, sino si detrás hay un verdadero interés, diversión, satisfacción o sentimiento parecido. La regularidad en las actividades no tiene porque ser necesariamente un criterio, ya que es posible que a veces algunas actividades pasen a primer lugar y otras a segundo plano, sin que las últimas dejen de tener un papel en el tiempo libre de una persona. Es también importante si la iniciativa parte del paciente.**

Código 0 = Activa y muy variada organización del tiempo libre (actividades casi a diario)

Código 1 = Ligera limitación de la organización del tiempo libre. La sujeto se siente limitada por el trabajo y/o niños en su tiempo libre. Se da la calificación de 1 si la organización del tiempo libre se ve dificultada por obstáculos objetivos externos y momentáneos y el sujeto lo siente como un limitación.

Código 2 = Clara limitación de la organización del tiempo libre : La sujeto reconoce que le resulta difícil, tomar la iniciativa para emprender algo o llamar a alguien. Hace aquello que los otros (p.ej su marido) han planeado que haga. En este caso se calificó con un 2, ya que apenas hay iniciativa propia, pero se une todavía a los otros.

Código 3 = Importante limitación de la organización del tiempo libre: La sujeto explica" :...entonces leo, hago punto, voy a pasear (sola), veo la televisión" Esto corresponde a la calificación 3, siempre que la sujeto diga que eso le entretiene y que puede utilizar su tiempo libre para sí misma por lo menos de esta forma, aunque no emprenda actividades con otros.

Código 4 = Muy importante limitación de la organización del tiempo libre: Sujeto, en los 30, casada y sin hijos, no trabaja, no tiene obligaciones sociales, explica que no tiene tiempo para hacer algo para sí misma. Su día está lleno de tareas domésticas, comprar, cocinar etc. y le tiene que dedicar mucho tiempo. En este caso puede darse la calificación de 4, no hay tiempo libre, aunque resulta poco verosímil de acuerdo con las circunstancias.

80. Medida de los contactos sociales

Preguntas :¿Cuántas amistades o conocidos ha tenido en los últimos tres meses o antes ?¿Cuántas veces los ha visto y qué cosas han hecho juntos?
Preguntas adicionales :¿Cuán frecuentes han sido sus contactos con personas fuera de la familia o pareja?

Definición: En este item se evalúa hasta que punto el paciente estaba en condiciones de crearse un mínimo de contactos con otras personas. Para ello se aclaran tres aspectos :

1. **Amigos más bien superficiales o conocidos (con los cuales pasa p. ej. su tiempo libre)**
2. **Contactos con vecinos, amistades íntimas o de confianza, con las cuales el/la paciente puede hablar también sobre asuntos personales.**

En cada uno de esto aspectos se comprueba con cuantas personas se da un contacto, cómo de a menudo el paciente contacta con ellos y que tipo de contacto es (personal, por carta, por teléfono). Una medida adecuada de contactos sociales (Rating 0) viene definida por : una amistad íntima como mínimo, a la cual el paciente vea con relativa regularidad, y varios conocidos o amistades superficiales (también vecinos) , con los cuales contacte el paciente con relativa frecuencia (como mínimo una vez al mes). Los diferentes niveles de una medida inadecuada de contactos sociales vienen determinados por la combinación de la presencia de amistades superficiales y de amistades estrechas y la frecuencia de contactos con ellos.

Las circunstancias vitales se tendrán en cuenta, como p. ej "el traslado a una ciudad extraña", que puedan explicar la ausencia o escasez temporal de contactos, lo que en este caso no será considerado como patológico.

Código 1 = "Sólo conocidos comunes de la pareja, ningún círculo de amistades propio", deberá ser calificado con 1.

Código 2 ="Sólo relaciones superficiales" aunque sean muchas, deberá ser calificado con 2.

Código 3 = "sólo relaciones superficiales, las cuales cambian con frecuencia" será calificado con un 3. "Sólo la relación de pareja" será calificado también con un 3.

Código 4 = "Vive con lo padres, ningún contacto", será calificado con un 4.

81. Calidad de los contactos sociales

Pregunta: ¿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?

***Definición* : ¿Qué tipo de contactos tiene fuera de su familia? ¿Hay una o varias personas que tengan una relación de confianza, apertura, sinceridad, comprensión, fiabilidad con la paciente? ¿Es capaz esa persona de consolar a la paciente y viceversa? ¿Ha hablado de sus trastornos alimenticios con ésta?**

La persona de confianza puede ser también la pareja o el terapeuta.

Código 0 = Hay amigo/a con el cual se puede hablar también de problemas íntimos.

Código 1 = Hay amigo/a, el sujeto no puede sin embargo hablar de "todo" con éste. En este caso se califica con un 1.

Código 2 = Hay amigo/a, pero el sujeto explica que no hay realmente confianza, o que el amigo/a no puede ser ninguna ayuda o apoyo. Aquí se da la calificación de 2.

Código 3 = La relación es muy distante o la relación de confianza tiene un carácter patológico, como la mutua dependencia o el hacer todo juntos. Esto no se valora como una verdadera relación de confianza y se calificará por ello con un 3.

Código 4 = Relación superficial con un amigo/a o ausencia de una relación de confianza.

82. Evitar contacto

Preguntas : ¿Ha tendido a evitar el contacto con otras personas? ¿Ha sentido miedo o desconfianza frente a las intenciones de otras personas?
Preguntas adicionales: ¿En qué medida se ha item de otras personas? ¿Se ha item de todas las personas o ha pasado tiempo junto a amigos íntimos o familiares?

Código 0 = Ausencia de evitación del contacto o de reserva

Código 1 = Ligera reserva o evitación del contacto : el sujeto no se siente bien con los contactos, preferiría evitarlos, y por sí mismo no los buscaría .

Código 2 = Clara reserva o evitación del contacto : El sujeto se aparta del contacto con otros, es decir, a menudo no coge el teléfono y rechaza en parte las invitaciones.

Código 3 = Intensa reserva o evitación del contacto : El sujeto está todavía dispuesto a hablar, personalmente o por teléfono, con su amigos más íntimos.

Código 4 = Reserva o evitación del contacto muy intensos : rechaza incluso el contacto con los amigos más íntimos o familiares.

83.Negación de la enfermedad

Preguntas : ¿Cómo de fuerte opina usted que era su trastorno alimenticio en los últimos tres meses ?¿Cómo era antes ?
Preguntas adicionales : ¿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 ?

***Definición*: para la valoración de este item es esencial la *discrepancia* entre la evaluación de la enfermedad del paciente por el mismo paciente de acuerdo con sus declaraciones y la evaluación por el entrevistador. El entrevistador preguntará al paciente si *se siente enfermo/a,* hasta que punto y de que forma. Frecuentemente no se dan sentimientos de estar enfermo cuando se trata de trastornos alimenticios, aunque de hecho los pacientes sufren no pocas veces síntomas como el miedo (en el aspecto social o miedo a ponerse gordo/a), pensamientos depresivos o quejas hipocondríacas. En la investigación se debe aclarar hasta que punto el paciente siente como enfermizos ciertos síntomas que se pertenecen más bien al campo de los trastornos alimenticios (como p. ej. ayunar ,vomitar, tomar laxantes, peso muy insuficiente) y hasta que punto sufre a causa de éstos.**

Un paciente con un grave problema de peso insuficiente, que cuenta voluntariamente sus experiencias de vómitos, estado de ánimo depresivo y trastornos del sueño y que opina, de una manera que resulta creíble, por sí mismo que se siente o se ve a si mismo como alguien enfermo (de acuerdo con la opinión del entrevistador), será calificado en este item, a pesar de la clara enfermedad, con un 0 (no se da negación de la enfermedad y si una buena comprensión de ésta). Los indicios pueden ser : Motivación para el tratamiento. ¿Reconoce el paciente la necesidad de ayuda y tratamiento ?¿Niega los síntomas? ¿Reconoce tener problemas pero niega sin embargo los problemas centrales de su comportamiento con la comida?

Siempre que sea posible para la paciente, se deberá evaluar (respecto a "antes") si hubo un tiempo en el que la paciente no podía o no quería ver su problema de trastornos alimentarios.

Código 0 = La sujeto repite por sí misma los síntomas que se han relevado como clínicos también en la entrevista y los reconoce como un problema suyo. No hay problema de negación de la enfermedad, por tanto se califica con un 0.

Código 1 = La sujeto comprende que su comportamiento alimenticio no es normal, pero no lo encuentra mal, cree que puede vivir con ello y no muestra ninguna motivación para cambiar. Hay casos en que la paciente obtiene una ganancia con la enfermedad. Si los problemas se llegan a conocer claramente y pueden incluso formularse con claridad, y sólo falta la motivación para someterse a la terapia, se calificará con un 1.

Código 2 = La sujeto encuentra que su comportamiento alimenticio es problemático, ya que tiene miedo a aumentar de peso (lo que no reconoce como algo patológico), pero no quiere cambiarlo. Aquí se calificará con un 2, ya que los síntomas típicos de los trastornos alimenticios no son reconocidos como tales.

Código 3 = La sujeto encuentra que el peso insuficiente es "normal" ; Atribuye sus problemas con la comida a otra cosa. No considera que su problema sea una trastorno alimenticio. Aquí se da la calificación de 3, ya que se niega el trastorno alimenticio como tal, aunque pueden reconocerse todavía algunos problemas.

Código 4 = Se dará calificación 4 cuando la paciente niegue que existe un problema. La mayoría de las veces esto resulta ya claro en el transcurso de la entrevista, cuando las respuestas distorsionan claramente la realidad, embelleciéndola considerablemente.

84. Evaluación global de los síntomas

Preguntas: 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?

Definición: **En este item deberá hacerse una evaluación global del trastorno alimenticio.**
Los trastornos alimenticios se dividen en los diagnósticos siguientes :
-Anorexia nerviosa
-Bulimia nerviosa
-Binge Eating Disorder
-Trastornos alimenticios atípicos/Trastornos alimenticios NNB

En este item deberá incluirse el grado de gravedad del trastorno alimenticio, independientemente de la diagnosis exacta. Un paciente puede ser atendido en este caso tanto en lo que se refiere a la anorexia nerviosa como a la bulimia nerviosa . Se da un trastorno alimenticio atípico cuando hay un trastorno alimenticio pero no anorexia nerviosa, ni bulimia nerviosa.

Los criterios para evaluar se dan en la entrevista. Pueden surgir dificultades cuando aparecen síntomas adicionales (depresión, trastornos de la concentración, síntomas convulsivos) que guardan más o menos relación con los trastornos alimenticios y ocasionalmente pueden llegar a ser más intensos incluso que el propio trastorno alimenticio.

Código 0 = Ausencia de trastornos alimenticios

Código 1 = Se da un ligero trastorno, cuya superación parece también posible sin una terapia, tras la evaluación del entrevistado.

Código 2 = Se da un claro trastorno alimenticio : La capacidad de rendimiento profesional y social de la persona afectada se mantiene a pesar de todo en grado amplio, se considera que una terapia ambulante es suficiente.

Código 3 = Se trata de un fuerte trastorno alimenticio, que lleva a una limitación considerable de la capacidad profesional y social del afectado. Se aconseja una terapia intensiva o ambulante.

Código 4 = Trastorno alimenticio muy fuerte- La enfermedad se ha convertido en el eje de la vida de la persona afectada, se da (en la mayor parte de los casos) una incapacidad laboral total, las actividades sociales se han interrumpido, se deben tomar medidas urgentes en una clínica.

85. Diagnósticos diferenciales y enfermedades psiquiátricas adicionales

En este caso debe preguntarse hasta que punto se dan otras enfermedades de tipo orgánico o psíquico. Esto es especialmente importante para la coordinación del diagnóstico (especialmente en el contexto de las investigaciones científicas). Para el caso de que se den signos de una psicosis, además del trastorno alimenticio, ésto deberá ser evaluado detalladamente, p. ej mediante las correspondientes preguntas según la PRESENT STATE EXAMINATION o SKID. También deberán ser incluidos con más detalle y detenimiento los daños orgánicos en el cerebro y las enfermedades orgánicas especialmente, siempre que se planteen como desencadenantes e incluso causa del trastorno alimenticio.

86. Importantes enfermedades físicas

87. Toma de medicamentos psicotrópicos

Preguntas : ¿Qué tipo de psicotrópicos que precisan de receta (antidepresivos, Neurolépticos u otros) ha tomado en los últimos tres meses o mucho antes?

Aquí deberán incluirse todos los psicofármacos (especialmente neurolépticos o antidepresivos) que se hayan tomado en el periodo de tiempo que sea relevante.
Se pide preguntar y anotar los nombres de los medicamentos, la dosis (administrada) y duración del tratamiento, independientemente de cual fue la supuesta indicación al recetarlos (trastorno alimenticio, depresión). *No* incluir aquí los medicamentos homeopáticos, que no necesitan receta.

3.2 INDICACIONES ESPECIALES PARA LA ACTUACION CON ADOLESCENTES

(B. Herpertz-Dahlmann)

En el ámbito de la lengua alemana no existen entrevistas estructuradas para los trastornos alimentarios especialmente concebidas para los pacientes adolescentes.Sin embargo, en algunas clínicas universitarias de psiquiatría infantil y juvenil (Marburg, Würzburg, Aquisgrán) se reunieron experiencias con el SIAB, de forma que esta entrevista nos parece básicamente adecuada para los pacientes jóvenes. Dado que el original del SIAB se dirige principalmente a pacientes adultos, la manera de formular las preguntas resultaba a veces difícilmente comprensible o inusual para los adolescentes, otras preguntas no corresponden al desarrollo psicológico de un/a paciente adolescente. Por ello nos hemos esforzado, en las páginas siguientes, en ofrecer otras preguntas que las sustituyeran y que fueran más típicas de la edad considerada y además prestara atención a algunos aspectos característicos de los trastornos alimenticios en la adolescencia. En aquellas preguntas que hemos señalado con "correspondiente", puede adoptarse la manera de formular la pregunta con algunos pequeños cambios (p.ej "tu" en lugar de "usted"). La entrevista es adecuada, tal y como se presenta aquí, para jóvenes a partir de los 14. De cualquier forma señalamos que todavía queda por hacer una validación de la versión referida a los adolescentes.

Pregunta 1 : Desviaciones del peso normal

En la pregunta sobre el peso se debe tener en cuenta que durante la adolescencia la anorexía puede manifestase, entre otras cosas, por un escaso aumento del peso en proporción con el aumento de estatura . En este tipo de casos se recomienda preguntar también a los padres.

Ejemplo de preguntas:

¿Cual ha sido el menor, cual el mayor peso que has alcanzado desde que tienes la estatura actual? ¿Te han dicho tus padres u otra gente que estás demasiado delgado/a alguna vez ya?¿Cuantos años tenías entonces?¿te acuerdas de tu peso entonces?

Pregunta 2: Desviación del peso normal

Correspondiente

Pregunta 3: Orientacion interaior al rendimiento

En pocos adolescentes se da una actividad profesional. En lugar de ello el colegio ocupa un lugar muy importante sobre todo para los pacientes con obsesión por la delgadez.

Ejemplos de preguntas:

¿A que tipo de colegio asistes?(Licoe.. .)¿Qué importancia tienen las notas para tí?¿Cómo te has sentido cuando has hecho mal un trabajo?¿Disponías de poco tiempo para tus amigos porque tenías que trabajar mucho haciendo los deberes?¿Has descuidado tus hobbys para dedicarle al colegio más tiempo?¿Te gusta ser muy bueno en el deporte?¿Ha habido otros campos donde te hubiera gustado ser uno de los mejores?

Pregunta 4: Miedos

Durante la adolescencia las emociones que van unidas al miedo son definidas a menudo de una forma diferente que durante la edad adulta.

Ejemplos de preguntas:

¿Estás irritable a menudo? ¿Te sientes nerviosos a menudo?¿Tienes a veces miedo aunque no haya razón para ello? ¿Has tenido algunas veces ataques de pánico? ¿Has tenido a veces la sensación de que te mareabas o de que podías desmayarte?¿Pensaste que no te llegaba el aire o te latía rápido el corazón?¿Has tenido miedo de volverte loco o de morir?¿Ha influido el miedo en tu comportamiento, p.ej, porque te has cuidado o has evitado una situación que te daba miedo?

Pregunta 5: Fobias
Correspondiente.
Junto a los trastornos fóbicos debería preguntarse a los pacientes adolescentes por el miedo a la separación, que se puede observar a menudo en pacientes con trastornos alimenticios.
Ejemplos de preguntas:
¿Te resulta difícil separarte de tus padres?¿Estás más a gusto con tus padres que con tus amigos?

Pregunta 6: Trastornos del sueño
En los pacientes adolescentes con trastornos alimenticios también se pueden observar a menudo trastornos del sueño.
Ejemplos de preguntas:
¿Duermes mal por las noches?¿Te despiertas a menudo a lo largo de la noche? ¿Has mirado a veces el reloj para ver cuanto tiempo llevabas aún despierto? ¿A que hora te despiertas por las mañanas?

Pregunta 7: Miedo al aumento de peso o a ponerse gordo.
Elegir una forma más sencilla de formular las preguntas si es necesario. También debe tenerse en cuenta que un aumento de peso de 3-5 kg en 3 meses significa mayor cantidad de peso corporal proporcional en un/a joven que en un/a adulto/a.
Ejemplo de preguntas:
¿Tienes miedo de engordar ?¿Cómo te sentirías si engordaras 2-4 kg en 3 meses(miedo, pánico)?¿Has experimentado ya un miedo semejante?¿Qué has hecho para superar ese miedo, p.ej, practicar deporte, comer menos, tomar laxantes, vomitar)?¿Cómo te sentirías si en el plazo de 3 meses engordaras sólo 1/2-1 kg?

Pregunta 8: ¿Cuál es actualmente tu peso ideal?
Correspondiente.

Pregunta 10: Dependencia del sentimiento de autoestima respecto a la figura y el peso
Ejemplos de preguntas:
¿Existe relación entre tu peso/tu figura y tu autoestima?¿Crees que gustas más a la gente cuando estás más delagado/a?¿Crees que tus amigos te aceptan más cuando tienes buena figura?.

Pregunta 11: Ayuno intencionado
Los jóvenes con trastornos alimenticios se ahorran a menudo primero el almuerzo ya que no pueden pasar por alto el aumento calórico que le acompaña.
Ejemplos de preguntas:
¿Has renunciado al almuerzo porque opinas que tu madre cocina con muchas calorías o porque piensas que debes prestar atención a las calorías que tomas?¿Intentas a menudo comer a solas para asi poder ahorrar calorías?¿Has ayunado a lo largo del día para tener que comer sólo por la noche?.

Pregunta 12: Evitación de alimentos ricos en calorías / dieta y comida selectiva (restricción cualitativa de la nutrición)
Se recomienda referirse lo más concretamente posible a los alimentos ricos en calorías cuando se pregunta a los adolescentes.
Ejemplo de pregunta:
¿Has renunciado a los dulces/chocolate/helado/fritos?¿Has dejado de poner la mantequilla en el pan, has quitado ésta del pan con el cuchillo para no engordar?¿Te has alimentado sobretodo de yogurt, queso fresco y fruta?

Pregunta 13. Límites calóricos
Correspondiente

Pregunta 14:Escupir alimentos
Correspondiente

Pregunta 15: Rumiación
Se presenta muy pocas veces entre los adolescentes

Pregunta 16: Distorsiones del esquema corporal
Debido a distorsiones dle esquema corporal los adolescentes evitan a menudo actividades propias de la edad que requieran una vestimenta más ligera.
Ejemplos de preguntas:
¿Te averguenzas de ir a nadar porque te consideras muy gordo/a? ¿Tienen tus amigos/as (tu madre) una idea distinta de la que tu tienes de tu figura?¿Te observas a menudo en el espejo, para controlar la circunferencia de tu figura o caderas?

Pregunta 17: En caso de un peso excesivamente bajo: Negación de la amenaza y riesgos para la salud que supone el peso excesivamente bajo
Ejemplos de preguntas:
¿Consideras que tu peso tan bajo es un peligro para la salud?¿Te encuentras mal físicamente desde que estás tan delgado/a?¿Tienes alguna idea de porqué tu peso tan bajo podría ser peligroso para tu cuerpo?

Pregunta 18: Periodo menstrual
Correspondiente

Pregunta 19:¿Cómo ha sido tu periodo menstrual en los últimos 3 meses y antes?
En esta pregunta hay que tener en cuenta que el ciclo menstrual no tiene porque ser todavía regular en chicas adolescentes y que la irregularidad no es necesariamente un indicio de insuficiencia ovárica.

Pregunta 21: Ataques compulsivos de comer
Como se ha señalado ya arriba, en el caso de los adolescentes se aconseja hacer las preguntas de la forma más concreta posible.
Ejemplos de preguntas:
¿Has tenido ya ataques de comida compulsiva durante los cuales hayas comido grandes cantidades de alimentos, como p.ej dulces, tartas, bollos, bocadillos seguidos, etc?¿Te sentías agotado o mal después?¿Cuantas veces has tenido estos ataques?¿Cómo eran?¿Que cosas y cuantas has comido?

Pregunta 22: Transcurso temporal de los ataques a lo largo de semanas y meses corresponde al siguiente ciclo:
Correspondiente. Aquí debe entenderse el concepto "intervalo" como "periodo".

Pregunta 23: Frecuencia media de los ataques compulsivos de comer que sean objetivamente claros.
Correspondiente

Pregunta 24: ¿Cuantas veces has tenido claramente un ataque compulsivo de comer en los últimos 6 meses?
Correspondiente

Pregunta 25: Los ataques ocurren normalmente en 2 días diferentes de la semana.
Correspondiente

Pregunta 26: Sentimiento de un insuficiente autocontrol sobre el comer .
Ejemplos de preguntas:
¿Has tenido durante un ataque el sentimiento de no poder controlar más cuánto y lo que comes? ¿Te resultaría p.ej muy difícil e incluso imposible coger el teléfono o abrir la puerta cuando suena el timbre durante uno de esos ataques?¿Has robado comida alguna vez durante un ataque o has cogido

comida de la basura?¿Has cogido alguna vez cosas inusuales durante un ataque, como p.ej comida de animal, grasa animal o alimentos caducados?

Pregunta 27: Características cualitativas de los ataques
¿Comes tanto durante los ataques que llegas a sentirte físicamente mal?¿Comes más rápido que normalmente durante un ataque?¿Comes preferiblemente solo durante el ataque porque te averguenzas?¿Te sientes asqueado, deprimido o muy culpable después del ataque? ¿Tienes mala conciencia frente a tus padres después del ataque, p.ej, porque has vaciado la nevera?

Pregunta 28: Sentimientos de sufrimiento y preocupación en relación con los ataques
¿Te sientes a menudo desesperado a causa de los ataques?¿Te preocupa que estos ataques se apoderen de ti y no puedas hacer nada contra ellos?¿Te preocupa que estos ataques perjudiquen tu salud?

Pregunta 29: Prolongados ataques atípicos
Correspondiente

Pregunta 30: Te resulta agradable o desagradable la sensación que tienes después de estar lleno tras un ataque?
En lugar de "saturado" mejor decir "sensación de estar lleno"

Pregunta 31:¿Cuántas veces has tenido un ataque claramente inusual, semejante al descrito, dentro del periodo de tres meses?
Correspondiente

Pregunta 32: Cuántas veces has tenido un ataque semejante, dentro del periodo de 6 meses?
Correspondiente

Pregunta 33:¿Comes más cuando estás estresado o agobiado?

Pregunta 34: ¿Has experiementado una verdadera compulsión o ansia de comer, no podías liberarte del deseo de comer, sobretodo aquellos alimentos que normalmente no comes (p.ej. chocolate, pastas)?
Añadir alimentos típicos de la edad como p.ej chucherías,dulces, bollería.
Ejemplo de preguntas:
¿Cómo de mal te sentirías si intentaras resistirte a esta compulsión?

Pregunta 35: Vómitos
Correspondiente
Tal vez añadir:*¿Te has provocado los vómitos tu mismo, p.ej, metiendo un dedo en la garganta o bebiendo mucho para vomitar más fácilmente?*

Pregunta 26: Abuso de laxantes
Pregunta añadida: ¿Has bebido infusiones laxantes para no ganar peso?

Pregunta 37: Diuréticos
Correspondiente

Pregunta 38:Inhibidores del apetito
Correspondiente

Pregunta 39: Medicamentos para aumentar la actividad de los tiroides
Correspondiente

Pregunta 40: Diabéticos
Correspondiente

Pregunta 41: Ayuno excesivo
En pacientes adolescentes recomendamos calificar de ayuno excesivo a todo intervalo que suponga 12 horas o más entre las comidas.

Pregunta 42: Exceso de movimiento
Muchos adolescentes con trastornos alimenticios practican deporte ("Anorexia athletica"). Otros se apuntan a gimnasios para "quemar grasa".
Ejemplos de preguntas:
¿Cuanto movimiento corporal realizas?¿Te sientes mal si no puedes moverte regularmente?¿Te resulta difícil tener que permanecer parado un largo tiempo?¿Tensas los músculos a veces para ejercitarte también cuando estás sentado?¿Qué deportes practicas?
¿Practicas deporte de rendimiento?¿Vas a un gimnasio para perder peso?
¿Cuantas horas al día?¿Vas a ballet, jazz dance o practicas aerobic para formar tu figura en influir en tu peso?¿Cuan a menudo?¿Has renunciado a actividades con amigos para practicar deporte en lugar de ello?¿Has hecho gimnasia o deporte para gastar calorías y ejercitar tu cuerpo?

Pregunta 43:Enemas
Correspondiente

Pregunta 44: Revulsivos

Pregunta 46: Cual fue el peso mínimo al que has llegado cuando has practicado medidas adelgazantes como vómitos, toma de laxantes, medicamentos deshidratantes, reductores del apetito, medicamentos para aumentar la actividad de los tiroides, ayuno extremo, movimiento corporal relevante, lavativos o toma de eléboro blanco.
Correspondiente

Pregunta 47: Especificación del tipo de medidas para contrarrestar
Correspondiente

Pregunta 49: Especificación del tipo de anorexia nerviosa
Correspondiente, se pide tener en cuenta el no emplear ningún término médico.

Pregunta 51:Episodios simultáneos de anorexia y bulimia
¿Se presentó la bulimia, ataques, vómitos, utilización de laxantes, cuando estabas obsesionado con el peso? (es decir, cuadro de un peso excesivamente bajo, miedo al aumento de peso, negación de la gravedad del peso excesivamente bajo y pérdida de la menstruación).

Pregunta 53: Perjuicios reales en colegio/profesión/presupuesto
Como se mencionó ya arriba, la capacidad de rendimiento de los adolescentes se refleja casi siempre en la escuela.
Ejemplos de preguntas:
¿Ha empeorado tu rendimiento en la escuela cuando has tenido problemas con la comida..p.ej ayunos, ataques, frecuentes vómitos)?.¿Se ha reflejado esto en tus notas?¿Te han hablado ya tus profesores alguna vez de estos cambios en tu rendimiento escolar? ¿Has tenido que esforzarte más para obtener los mismos resultados que obtenías cuando no tenías estos trastornos alimenticios?¿Has faltado a menudo a clase?¿Te costaba concentrarte?

Pregunta 54: Edad al comienzo de los trastornos alimenticios.
Aquí es necesario preguntar a un familiar, p.ej a la madre.

Pregunta 55:Estreñimiento
Correspondiente

Pregunta 56:Control o repetición compulsivos
Se añadirán aquellos comportamientos compulsivos que son propios de la edad adolescente.
Ejemplos de preguntas:
¿Tienes que leer varias veces tus deberes para asegurarte de que están bien?¿Tienes que tachar a menudo para escribirlo mejor?¿Cuanto tiempo empleas para ello?¿Te quitan tiempo estas tareas para hacer cosas que te gustan?¿Te enfada que otros remuevan tus cosas o te las desordenen?¿Tienes que corregir repetidamente las cosas a veces hasta que te parecen correctas?¿Te entra miedo cuando no controlas u ordenas las cosas a menudo?¿Te han dicho ya otras personas que eres algo "maniático"?¿Te molesta tu comportamiento "maniático", te resulta difícil luchar contra ello?

Pregunta 57: Limpieza compulsiva
Ejemplos de preguntas:
¿Cuan a menudo te lavas las manos?¿Tienes que ducharte varias veces al día?¿A veces tienes la sensación de no poder coger algo que ha sido cogido ya por otra persona (p.ej la manilla de la puerta, cubertería,objetos en el lavabo)?¿Has tenido miedo de coger bacterias o el SIDA? ¿El deseo de limpieza te ha mantenido item de cosas que te parecían importantes?¿Que habría pasado si no te hubieras lavado o duchado?¿Cuan difícil era luchar contra ello?

Pregunta 58: Pensamientos y cavilaciones compulsivos
¿Te pasan a veces pensamientos, palabras o ideas por la cabeza que se repiten una y otra vez, aunque te parezcan sin sentido(p.ej el temor de que va a pasarle algo a tu familia, o de que podrías herir a alguna persona a la que quieres)?¿Qué pasó cuando intentaste apartar de tu mente estos pensamientos?¿Tienes dificultades para decidirte, aunque se trate de cosas pequeñas?

Pregunta 59: Actos compulsivos con respeto a la comida
¿Tienes costumbres fijas cuando comes? ¿Te pone nervioso no poder mantenerlas?¿Es importante para ti que se coma a horas fijas y no puedes pasar por alto estas reglas?¿Cómo llevas lo de las comidas en las fiestas?¿Puedes entonces olvidarte de tus costumbres o prefieres renunciar a la comida porque no es como en casa?¿Tienes que preparar la comida de una manera concreta, p.ej, arreglando bien la mesa?¿Tienes que seguir un orden determinado en la comida? ¿Te has preparado un mayor aprovisioanmiento de alimentos?¿Coleccionas recetas o libros de cocina?¿Tienes a veces la sensación de tener que cocinar para otros y te enfada cuando no quieren?

Pregunta 60: Fijación mental morbosa y persistente relativa al comer, la nutrición y las calorías.
Correspondiente

Pregunta 61:Fijación mental morbosa y persistente relativa a la delgadez de la figura y el peso corporal
Correspondiente

Pregunta 62:Sentimiento de propia insuficienca y desamparo
En esta pregunta se tiene que tener en cuenta que muchos adolescentes tienen un sentimiento de propia insuficiencia debido a que dependen de sus padres.Este sentimiento "real" debe diferenciarse del de desamparo que se da en pacientes depresivos y con trastornos alimenticios.
Ejemplos de preguntas:
¿Has tenido la sensación, en las últimas semanas, de estar desamparado y de no poder conseguir nada?¿Piensas que no tiene sentido para ti comenzar algo en la vida?¿Tienes a veces la sensación de tener poca influencia sobre lo que ocurre contigo mismo o con tu vida?¿Crees que todo esfuerzo y trabajo son vanos para ti?

Pregunta 63: Reducción de la percepción de estímulos internos
Ejemplos de preguntas:
¿Notas si estás hambriento, lleno, o si algo te hace daño?¿Puedes diferenciar si tienes sentimientos de enfado o tristeza?¿Has notado alguna vez que no puedes percibir el frío o el calor tan bien como otros adolescentes?¿Te has hecho alguna vez una herida en la boca por haber bebido algo demasiado caliente o te has hecho alguna vez una herida sin darte cuenta porque no notaste el dolor?

Pregunta 64: Estado de ánimo depresivo
Ejemplos de preguntas:
¿Ha habido momentos en los que te has sentido triste, desgraciado o irritado?
¿Has tenido a menudo el sentimiento de tener que llorar?¿Te has sentido desesperado, sin ilusión?
¿Te sientes en general deprimido e infeliz, o eres capaz de distraerte?¿Se refleja este estado de ánimo en tu rendimiento escolar o en actividades con tus amigos?

Pregunta 65: Pensamientos depresivos e irracionales/ esquema cognitivo disfuncional
Ejemplos de preguntas:
¿Eres una persona que ve más bien el lado negativo de las cosas?¿Piensas a menudo si has hecho algo mal?¿Piensas a menudo en base al principio"todo o nada", p.ej. si has sacado una mala nota en clase, piensas que eres un fracaso total? ¿Te sientes a menudo culpable de todo?¿Piensas a menudo que tiene que ver contigo si alguien está de mal humor?¿Te sientes culpable por cosas que no están en absoluto bajo tu control?

Pregunta 66: Confianza reducida en las propias capacidades
Ejemplos de preguntas:
¿Hay veces en las que no tienes confianza en que te salgan bien las cosas?¿Te has sentido inseguro/a en el trato con los otros porque no sabías lo que debías decir o hacer?¿No confías en poder superar tus tareas corrientes, p.ej lograr lo que se te exige en la escuela?¿Sientes que no eres lo suficientemente bueno en el colegio, aunque tengas buenas notas?

Pregunta 67: Disminución de la autoestima
Ejemplos de preguntas:
¿Puedes soportarte bien a ti mismo?¿Te sientes menos valioso o inferior a otros? ¿ No puedes disfrutar del todo de cosas que te gusta hacer porque siempre estás preocupado de si lo estás haciendo bien?¿Te resulta difícil recibir halagos o regalos porque piensas que no te mereces el reconocimiento?

Pregunta 68: Pensamientos suicidas
Ejemplos de preguntas:
¿Has pensado alguna vez en suicidarte?¿Has planeado alguna vez un intento de suicidio?¿Cuan a menudo has tenido esos pensamientos y cómo era tu plan?

Pregunta 69: Comportamientos suicidas
Ejemplos de preguntas:
¿Has intentado ya alguna vez suicidarte?¿Cómo lo has intentado?

Pregunta 70: Otro tipo de comportamientos autoagresivos
Correspondiente

Pregunta 71: Abuso del alcohol
El consumo regular del alcohol en los jóvenes se considera a menudo como abuso, sobretodo con los adolescentes más jóvenes.

Pregunta 72:Tranquilizantes que pueden crear dependencia
Las recetas de tranquilizantes se dan poco frecuentemente en los adolescentes.A menudo se trata de tomas aisladas con otros tipos de drogas.
Ejemplos de preguntas: ¿Has tomado algún tipo de tranquilizante, p.ej Valium o pastillas para dormir?¿Cuáles?¿Cuántos?

Pregunta 73: Drogas
Aquí deberá preguntarse por las dorgas típicas de la adolescencia, p.ej Extasis u hongos.

Pregunta 74-78: Sexualidad
Desde nuestro punto de vista esta pregunta debería ser formulada a los adolescentes siguiendo este orden:
¿Has tenido ya alguna vez una relación con un chico/chica que incluyera también sexo?

El entrevistador debe tener en cuenta que la sexualidad en los adolescentes puede ser muy variada, sin que esto sea una señal de una perturbación. Las necesidades sexuales pueden manifestarse exclusivamente mediante el deseo por la cercanía corporal, sin que haya un deseo de intercambio sexual. Por lo demás deberá mantenerse la separación de los pacientes entre los que tienen más de 16 años y los que están por debajo de esa edad.

Pregunta 77: esta pregunta queda suprimida ya que muchos adolescentes no tienen todavía una relación estable, sin que esto sea señal de una patología en las relaciones humanas.

Pregunta 79: Falta de una planificación activa del tiempo libre
Ejemplos de preguntas:
¿Cuan activo estuviste en las últimas dos semanas o antes durante tu tiempo de ocio? ¿Qué cosas te has propuesto, p.ej. deporte, asociación de deporte, hobbys como escuchar música, bricolaje o leer, actividades como ir al cine o a conciertos, participación en grupos de jóvenes o ir a la discoteca?¿Has emprendido más actividades solo/a o con otros?

Pregunta 80: Proporción reducida de contactos sociales fuera de la familia o de la relación de pareja.
Ejemplos de preguntas:
¿Cuan a menudo te has encontrado con tus amigos o conocidos?¿Qué habeis emprendido juntos?

Pregunta 81: Calidad de los contactos sociales/Personas de confianza
Aquí deberá añadirse una pregunta acerca de algún contacto fuera de la familia.
Ejemplos de preguntas:
Tienes alguna persona, además de tus padres y hermanos/as, en el que confíes totalmente, con el cual tu sepas que puedes contar siempre que necesites ayuda o consuelo?¿Hay alguna persona fuera de tu familia con la que puedas hablar de todo aquello que te preocupa?

Pregunta 82: Evitación del contacto social
¿Te has apartado de tus amigos y amigas?¿Has tenido la sensación de que otros quieran estar contigo?¿Te han dicho alguna vez que haces muchas menos cosas con ellos que antes?

Pregunta 83: Negación de la enfermedad
Ejemplos de preguntas:
¿Cómo de fuertes fueron tus trastornos alimenticios en los últimos tiempos?¿Piensas tu mismo que tu comportamiento con la comida no es normal, que en lo referente a la comida tienes una enfermedad y necesitas ayuda?¿Qué es lo que más te preocupa de lo que me has contado?

Pregunta 84: Evaluación global de los síntomas
Correspondiente

Pregunta 85: Diagnósticos diferenciales
Correspondiente

Pregunta 86: Enfermedad física relevante
Correspondiente

Pregunta 87:¿Que medicamentos que precisan receta has tomado para problemas mentales?
Correspondiente

4.El SIAB como cuestionario de autoevaluación (SIAB-S)

4.1 Posibilidades de aplicación y utilización del cuestionario SIAB-S

La forma de cuestionario del SIAB (SIAB-S) posibilita una encuesta económica de datos, para adquirir conocimiento acerca de como las personas afectadas experimentan su tras-torno alimenticio y otra sintomatología. El cuestionario SIAB-S es apropiado para utilizarse como punto de partida para la preparación de una primera entrevista, p. ej enviándola al prospectivo paciente antes del primer contacto personal y ser enviado de vuelta o bien traído a la primera entrevista por el paciente. De forma parecida, el SIAB-S puede utilizarse también para la determinación baseline, así como - a continuación de ello - para evaluación del historial en estudios clínicos o durante una terapia (por ejemplo, para control de calidad y documentación del historial). Con ayuda del SIAB-S es también posible un diagnóstico simplificado según DSM-IV y ICD-10, ya que el cuestionario trata el mismo conjunto de problemas que la entrevista. Además de ésto, el SIAB-S puede ser utilizado en estudios epidemológicos como instrumento de screening, para la identificación de grupos, en los cuales se dé una sintomatología de trastornos alimenticios con alta o baja probabilidad. Para esta finalidad sirve el establecimiento de un valor límite de una determinada suma de puntuación o la realización de diagnósticos en base de las informaciones autoevaluativas.

Construcción del cuestionario SIAB-S

La forma del cuestionario SIAB-S es análoga a la entrevista SIAB-EX. Incluye el mismo conjunto de problemas. La numeración de las preguntas es idéntica a la de la entrevista, de forma que, por ejemplo, la pregunta 7 incluye el miedo al aumento de peso tanto en el cuestionario SIAB-S como en la entrevista SIAB-EX. Por ello las hojas de evaluación para el diagnóstico de la SIAB-EX se pueden aplicar también, sin grandes cambios, para la realización de diagnósticos según el SIAB-S.
De la misma forma que en el SIAB-EX, la mayoría de las preguntas se califican con una escala del 0 al 4, de forma que la escala en general se define como sigue:

0 = síntoma/problema no presente
1 = síntoma/problema ligero o raramente presente
2 = síntoma/problema claro o con mayor frecuencia presente
3 = síntoma/problema intenso o frecuentemente presente
4 = síntoma/problema muy intenso o muy frecuentemente presente

Las preguntas del SIAB-S incluyen dos periodos. Por un lado se pregunta el grado de gravedad de los síntomas en los últimos tres meses (ahora), por otro lado se pregunta acerca del periodo de tiempo antes de esos tres meses (antes).Se necesitan unos 30 minutos para la contestación del SIAB-S
Para determinar la estructura de la subescala se calculó el análisis de los componentes principales con rotación Varimax con todos los items que se utilizaron en el análisis de los factores para el SIAB-EX.

Los items que se refieren a ataques compulsivos de comer atípicos (items 29, 30, 31 y 33) no fueron incluídos en la evaluación. Estos items fueron añadidos sólo hace poco al SIAB, de forma que el númeraco de probandos no era lo suficientemente alto para un análisis de factores. Para conseguir soluciones de factores que sean comparables al SIAB-EX, se llevó a cabo una PCA separadamente para la sintomatología actual y de antes. Se analizaron las soluciones de 5 y 6 factores. Para los síntomas de antes, una solución de 6 factores resultó ser la mejor para la interpretación (comp. tabla 20). El 48% de las variaciones se explicaron por medio de los 6 factores(I: 25.6%; II: 6,4%; III: 5.3%; IV: 4.3%; V: 3.6%;VI: 2.8%).

Tabla 20: Estructura de factores del SIAB (antes)

Nº	Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
	I Síntomas bulímicos (Bul)						
21b	Ataques compulsivos de comer	.86	.11	.14	.14	.01	.17
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	.84	.08	.04	.13	.12	.18
21a	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.83	.01	.14	.08	-.05	.16
28	Sentimiento de sufrimiento y preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer	.77	.23	.29	.07	.04	-.03
34	Compulsión o ansia de comer	.71	.18	.25	.04	-.03	.14
35	Vómitos	.70	.04	-.00	.04	.42	.13
26	Pérdida de control	.63	.26	.26	.05	.05	.10
22	Transcurso temporal de los ataques compulsivos de comer	--	--	--	--	--	--
84	Valoración global de los síntomas	.46	.25	.13	.22	.09	.05
83	Negación de la enfermedad	.41	.15	.17	.32	.32	.01
	II Psicopatología general (GenPsy)						
67	Disminución de la autoestima	.21	.67	.18	.38	-.02	.00
65	Pensamientos depresivos	.15	.67	.21	.18	.17	-.05
66	Reducción de la confianza en las propias capacidades	.14	.67	.18	.37	.08	.01
62	Sentimiento de insuficiencia propia y desamparo	.27	.62	.17	.18	.01	.09
58	Pensamientos y cavilaciones compulsivos	.02	.62	.09	.10	.24	.21
64	Estado de ánimo depresivo	.32	.58	.26	.29	.06	.08
68	Pensamientos suicidas	.20	.54	.02	.13	.08	.46
5	Fobias	.09	.53	.06	.11	-.09	.24
4	Miedos	.16	.52	.15	.30	.01	.29
57	Limpieza compulsiva	.10	.51	.03	-.08	.18	.28
56	Control y repetición compulsivos	-.02	.50	.08	.17	.23	.19
63	Percepción disminuída de estímulos internos	.43	.45	.29	.25	.14	.15
6	Alteraciones del sueño	.15	.36	.22	.24	-.05	.32
53	Perjuicio real	.22	.24	.22	.21	.09	.22
	III Ideal de delgadez (Slim)						
12	Restricción cualitativa de la nutrición	.23	.18	.72	.14	.25	.00
11	Restricción cuantitativa de la nutrición	.18	.23	.71	.08	.26	.10
13	Límites calóricos	.21	.13	.66	.05	.16	.11
7	Miedo al aumento de peso	.31	.29	.60	-.01	.21	.11
61	Fijación mental en figura delgada	.38	.36	.56	-.05	.12	-.03
60	Fijación mental en la comida	.43	.30	.52	.11	.21	-.01
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	.39	.20	.51	.05	-.01	-.06
39	Medicamentos para aumentar la actividad del tiroides	-.05	-.12	.35	.06	-.29	.15
3	Orientación interna al rendimientol	-.04	-.06	.26	.21	.30	-.07

Tabla 20 (continuación)

Item Nº	Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
	IV Sexualidad e integración social (SexSoc)						
80	Disminución de contactos sociales	.16	.18	.12	.73	-.00	.06
82	Evitar contactos sociales	.21	.36	.15	.66	.11	.07
78	Conducta sexual	.03	.09	-.03	.62	.07	-.01
81	Calidad de los contactos sociales	.04	.13	-.07	.59	-.07	.17
79	Falta de organización activa del tiempo libre	.17	.24	.24	.57	-.09	.05
76	Miedos sexuales	.07	.35	.06	.49	.23	.10
75	Disminución de necesidades sexuales	.03	.27	.18	.47	.31	.18
77	Estabilidad de la relación de pareja	.04	.05	-.03	.38	.13	-.09
	IV Esquema corporal (BI)						
(1)	Peso insuficiente (modificado)	-.20	.00	.02	.12	.72	-.08
16	Trastornos del esquema corporal	.14	.17	.23	.01	.64	-.08
14	Escupir alimentos	.03	.12	.04	-.00	.55	.06
19	Amenorrea (modificado)	.01	.00	.09	.32	.55	.13
59	Comportamientos compulsivos con respecto a la comida	.01	.23	.30	.19	.44	-.03
42	Exceso de movimiento	.06	.06	.19	-.08	.41	.00
15	Rumiación	.11	.05	-.08	-.02	.35	.14
55	Estreñimiento	.09	.13	.21	.21	.34	.23
17	Negación del peligro el peso insuficiente	--	--	--	--	--	--
	VI Medidas para contrarrestar, abuso de sustancias, ayuno y autoagresión (Counteract)						
38	Inhibidores del apetito	.12	.05	.21	-.07	-.14	.64
72	Tranquilizantes	.06	.27	.12	.13	-.02	.61
37	Diuréticos	.04	.02	.24	-.03	.03	.60
69	Actos suicidas	.04	.35	-.16	.14	.05	.54
36	Abuso de laxantes	.11	.04	.32	.09	.34	.51
73	Drogas	.07	.18	-.11	-.12	.11	.41
70	Conductas autoagresivas	.18	.38	-.13	.09	.24	.40
71	Alcohol	.11	.09	-.13	.15	-.02	.36
41	Ayuno excesivo	.23	.04	.39	.05	.01	.33
43	Enemas	--	--	--	--	--	--
44	Revulsivos	--	--	--	--	--	--
	VII Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atíp.)						
31	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer	--	--	--	--	--	--
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	--	--	--	--	--	--
33	Aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estress y agobio	--	--	--	--	--	--
30	Agradable sensación de saturación después de ataques compulsivos de comer	--	--	--	--	--	--

Debido a consideraciones de contenido, el item 41 (ayuno excesivo) se supeditó al factor IV (medidas para contrarrestar, abuso de sustancias, ayuno y autoagresión) , en lugar de al factor III (ideal de delgadez) y el item 3 (orientación internor al rendimiento) se trasladó del factor V (esquema corporal), al factor III. Se sumó a ello un séptimo factor, que incluye items referidos a ataques compulsivos de comer atípicos. Otros items, que no se incluyeron en el análisis de factores ya que fueron recién añadidos – análogo al SIAB-EX- fueron añadidos a los factores debido a consideraciones de contenido. Para la sintomatología actual una solución de 5 factores parecía la más adecuada. En total se aclaró 40.7% de la variante por medio de los 5 factores (I :19.9%;II :7.5% ;III :5.5% ;VI :4.3% ;V :3.5%). El item 71 se incluyó, por motivos de contenido, al factor V (medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias) en lugar del factor IV (sexualidad y peso). Para la sintomatolo-gía actual se añadió también un factor que incluye los items referidos a los ataques compulsivos de comer atípicos. Otros items, que fueron agregaros posteriormente y que no fueron incluídos en el análisis, se añadieron a los factores- al igual que en el SIAB-EX-, también debido a consideraciones de contenido (véase tabla 21).

Tabla 21 : Estructura de factores del SIAB-S (ahora)

Item Nº	Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	I Psicopatología general e integración social (GenPsySoc)					
67	Disminución de la autoestima	.66	.14	.27	.04	.07
64	Estado de ánimo depresivo	.65	.20	.05	.07	.21
62	Sentimiento de insuficiencia propia	.65	.22	.21	.05	.01
82	Evitar contactos sociales	.64	.14	-.03	.26	-.04
66	Reducción de la confianza en las propias capacidades	.64	.07	.24	.10	.15
4	Miedos	.63	.02	.06	.00	.24
80	Disminución de contactos sociales	.61	.09	-.18	.24	-.14
65	Pensamientos depresivos	.60	.15	.35	-.04	.10
68	Pensamientos suicidas	.59	.10	-.01	.01	.41
79	Falta de organización activa del tiempo libre	.59	.09	-.12	.20	-.08
53	Perjuicio real	.57	.16	-.01	.07	.19
5	Fobias	.56	.09	.02	-.16	.14
63	Percepción reducida de estímulos internos	.45	.42	.26	.12	.12
58	Pensamientos y cavilaciones compulsivos	.45	.10	.22	-.04	.25
56	Control y repetición compulsivos	.44	.01	.22	-.08	.08
81	Calidad de los contactos sociales	.42	-.01	-.17	.20	-.06
6	Alteraciones del sueño	.39	.02	.03	.11	.30
83	Negación de la enfermedad	.36	.28	.21	.05	-.00
57	Limpieza compulsiva	.34	.07	.28	-.12	.33
69	Actos suicidas	.32	-.04	-.06	-.06	.29
72	Tranquilizantes	.26	.04	-.06	.12	.19
	II Síntomas bulímicos (Bul)					
23	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer (3 meses)	.11	.89	-.07	-.00	.16
21b	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	.12	.89	.02	-.04	.13
21ª	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	.05	.86	-.00	-.08	.06
28	Sentimiento de sufrimiento y preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer	.23	.80	.18	-.09	.09
34	Compulsión de comer o voracidad	.12	.79	.19	-.06	.01
26	Pérdida de control	.16	.68	.12	-.10	.15
35	Vómitos	.02	.65	.09	.08	.43
84	Evaluación global de los síntomas	.22	.49	.04	.28	-.10

Tabla 21 (Continuación)

Item No.	Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
	III Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)					
11	Restricción cuantitativa de la nutrición	.13	.02	.74	.18	.09
12	Restricción cualitativa de la nutrición	.09	.08	.70	.23	.08
13	Límites calóricos	.03	-.03	.67	.15	.17
61	Fijación mental en figura delgada	.25	.38	.59	-.13	-.05
7	Miedo al aumento de peso	.31	.28	.57	-.06	.02
10	Dependencia de la autoestima de figura y peso	.44	.23	.50	-.01	-.26
60	Fijación mental en la comida	.18	.41	.50	.11	.13
16	Trastorno del esquema corporal	.16	.21	.44	.10	.32
3	Orientación interna al rendimiento	-.12	.04	.41	-.04	-.16
42	Exceso de movimiento	-.17	-.06	.31	.07	.17
17	Negación del peligro del peso insuficiente	--	--			
	IV Sexualidad y peso (SexWeight)					
78	Conducta sexual	.10	.03	.01	.67	-.02
19	Ameonrrea (modificado)	.08	-.03	.14	.65	.17
(1)	Peso insuficiente (modificado)	-.03	-.20	.14	.64	.11
77	Estabilidad de la relación de pareja	-.02	.03	.05	.59	.02
76	Miedos sexuales	.43	.09	.15	.55	-.14
75	Disminución de necesidades sexuales	.46	.11	.15	.46	-.03
59	Comportamientos compulsivos con respecto a la comida	.14	.02	.39	.40	.16
	V Medidas para contrarrestar, ayuno, abuso de sustancias (Counteract)					
36	Abuso de laxantes	.14	.07	.14	.18	.49
70	Conductas autoagresivas	.30	.00	.04	.00	.47
55	Estreñimiento	.18	.12	.01	.21	.41
38	Inhibidores delapetito	.04	.06	.19	-.19	.35
41	Ayuno excesivo	.29	.07	.12	.07	.32
14	Escupir alimentos	.06	.24	.09	.12	.29
37	Diuréticos	.09	.05	.07	-.07	.26
73	Drogas	-.16	.09	-.09	-.05	.22
15	Rumiación	.04	.20	.00	.09	.21
39	Medicamentos para aumentar la actividad de los tiroides	.00	-.04	.13	-.02	-.16
71	Alcohol	-.08	.02	.07	-.22	.21
43	Enemas	--	--	--	--	--
44	Revulsivos	--	--	--	--	--
	VI Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge Atíp.)					
29	Ataques compulsivos de comer atípicos	--	--	--	--	--
31	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (3 meses)	--	--	--	--	--
33	Aumento de la cantidad de comida ingerida bajo estrés y agobio	--	--	--	--	--
30	Agradable sensación de saciedad después de ataques compulsivos de comer	--	--	--	--	--

Puede recurrirse también a la estructura factorial de la entrevista para expertos para la compilación de las subescalas del SIAB-S.

4.3 Evaluación del cuestionario de autoevaluación SIAB-S

Al contrario de las preguntas de la SIAB-EX, para evitar así poner inseguro al entrevistado, las preguntas del SIAB-S no contienen calificación ninguna en el título, la cual pueda dar información de si la pregunta es relevante para un diagnóstico de acuerdo con DSM-IV (D), ICD-10 y los criterios de investigación del ICD-10 (IR):. Para el cálculo de los valores totales hay hojas de evaluación (comp. gráfico 2). En estas hojas están reunidas las preguntas que pertenecen a una determinada suma total. Además se añaden y suman las calificaciones respectivamente tomadas de la entrevista. Con algunas preguntas son necesarias ciertas modificaciones antes del registro (p.ej. el Body Mass Index debe ser clasificado en determinadas categorías), las cuales están anotadas en la hoja respectiva.
Es posible realizar el mismo diagnóstico con el SIAB-S que con la SIAB-EX. De forma diferente en el manejo que en la SIAB-EX, en el SIAB-S se considera que, en la realización de los diagnósticos con los items calificados de 0 a 4 , los valores que van del 1 al 4 se ven como criterio satisfecho. Se difiere de esta regla, cuando un criterio sólo puede cumplirse a través de una calificación del 2 al 4, como p.ej. con la frecuencia de los ataques compulsivos de comer. Los detalles a esto se encuentran en los formularios de evaluación para el diagnóstico SIAB-S.

Para la evaluación de los valores totales y para la realización de los diagnósticos según DSM-IV o ICD-10 existen algoritmos.

Fig. 2: Ejemplo para la anotación de la la puntuación total en la hoja de evaluación del SIAB-S

Hoja de evaluación de puntuación total SIAB-S
Ultimos tres meses

Apellidos: ....

Nombre: .....

Fecha de nacimiento:.....

Fecha de la entrevista:.....

	Item.	**Item Nr.**	**Puntuación 0-4**
I	**Psicopatología general e integración social (GenPsySoc)**		
	Disminución de la autoestima	67	4
	Estado de ánimo depresivo	64	4
	Sensación de insuficiencia propia y de desamparo	62	4
	Evitar contacto	82	3
	Confianza disminuida en las propias capacidades	66	4
	Miedos	4	4
	Disminución de los contactos sociales	80	3
	Pensamientos depresivos	65	3
	Pensamientos suicidas	68	3
	Falta de organización activa del tiempo libre	79	3
	Perjuicio real	53	3
	Fobias	5	4
	Percepción disminuida de estímulos internos	63	4
	Pensamientos y cavilaciones compulsivos	58	1
	Control y repetición compulsivos	56	3
	Calidad de los contactos sociales	81	2
	Alteraciones del sueño	6	3
	Negación de la enfermedad	83	2
	Limpieza compulsiva	57	1
	Actos suicidas	69	0
	Tranquilizantes	72	2
Valor total de la subescala I			60
Valor medio de la subescala I (Suma/número de los items contestados)		60/21 = 2,86	

.

Hoja de evaluación de la puntuación total SIAB-S, últimos 3 meses b)

	Item	Item Nr.	Puntuación 0-4
II	**Síntomas bulímicos (Bul)**		
	Frecuencia de los ataques compulsivos de comer (3 meses)	23***	4
	Ataques compulsivos de comer (subjetivos)	21b	4
	Ataques compulsivos de comer (objetivos)	21ª	3
	Sentimiento de sufrimiento y preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer	28***	4
	Compulsión por comer o voracidad	34	4
	Pérdida de control	26***	4
	Vómitos	35	4
	Evaluación global de los síntomas	84	4
	Valor total de la subescala II		31
	Valor medio de la subescala II (Suma/ número de los items contestados)	31/8=3,88	
III	**Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)**		
	Reducción cuantitativa de la nutrición	11	0
	Reducción cualitativa de la nutrición	12	0
	Límites calóricos	13	0
	Fijación mental en figura delgada	61	3
	Miedo al aumento de peso	7	3
	Dependencia de la autoestima de figura y peso	10	4
	Fijación mental en la comida	60	4
	Trastorno del esquema corporal	16***	4
	Orientación interior al rendimiento	3	4
	Exceso de movimiento	42	1
	Negación del peligro de peso insuficiente	17***	4
	Valor total de la subescala III		27
	Valor medio de la subescala III (Suma/número de los items. contestados)	27/11 =2,45	

Hoja de evaluación de la puntuación total SIAB-S, últimos 3 meses c)

	Item	Item Nr.	Puntuación 0-4
IV	**Sexualidad y peso (Sexweight)**		
	Conducta sexual	78	0
	Amenorrea (modificado)	19***	1
	Peso insuficiente (modificado)	1*	0
	Estabilidad de la relación de pareja	77	2
	Miedos sexuales	76	3
	Disminución de las necesidades sexuales	75***	2
	Conductas compulsivas en relación conla comida	59	1
Valor total de la subescala IV			9
Valor medio de la subescala IV (Suma/número de los items. contestados)		9/7= 1,29	
V	**Medidas para contrarrestar ayuno, abuso de sustancias (Counteract)**		
	Abuso de laxantes	36	0
	Conductas autoagresivas	70	1
	Estreñimiento	55	4
	Inhibidores de apetito	38	0
	Ayuno excesivo	41	0
	Escupir alimentos	14	0
	Diuréticos	37	0
	Drogas	73	0
	Rumiación	15	4
	Medicamentos para aumentar la actividad de los tiroides	39	0
	Alcohol	71	3
	Enemas	43	0
	Revulsivos	44	0
Valor total de la subescala V			27
Valor medio de la subescala V (suma/número de los items. contestados)		12/13= 0,29	

Hoja de evaluación de la puntuación total SIAB-S, últimos 3 meses d)

	Item	Item. Nr.	Puntuación 0-4
VI	**Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge Atip.)**		
	Ataques compulsivos de comer atípicos	29	4
	Frecuencia de ataques compulsivos de comer atípicos (3 meses)	31***	4
	Aumento de la cantidad de alimentos ingeridos bajo estress y agobio	33	4
	Agradable sensación de saciedad después de ataques compulsivos de comer	30***	0
Valor total de la subescala VI (Suma/número de los items. contestados)		12	
Valor medio de la subescala VI		12/4= 3,0	
Valor de la escala total SIAB-S			151
Valor medio de la escala total SIAB-S (Suma/número de los items. contestados)		151/64= 2,36	

Notas explicativas referentes a las hojas de evaluación de la puntuación total

*Cálculo del peso insuficiente :	BMI	Puntuación del peso insuficiente
	>19.00	0
	19.00-17.51	1
	17.50 -16.01	2
	16.00- 14.51	3
	<14.50	4
**Recodificación del Item. 19 como sigue	-recodificación 6,7 u 8	en 0
	-recodificación 2	en 1
	-recodificación 3	en 2
	-recodificación 4 0 5	en 3
	-codificación 1 y 9 permanecen sin cambios	

***Item. 16 y 75 :	Recodificación 5 en 0
Item. 23 y 31 :	Recodificación 5 en 1
Item 17, 26 y 28 :	Recodificación 8 en 0
Item 30 :	Recodificación 5,6,7 u 8 en 0

4.4 Interpretación del cuestionario SIAB-S

Los diagnósticos constituyen indicaciones clínicamente relevantes para la existencia y tipificación de trastornos alimenticios. Altos valores totales de las subescalas son indicadores afirmativos de la existencia de una sintomatología de trastornos alimenticios u otras patologías como depresión o trastornos de ansiedad.
Se debe observar que los periodos de tiempo utilizados, “ahora” y “antes”, no se superponen, sino que se complementan. Esto significa, que para interpretar el grado máximo de los síntomas antes no se deben considerar los datos relativos a los últimos tres meses anteriores a la entrevista. Para interpretar la sintomatología del periodo hasta la entrevista (“lifetime” o “worst ever”) se tendrá en cuenta el máximo de la evaluación de ambos periodos.

4.5 Datos estadísticos del cuestionario SIAB-S

4.5.1 Objetividad en la realización, evaluación e interpretación del SIAB-S

En el cuestionario SIAB-S han de ser mantenidos los criterios usuales, que permiten rellenar el cuestionario sin influencias o perturbaciones. Sobre todo es de importancia, que el entrevistado disponga del tiempo suficiente para realizar el cuestionario y poder valorar suficientemente los problemas planteados.

Para la evaluación instrucciones exactas. La gradación de las subescalas, así como la realización de los diagnósticos según los datos en el cuestionario se ha fijado claramente y normalmente son realizados por logaritmos. En ninguna parte de la evaluación se somete la evaluación al dictamen del que evalúa, de manera que se asegura la objetividad de evaluación. La objetividad de la interpretación está asegurada por la existencia de valores comparativos para probandos clínicos.

La realización de un diagnóstico no está sometida a ninguna interpretación.

4.5.2 Fiabilidad del SIAB-S

Intercorrelaciones

La tabla 22 muestra las intercorrelaciones de las subescalas del SIAB-S. Estas resultan ser relativamente altas. Especialmente, la relación entre las escalas que contienen los ataques de comida compulsivos (síntomas bulímicos y ataques compulsivos de comer atípicos) resulta ser, con un .75 (ahora) y un .72 (antes), muy alta.

Tabla 22: Intercorrelaciones de las subescalas del SIAB-S

a) ahora SIAB-S	**N**	**Bul**	**Bl**	**Sex Weight**	**Counter act**	**Binge atíp.**	**Total**
Psicopatología general e integración social (GenPsySoc)	370	.40**	.42**	.38**	.41**	.13	.86**
Síntomas bulímicos (Bul)	369	--	.36**	.08	.36**	.75**	.66**
Esquema corporal e ideal de delgadez (BI)	370	--	--	.30**	.32**	.12	.68**
Sexualidad y peso (SexWeight)	370	--	--	--	.20**	-.21	.53**
Medidas para contrarrestar y abuso de sustancias (Counteract)	369	--	-	--	--	-.00	.55**
Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atip.)	86	--	--	--	--	--	.41**

b) antes	**N**	**GenPsy**	**Slim**	**SexSoc**	**Bl**	**Counter Act**	**Binge atip.**	**Total**
Síntomas bulímicos (Bul)	367	.55**	.57**	.40**	.35**	.42**	.72**	.77**
Psicopatología general (GenPsy)	370	--	.56**	.62**	.39**	.56**	.30**	.87**
Ideal de delgadez (Slim)	369		--	.38**	.45*	.36**	.49**	.76**
Sexualidad e integr .social (SexSoc)	368	--	--	--	.36**	.33**	.17	.70**
Esquema corporal (BI)	370	--	--	--	--	.26**	-.03	.60**
Medidas para contrarrestar, abuso de sustancias, ayuno y autoagresión (Counteract	367	--	--	--	--	--	.33**	.63**
Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atípicos)	84	--	--	--	--	--	--	.59**

Las correlaciones de cada escala con el valor total oscilan entre .41 y.87 y con eso son majormente alto. Las intercorrelaciones muy bajas (menores del .20) muestran las siguientes combinaciones para el estado actual: síntomas bulímicos con sexualidad y peso, ataques compulsivos de comer atípicos con psicopatología general e integración social, esquema corporal e ideal de delgadez, asi como medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias. De acuerdo con lo esperado, las escalas relativas a antes muestran intercorrelaciones más altas, solamente los ataques compulsivos de comer atípicos se correlaciona por debajo de .20 con sexualidad e integración social, así como con esquema corporal.

Consistencia interna:
La tabla 23 proporciona un resumen de la consistencia interna (Cronbachs alpha) de las subescalas del SIAB-S en ambos puntos de medida.

Tabla 23 : consistencia interna de las escalas del SIAB-S

	Antes			**Actual estado**		
	n	Número de items	Cronbach alpha	n	Número de items	Cronbach alpha
Síntomas bulímicos (bul, antes y ahora)	342	8	0.80	330	7	0.76
Psicopatología general (GenPsy, antes) Psicopatología general e integración social (GenPsySoc, ahora)	346	14	0.90	174	8	0.91
Esquema corporal (BI, antes) Esquema corporal e ideal de delgadez (BI, ahora)	178	9	0.90	339	21	0.89
Ideal de delgadez (Slim, antes)	80	4	0.70	--	--	--
Sexualidad e integración social (SexSoc, antes) Sexualidad y peso (SexWeight, ahora)	205	9	0.85	204	10	0.82
Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias (Counteract, ahora) Medidas para contrarrestar, abuso de sustancias, ayuno y autoagresión (Counteract, antes)	332	8	0.69	214	11	0.34
Ataques compulsivos de comer atípicos (Binge atípicos)	215	9	0.69	85	4	0.74
Valor total	64	61 a)	0.94	68	61a)	0.92

a) Los items 17,22, 43 y 44 no fueron integrados en la calculación

Los coeficientes varían para la encuesta referente a antes entre .69 y .94 y con ello tienen un resultado muy bueno. Especialmente consistentes resultan las subescalas esquema corporal, psicopatología general, así como el valor total. Para los datos al momento de la entrevista los coeficientes se sitúan, con una excepción, entre .74 y .92. También aquí las escalas mencionadas arriba resultan especialmente consistentes. Un coeficiente de consistencia notablemente bajo fue encontrado para la escala medidas para contrarrestar, abuso de sustancias, ayuno y autoagresión (ahora). Un resultado parecido ya fue mencionado para la SIAB-EX. Por un lado también en el factor del SIAB-S se incluyen (a lo que ya remite la denominación del factor) diferentes campos del comportamiento, por otro lado los tipos de medidas para contrarrestar son muy heterogéneos, de forma que estos dos aspectos pueden ser causa de la baja homogeneidad de la escala.

Relación entre las escalas del SIAB-S y caracterísiticas de los probandos
Con excepción de la subescala esquema corporal referida a antes, las subescalas del SIAB-S reflejan moderadas correlaciones con el Body Mass Index, la duración del trastorno alimenticio y la edad (Tabla 24).

Tabla 24 : Relación entre las subescalas del SIAB-S y diferentes variables sociodemográficas

a) ahora SIAB-S	N	GenPsySoc	Bul	Bl	Sex Weight	Counter-act	Binge atíp.	Total
Peso BMI (antes)	367	-.15**	-.10	-.16**	-.40**	-.28**	.24*	-.26**
Peso (BMI) (ahora)	368	-.11*	-.11*	-.22**	-.36**	-.29**	.23*	-.25**
Duración del trastorno alimenticio	367	.02	-.11*	-.20**	-.19**	-.09	.05	-.13*
Edad	370	.02	-.13*	-.18**	-.17**	-.12*	-.05	-.12*

b) antes SIAB-S	N	Bul	GenPsy	Slim	SexSoc	Bl	Counter act	Binge atíp	Total
Peso (BMI) (antes)	367	-.04	-.06	-.11*	-.08	-.63**	-.06	.47**	-.18**
Peso (BMI) (ahora)	368	-.07	-.07	-.09	-.11	-.59**	-.01	.44**	-.18**
Duración del trastorno alimenticio	367	.01	.09	-.00	.06	-.23**	.21**	.11	.03
Edad	370	-.12*	-.10	-.01	-.01	-.26**	.15**	-.08	-.08

*p <.05 ;**p<.01
GenPsySoc= psicopatología general e integración social ; Bul =Síntomas bulímicos ;Bl=esquema corporal e ideal de delgadez; SexWeight=sexualidad y peso; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp.=ataques compulsivos de comer atípicos; Slim=ideal de delgadez; GenPsy=Psicopatología general, SexSoc=sexualidad e integración social

La subescala esquema corporal antes tiene una correlación alta y negativa con el Body Mass Index. La subescala ataques compulsivos de comer atípicos tiene una correlación positiva más baja, pero clara, con el Body Mass Index. Ambos resultados no son inesperados.

Concordancia entre la forma de evaluación por expertos y la autoevaluación en el SIAB.
La concordancia entre la forma de evaluación por expertos y la autoevaluación del SIAB se comprobó también por medio del cálculo de valores kappa. Los detalles relativos a los items y a las escalas están representados en la tabla 16 (antes) y en la tabla 17 (ahora). Generalmente se muestra, en las comparaciones en pares, una relación media entre las evaluaciones por expertos y las autoevaluaciones (correlaciones entre 0.3 y 0.6).El kappa de Cohen mostró una concordancia relativamente buena, en la cual los coeficientes oscilaban principalmente entre 0.4 y 0.8.
Dictámenes de los expertos más altos que la autoevaluación (es decir, el t-test es relevante y la diferencia de valor medio entre SIAB-S y SIAB-EX es como mínimo 0.2) se dieron para ahora y antes en lo relativo a distorciones del esquema corporal, factor III ((sexualidad e integración social), evitación del contacto sexual, pérdida de la líbido, evaluación global de los síntomas del trastorno alimenticio, perjuicio objetivo, ataques compulsivos de comer (objetivos y subjetivos), así como limitación cuantitativa de la nutrición. En el caso de la autoevaluación acerca de antes esto se dió en la fijación mental en la comida, alimentación y calorías , negación del peligro de peso insuficiente, miedos sexuales, relación de pareja, calidad de los contactos sociales, factor IV (síntomas bulímicos), vómitos, factor V (medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias), ayuno excesivo, abuso de laxantes, así como abuso del alcohol.
Por otro lado se dieron, basando en los mismos criterios, autoevaluaciones más altas que los dictámenes de expertos en (ahora y antes) ideal de delgadez, escupir alimentos, orientación interior al rendimiento, confianza reducida en las propias capacidades, pensamientos depresivos, estado de ánimo depresivo, miedos, pensamientos compulsivos, fobias, repetición y control compulsivos, sentimiento de sufrimiento y preocupación en relación con los ataques compulsivos de comer, abuso de tranqulizantes, factor VI (ataques compulsivos de comer atípicos), frecuencia de los ataques compulsivos de comer atípicos (3 y 6 meses), ingesta de comida inducida por estress, sensación de saciedad después de los ataques compulsivos de comer, y (sólo ahora) factor I (esquema corporal e ideal de delgadez), fobia al peso, comportamientos compulsivos en relación con la comida, excesos de movimiento, límites calóricos, estreñimiento, factor II (psicopatología general), disminución de la autoestima, sensación de insuficiencia propia y de desamparo, actos suicidas, negación de la enfermedad, medida de contactos sociales, ataques compulsivos de comer atípicos, así como el valor total. Contradicciones entre los dictámenes más elevados de los expertos relativos a antes y autoevaluaciones más altas relativos al estado actual se dieron en la limitación cualitativa de la

nutrición, alteraciones del sueño, pensamientos suicidas, actividades de tiempo libre, retraimiento social, así como la frecuencia de ataques compulsivos de comer (3 y 6 meses).
Así se da un claro modelo del tipo de comportamiento en la entrevista y al rellenar el cuestionarios: 1. Dictámenes de los expertos más altos que la autoevaluación se dan con pacientes con trastornos alimenticios a) para trastornos del comportamiento hacia la comida, b) actitudes distorsionadas frente al comer y alimentos y , c) acerca de interacciones sociales. Autoevaluaciones más elevadas en comparación con los dictámenes de los expertos se dan en cambio con a) preguntas acerca de psicopatologías no específicamente relativas a trastornos alimenticios, b) preguntas que se refieren a perturbaciones del comportamiento con la comida en relación con los ataques compulsivos de comer. Por lo tanto, hay tipos de comportamiento que son más bien perceptibles en la entrevista por expertos, y otros que lo son más bien en la autoevaluación. Según criterios pr´cticos no pudo constatarse la existencia de diferentes tendencias en relación con ésto en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (comp.aquí con las tablas 18 y 19).

Aptitud del SIAB-S como instrumento de screening diagnóstico
Para comprobar la aptitud del SIAB-S como instrumento de screening diagnóstico, de acuerdo con el procedimiento que presentamos aquí, en base a los datos en el SIAB-S se elaboraron los diagnósticos anorexia nerviosa y bulimia nerviosa según DSM-IV. De las 279 personas con un trastorno alimenticio definido según el DSM-IV (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa)("worst ever", es decir, antes y ahora combinados), de acuerdo con la entrevista de los expertos SIAB-EX se coordinó correctamente a 194 sobre la base del diagnóstico SIAB-S, mientras que éste fue correcto para 78 de 98 personas sin trastorno alimenticio definido. Esto significa una sensibilidad del SIAB-S de 0.70 para trastornos alimenticios definidos según el DSM-IV (anorexia nerviosa o bulimia nerviosa) y una especificidad de 0.80. El valor positivo de predicción (positive predictive value) era de 0.91 y es con ello excepcionalmente alto. La sensitividad del SIAB-S para los diagnósticos de ahora era 0.52, especificidad 0.86 y el valor positivo de predicción era de 0.72 para este periodo de tiempo. Los valores correspondientes para antes fueron de 0.56 (sensitividad), 0.82 (especifidad) y 0.90 (valor de predicción positivo).
La capacidad de predicción del SIAB-S puede incrementarse cuando, para un screening se renuncia a los criterios C,difícilmente manejables en la autoevaluación, tanto de la anorexia nerviosa (se refiere a trastornos del esquema corporal y negación de la enfermedad) como de la bulimia nerviosa (frecuencia de los ataques compulsivos de comer y de las medidas contrarrestantes) al realizar los diagnósticos según SIAB-S. En este procedimiento se da una sensitividad del SIAB-S de 0.72,0.60 y 0.59, una especifidad de 0.76, 0.81 y 0.78, asi como un valor de predicción positivo de 0.89,0.70 y 0.88 (datos en el orden worst ever, ahora, antes).
Otra posibilidad para reconocer el posible diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa constituye la realización de los valores de escala SIAB-S. Los respectivos análisis aquí dieron como resultado para el cuadro antes un valor total del SIAB-S de 1.3 como valor límite, el cual distinguía mejor entre las personas con un trastorno alimenticio definido según el DSM-IV de acuerdo con el logaritmo de la SIAB-EX, y aquellas con un trastorno alimenticio no especificado (sensitividad 0.79, especificidad 0.66 y valor positivo de predicción 0.86). Para los diagnósticos actuales un valor total del SIAB-S de 1.3 (sensitividad 0.73, especificidad 0.63 y valor positivo de predicción de 0.58), resultó ser el mejor valor diferenciador.
Con ello se ofrecen dos tipos de procedimiento para un screening diagnóstico con el SIAB-S. El primer procedimiento debería ser aplicable especialmente para la identificación de trastornos alimenticios claramente definidos, mientras que la realización de valores totales de SIAB-S debería estar especialmente indicado para la identificación de símptomas de trastornos alimenticios en estudios epidemiológicos en la población normal.

4.5.3 Validez del SIAB-S

Una comparación de las escalas del SIAB-S con la entrevista por expertos Eating Disorder Examination (EDE, 12.edición ; Faiburn & Cooper, 1993) mostró altas correlaciones del valor total del SIAB-S con todas las escalas de la EDE (tabla 25).

Tabla 25 :Correlaciones de las subescalas del SIAB-S (ahora) con la entrevista por expertos Eating Disorder Examination (EDE) (N= 81)

SIAB-S	GenPsySoc	Bul	Bl	Sex Weight	Counter act	Binge atíp.	Valor total
Eating Disorder Examination (EDE)							
Restraint	.43**	.25*	.53**	.40**	.51**	-.13	.52**
Eating Concern	.55**	.60**	.44**	.18	.50**	.34**	.68**
Weight Concern	.31**	.19	.38**	.13	.30**	.03	.35**
Shape Concern	.41**	.18	.41**	.24*	.34**	.07	.44**
Total EDE	.55**	.41**	.57**	.31**	.54**	.10	.65**

*P<.05 ;**p<.01
GenPsySoc=psicopatología general e integración social; Bul=síntomas bulímicos; Bl=esquema corporal e ideal de delgadez; SexWeight=sexualidad y peso corporal; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp=ataques compulsivos de comer atípicos

De la misma forma, el valor total del EDE se correlaciona con casi todas las escalas del SIAB-S. Una excepción representan los ataques compulsivos de comer atípicos del SIAB-S, los cuales sólo se correlacionan de manera relevante con EDE-Eating Concern. Correlaciones bajas se encontraron también entre SIAB-S sexualidad y peso con todas las escalas EDE con la excepción plausible EDE-restraint (comportamiento restrictivo con la comida). Los síntomas bulímicos SIAB-S mstraroon correlaciones sólo a bajo nivel con el EDE-Weight Concern y el EDE-Shape Concern, y a nivel alto con el EDE-Eating concern.

La correlación de las subescalas del SIAB-S con diferentes escalas de autoevaluación (Eating Disorder Inventory (EDI-2;Garner, Olmsted & Polivy, 1983, Garner 1991), Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ, Stunkard &Messick, 1985, alemán: Pudel & Westenhöfer,1989) , Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R: Derogatis et al., 1976), Beck Depressions-Inventar (BDI; Beck et al., 1961) y la escala de demoralización de PERI (PERI-D; Dohrenwend et al.,1980) está resumida en las tablas 26 (ahora) y 27 (antes). De interés especial son aquí los resultados de “ahora”, ya que todos los cuestionarios se refieren a ello. Se analizará más detenidamente éstos.

Validez convergente

SIAB-S -Psicopatología general e integración social : esta escala tiene muy altas correlaciones con casi todas las escalas de la EDI que se refieren a características de la personalidad. Las correlaciones con escalas del SCL-90 se encuentran en un campo medio, mientras que se dan relaciones muy altas en la comparación con BDI y la PERI-demoralización.
SIAB-S- Bulimia: se constatan relaciones muy altas con las construcciones semejantes, EDI-bulimia, TFEQ-desinhibición y TFEQ-hambre.
SIAB-S-Esquema corporal e ideal de delgadez :aquí se dan altas correlaciones con el EDI-valor total, Edi-ansia por ser delgado y TFEQ-controles cognitivos. Coeficientes medios se dan con EDI-percepción interoceptiva y EDI-ascetismo.
SIAB-S- sexualidad y peso: generalmente se dan aquí correlaciones bajas, encima de .30 están las correlaciones en EDI-ineficacia, EDI-ascetismo , TFEQ-control cognitivo y BDI.
SIAB-S- medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias: para los tipos de comportamiento contenidos en este factor casi no hay correspondencias en los cuestionarios utilizados, de forma que generalmente se dan escasas relaciones. Correlaciones medias se señalan con las escalas EDI-valor total, ansia por ser delgado, ineficacia, percepción nteroceptivanos, ascetismo y regulación de impulsos.
SIAB-S ataques compulsivos de comeratípicos: existen pronunciadas relaciones con EDI-bulimia, TFEQ-desinhibición y TFEQ-hambre. Menos pronunciadas son las correlaciones con EDI- valor total y EDI-regulación de impulsos.

Tabla 26: Correlación de subescalas SIAB-S (ahora) con escalas estandarizadas de psicopatología específica de trastornos alimenticios y general (N= 377)

SIAB S	N	GenPsySoc	Bul	Bl	Sex Weight	Counter-act	Binge atíp.	Valor total
Eating Disorder Inventory (EDI)								
Valor total	356	.67**	.47**	.51**	.22**	.34**	.37**	.71**
Ansia por estar delgado	361	.43*	.44**	.70**	.16**	.35**	.26*	.62**
Bulimia	359	.32**	.76**	.29**	-.04	.29**	.67*+	.50**
Descontento con el cuerpo	356	.26**	.12*	.23**	-.12*	.01	.26*	.21**
Ineficacia	356	.71**	.25**	.33**	.32**	.33**	.02	.62**
Perfeccionismo	359	.26**	.12*	.23**	.14*	.11*	.26*	.29**
Desconfianza frente a los demás	357	.50**	.18**	.15**	.19**	.14**	.16	.41**
Percepción interoceptiva	355	.58**	.38**	.42**	.29**	.34*+	.19	.63**
Miedo a ser adulto	353	.34**	.07	.20**	.30**	.16*+	-.02	.33**
Ascetismo	355	.59**	.29**	.47**	.31**	.31**	.23	.62**
Regulación de impulsos	357	.53**	.32**	.28**	.21**	.31**	.37**	.53**
Inseguridad social	356	.67**	.24**	.25**	.26**	.25** .	.15	.57**
Three factor Eating Questionnaire (TFEQ)								
Control cognitivo	355	.19**	.09	.60**	.34**	.25**	-.16	.38**
Desinhibición	356	.20**	.59**	.12*	-.16**	.11*	.68**	.29**
Hambre	357	.17**	.52**	.09	-.09	.08	.62**	.26**
Symptom Checkliste SCL 90-R								
General Symptomatic Index	337	.35**	.13*	.13*	.18**	.09	-.15	.30**
Somatización	337	.29**	.12*	.10	.12*	.07	-.06	.25**
Compulsión	336	.33**	.13*	.10	.16**	.06	-.15	-.28**
Inseguridad en el contacto social	337	.40**	.16**	.15**	.22**	.14*	-.18	.37**
Animo depresivo	337	.41**	.18**	.14*	.16**	.14*	-.02	.37**
Miedos	337	.30**	.08	.11*	.13*	.08	-.08	.25**
Agresividad / hostilidad	337	.20**	.04	.09	.14*	.03	-.22*	.17**
Miedo fóbico	337	.19**	.01	.09	.11*	-.02	-.24*	.15**
Pensamientos paranoides	337	.23**	.07	.09	.15**	.05	-.17	.20**
Psicoticismo	337	.21**	.08	.09	.16**	.04	-.14	.19**
Beck-Depression-Index (BDI)	362	.75**	.22**	.35**	.35**	.40**	-.13	.66**
PERI Demoralization-Score (PERI)	363	.79**	.28**	.29**	.29**	.32**	.17	.67**

GenPsySoc=psicopatología general e integración social; Bul=síntomas bulímicos; Bl=esquema corporal e ideal de delgadez; SexWeight=sexualidad y peso; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; atíp.Binge=ataques compulsivos de comer atípicos.

Tabla 27: Correlación de subescalas del SIAB-S (antes) con escalas estandarizadas de psicopatología específica para trastornos alimenticios y general (N= 377)

SIAB-S	N	Bul	GenPsy	Slim	Sex Soc	Bl	Counter act	Binge atíp.	Valor total
Eating Disorder Inventory (EDI)									
Valor total	356	.30**	.47**	.24**	27**	.16**	.33**	.25*	.41**
Ansia por estar delgado	361	.27*	.31**	.31**	.11**	.21**	.28**	.23*	.34**
Bulimia	359	.52**	.30**	.26**	.12*	.09	.28**	.55**	.37**
Descontento con el cuerpo	356	.09	.16**	.10	.06	-.22**	.21**	.32**	.11*
Ineficacia	356	.13*	.42**	.10	.27**	.19**	.24**	-.16	.31**
Perfeccionismo	359	.18**	.30**	.21**	.17**	.25**	.12*	.26*	.29**
Desconfianza frente a los demás	357	.07	.26**	-.02	.32**	.06	.14**	.07	.20**
Percepción interoceptiva	355	.34**	.43**	.15**	.24**	.20**	.27**	.06	.36**
Miedo a der adulto	353	-.04	.24**	.04	.12*	.21**	.03	-.11	.14*
Ascetismo	355	.10	.33**	.12*	.19**	.26**	.21**	.01	.27**
Regulación de impulsos	357	.22**	.42**	.20**	.21**	.21**	.31**	.16	.36**
Inseguridad social	356	.12*	.40**	.04	.37**	.11*	.20** .	.-03	.29**
Three factor Eating Questionnaire (TFEQ)									
Control cognitivo	355	.10	.16**	.34**	.13*	.43**	.12*	-.07	.27**
Desinhibición	356	.46**	.25**	.23**	.12*	-.11*	.21**	.64**	.29**
Hambre	357	.35**	.13*	.12	.01	-.11*	.18**	.53**	.17**
Symptom Checkliste SCL 90-R									
General Symptomatic Index	337	.13*	.23**	.05	.12*	.10	.12*	-.05	.19**
Somatización	337	.12*	.20**	.05	.08	.05	.12*	.05	.15**
Compulsión	336	.15**	.23**	.04	.12*	.10	.12*	-.02	-.19**
Inseguridad en el contacto social	337	.15**	.24**	.04	.19**	.10	.15**	.03	.21**
Animo depresivo	337	.15**	.23**	.06	.20**	.14*	.16**	.08	.22**
Miedos	337	.09	.22**	.03	.09	.10	.12*	-.07	.16**
Agresividad / hostilidad	337	.06	.10	.01	.01	.05	.02	-.19	.07
Miedo fóbico	337	.03	.15**	.01	.06	.05	.05	-.22	.09
Pensamientos paranoides	337	.11*	.13*	.02	.04	.07	.01	-.03	.10
Psicoticismo	337	.10	.15**	.03	.06	.11	.06	-.11	.12*
Beck-Depression-Index (BDI)	362	.08	.34**	.08	.21**	.17**	.31**	-.25*	..26**
PERI Demoralization-Score (PERI)	363	.12*	.39**	.08	.22**	.21**	.26**	-.08	.29**

* p<.05, ** p<.01

GenPsy=psicopatología general; Bul=síntomas bulímicos; Bl=esquema corporal e ideal de delgadez; SexWeight=sexualidad y peso; Counteract=medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias; Binge atíp=ataques compulsivos de comer atípicos.

Validez discriminante
SIAB-S- psicopatología general e integración social: se dan relaciones bajas con las escalas específicas para trastornos alimenticios del TFEQ y - algo menos claramente- con las escalas relativas a los trastornos alimenticios del a EDI.
SIAB-S- bulimia: excepto con las escalas mencionadas arriba con altas correlaciones y EDI ansia por ser delgado con un coeficiente medio, esta escala no tiene correlaciones altas con ninguna de las escalas investigadas.
SIAB-S- esquema corporal e ideal de delgadez: se constatan bajas relaciones con las escalas del SCL-90 y con TFEQ-desinhibición y TFEQ-hambre, algo más altas
SIAB-S- esquema corporal e ideal de delgadez: se constatan bajas relaciones con las escalas del SCL-90 y con las de TFEQ desinhibición y TFEQ hambre, algo más altas con la mayoría de las escalas del EDI y el BDI .
SIAB-S-sexualidad y peso: normalmente se dan relaciones poco relevantes.
SIAB-S-medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias: este factor no se correlaciona prácticamente con las escalas del TFEQ y el SCL-90. Aparte de esto se observan correlaciones medias con BDI y PERI-Demoralización.
SIAB-S-ataques compulsivoc de comer atípicos: no se da ninguna relación con la mayoría de las escalas del EDI, con el TFEQ-control cognitivo, asi como las escalas de psicopatología general (SCL-90, BDI, PERI-Demoralización).

Las escalas SIAB-S pueden caracterizarse, en síntesis, de la siguiente forma: La psicopatología general e integración social incluye esencialmente la psicopatología como se expresa en la sintomatología depresiva, los aspectos relativos específicamente a trastornos alimenticios están presentes sólo en pequeña medida. Sintomatología bulímica y ataques compulsivos de comer atípicos incluyen los ataques de comer (comp. EDI-Bulimia) y con ello la pérdida de control que les acompaña (TFEQ-desinhibición y TFEQ-hambre). Esquema corporal e ideal de delgadez incluye un comportamiento controlado con la comida y fobia al peso. Este factor se diferencia claramente de la sintomatología bulímica y la psicotopatología general. No es posible hacer afirmaciones fundadas acerca de la validez convergente en el caso de sexualidad y el peso, ya que no hay ninguna escala de comparación para ello. Las correlaciones bajas con las escalas ya señaladas permiten esperar una buena validez constructiva. Medidas para contrarrestar, ayuno y abuso de sustancias no se correlacionan con las escalas relativas específicamente a trastornos alimenticios. Ya que estos tipos de comportamiento no están incluidos ni en el EDI ni en el TFEQ, esto es una señal de una buena diferenciación de la escala. En cierto sentido esta escala incluye evidentemente también depresión.

4.5.4 Valores comparativos

Los datos comparativos para el SIAB-S se encuentran en las tablas 16 a 19. La prueba de los probandos es descrita en el item análogo sobre la SIAB-EX. Se pueden encontrar también datos separados para grupos de pacientes con anorexia y bulimia.

5. Bibliografía

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books.

Crisp, A. H. (1980). Anorexia nervosa: Let me be. London: Academic Press.

Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of new self-report scale. British Journal of Psychiatry, 128, 280-289.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern u. a.: Huber.

Dohrenwend, B.P., Shrout, P.E., Egri, G. & Mendelson, F.S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Archives of General Psychiatry, 37, 1129-1236.

Fairburn, C., Steere, J. & Cooper, P. J. (1990). Assessment of the specific psychopathology of bulimia nervosa. In M. M. Fichter (Ed.), Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy (pp. 37-56). Chichester: Wiley.

Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In C.G. Fairburn & G. T. Wilson (Editors). Binge eating, nature, assessment, and treatment. New York, London: Guilford, pp. 317-360.

Fichter, M. M., Elton, M., Engel, K., Meyer, A.E., Mall, H. & Poustka, F. (1991). Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB). Development of a New Instrument for the Assessment of Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders, 10 (5), 571 - 592.

Fichter, M.M., Herpertz, S., Quadflieg, N. & Herpertz-Dahlmann, B. (1998). Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10. Updated (Third) Revision. International Journal of Eating Disorders, 24, 227-249.

Garner, D. N., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 14 - 34.

Garner, D. M. (1991). Eating Disorder Inventory-2 professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Hammer, L. D., Kraemer, H. C., Wilson, D. M., Ritter, P. L. & Dornbusch, S. M. (1991). Standardized percentile curves of body mass index for children and adolescents. *American* Journal of Diseases of Children, 145, 259 - 263.

Hebebrand, J., Himmelmann, G., Heseker, H., Schäfer, H. & Remschmidt, H. (1994). Percentiles for the body mass index based on data of the German National Nutrition Survey and a review of relevant factors with an influence on body weight. Aktuelle Ernährungsmedizin, 15, 247 - 252.

Hebebrand, J., Himmelmann, G. W., Heseker, H., Schäfer, H. & Remschmidt, H. (1996). Use of Percentiles for the Body Mass Index in Anorexia Nervosa: Diagnostic, Epidemiological, and Therapeutic Considerations. International Journal of Eating Disorders, 19 (4), 359 369.

Pudel, V., & Westenhöfer, J. (1989). Fragebogen zum Eßverhalten (FEV). Handanweisung. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Russel, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.

Saß, H., Wittchen, H-U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Stunkard, A.J. & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. Journal of Psychosomatic Research, 29, 71-83.