

# INVENTARIO NEUROPSIQUIATRICO (NPI)

\* Ref: Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., RosenbergThompson, S., Carusi, D.A., Gornbein, J. *The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assesment of psychopathology in dementia. Neurology, Vol. 44: 2308-2314, 1994.*

\* Ref: Lozano Gallego, M., Cruz, MM., Hernández, M., Gudayol, M., López, O.L., López-Pousa, S., Vilalta, J. *Validación Española del "Neuropsychiatric Inventory". XLVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología.*

## A. IDEAS DELIRANTES

¿Tiene el paciente ideas que usted sabe que no son reales? Por ejemplo, insiste en que la gente intenta hacerle daño o robarle algo? ¿Ha dicho que los miembros de la familia no son quienes dicen ser? No estoy preguntando sobre meras sospechas: me interesa saber si el paciente está convencido de que le están pasando estas cosas.

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria)
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas)

1. ¿Cree el paciente que está en peligro, que los demás tienen intención de hacerle daño?	SI	NO
2. ¿Cree que los demás le roban?	SI	NO
3. ¿Cree que su cónyuge tiene una aventura amorosa?	SI	NO
4. ¿Cree que hay invitados inoportunos en su casa?	SI	NO
5. ¿Cree que su cónyuge u otros no son quienes afirman ser?	SI	NO
6. ¿Cree que su casa no es su casa?	SI	NO
7. ¿Cree que los miembros de su familia tienen la intención de abandonarle?	SI	NO
8. ¿Cree que hay realmente en su casa figuras de la televisión o de una revista? (¿Intenta hablar o mantener una relación con ellos?)	SI	NO
9. ¿Cree cualquier otra cosa rara por la que no le he preguntado?	SI	NO

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de las ideas delirantes:

- FRECUENCIA:
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:
1. **Leve:** presencia de ideas delirantes pero parecen inofensivas y no producen demasiada angustia al paciente
  2. **Moderada:** las ideas delirantes son angustiosas y perjudiciales
  3. **Severa:** las ideas delirantes son muy perjudiciales y constituyen una fuente importante de trastorno de la conducta. (Si se prescriben medicamentos PRN -no pautados-, su utilización indica que los delirios son de una gravedad acusada.

- ANGUSTIA:
- ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
- 1- Nada en absoluto
  - 2- Mínimamente
  - 3- Levemente
  - 4- Severamente
  - 5- Muy severamente o extremadamente

## B. ALUCINACIONES

¿Tiene el paciente alucinaciones tales como visiones o escucha voces imaginarias? ¿Parece ver, oír o experimentar cosas que no existen? Con esta pregunta no nos referimos simplemente a creencias equivocadas como afirmar que aún vive alguien que ha muerto: más bien le preguntamos si el paciente experimenta realmente sonidos o visiones anormales.

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria)
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas)

1. ¿Dice oír voces o actúa como si las oyera?	SI	NO
2. ¿Habla con gente que no está allí?	SI	NO
3. ¿Dice haber visto cosas que los demás no ven o se comporta como si viera cosas que otros no ven (personas, animales, luces, etc.)?	SI	NO
4. ¿Manifiesta oler olores que los demás no notan?	SI	NO
5. ¿Dice sentir cosas en la piel o parece sentir un hormigueo en la piel o cosas que le tocan?	SI	NO
6. ¿Describe sabores sin una causa conocida?	SI	NO
7. ¿Describe cualquier otra experiencia sensorial insólita?	SI	NO

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de las alucinaciones:

- FRECUENCIA:**
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día
- GRAVEDAD:**
1. **Leve:** presencia de alucinaciones pero son inofensivas y producen escasa angustia al paciente
  2. **Moderada:** las alucinaciones son angustiosas y perjudiciales para el paciente.
  3. **Severa:** las alucinaciones son muy perjudiciales y constituyen una fuente importante de trastorno de la conducta. Puede ser necesario prescribir medicamentos PRN para controlarlas.
- ANGUSTIA:** ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
1. Nada en absoluto
  2. Mínimamente
  3. Levemente
  4. Severamente
  5. Muy severamente o extremadamente

### C. AGITACIÓN / AGRESIVIDAD

¿Tiene el paciente períodos en los que se niega a cooperar o no deja que la gente le ayude?

¿Es difícil de tratar?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria)
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas)

---

1. ¿Se enfada con los que intentan cuidarle u opone resistencia a actividades como bañarse o cambiarse de ropa?	SI	NO
2. ¿Es obstinado y tiene que hacer las cosas a su manera?	SI	NO
3. ¿Está poco dispuesto a cooperar y se resiste a la ayuda de los demás?	SI	NO
4. ¿Manifiesta cualesquiera otras conductas que hacen que sea difícil de tratar?	SI	NO
5. ¿Grita o insulta con rabia?	SI	NO
6. ¿Da portazos, patadas a los muebles o tira cosas?	SI	NO
7. ¿Intenta herir o pegar a los demás?	SI	NO
8. ¿Manifieste cualquier otra conducta agresiva o agitada?	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la agitación/agresividad.

FRECUENCIA:

1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

GRAVEDAD:

1. **Leve:** la conducta es perjudicial pero puede controlarse con redirección o palabras tranquilizadoras
2. **Moderada:** conductas perjudiciales y difíciles de reconducir o controlar.
3. **Severa:** la agitación es muy perjudicial y constituye una fuente importante de dificultades; podría haber una amenaza de daño personal. El empleo de medicación es a menudo necesario.

ANGUSTIA:

¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?

1. Nada en absoluto
2. Mínimamente
3. Levemente
4. Severamente
5. Muy severamente o extremadamente

## D. DEPRESIÓN/DISFORIA

¿El paciente parece triste o deprimido?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria)
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas)

---

1. ¿Tiene episodios de llanto o de sollozos que parecen indicar tristeza?	SI	NO
2. ¿Dice cosas o actúa como si estuviera triste o desanimado?	SI	NO
3. ¿Se desprecia o dice que es un fracaso?	SI	NO
4. ¿Dice que es una mala persona o que merece ser castigado?	SI	NO
5. ¿Parece muy desmoralizado o dice que no tiene futuro?	SI	NO
6. ¿Dice ser una carga para la familia o que la familia estaría mejor sin él/ella?	SI	NO
7. ¿Expresa deseos de morir o habla de suicidarse?	SI	NO
8. ¿Muestra otros síntomas de depresión o tristeza?	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la depresión/disforia.

- FRECUENCIA:**
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:**
1. **Leve:** la depresión es angustiosa, pero por lo general responde al tratamiento redireccional o tranquilizante.
  2. **Moderada:** la depresión es angustiosa, el paciente expresa con espontaneidad los síntomas depresivos que son difíciles de aliviar.
  3. **Severa:** la depresión es muy angustiosa y constituye una fuente de sufrimiento importante para el paciente.

- ANGUSTIA:** ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
1. Nada en absoluto
  2. Mínimamente
  3. Levemente
  4. Severamente
  5. Muy severamente o extremadamente

## E. ANSIEDAD

¿El paciente está muy nervioso, preocupado o tiene miedo sin motivo aparente? ¿Parece muy tenso o agitado? ¿Tiene miedo de estar lejos de usted?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria)
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas)

---

1. ¿Dice estar preocupado por los acontecimientos planeados?	SI	NO
2. ¿Tiene períodos en los que se siente inseguro, incapaz de relajarse o demasiado tenso?	SI	NO
3. ¿Tiene períodos en los que le falta (o se queja de que le falta el aliento, jadea o suspira sin otro motivo aparente que el nerviosismo)?	SI	NO
4. ¿Se queja de sentir cosquilleos en el estómago o de que su corazón late o palpita a un ritmo acelerado motivado por el nerviosismo? (Síntomas no explicados por padecer una enfermedad)	SI	NO
5. ¿Evita determinados lugares o situaciones que le ponen más nervioso, como ir en coche, reunirse con amigos o estar con mucha gente?	SI	NO
6. ¿Se pone nervioso y se disgusta cuando está lejos de usted (o de su cuidador)? (Se aferra a usted para no sentirse aislado?)	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la ansiedad.

- FRECUENCIA:
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:
1. **Leve:** la ansiedad es angustiosa, pero por lo general responde al tratamiento redireccionaional o tranquilizante.
  2. **Moderada:** la ansiedad es angustiosa, el paciente expresa con espontaneidad los síntomas de la ansiedad y es difícil de aliviar.
  3. **Severa:** la ansiedad es muy angustiosa y constituye una fuente de sufrimiento importante para el paciente.

- ANGUSTIA:
- ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
1. Nada en absoluto
  2. Mínimamente
  3. Levemente
  4. Severamente
  5. Muy severamente o extremadamente

## F. JÚBILLO / EUFORIA

¿El paciente parece demasiado contento o feliz sin motivo aparente? No me refiero a la alegría normal que se deriva de ver a los amigos, recibir regalos o pasar un rato con los miembros de la familia. Lo que pregunto es si el paciente está de buen humor constantemente y de manera anormal o encuentra divertido lo que no lo es.

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria)
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas)

---

1. ¿Parece sentirse demasiado bien o demasiado feliz, diferente de lo que es su personalidad habitual?	SI	NO
2. ¿Le parecen divertidas o se ríe de cosas que otros no consideran graciosas?	SI	NO
3. ¿Parece tener un sentido del humor infantil con tendencia a las risitas tontas o a reírse cuando no es oportuno (por ejemplo, cuando a alguien le sucede una desgracia)?	SI	NO
4. ¿Cuenta chistes o hace observaciones que tienen poca gracia para los demás pero a él/ella le parecen divertidos?	SI	NO
5. ¿Gasta bromas infantiles como pellizcar o juega a “no te acerques” para reírse?	SI	NO
6. ¿Fanfarronea o afirma poseer más aptitudes o riqueza de lo que es cierto?	SI	NO
7. ¿Muestra algún otro signo de sentirse demasiado bien o demasiado contento?	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad del júbilo/euforia.

- FRECUENCIA:
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:
1. **Leve:** la euforia es notable para los amigos y la familia, pero no es disruptiva.
  2. **Moderada:** la euforia es notablemente anormal.
  3. **Severa:** la euforia es muy pronunciada; el paciente está eufórico y encuentra casi todo divertido.

- ANGUSTIA: ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
1. Nada en absoluto
  2. Mínimamente
  3. Levemente
  4. Severamente
  5. Muy severamente o extremadamente

## G. APATÍA/INDIFERENCIA

¿Ha perdido interés el paciente por el mundo que le rodea? ¿Ha perdido interés por hacer cosas o le falta motivación para empezar nuevas actividades? ¿Tiene más dificultades para entablar conversación o hacer los trabajos rutinarios? ¿Se siente apático o indiferente?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria).
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas).

---

1. ¿Parece menos espontáneo y menos activo de lo habitual?	SI	NO
2. ¿Le cuesta más mantener una conversación?	SI	NO
3. ¿Es menos cariñoso o carece de emociones cuando se compara con su manera de ser habitual?	SI	NO
4. ¿Ayuda menos en las tareas domésticas?	SI	NO
5. ¿Parece menos interesado en las actividades y planes de los demás?	SI	NO
6. ¿Ha perdido interés por los amigos y miembros de la familia?	SI	NO
7. ¿Muestra menos entusiasmo por sus intereses habituales?	SI	NO
8. ¿Muestra algún otro signo de que no tiene interés por hacer cosas nuevas?	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la apatía/indiferencia.

### FRECUENCIA:

1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

### GRAVEDAD:

1. **Leve:** la apatía es notable pero interfiere poco en las rutinas diarias; sólo ligeramente diferente de la conducta normal del paciente
2. **Moderada:** la apatía es muy evidente; el cuidador puede ayudar al paciente a superarla con paciencia y estímulos.
3. **Severa:** la apatía es muy evidente y por lo general el paciente no responde a ninguna intervención por parte del cuidador.

### ANGUSTIA:

¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?

1. Nada en absoluto
2. Mínimamente
3. Levemente
4. Severamente
5. Muy severamente o extremadamente

## H. DESINHIBICIÓN

¿ Parece actuar el paciente de manera impulsiva, sin reflexionar? ¿ Hace o dice cosas que por lo general no se hacen ni se dicen en público? ¿Hace cosas embarazosas para usted o para otros?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria).
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas).

---

1. <i>¿Actúa de manera impulsiva, sin que parezca considerar las consecuencias?</i>	SI	NO
2. <i>¿Habla con perfectos desconocidos como si les conociera?</i>	SI	NO
3. <i>¿Dice cosas a la gente que expresan falta de sensibilidad o hieren sus sentimientos?</i>	SI	NO
4. <i>¿Dice cosas vulgares o hace comentarios sexuales que por lo general no debieran haberse dicho?</i>	SI	NO
5. <i>¿Habla abiertamente sobre asuntos muy personales o privados que por lo general no se tratan en público?</i>	SI	NO
6. <i>¿Se toma libertades, toca o abraza a los demás de un modo que no corresponde a su carácter?</i>	SI	NO
7. <i>¿Muestra algún otro signo de pérdida de control de sus impulsos?</i>	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la desinhibición.

- FRECUENCIA:**
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:**
1. **Leve:** la desinhibición es notable pero por lo general responde a la reconducción y la orientación
  2. **Moderada:** la desinhibición es muy evidente y para el cuidador es difícil superarla.
  3. **Severa:** la desinhibición no responde por lo general a ninguna intervención por parte del cuidador y es una fuente de turbación y de malestar social

- ANGUSTIA:** ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
1. Nada en absoluto
  2. Mínimamente
  3. Levemente
  4. Severamente
  5. Muy severamente o extremadamente

## I. IRRITABILIDAD/ INESTABILIDAD

¿El paciente se irrita y altera con facilidad? ¿Cambian mucho sus estados de ánimo? ¿Es más impaciente de lo normal? No nos referimos a la frustración por la pérdida de la memoria o por la incapacidad de realizar las tareas habituales; nos interesa saber si el paciente sufre irritabilidad, impaciencia o cambios emocionales rápidos que no son normales y no corresponden a su personalidad habitual.

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria).
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas).

---

1. ¿Está de mal humor, se sale de sus casillas con facilidad por nimiedades?	SI	NO
2. ¿Cambia de humor rápidamente y se siente bien un minuto y enojado al siguiente?	SI	NO
3. ¿Sufre ataques de ira repentinos?	SI	NO
4. ¿Se muestra impaciente y tiene dificultades para afrontar los retrasos o para esperar el inicio de las actividades programadas?	SI	NO
5. ¿Está de mal humor e irritable?	SI	NO
6. ¿Discute cualquier cosa y es difícil llevarse bien con él/ella?	SI	NO

---

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la irritabilidad/inestabilidad.

- FRECUENCIA:
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:
1. **Leve:** la irritabilidad o inestabilidad es notable pero por lo general responde a la reconducción y la orientación.
  2. **Moderada:** La irritabilidad e inestabilidad son muy evidentes y para el cuidador es difícil superarlas.
  3. **Severa:** la irritabilidad e inestabilidad son muy evidentes, por lo general no responden a ninguna intervención por parte del cuidador y son una fuente de aflicción importante.

- ANGUSTIA: ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?
1. Nada en absoluto
  2. Mínimamente
  3. Levemente
  4. Severamente
  5. Muy severamente o extremadamente

## J. CONDUCTA MOTRIZ ANÓMALA

¿Va y viene el paciente por la casa, hace una y otra vez cosas tales como abrir los armarios o los cajones o coge las cosas repetidas veces o enrolla un cordel o hilos?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria).
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas).

1. ¿Va y viene por la casa sin un objetivo aparente?	SI	NO
2. ¿Busca desordenadamente, abriendo y vaciando cajones o armarios?	SI	NO
3. ¿Se pone y se quita la ropa reiteradamente?	SI	NO
4. ¿Realiza actividades repetitivas o tiene "costumbres" que repite una y otra vez?	SI	NO
5. ¿Se dedica a actividades repetitivas como manipular botones, recoger, enrollar hilo, etc.?	SI	NO
6. ¿Se mueve demasiado, parece incapaz de estar sentado sin moverse o mueve los pies o tamborilea mucho con los dedos?	SI	NO
7. ¿Realiza el paciente cualesquiera otras actividades de una manera repetitiva?	SI	NO

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la actividad motriz anómala.

- FRECUENCIA:**
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:**
1. **Leve:** la actividad motriz anómala es notable pero no interfiere mucho en la rutina diaria.
  2. **Moderada:** la actividad motriz anómala es muy evidente; puede ser superada con la ayuda del cuidador.
  3. **Severa:** la actividad motriz anómala es muy evidente, por lo general no responde a ninguna intervención por parte del cuidador y es una fuente importante de aflicción.

**ANGUSTIA:** ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?

1. Nada en absoluto
2. Mínimamente
3. Levemente
4. Severamente
5. Muy severamente o extremadamente

## K. SUEÑO

¿Presenta el paciente dificultades para dormir (no se considerará válidas si el paciente simplemente se levanta una o dos veces por la noche para ir al baño y luego vuelve a dormirse inmediatamente)? ¿Se levanta por las noches? ¿Pasea o se viste durante la noche o le impide dormir a usted?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria).
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas).

1. ¿Tiene el paciente dificultades para quedarse dormido?	SI	NO
2. ¿Se levanta el paciente durante las noches (no se considerará válida si el paciente se levanta una o dos veces por la noche par ir al baño y luego vuelve a dormirse inmediatamente)?	SI	NO
3. ¿El paciente pasea, se pierde o realiza actividades inapropiadas durante la noche?	SI	NO
4. ¿Permanece despierto el paciente durante la noche?	SI	NO
5. ¿El paciente se despierta durante la noche, se viste e intenta salir pensando que es ya por la mañana?	SI	NO
6. ¿Se despierta el paciente demasiado temprano por la mañana (más temprano de lo habitual en él)?	SI	NO
7. ¿Duerme el paciente excesivamente durante el día?	SI	NO
8. ¿Presenta el paciente algún otro comportamiento nocturno del que no hayamos hablado?	SI	NO

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la actividad motriz anómala.

- FRECUENCIA:
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:
1. **Leve:** Hay alteraciones conductuales nocturnas pero no son particularmente disruptivas..
  2. **Moderada:** Hay alteraciones conductuales nocturnas que molestan la paciente y al cuidador; puede haber más de un tipo de estas alteraciones.
  3. **Severa:** Hay alteraciones conductuales nocturnas que pueden ser de muchos tipos; el paciente está muy ansioso durante la noche y altera mucho el sueño del cuidador.

ANGUSTIA: ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?

1. Nada en absoluto
2. Mínimamente
3. Levemente
4. Severamente
5. Muy severamente o extremadamente

## L. APETITO Y DESORDENES ALIMENTARIOS

¿Ha presentado el paciente algún cambio en el apetito, peso o los hábitos alimenticios (se considera N/D si el paciente está incapacitado y tiene que ser alimentado)? ¿Ha habido algún cambio en el tipo de comida que prefiere? ?

- **NO** (Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta exploratoria).
- **SI** (Si la respuesta es sí, continúe con las subpreguntas).

1. ¿Ha perdido el apetito?	SI	NO
2. ¿Tiene más apetito?	SI	NO
3. ¿Ha perdido peso?	SI	NO
4. ¿Ha ganado peso?	SI	NO
5. ¿Ha cambiado sus conductas alimentarias, p.e. pone demasiada comida en la boca?	SI	NO
6. ¿Ha cambiado sus gustos alimentarios, p.e. come demasiados dulces u otros tipos específicos de comida?	SI	NO
7. ¿Ha desarrollado conductas alimentarias como comer exactamente el mismo tipo de comida cada día o ingerir los alimentos en un orden fijo?	SI	NO
8. ¿Ha presentado otros cambios en el apetito o en la comida de los que no hayamos hablado?	SI	NO

Si se confirma la pregunta exploratoria, determine la frecuencia y gravedad de la actividad motriz anómala.

- FRECUENCIA:
1. **De vez en cuando:** menos de una vez a la semana
  2. **A menudo:** alrededor de una vez a la semana
  3. **Con frecuencia:** varias veces a la semana pero no cada día
  4. **Con mucha frecuencia:** una o más veces al día

- GRAVEDAD:
1. **Leve:** cambios en el apetito o en la comida que no representan cambios de peso ni alteraciones importantes.
  2. **Moderada:** Cambios en el apetito o en la comida que provocan fluctuaciones menores en el peso
  3. **Severa:** Cambios obvios en el apetito o en la ingesta que causan fluctuaciones en el peso, resultan embarazosos o alteran al paciente de cualquier otra manera

ANGUSTIA: ¿En qué medida encuentra usted angustiante este comportamiento?

1. Nada en absoluto
2. Mínimamente
3. Levemente
4. Severamente
5. Muy severamente o extremadamente