

(1) *Criterios diagnósticos DSM-5: Pica, Rumiación,
T.Evitación/restricción*

<i>Pica</i>	<i>Trastorno de Rumiación</i>	<i>Trastorno de Evitación/ restricción de la ingestión de alimentos</i>
A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.	A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.	A. Alteración alimentaria o de la ingestión de alimentos (p.ej., aparente falta de interés por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes: 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.	B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).	B. La alteración no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
C. El comportamiento alimentario no forma parte de	C. La alteración alimentaria no se produce exclusivamente en	C. La alteración alimentaria no se produce exclusivamen-

una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental o afección médica es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

el curso de una AN, BN, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental, son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

te en el curso de una AN o la BN, y no hay pruebas de que la manera de experimentar el propio peso o forma corporales esté alterada.

D. La alteración alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando la alteración alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad de la alteración alimentaria excede a la que se suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

(2) Criterios diagnósticos Anorexia Nerviosa

DSM5	CIE-10
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso <i>significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la manera en que el propio peso o forma corporales se experimenta, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p><i>Especificar tipo:</i> Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno o el ejercicio excesi-</p>	<p>a) Pérdida significativa de peso (IMC de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.</p> <p>b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por 1 o + de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.</p> <p>c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p> <p>d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contracepti-</p>

vo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B, o el criterio C.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $\text{IMC } 16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $\text{IMC } 15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$

vas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

(3) Criterios diagnósticos Bulimia Nerviosa

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
<p>A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>(1) Ingestión, en un período de tiempo determinado (p.ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</p> <p>(2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, como promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.</p>	<p>a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de sobreingesta durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.</p> <p>b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante 1 o + de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma</p>

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la silueta y el peso corporales.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, se cumplen algunos criterios pero no todos durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un

florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

(4) Criterios diagnósticos de T. de Atracones DSM-5

A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

(1) Ingestión, en un período de tiempo determinado (p.ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

(2) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer a solas debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse asqueado con uno mismo, deprimido, o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

(5) *Criterios diagnósticos de Otros Trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados*

DSM-5	CIE-10. CUADROS ATÍPICOS
<p>1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto en el peso del individuo, a pesar de la pérdida significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.</p>	<p>Anorexia nerviosa atípica Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la AN (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en psiquiatría de interconsulta y enlace y en atención primaria. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la AN, pero en grado leve. Este término no debe de utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la AN pero que son debidos a una etiología somática conocida.</p>
<p>2. Bulimia Nerviosa (de frecuencia baja o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses.</p>	<p>Bulimia nerviosa atípica Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).</p>

3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones se producen, de promedio, menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses.

4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la forma corporales (p.ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

Incluye: Bulimia con peso normal.

Hiperfagia (overeating) en otras alteraciones psicológicas

Ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como F38.-, otros trastornos del humor (afectivos), F41.2, trastorno mixto ansioso-depresivo, o F48.9, trastorno neurótico sin especificación, más un código de E66.- para indicar el tipo de obesidad.

Incluye: Hiperfagia psicógena.

Excluye: Polifagia sin especificación; Obesidad

Vómitos en otras alteraciones psicológicas

Además de la BN en las que el vómito es autoprovocado, pueden presentarse vómitos repetidos en los trastornos disociativos (de conversión) (F44.-), en la hipocondría (F45.2), en la que los vómitos pueden ser uno de los múltiples síntomas corporales, y

5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo sueño-vigilia o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

en el embarazo, donde los factores emocionales pueden contribuir a la aparición de vómitos y náuseas recurrentes.

Incluye: Vómitos psicógenos. Hipermesis gravídica psicógena.

Excluye: Náuseas y vómitos sin especificación

Otros trastornos de la conducta alimentaria

Incluye:

Disminución psicógena del apetito.

Pica de origen orgánico en adultos.

Trastorno de la conducta alimentaria, inespecífico

(6) Recomendaciones para la clasificación de Trastornos alimentarios y de ingestión de alimentos en la CIE-11 (Rutter y Uher, 2012)

1. Unificar los trastornos alimentarios (*eating disorders*) y los de ingestión de alimentos (*feeding disorders*) en una sola agrupación.
 2. En la categoría de la anorexia nerviosa, abandonar el requisito de la amenoreya; ampliar el criterio del peso para incluir cualquier bajo peso significativo; incorporar el criterio cognitivo de los pensamientos y cogniciones relevantes desde un punto de vista cultural y del desarrollo y equivalentes conductuales de miedo a engordar, preocupación con el peso o la silueta o la comida y el comer.
 3. Introducir medios de calificar la gravedad “con un bajo peso peligroso” para distinguir los casos más graves, y que conllevan un pronóstico de mayor riesgo, dentro la amplia categoría de la anorexia nerviosa.
 4. Ampliar la categoría de la bulimia nerviosa para incluir atracones subjetivos.
 5. Incluir la categoría de trastorno por atracón, definido tanto por atracones subjetivos como objetivos en ausencia de conductas compensatorias habituales.
 6. Incluir una categoría de trastornos alimentarios combinada para clasificar los casos de aquellas personas que cumplan criterios al mismo tiempo o secuencialmente tanto de la anorexia nerviosa como de bulimia nerviosa.
 7. Incluir una categoría de Trastorno de la evitación/restricción de ingesta de alimentos para clasificar la ingesta restringida que no se acompaña de psicopatología relacionada con peso y la forma corporales.
 8. Introducir como norma para todas las categorías un criterio de duración mínima de cuatro semanas.
-