

**MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS
MENTALES V**

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

V

Ignacio Jáuregui Lobera¹

¹Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC). Sevilla

Correspondencia: Ignacio Jáuregui Lobera, ignacio-ja@telefonica.net

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Cerca ya el nacimiento oficial del DSM V (primavera de 2013), recogemos brevemente los cambios más destacados propuestos con respecto a la DSM IV. De todos ello, la entrada del Trastorno por Atracón y la salida de la amenorrea como criterio de diagnóstico de la anorexia nerviosa, son algunos de los más destacados.

Palabras clave: trastornos mentales, diagnóstico, manual diagnóstico

ABSTRACT

About to receive the new DSM V (Spring 2013), the most significant changes proposed regarding the DSM IV are briefly highlighted. Among them, the inclusion of the Binge Eating Disorder as a specific Eating Disorder and the exclusion of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa are some of the most relevant modifications.

Key words: mental disorders, diagnostic, diagnostic manual

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL DSM- V

El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), versión 5, tiene prevista su publicación en la primavera de 2013. Parece que, con relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se plantean diversos cambios, uno de los más relevantes el hecho de que el Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder) constituirá una categoría diagnóstica propia. El cambio no es baladí, pues en países como Estados Unidos ello supone que las compañías de seguros cubran su tratamiento. Hasta ahora ponían pegos al ser algo “inespecífico”, sin criterios propios como enfermedad o trastorno. Por otro lado, permitirá una mejor investigación al poder clasificar mejor a los pacientes que formen parte de las muestras de estudio. Pero no es este el único cambio. Veamos, a continuación, los cambios generales introducidos.

TRASTORNO POR ATRACÓN (BINGE EATING DISORDER)

Como se ha indicado, se incluye como trastorno específico y se señalan los siguientes criterios de diagnóstico:

Sobreingesta* frecuente (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de los siguientes:

- Ingesta más rápida de lo normal
- Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno
- Ingesta de gran cantidad de alimento sin sentirse físicamente hambriento
- Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida
- Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta

* Ingesta de gran cantidad de alimento, mayor de la que la mayoría de la gente llevaría a

cabo en ese tiempo (por ejemplo menos de dos horas) y circunstancias. Dicha ingesta no va seguida de conductas compensatorias y no se trata de un episodio en el contexto de otros TCA.

ANOREXIA NERVIOSA

La expresión “*rechazo a mantener un peso mínimo...*” desaparece, quedando del siguiente modo: *restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física*. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, menor del mínimamente.

El término “rechazo” es eliminado por su imposibilidad de “demostrarlo” y por sus connotaciones negativas en muchos casos al implicar “intención”. Con el nuevo texto se enfatizan las conductas más allá de las intenciones.

La expresión “temor o miedo a ganar peso” se matiza. En el nuevo texto aparece: *intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo*.

Muchos pacientes niegan ese temor (incluso afirman su deseo de “ganar” peso). De nuevo se hace más hincapié en las conductas que en discursos e intenciones.

Con relación a la imagen corporal se indica: *alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso*.

Otro cambio sustancial es el hecho de que la amenorrea deja de ser un criterio de diagnóstico. Se trataba de un criterio no válido para

prepúberes, mujeres post-menopáusicas, mujeres tomando ACO y varones. Es preciso recordar de que con independencia de dicho “antiguo” criterio, pacientes con dicho criterio presentan una peor salud ósea que quienes no lo cumplían.

Por último, aunque en muchos casos resulta difícil reconocer claros subtipos (restrictiva-purgativa), se aconseja que se haga para el episodio actual teniendo en cuenta lo acontecido en los últimos tres meses.

BULIMIA NERVIOSA

El cambio más relevante se centra en la frecuencia de episodios bulímicos para su categorización. La DSM IV exigía “dos a la semana en los últimos tres meses”, pero las características clínicas de quienes tienen menor frecuencia (por ejemplo “un episodio semanal” son similares. Por ello se reduce dicha frecuencia a “un episodio a la semana en los pasados tres meses”.

Se han eliminado los subtipos. Era tan “extraño” el subtipo “no purgativo” (casi siempre resultaba ser un BED) y tan complejo de definir qué son conductas compensatorias “no purgativas” que dicho subtipo ha quedado descartado.

AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER

Aparece como “nuevo” trastorno. Se trata de un trastorno en el que las comida o la ingesta son evitadas hasta el punto de que los requerimientos nutricionales no se cubren con la consiguiente pérdida, importante, de peso. Se observa sobre todo en niños y se considera diferente de AN y BN. En el DSM V se define:

Alteraciones en la alimentación o la ingesta (que pueden incluir, pero no se limitan a ello, la disminución del interés hacia la comida o comer en general; evitación asociada a las características sensoriales de los alimentos; preocupación creciente hacia las diversas consecuencias o desventajas de comer), manifestaciones que pueden incluir el fracaso o la incapacidad repetida para cubrir las demandas energética y nutricional ideales y las necesidades, que están relacionadas con uno o varios de los siguientes:

-Considerable pérdida de peso (que puede también estar asociada con falta de aumento de peso, o un irregular crecimiento y peso en el caso de los niños).

-Presencia de diferentes deficiencias nutricionales en el paciente.

-Dependencia de alimentación enteral.

-Interferencia o perturbación en el funcionamiento psicológico adecuado.

Los siguientes factores también tienen que ser tomadas en consideración:

-No hay datos que apoyen la falta o escasez de alimentos disponibles, o cualquier otra creencia o práctica cultural que pueda explicarlo. En todo caso, estas creencias/prácticas no son responsables del desarrollo de la enfermedad.

-Las alteraciones en los patrones de alimentación no sólo se producen durante los episodios de trastornos como la AN o BN. Asimismo, no hay pruebas de otros trastornos por los que se vería afectada la forma del cuerpo o el peso.

-Las alteraciones en los patrones de alimentación no se asocian con otros

trastornos mentales o médicos.

DISORDERS NOW LISTED ELSEWHERE IN DSM-IV

Trastornos como Pica y Rumiación, incluidos antes como “trastornos de la infancia y adolescencia” se proponen ahora en el capítulo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Alimentación. El capítulo de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (EDNOS en su abreviatura inglesa) se propone cambiarlo por *FEEDING AND EATING CONDITIONS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED*, con las siguientes propuestas:

-Anorexia nerviosa atípica: aun con significativa pérdida de peso, éste se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad.

-Bulimia nerviosa sub-umbral (de baja frecuencia o limitada duración): episodios bulímicos con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses.

-Binge Eating Disorder sub-umbral: episodios de atracón con frecuencia inferior a una vez a la semana y/o tres meses.

-Trastorno purgativo: conductas purgativas recurrentes para influir en peso o forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes, todo ello sin atracones. El auto-concepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso o hay un intenso temor a ganar peso o llegar a estar obeso.

-Síndrome de ingesta nocturna (Night Eating Syndrome): episodios recurrentes de ingesta nocturna, en forma de ingesta tras despertarse de noche, o excesivo consumo de alimentos tras la cena. Hay conciencia y recuerdo de la

ingesta. Se trata de un trastorno no explicado mejor por alteraciones vigilia/sueño o por normas sociales. Suele asociarse a malestar y afectación en el funcionamiento del paciente. Tampoco se enmarca en el BED, otros trastornos mentales o abuso/dependencia de sustancias, ni en otras enfermedades médicas o efectos de medicamentos.

FUENTE

<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>