

MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5[®]

5.ª edición

EDITORIAL MEDICA
panamericana

El Criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (inferior al mínimo normal o, en los niños y los adolescentes, inferior al mínimo esperado). La valoración del peso puede ser difícil ya que el rango de pesos normales difiere entre individuos y entre los diferentes umbrales que se han publicado para definir la delgadez o el peso insuficiente. El índice de masa corporal (IMC, calculado como peso en kilogramos/altura en metros²) es una medida útil para valorar el peso a partir de la altura. En los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan un IMC de 18,5 kg/m² como límite inferior del peso corporal normal. En consecuencia, se considera que la mayoría de los adultos con un IMC mayor o igual a 18,5 kg/m² no tienen un peso corporal significativamente bajo. Por otro lado, la OMS ha propuesto un IMC menor de 17,0 kg/m² para indicar la delgadez moderada o grave; en consecuencia, se consideraría que un individuo con un IMC menor de 17,0 kg/m² podría considerarse que tiene un peso significativamente bajo. Se debería considerar que un adulto con un IMC entre 17,0 y 18,5 kg/m², o incluso por encima de 18,5 kg/m², tiene un peso significativamente bajo si la historia clínica u otra información fisiológica apoyan este diagnóstico.

En los niños y en los adolescentes es útil determinar el percentil del IMC según la edad (véase, por ejemplo, la calculadora de percentiles de IMC de los CDC para niños y adolescentes). Como en los adultos, no es posible facilitar unos estándares definitivos para determinar si el peso de un niño o de un adolescente es significativamente bajo, y las variaciones del curso del desarrollo entre unos jóvenes y otros limitan su utilidad a simples guías numéricas. Los CDC han utilizado un IMC según la edad por debajo del percentil 5 como indicativo de peso insuficiente; sin embargo, se puede valorar que los niños y los adolescentes con un IMC por encima de esta referencia tienen un peso significativamente insuficiente si no logran mantener el curso de crecimiento esperado. En resumen, para determinar si se cumple el Criterio A, los clínicos deberían considerar las guías numéricas disponibles, además de la constitución física del individuo, los antecedentes referentes al peso y cualquier posible alteración fisiológica.

Los individuos con este trastorno suelen tener miedo intenso a ganar peso o a engordar (Criterio B). Este miedo intenso a engordar no se alivia por lo general con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por ganar peso puede aumentar incluso cuando se pierde. Los individuos más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, pueden no reconocer ni admitir el miedo a ganar peso. En ausencia de otra explicación para un peso significativamente bajo, para establecer el Criterio B se pueden usar las conclusiones a las que llega el facultativo a partir de la historia colateral, los datos observacionales, los hallazgos físicos y de laboratorio o el curso longitudinal, que serían indicativas del miedo a ganar peso o de comportamientos persistentes para impedirlo.

La percepción y la importancia del peso corporal y la constitución están distorsionadas en estos individuos (Criterio C). Algunas personas sienten que tienen sobrepeso en general. Otras se dan cuenta de que están delgadas pero les preocupa que algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, están "demasiado gordos". Pueden emplear diferentes técnicas para valorar la talla o el peso corporal, como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zonas de "grasa". La autoestima de los individuos con anorexia nerviosa depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve a menudo como un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, a menudo no reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición.

A veces, el individuo es conducido a la consulta del profesional por los miembros de su familia después de una marcada pérdida de peso (o de no ganar el peso esperado). Si los individuos buscan ayuda por su cuenta, se debe normalmente al malestar asociado a las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que un individuo con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso en sí. De hecho, las personas con anorexia nerviosa frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o directamente lo niegan. En consecuencia, suele ser importante obtener información de los miembros de la familia o de otras fuentes para evaluar los antecedentes de la pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

gordo". En los individuos de más edad es más probable que la enfermedad tenga una mayor duración y la presentación clínica puede contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración. Los clínicos no deberían excluir la anorexia nerviosa del diagnóstico diferencial basándose únicamente en la mayor edad del individuo.

Muchas personas tienen un período de cambio en su conducta alimentaria antes de que se cumplan todos los criterios para diagnosticar el trastorno. Algunos individuos con anorexia nerviosa se recuperan completamente después de un solo episodio; algunos muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. Podría ser necesaria la hospitalización para recuperar el peso y solucionar las complicaciones médicas. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa presenta una remisión a los 5 años del comienzo. Entre los individuos ingresados en hospitales, las tasas de remisión total pueden ser menores. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5 % por década. La muerte suele producirse por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad o por suicidio.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Ambientales. La variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia de la anorexia nerviosa avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez. Las profesiones y las aficiones que alientan la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, también se relacionan con un mayor riesgo de presentar la enfermedad.

Genéticos y fisiológicos. Existe un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. También se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa, especialmente entre los familiares de los individuos que tienen el tipo con atracones/purgas. Los porcentajes de concordancia para la anorexia nerviosa entre los gemelos monocigóticos son significativamente mayores que los observados en los dicigóticos. Se han descrito un conjunto de anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa gracias a las técnicas de imágenes funcionales (imágenes de resonancia magnética funcional, tomografía de emisión de positrones). No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición o anomalías primarias asociadas al trastorno.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La anorexia nerviosa se da entre poblaciones cultural y socialmente diversas, aunque los datos disponibles sugieren variaciones interculturales en cuanto a su existencia y presentación. La anorexia nerviosa es, probablemente, más prevalente en los países industrializados con rentas altas, como Estados Unidos, muchos países europeos, Australia, Nueva Zelanda y Japón, aunque se desconoce su incidencia en la mayoría de los países de rentas medias y bajas. Aunque la prevalencia de la anorexia nerviosa parece comparativamente menos frecuente entre los latinoamericanos, los afroamericanos y los asiáticos, los clínicos deberían ser conscientes de que en Estados Unidos la utilización de los servicios de salud mental por parte de los individuos con trastornos de la conducta alimentaria es significativamente menor en estos grupos étnicos, y que estas tasas bajas pueden reflejar un cierto sesgo. **Las preocupaciones por el peso entre los individuos con trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos varía sustancialmente en los diferentes contextos culturales.** La falta de expresión de un miedo intenso a ganar peso, referido a veces como "fobia a la grasa", parece ser relativamente más común en las poblaciones de Asia, donde la razón para la restricción de la dieta se suele relacionar con una queja mejor aceptada culturalmente, como el malestar gastrointestinal. Dentro de Estados Unidos, las presentaciones que no verbalizan un miedo intenso a ganar peso pueden ser comparativamente más comunes entre los latinoamericanos.