



Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos de la CIE-11 **Trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos**

***Nota:** Este documento contiene una versión preliminar a la publicación de las Descripciones clínicas y requisitos diagnósticos para los trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos de la CIE-11. Este documento se revisará para que sea coherente con el estilo de la OMS y se realizarán las ediciones correspondientes antes de su publicación.*

Índice

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.....	2
6B80 Anorexia nerviosa	3
6B81 Bulimia nerviosa	9
6B82 Trastorno por atracón	11
6B83 Trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos	14
6B84 Pica	18
6B85 Trastorno de rumiación-regurgitación.....	20
6B8Y Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos	22
6B8Z Trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos, no especificados.....	22

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Los trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos abarcan conductas anormales en la alimentación que no pueden explicarse por una condición médica y no son apropiadas para el nivel de desarrollo del individuo o las normas culturales. Los trastornos de la ingesta de alimentos implican alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones por la figura o el peso corporal, como la ingestión de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos. Los trastornos del comportamiento alimentario implican un comportamiento alimentario anormal y una preocupación por la comida acompañada en la mayoría de los casos de preocupaciones importantes sobre la figura y el peso corporal.

Los trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos incluyen los siguientes:

- 6B80 Anorexia nerviosa
- 6B81 Bulimia nerviosa
- 6B82 Trastorno por atracón
- 6B83 Trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos
- 6B84 Pica
- 6B85 Trastorno de rumiación-regurgitación
- 6B8Y Otros trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos

Los diagnósticos de trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos no deben utilizarse para clasificar niveles bajos de preocupación relacionadas con la alimentación o comportamientos que son comunes o culturalmente aceptados.

Consideraciones culturales generales para los trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos:

- La preocupación por la figura y el peso corporal, así como realizar dietas para perder peso son frecuentes en muchas sociedades. La preocupación cultural por la figura y el peso corporal, por ejemplo, debido a una difusión global de los ideales corporales a través de los medios de comunicación masivos (generalmente bajo peso en mujeres y físico musculoso en hombres), ha contribuido al aumento de las tasas de trastornos de la alimentación en muchas partes del mundo. La epidemia mundial de obesidad también ha contribuido a las preocupaciones sociales sobre la alimentación y el peso.
- La prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos varía según la región, incluyendo diferencias por sexo/género. Por ejemplo, las preocupaciones por el peso y las alteraciones en la alimentación son más prevalentes entre hombres en algunas sociedades de Asia y el Mediterráneo oriental que en América.

6B80 Anorexia nerviosa*Características esenciales (requeridas):*

- Peso corporal significativamente bajo para la altura, edad, etapa del desarrollo o antecedentes de peso del individuo. Una pauta comúnmente utilizada es el índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m² en adultos y el IMC para la edad por debajo del quinto percentil en niños y adolescentes. La pérdida de peso rápida (p.ej., más del 20% del peso corporal total en 6 meses) puede reemplazar la característica esencial de bajo peso corporal siempre que se cumplan otros requisitos del diagnóstico. Los niños y adolescentes pueden presentar una incapacidad para ganar peso como se esperaba en función de la trayectoria de desarrollo individual en lugar de la pérdida de peso.
- El bajo peso corporal no se explica mejor por otra condición médica o la falta de alimentos.
- Un patrón persistente de restricción alimentaria y/o de otras conductas orientadas a alcanzar o mantener un peso corporal anormalmente bajo, generalmente asociadas con miedo intenso a subir de peso. Las conductas pueden tener como objetivo reducir la ingesta energética mediante el ayuno, la elección de alimentos bajos en calorías, comer pequeñas cantidades de comidas con excesiva lentitud, y esconder o escupir alimentos, así como conductas purgativas, tales como el vómito autoinducido y el uso de laxantes, diuréticos, enemas u omitir las dosis de insulina en personas con diabetes. Las conductas también pueden estar dirigidas a incrementar el gasto energético a través del ejercicio físico excesivo, la hiperactividad motriz, la exposición deliberada al frío, y el uso de medicamentos que incrementen el gasto calórico (p.ej. estimulantes, medicación para bajar de peso, productos naturales para reducir el peso, hormonas tiroideas).
- Preocupación excesiva por la figura o el peso corporal. El bajo peso corporal es sobrevalorado y es un elemento central en la autoevaluación de la persona, o bien la persona percibe inadecuadamente su peso corporal como si fuera normal o incluso excesiva. La preocupación por la figura y el peso corporal, aun cuando no se manifieste explícitamente, puede manifestarse a través de conductas como comprobar repetidamente el peso corporal con una báscula; comprobar repetidamente la figura corporal con cintas métricas o mirándose en espejos; monitorear constantemente el contenido calórico de los alimentos o buscar información sobre cómo perder peso; o por conductas de evitación extremas, como negarse a tener espejos en casa, evitar la ropa ajustada o negarse a saber el propio peso o comprar ropa de tallas específicas.

Especificadores para bajo peso

En el contexto de la anorexia nerviosa, estar gravemente por debajo del peso apropiado es un importante factor para el pronóstico que se asocia con un alto riesgo de complicaciones físicas y un aumento sustancial de la mortalidad. En los adultos, se ha encontrado que un IMC muy bajo se asocia con un peor pronóstico a largo plazo entre las personas con anorexia nerviosa, aunque no es el único determinante del riesgo médico.

6B80.0 Anorexia nerviosa con peso corporal significativamente bajo

- La anorexia nerviosa con peso corporal significativamente bajo cumple con todos los requisitos diagnósticos para anorexia nerviosa, con un IMC entre 18,5 kg/m² y 14,0 kg/m² para adultos o entre el percentil 5 y el percentil 0.3 para el IMC para la edad en niños y adolescentes.

6B80.1 Anorexia nerviosa con peso corporal peligrosamente bajo

- La anorexia nerviosa con un peso corporal peligrosamente bajo cumple con todos los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa, con un IMC por debajo de 14,0 kg/m² en adultos o por debajo del percentil 0,3 (menos de tres de cada mil) de IMC para la edad en niños y adolescentes. En el contexto de la anorexia nerviosa, el peso corporal peligrosamente bajo es un factor pronóstico importante que se asocia con un alto riesgo de complicaciones físicas y un aumento sustancial de la mortalidad.

6B80.2 Anorexia nerviosa en recuperación con peso corporal normal

- Entre las personas que se están recuperando de la anorexia nerviosa y que han alcanzado un peso corporal saludable, el diagnóstico debe mantenerse hasta que se logre una recuperación completa y prolongada. Una recuperación completa y prolongada incluye mantener un peso saludable y el cese de las conductas destinadas a reducir el peso corporal durante un período prolongado (p.ej., al menos 1 año) después de finalizar el tratamiento.

6B80.Y Otra anorexia nervosa especificada**6B80.Z Anorexia nervosa, sin especificación****Especificadores para el patrón de conductas relacionadas con el peso:**

Los diferentes patrones de conductas relacionadas con el peso entre las personas con anorexia nerviosa pueden estar relacionadas con la selección del tratamiento y el manejo clínico, así como con el curso y pronóstico del trastorno. Se pueden aplicar los siguientes especificadores a 6B80.0 Anorexia nerviosa con peso corporal significativamente bajo y 6B80.1 Anorexia nerviosa con peso corporal peligrosamente bajo. (La 'x' debajo representa el dígito 0 o 1, indicando el estado de peso bajo de la persona.)

6B80.x0 Patrón de restricción

El especificador de patrón restrictivo debe asignarse a las personas con anorexia nerviosa que inducen la pérdida de peso y mantienen un peso corporal bajo mediante la ingesta restringida de alimentos o ayunar solo o en combinación con un mayor gasto de energía (p.ej., mediante ejercicio excesivo) pero que no participan en atracones o comportamientos de purga.

6B80.x1 Patrón de atracón-purga

El especificador de patrón de atracón-purga debe asignarse a las personas con anorexia nerviosa que presentan episodios de atracones o conductas de purga dirigidas a deshacerse de los alimentos ingeridos (p. ej., vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o enemas). Este tipo de anorexia nerviosa también incluye a personas que presentan episodios de atracones pero que no se purgan.

6B80.xZ sin especificación*Características clínicas adicionales:*

- Los signos de bajo peso corporal pueden incluir signos visibles o mensurables de inanición, como emaciación (falta de grasa y masa muscular), extremidades que se sienten frías al tacto o que se ven azules, pérdida de cabello, crecimiento de cabello fino 'lanugo', edema, debilidad de los músculos proximales, amenorrea, osteopenia u osteoporosis, frecuencia cardíaca lenta y presión arterial baja.
- Un miedo explícito al aumento de peso no es un requisito absoluto para el diagnóstico de anorexia nerviosa, siempre que las conductas que mantengan un estado de bajo peso parezcan ser intencionales y haya otros indicadores conductuales de preocupación por la figura o el peso corporal (p.ej., comprobaciones o controles repetidos o conductas de evitación extrema).
- Las personas con anorexia nerviosa a menudo muestran una falta persistente de reconocimiento de que tienen bajo peso o son excesivamente delgadas y descartan la evidencia objetiva sobre su peso o figura real y la gravedad de su condición.
- El riesgo médico entre las personas con anorexia nerviosa no depende únicamente del estado de peso. La evaluación médica debe tener en cuenta otros factores de riesgo médicos importantes como parte de un examen físico completo. Otros factores de riesgo incluyen, entre otros, la pérdida rápida de peso (especialmente en niños), hipotensión ortostática, bradicardia o taquicardia postural, hipotermia, arritmia cardíaca y alteraciones bioquímicas.

Límite con la normalidad (umbral):

- La anorexia nerviosa debe estar asociada con un peso corporal significativamente bajo para la altura, edad, etapa de desarrollo o antecedentes de peso del individuo y con actitudes y comportamientos extremos que la distingan de la dieta normal y el "descontento normativo" con la propia figura y peso corporal.

Características del curso:

- La anorexia nerviosa a menudo tiene su inicio durante la adolescencia o la edad adulta temprana (es decir, entre los 10 y 24 años) generalmente después de un evento de vida estresante. La anorexia nerviosa de inicio temprano (antes de la pubertad) y la anorexia nerviosa de inicio tardío (después de los 40 años) son relativamente raras.

- Muchas personas muestran un período de alteración del comportamiento alimentario antes de cumplir con todos los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa.
- Aunque algunas personas se recuperan completamente después de un solo episodio de anorexia nerviosa, muchas experimentan un curso crónico de la enfermedad durante muchos años.
- Las personas con síntomas graves de anorexia nerviosa pueden requerir hospitalización para recuperar el peso y tratar las complicaciones médicas. Es menos probable que estas personas experimenten una remisión de los síntomas.
- La mayoría de las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa experimentan una remisión dentro de los 5 años posteriores al inicio. Sin embargo, incluso después de que un individuo ya no cumpla con los requisitos de diagnóstico para la anorexia nerviosa, es más probable que tenga un peso corporal más bajo y mayores características psicológicas asociadas con la anorexia nerviosa (p.ej., perfeccionismo) en comparación con la población general.
- La anorexia nerviosa se asocia con la muerte prematura a menudo debido a complicaciones médicas de inanición o suicidio.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Es posible que los niños con anorexia nerviosa no puedan expresar las preocupaciones sobre la imagen corporal y las emociones relacionadas con la alimentación restrictiva. Las características de presentación entre los niños pueden incluir evitar la ingesta de alimentos con negación de la gravedad de la desnutrición por razones distintas de las preocupaciones por la imagen corporal (p.ej., informar que "no tienen hambre" o que tienen dolor abdominal), así como formas no verbales de rechazo de los alimentos.
- Es menos probable que los niños con anorexia nerviosa se involucren en atracones y purgas o en otras conductas compensatorias.
- El pronóstico para los adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa es mejor que el pronóstico para los adultos con anorexia nerviosa.
- Las personas mayores con anorexia nerviosa que han tenido una enfermedad de mayor duración a menudo presentan complicaciones médicas crónicas.

Características relacionadas con la cultura:

- La presentación de los síntomas de la anorexia nerviosa varía según los grupos culturales. Por ejemplo, en Asia, un subconjunto de personas con anorexia nerviosa puede no expresar miedo al aumento de peso (a veces denominado "fobia a las grasas") como razón fundamental para reducir el consumo de energía. En cambio, la restricción dietética puede atribuirse a molestias gastrointestinales o a motivos culturales o religiosos (ayuno o reglas dietéticas). Aun así, se debe considerar que tales casos cumplen con la característica esencial de la preocupación excesiva por la figura o el peso corporal, si la observación clínica o los antecedentes colaterales respaldan la conclusión de que están motivados por la intención de perder peso o prevenir el aumento de peso.
- La anorexia nerviosa ocurre en todas las culturas, pero existen variaciones transculturales en la prevalencia y presentación. Por ejemplo, la incidencia de la anorexia nerviosa es mayor en países de altos ingresos y en poblaciones con niveles más

altos de globalización y transformaciones relacionadas con valores socioculturales, roles de género, trabajo, suministro de alimentos y estilo de vida. La prevalencia de la anorexia nerviosa es muy baja en África y América Latina, así como entre los latinos y afroamericanos en los Estados Unidos en comparación con la prevalencia encontrada en Europa y algunos países asiáticos, como China y Japón.

- La prevalencia de la anorexia nerviosa entre los hombres está aumentando a nivel mundial, y más hombres se presentan para recibir tratamiento para el trastorno.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La anorexia nerviosa se diagnostica con mucha más frecuencia en mujeres (proporción 10:1) con una prevalencia del 0.4%.
- Se sabe menos sobre la verdadera prevalencia de la anorexia nerviosa en los hombres. Sin embargo, existe evidencia de que la incidencia y detección de anorexia nerviosa en los hombres está aumentando.
- El inicio de la anorexia nerviosa es más temprano en las mujeres que en los hombres.
- El abuso de laxantes es más común entre las mujeres, mientras que el ejercicio excesivo es más común entre los hombres.
- Los hombres con anorexia nerviosa tienen más probabilidades de estar preocupados por no tener la musculatura suficiente o estar delgados y, como consecuencia, pueden mostrar conductas alimentarias inusuales (p.ej., consumo excesivo de proteínas junto con restricción calórica) o realizar ejercicio excesivo con el fin de lograr y mantener bajo peso corporal o bajo porcentaje de grasa corporal. Si el bajo peso corporal y la idealización del bajo peso corporal no forman parte de la presentación clínica, se puede considerar un diagnóstico de trastorno dismórfico corporal (consulte la siguiente sección).

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con bulimia nerviosa:** Los individuos con anorexia nerviosa pueden tener atracones y conductas purgativas, pero se distinguen de quienes padecen bulimia nerviosa por su marcado bajo peso corporal. Un número significativo de individuos con anorexia nerviosa continúan teniendo atracones y/o conductas purgativas después de haber recuperado suficiente peso. En estos casos, se puede cambiar el diagnóstico a bulimia nerviosa después de 1 año, durante el cual, el peso corporal no haya sido lo suficientemente bajo para cumplir los requisitos de diagnóstico de anorexia nerviosa.
- **Límite con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos:** Las conductas destinadas a reducir o mantener un bajo peso corporal en la anorexia nerviosa generalmente están motivadas explícitamente por la búsqueda de la delgadez o el miedo intenso a engordar. En los casos en los que el individuo cumple con los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa pero las preocupaciones relacionadas con la figura o el peso corporal no se justifican explícitamente, la alteración de las conductas alimentarias solo debe considerarse como diagnóstico de anorexia nerviosa si la observación clínica o los antecedentes colaterales respaldan la conclusión de que están motivados por la intención de perder peso o prevenir el aumento de peso. Cuando estas personas comienzan a alterar sus conductas alimentarias y a aumentar de peso, a menudo

como resultado del tratamiento, es común que surjan preocupaciones más explícitas relacionadas con la figura o el peso corporal. En los casos en que las preocupaciones por la figura y el peso corporal continúan ausentes a pesar de la alteración de las conductas alimentarias y el aumento de peso, generalmente es más apropiado cambiar el diagnóstico a trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos.

- ***Límite con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios:*** Los individuos con anorexia nerviosa pueden tener pensamientos que podrían considerarse inusuales, o claramente falsos o delirantes por su intensidad o fijeza, pero éstos generalmente se limitan a aspectos vinculados con la comida, la figura y el peso corporal, y son consistentes con la psicopatología propia de la anorexia nerviosa. Algunos ejemplos incluyen la convicción de que uno está gordo cuando en realidad el déficit de peso resulta evidente, o la creencia de que la ingesta calórica es excesiva cuando es claramente insuficiente para mantener un peso normal. Tales pensamientos son consistentes con un diagnóstico de anorexia nerviosa. Si están presentes otras creencias inusuales o delirantes (p.ej. delirios persecutorios que no están relacionados con el peso o la figura corporal ni con la ingesta de alimentos) o hubiese otros síntomas psicóticos (p.ej. trastornos del pensamiento, alucinaciones), puede justificarse un diagnóstico separado de un trastorno psicótico primario.
- ***Límite con el trastorno obsesivo-compulsivo:*** Las personas con anorexia nerviosa a menudo experimentan pensamientos repetitivos y persistentes sobre su peso o figura corporal o sobre la comida, que pueden parecer obsesiones. También pueden participar en comportamientos repetitivos en respuesta a estos pensamientos (p.ej., ejercicio, purgas). Si los pensamientos y comportamientos repetitivos se limitan a preocupaciones sobre el peso, la forma o la comida, no se debe asignar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo.
- ***Límite con el trastorno dismórfico corporal:*** El Trastorno Dismórfico Corporal se distingue de la anorexia nerviosa en que las preocupaciones y la alteración de la imagen corporal en el trastorno dismórfico corporal están generalmente focalizadas en características físicas diferentes del peso, de la figura y del tamaño corporal (p.ej. preocupación por la nariz o la piel), y no se acompañan de alteraciones en la conducta alimentaria ni de una marcada pérdida de peso. Algunas personas (principalmente hombres) con trastorno dismórfico corporal exhiben dismorfia muscular de tal manera que se preocupan por no tener la musculatura suficiente o estar delgadas y, como consecuencia, pueden exhibir conductas alimentarias inusuales (p.ej., consumo excesivo de proteínas) o realizar ejercicio excesivo (p.ej., levantamiento de pesas). En estos casos, los comportamientos relacionados con la dieta y el ejercicio están motivados por el deseo de ser más musculoso en lugar de alcanzar o mantener un peso corporal bajo. Sin embargo, si la idealización del bajo peso corporal es fundamental para la presentación clínica y el peso corporal es suficientemente bajo, se debe asignar un diagnóstico de anorexia nerviosa en lugar de trastorno dismórfico corporal.

6B81 Bulimia Nerviosa

Características esenciales (requeridas):

- Episodios recurrentes de atracones alimentarios (p.ej. una o más veces por semana por un periodo de al menos un mes). Un atracón es definido por un periodo de tiempo marcado (p.ej., 2 horas) durante el cual el individuo experimenta una pérdida de control sobre su ingesta alimentaria y come notablemente más o de manera diferente de lo habitual. La pérdida de control sobre la ingesta puede describirse por el individuo como una sensación de no poder detener o limitar la cantidad o el tipo de comida ingerida; tener dificultad para dejar de comer una vez que ha comenzado; o incluso dejar de intentar controlar su alimentación porque sabe que terminará comiendo en exceso. Reiteradas conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso (p.ej., una vez a la semana o más durante un período de al menos 1 mes). La conducta compensatoria más común es el vómito autoinducido, el cual generalmente ocurre dentro de la hora siguiente al atracón. Otras conductas incluyen el ayuno o la toma de diuréticos para inducir pérdida de peso, el uso de laxantes o enemas para disminuir la absorción de los alimentos, la omisión de dosis de insulina en individuos con diabetes, y ejercicio físico excesivo con el objetivo de incrementar al máximo el gasto de energía.
- Preocupación excesiva por la figura o el peso corporal. La preocupación por la figura o el peso corporal, cuando no se informa explícitamente, puede manifestarse por conductas como comprobar repetidamente el peso corporal con una balanza; comprobar repetidamente la forma del cuerpo con cintas métricas o mirándose en espejos; monitorear constantemente el contenido calórico de los alimentos o buscar información sobre cómo perder peso; o por conductas de evitación extremas, como negarse a tener espejos en casa, evitar la ropa ajustada o negarse a conocer el propio peso o comprar ropa con talles específicos.
- Existe un marcado malestar por el patrón de atracones y conducta compensatoria inapropiada o deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Los síntomas no cumplen con los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa.

Características clínicas adicionales:

- Los episodios de atracones pueden ser “objetivos” cuando el individuo ingiere una cantidad de alimento superior a lo que la mayoría de la gente consumiría en circunstancias similares, o bien “subjetivos” que pueden implicar ingerir una cantidad de alimento que objetivamente puede considerarse dentro de lo normal, pero que para el sujeto es excesiva e involucra la sensación de pérdida de control.
- Las características adicionales de los episodios de atracones pueden incluir comer mucho más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento o comer solo por vergüenza.
- Los atracones se experimentan generalmente como muy angustiantes. Esto a menudo se manifiesta en emociones negativas como la culpa, el disgusto o la vergüenza, que también suelen afectar negativamente la autoevaluación del individuo.

- La bulimia nerviosa puede estar asociada al aumento de peso a lo largo del tiempo. Sin embargo, las personas con bulimia nerviosa pueden tener un peso normal o incluso un peso bajo (aunque no lo suficientemente bajo para cumplir con los requisitos de diagnóstico de anorexia nerviosa). El diagnóstico de bulimia nerviosa se basa en la presencia de atracones regulares y conductas compensatorias inapropiadas, independientemente del estado de sobrepeso.

Límite con la normalidad (umbral):

- Las ingestas excesivas ocasionales, comilonas o atracones durante días festivos propios de celebraciones o de la cultura local no deben ser descritas como atracones con el fin de asignar el diagnóstico de bulimia nerviosa. Del mismo modo, el ejercicio físico se clasifica como conducta compensatoria inapropiada sólo si es inusualmente intenso o prolongado o si se lo realiza a expensas de excluir otras actividades o a pesar de cansancio, dolor o lesión.

Características del curso

- La bulimia nerviosa se caracteriza por un curso variable que puede manifestarse como síntomas persistentes o episodios intermitentes de remisión y exacerbación. El pronóstico parece estar relacionado con el curso de tal manera que las personas cuyos síntomas remiten durante un período superior a un año tienden a no experimentar una recaída del trastorno.
- Las personas con bulimia nerviosa tienen un riesgo significativamente mayor de consumo de sustancias, tendencias suicidas y complicaciones de salud (p.ej., problemas gastrointestinales) que pueden provocar una muerte prematura.
- Algunas personas pueden dejar de tener conductas de purga o compensatorias, pero continúan comiendo compulsivamente. En este caso, el diagnóstico puede cambiarse a trastorno por atracón si se cumplen todos los requisitos del diagnóstico.
- Los acontecimientos estresantes de la vida o los antecedentes de anorexia nerviosa aumentan la probabilidad de aparición de la bulimia nerviosa. Un patrón restrictivo en la anorexia nerviosa puede evolucionar con el tiempo hacia un patrón de atracones y purgas en la bulimia nerviosa. En tales casos, el diagnóstico puede cambiarse a bulimia nerviosa después de 1 año durante el cual el peso corporal no ha sido lo suficientemente bajo para cumplir con los requisitos de diagnóstico de anorexia nerviosa.

Presentaciones en el desarrollo:

- El inicio de la bulimia nerviosa suele ocurrir durante o poco después de la pubertad. Los niños pequeños no suelen tener atracones debido a la falta de acceso y control de la disponibilidad de alimentos.

Características relacionadas con la cultura:

- La prevalencia de bulimia nerviosa es mayor en culturas caracterizadas por un ideal de cuerpo delgado idealizado. Además, la prevalencia de bulimia nerviosa está aumentando

en países que se están industrializando y están en transición hacia sociedades más globales y urbanizadas.

- La distribución de bulimia nerviosa entre grupos culturales dentro de una sociedad puede cambiar con el tiempo. Por ejemplo, en Estados Unidos, la incidencia del trastorno parece estar disminuyendo entre las mujeres euroamericanas y aumentando entre los grupos étnicos minoritarios, en particular latinos y afroamericanos.
- Los métodos de purga pueden ser localmente específicos, como el uso de purgantes a base de hierbas en la región de Asia y el Pacífico (p.ej., algas marinas y té de hierbas en Japón; té indígena en Fiji) y estar justificados con razones medicinales o de otro tipo que pueden ocultar su significado patológico.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La bulimia nerviosa es más común en mujeres que en hombres.
- Los hombres son menos propensos que las mujeres a realizar conductas de purga y tienen una mayor tendencia a realizar ejercicio excesivo o utilizar esteroides como conductas compensatorias en respuesta a los atracones. Los hombres también tienen menos probabilidades de buscar tratamiento.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con anorexia nerviosa:** Las personas con anorexia nerviosa pueden participar en atracones y purgas, pero se pueden distinguir de las personas con bulimia nerviosa por su marcado bajo peso corporal. Si los atracones y las purgas se asocian con un peso corporal muy bajo (es decir, un IMC de menos de 18,5 kg/m² en adultos y un IMC para la edad por debajo del percentil 5 en niños y adolescentes) y se cumplen todos los demás requisitos de diagnóstico, debe asignarse un diagnóstico de anorexia nerviosa, patrón de atracón-purga en lugar de bulimia nerviosa. Además, una proporción significativa de personas con anorexia nerviosa continúa exhibiendo comportamientos de atracones o purgas después de haber recuperado un peso más normal. En tales casos, el diagnóstico puede cambiarse a bulimia nerviosa después de 1 año durante el cual el peso corporal no haya sido lo suficientemente bajo para cumplir con los requisitos de diagnóstico de anorexia nerviosa.
- **Límite con trastorno por atracón:** Cuando los atracones no se asocian con conductas compensatorias estables deben diagnosticarse como trastorno por atracón en vez de bulimia nerviosa.

6B82 Trastorno por atracón

Características esenciales (requeridas):

- Frecuentes episodios recurrentes de atracón alimentario (p.ej. una o más veces a la semana por un período de al menos un mes). Un atracón es definido por un periodo de tiempo marcado (p.ej., 2 horas) durante el cual el individuo experimenta una pérdida de control sobre su ingesta alimentaria y come notablemente más o de manera diferente de

lo habitual. La pérdida de control sobre la ingesta puede describirse por el individuo como una sensación de no poder detener o limitar la cantidad o el tipo de comida ingerida; tener dificultad para dejar de comer una vez que ha comenzado; o incluso dejar de intentar controlar su alimentación porque sabe que terminará comiendo en exceso.

- Generalmente, los episodios de atracón no se acompañan de conductas compensatorias inapropiadas destinadas a evitar el aumento de peso.
- Los síntomas y conductas no se explican mejor por otra condición médica (p.ej., Síndrome de Prader-Willi) o un trastorno mental (p.ej., trastorno depresivo) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central, incluyendo los efectos de abstinencia.
- El patrón de los atracones provoca un marcado malestar o un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Características clínicas adicionales:

- Los episodios de atracones pueden ser “objetivos”, cuando el individuo ingiere una cantidad de alimento superior a lo que la mayoría de la gente consumiría en circunstancias similares, o bien “subjetivos”, lo que puede implicar comer cantidades de alimentos que objetivamente podrían considerarse dentro de los límites normales, pero que el individuo experimenta subjetivamente como excesivas. En cualquier caso, la característica principal de un episodio de atracón es la experiencia de pérdida de control sobre la alimentación.
- Las características adicionales de los episodios de atracones pueden incluir comer mucho más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento o comer solo por vergüenza.
- Los atracones se experimentan generalmente como muy angustiantes. Esto a menudo se manifiesta en emociones negativas como la culpa, el disgusto o la vergüenza, que también suelen afectar negativamente la autoevaluación del individuo.
- Cuando hay múltiples episodios de atracones por semana y estos están asociados con un malestar significativo, puede ser apropiado asignar el diagnóstico después de un período más corto (p.ej., 1 mes).
- El trastorno por atracón a menudo se asocia con el aumento de peso con el tiempo y la obesidad. Sin embargo, las personas con trastorno por atracón pueden tener un peso normal o incluso un peso bajo (aunque no lo suficiente para cumplir con los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa). El diagnóstico de trastorno por atracón se basa en la presencia de atracones regulares que no se acompañan de conductas compensatorias inadecuadas, independientemente del estado de sobrepeso.
- La preocupación por la figura o el peso corporal, el control frecuente o la evitación de controlar el peso o el tamaño corporal y la fuerte influencia del peso o la figura corporal en la autoevaluación suelen estar presentes, aunque no son necesarios para un diagnóstico de trastorno por atracón.

Límite con la normalidad (umbral):

- Las ingestas excesivas ocasionales, los atracones o las comilonas que ocurren durante celebraciones o días festivos culturalmente determinados no deben ser consideradas como atracones con el fin de asignar el diagnóstico de trastorno por atracón.
- Las personas que informan patrones de comer en exceso que no cumplen con la definición de atracones no deben ser diagnosticados con trastorno por atracón. Los ejemplos incluyen la costumbre de comer que se puede detener o abstenerse (p.ej., si hay una distracción o interrupción) o comer más de lo que se pretendía originalmente sin una sensación de pérdida de control, incluso si esa forma de comer es angustiante.

Características del curso:

- El inicio del trastorno por atracón es generalmente durante la adolescencia o la adultez temprana, pero también puede comenzar en la adultez tardía.
- La experiencia de pérdida de control sobre la alimentación o episodios esporádicos de atracones pueden ocurrir antes del inicio del trastorno por atracón.
- El trastorno por atracón es más común entre las personas que buscan un tratamiento para bajar de peso. Por lo general, estas personas buscan un tratamiento para bajar de peso después del inicio del trastorno. Los atracones no suelen surgir como consecuencia del tratamiento.
- El trastorno por atracón ocurre con más frecuencia entre las personas con sobrepeso y obesidad que entre las personas con índices de masa corporal normales.
- Las personas que buscan tratamiento para el trastorno por atracón suelen tener más edad en comparación con las personas que buscan tratamiento para otros trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos.
- El trastorno por atracón, aunque a menudo es persistente, tiene una tasa de remisión más alta que otros trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos, y la remisión a veces ocurre espontáneamente o como resultado del tratamiento.
- Las características del trastorno por atracón pueden evolucionar con el tiempo, de modo que otros trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos pueda caracterizar mejor los síntomas actuales.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- En los niños, como en los adultos, el trastorno por atracón se asocia con aumento de peso, aumento de la grasa corporal, ocultar la propia comida y regular las emociones mediante los atracones.
- El trastorno por atracón es más difícil de diagnosticar en la niñez debido a la dificultad normativa para participar en la introspección para articular las razones del comportamiento de atracón. Es probable que los niños informen que se sienten fuera de control mientras comen en lugar de indicar que la cantidad de comida consumida fue excesiva.
- Los niños con trastorno por atracón pueden experimentar atracones menos frecuentes y breves en comparación con los adultos porque, por lo general, no pueden acceder a los alimentos sin la ayuda de los adultos.

- El trastorno por atracón es común entre adolescentes y adultos jóvenes.

Características relacionadas con la cultura:

- En comparación con otros trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos, el trastorno por atracón parece estar distribuido de manera más equitativa entre países, grupos étnicos y sexos/géneros. La prevalencia del trastorno por atracón es al menos tan alta en los países de ingresos bajos y medios como en los países de ingresos altos y tiende a correlacionarse con el aumento del índice de masa corporal en la población general.
- La relación entre el tamaño corporal ideal, la satisfacción corporal y el trastorno por atracón es compleja. Por ejemplo, las mujeres que reportan una fuerte identificación con la cultura afroamericana o caribeña negra también tienden a reportar ideales corporales más grandes y una mayor satisfacción corporal, pero tienden a tener tasas elevadas de atracones.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno por atracón es más común en las mujeres.
- No existen diferencias significativas relacionadas con el sexo/género en los síntomas o el curso del trastorno por atracón.

Límites con otros trastornos o condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con bulimia nerviosa:** Si un individuo realiza regularmente conductas compensatorias inapropiadas después de episodios de atracones (p.ej., vómitos autoinducidos, uso de laxantes, enemas, diuréticos, ayuno, ejercicio extenuante u omisión de insulina), debe asignarse el diagnóstico de bulimia nerviosa en lugar de trastorno por atracón.
- **Límite con la obesidad:** La obesidad es una consecuencia común del trastorno por atracón y debe registrarse por separado. Sin embargo, las personas obesas que informan patrones de comer en exceso que no cumplen con la definición de atracones no deben ser diagnosticados con trastorno por atracón.

6B83 Trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos

Características esenciales (requeridas):

- Ingesta de alimentos evitativa o restrictiva que provoca alguno o ambos de los siguientes:
 - El consumo de una cantidad o variedad insuficiente de alimentos para satisfacer los requerimientos adecuados de energía y/o nutricionales que provoca una pérdida significativa de peso, déficits clínicamente significativos de nutrientes específicos,

- dependencia de suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda, o impacto negativo en la salud física del individuo.
- Deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativo u ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (p.ej. debido a la evitación o a la incomodidad de participar en situaciones sociales que implican comer).
- El patrón de conducta alimentaria no refleja preocupaciones por la figura o el peso corporal.
- La restricción de la ingesta de alimentos y la consecuente pérdida de peso (o insuficiente ganancia de peso) u otro impacto en la salud física, no se debe ni a la falta de disponibilidad de alimentos, ni a una condición médica específica (p.ej., alergias alimentarias, hipertiroidismo), ni se deben a los efectos de una sustancia o medicamento, incluidos los efectos de abstinencia.

Características clínicas adicionales:

- Puede haber varias razones para la restricción de la ingesta de alimentos, como falta de interés en comer, evitar alimentos con ciertas características sensoriales (p.ej., olor, sabor, apariencia, textura, color, temperatura) o preocupación por las consecuencias aversivas percibidas de comer (p. ej., asfixia, vómitos, problemas de salud), que en algunos casos está relacionado con un historial de experiencia aversiva relacionada con los alimentos, como atragantamiento o vómitos después de ingerir un tipo particular de alimento. En muchos casos, sin embargo, no existe un evento identificable que haya precedido al inicio del trastorno.
- Algunas personas con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos presentan una falta de interés prolongada en la comida o en comer, un apetito crónicamente bajo o una capacidad deficiente para reconocer el hambre. En otros casos, la restricción de la ingesta de alimentos puede ser más variable y estar significativamente afectada por factores emocionales o psicológicos. Este último patrón puede estar asociado con altos niveles de distracción o con altos niveles de excitación emocional y resistencia extrema en situaciones en las que se espera comer. Las personas con este patrón, especialmente los niños, a menudo requieren incitaciones y estímulos significativos para comer.
- Las personas con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos generalmente no experimentan ninguna dificultad para comer alimentos dentro de su rango preferido y, por lo tanto, pueden no tener bajo peso.
- El trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos puede afectar negativamente el funcionamiento de la familia, de modo que la hora de comer puede estar asociada con un aumento de la angustia (p. ej., los bebés pueden estar más irritables durante la alimentación, los niños pueden tratar de negociar qué alimentos hay o cuánto necesitan consumir en horas de las comidas).

Límite con la normalidad (umbral):

- Las personas con patrones inusuales de conducta alimentaria o quienes son excepcionalmente “selectivos/quisquillosos” no deben ser diagnosticados con el trastorno si no existe una pérdida significativa de peso u otras consecuencias en la salud

(p.ej., déficits clínicamente significativos de nutrientes específicos, aumento de los lípidos en sangre debido a la ingesta selectiva de alimentos grasos) o deterioro en el funcionamiento psicosocial (p.ej., participación limitada en actividades sociales donde los alimentos preferidos no están disponibles). La angustia de los padres u otros cuidadores relacionada con la alimentación selectiva en ausencia de consecuencias identificables para la salud o deterioro en el funcionamiento del individuo no es una base para asignar el diagnóstico.

- Evitar alimentos específicos o limitar la ingesta de alimentos debido a prácticas religiosas u otras prácticas aceptadas culturalmente no cumple con los requisitos de diagnóstico del trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos a menos que el patrón de ingesta restringida de alimentos haya afectado negativamente la salud física del individuo o provoque un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Características del curso:

- El trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos puede estar asociado con retrasos en el desarrollo normal (p. ej., crecimiento, aprendizaje), especialmente si hay desnutrición significativa.
- Existe evidencia limitada para apoyar una asociación entre un diagnóstico de trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos y un diagnóstico posterior de un trastorno de la alimentación.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- La evitación de comer o alimentarse generalmente comienza en la primera infancia, pero también ocurren presentaciones iniciales en niños mayores, adolescentes y adultos.

Características relacionadas con la cultura:

- Evitar alimentos específicos debido a prácticas de elección de alimentos ampliamente aceptadas, como el vegetarianismo o el veganismo, o debido a prácticas religiosas (p.ej., ayuno, purificación o proscripción ritual de alimentos), no debe diagnosticarse con el trastorno a menos que el comportamiento alimentario restringido exceda las normas habituales del grupo(s) cultural o religioso del individuo y se asocie con consecuencias de salud o funcionales que justifican atención clínica.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La prevalencia del trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos es similar entre hombres y mujeres. Cuando el trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos se presenta junto con el trastorno del espectro autista, hay una mayor prevalencia en hombres.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con anorexia nerviosa:** Las personas con anorexia nerviosa, al igual que las personas con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos, presentan un patrón de alimentación restringida y un peso corporal significativamente bajo, con consecuencias similares relacionadas con la salud. La diferencia es que, en la anorexia nerviosa, los comportamientos para establecer o mantener un peso corporal anormalmente bajo suelen estar explícitamente motivados por un deseo de estar delgado o un miedo intenso a aumentar de peso. Sin embargo, se pueden dar otras razones para las alteraciones en las conductas alimentarias o la pérdida de peso en la anorexia nerviosa, como el miedo a las molestias físicas (p.ej., hinchazón del estómago), el autocastigo o razones religiosas o morales. En los casos en los que el individuo cumple con los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa pero las preocupaciones relacionadas con la figura o el peso corporal no se respaldan explícitamente, las conductas alimentarias alteradas sólo deben considerarse como diagnóstico de anorexia nerviosa si la observación clínica o los antecedentes colaterales respaldan la conclusión de que están motivados por la intención de perder peso o prevenir el aumento de peso. Algunas personas diagnosticadas inicialmente con un trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos pueden mostrar preocupaciones más explícitas relacionadas con la figura o el peso corporal durante el curso del tratamiento a medida que comienzan a alterar sus conductas alimentarias y a aumentar de peso. En tales casos, puede ser apropiado cambiar el diagnóstico a anorexia nerviosa si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico.
- **Límite con trastorno del espectro autista:** En algunas personas con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos, el patrón de evitación de alimentos proviene de sensibilidades sensoriales relacionadas con el olor, el sabor, la temperatura, la textura o la apariencia de los alimentos. Por ejemplo, un individuo puede comer sólo alimentos de un color particular o rechazar los sólidos o aceptar únicamente una gama muy limitada de alimentos según el empaque o una marca en particular. Algunas personas con trastorno del espectro autista también pueden restringir la ingesta de ciertos alimentos debido a sus características sensoriales (p.ej., hipersensibilidad a la textura de los alimentos) o debido a la adherencia inflexible a rutinas particulares (p.ej., comer los mismos alimentos al mismo tiempo en el mismo orden o solo comer marcas específicas de alimentos con envases específicos). Sin embargo, el trastorno del espectro autista también se caracteriza por déficits persistentes en el inicio y mantenimiento de la comunicación social y las interacciones sociales recíprocas y patrones persistentes, restringidos, repetitivos e inflexibles de comportamiento, intereses o actividades que no están relacionados con la comida. Si un patrón de alimentación restringida en una persona con trastorno del espectro autista ha causado una pérdida de peso significativa u otras consecuencias para la salud o está específicamente asociado con un deterioro funcional significativo, se puede asignar un diagnóstico adicional de trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos.
- **Límite con fobia específica y otros trastornos de ansiedad o trastornos relacionados con el miedo:** En algunas personas con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos, la evitación de alimentos puede estar relacionada con las consecuencias aversivas percibidas de comer (p. ej., el temor de que la ingestión de alimentos en

particular pueda causar arcadas, asfixia o vómito, o preocupación por el desarrollo de problemas de salud como enfermedades cardíacas o cáncer relacionados con la ingesta de alimentos). El trastorno por evitación/restricción de la ingesta alimentaria se asocia comúnmente con síntomas de ansiedad en situaciones relacionadas con la alimentación o la comida, que pueden empeorar con el tiempo a medida que evoluciona el trastorno. Si el patrón y la intensidad de los síntomas de ansiedad en una persona con trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos cumplen con todos los requisitos de diagnóstico de fobia específica u otro trastorno de ansiedad o trastorno relacionado con el miedo, se pueden asignar ambos diagnósticos.

- **Límite con otros trastornos mentales:** Las personas que experimentan un episodio depresivo pueden presentar falta de apetito o interés reducido en la alimentación y pérdida de peso asociada con el estado de ánimo depresivo y otros síntomas cognitivo-conductuales o neurovegetativos de un episodio depresivo. De manera similar, las personas que experimentan episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos pueden mostrar un interés reducido en comer junto con otras características de un trastorno bipolar. La evitación o restricción de la ingesta de alimentos con efectos sobre el peso y la nutrición también puede estar presente en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios debido a la pérdida del apetito o debido a ideas paranoicas (p.ej., miedo a intoxicarse). Las motivaciones para una alimentación restringida deben investigarse cuidadosamente como parte de una evaluación completa de la salud mental a fin de distinguir entre estas condiciones. Por lo general, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos si la restricción de la ingesta de alimentos se explica por completo por otro trastorno mental.
- **Límite con otras condiciones médicas:** El trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos no debe diagnosticarse si la alteración de la alimentación se explica por completo por un trastorno gastrointestinal u otra afección médica que conduce a una reducción del hambre, restricción de la alimentación o pérdida de peso (p.ej., alergias alimentarias, enfermedades infecciosas, cáncer, hipertiroidismo).

6B84 Pica

Características esenciales (requeridas):

- El consumo regular de sustancias no nutritivas, como objetos y materiales no comestibles (p.ej., arcilla, tierra, tiza, yeso, plástico, metal y papel) o ingredientes de alimentos crudos (p.ej. grandes cantidades de sal o de harina de maíz).
- La ingesta de sustancias no nutritivas es persistente y/o lo suficientemente grave como para requerir atención clínica. Es decir, la conducta causa daño o riesgo significativo a la salud o deterioro en el funcionamiento debido a la frecuencia, la cantidad o la naturaleza de las sustancias u objetos ingeridos.
- Según la edad y el nivel de funcionamiento intelectual, se esperaría que el individuo distinguiera entre sustancias comestibles y no comestibles. En el desarrollo normal, esto ocurre aproximadamente a los 2 años de edad.
- Los síntomas o comportamientos no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., deficiencia nutricional).

Límite con la normalidad (umbral):

- Es normal que los bebés y los niños muy pequeños se lleven a la boca objetos no comestibles como un medio de exploración sensorial. El diagnóstico de Pica no debe utilizarse en estos casos.
- Muchas mujeres embarazadas ingieren o tienen antojo de sustancias no nutritivas (p.ej., tiza o hielo). Además, la ingesta de sustancias no nutritivas es una práctica culturalmente aceptada entre ciertos grupos. Un diagnóstico de pica solo debe asignarse a tal comportamiento si es persistente o potencialmente peligroso como para requerir atención clínica específica.

Características del curso:

- Pica puede ser episódico y variable, o crónico y continuo. Cuando es variable, la ingesta de sustancias no nutritivas puede asociarse al incremento de niveles de estrés o ansiedad.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El inicio de pica puede ocurrir a lo largo de la vida, pero se conserva más comúnmente en la infancia.

Características relacionadas con la cultura:

- En algunos casos, el consumo de sustancias no nutritivas puede ser una práctica aceptada culturalmente. En estos casos, se cree que el consumo de la sustancia no nutritiva tiene algún beneficio para la salud, espiritual o social. En partes de África y ciertas áreas rurales de los Estados Unidos y la India, por ejemplo, comer arcilla o tierra (geofagia) puede ser una práctica culturalmente aceptada. Pica no debe diagnosticarse en tales casos a menos que las cantidades ingeridas sean lo suficientemente grandes como para requerir atención clínica.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La prevalencia de pica es similar entre hombres y mujeres.
- Aunque las mujeres pueden ser diagnosticadas con Pica durante el embarazo y el período posparto, solo se debe asignar un diagnóstico si el consumo de sustancias no nutritivas es persistente o potencialmente peligroso como para requerir atención clínica específica.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con las deficiencias nutricionales:** Las personas que ingieren sustancias no nutritivas como síntoma de deficiencias nutricionales específicas no deben ser diagnosticadas con Pica a menos que el comportamiento persista después de que se

corrija la deficiencia. Por ejemplo, la anemia causada por la deficiencia de vitamina B-12, ácido fólico o hierro puede estar asociada con el deseo de comer tierra.

- **Límite con los trastornos del desarrollo intelectual:** La ingesta de sustancias no nutritivas es común en niños o adultos con trastornos del desarrollo intelectual. Se puede dar un diagnóstico adicional de Pica, siempre que el individuo sea capaz de distinguir entre sustancias comestibles y no comestibles, si el comportamiento es persistente o potencialmente peligroso como para requerir atención clínica específica.
- **Límite con el trastorno facticio y la simulación:** Las personas con trastorno facticio o que están fingiendo pueden tragar sustancias u objetos dañinos para presentarse como enfermos. Por ejemplo, los presos pueden ingerir sustancias u objetos nocivos para ser trasladados al hospital o a un entorno menos riguroso o restrictivo. En tales casos no debe diagnosticarse pica.
- **Límite con otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo:** Las personas con anorexia nerviosa pueden ingerir sustancias no nutritivas (p.ej., papel o pañuelos de papel) para suprimir el hambre. En la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello) o el trastorno de excoiación (dañarse la piel), las personas a veces comen pelo o piel que arrancan del cuerpo. El consumo de sustancias no nutritivas también puede ocurrir en otros trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista y la esquizofrenia. En todos estos casos, se debe asignar un diagnóstico adicional de Pica solo si el comportamiento es persistente o lo suficientemente grave como para requerir atención clínica. Es decir, el comportamiento causa daño o riesgo significativo a la salud, deterioro en el funcionamiento debido a la frecuencia, cantidad o naturaleza de las sustancias u objetos ingeridos.

6B85 Trastorno de rumiación-regurgitación

Características esenciales (requeridas):

- Devolver reiteradamente a la boca el alimento previamente deglutido (regurgitación) que puede ser masticado y tragado nuevamente (rumiación), o puede ser deliberadamente escupido (pero no vomitando).
- La conducta de regurgitación es frecuente (al menos varias veces por semana) y perdura al menos durante varias semanas.
- El diagnóstico debe asignarse únicamente a personas que hayan alcanzado una edad de desarrollo de al menos 2 años.
- La conducta de regurgitación no es una manifestación de otra condición médica que provoque directamente regurgitación (p.ej. estenosis esofágica o trastornos neuromusculares que afecten el funcionamiento esofágico) o que ocasione náuseas o vómitos (p.ej. estenosis pilórica).

Características clínicas adicionales:

- En el trastorno de rumiación-regurgitación, la conducta de regurgitación es voluntaria; por ejemplo, los individuos pueden contraer la lengua o los músculos abdominales, o toser para provocar la regurgitación. Las personas con trastorno de rumiación-

regurgitación son capaces de regurgitar la comida con relativa facilidad y parecen obtener cierta reducción de la ansiedad o placer con esta conducta.

- Los individuos con trastorno de rumiación-regurgitación generalmente se sienten avergonzados por este tipo de conducta y tratan de mantenerla en secreto porque reconocen que es socialmente inaceptable.
- Los individuos con trastorno de rumiación-regurgitación a menudo son reacios a buscar tratamiento. El trastorno puede persistir mucho tiempo si no se trata.

Características del curso:

- El trastorno de rumiación-regurgitación es un poco más frecuente entre las personas con trastornos del desarrollo intelectual y trastorno del espectro autista, por lo que puede tener una función autocalmante o autoestimulante.
- El trastorno de rumiación-regurgitación puede ser crónico o continuo, o puede ser episódico. En casos episódicos, el comportamiento puede estar asociado con estrés o ansiedad.
- Es menos probable que los adolescentes y los adultos vuelvan a masticar la comida regurgitada y los adultos mayores pueden optar por sacarla o escupirla, según la situación social.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El inicio del trastorno de rumiación-regurgitación puede ocurrir durante la niñez temprana y tardía, la adolescencia y la edad adulta.
- El trastorno de rumiación-regurgitación puede crear un alto riesgo de asfixia en niños muy pequeños debido a su incapacidad para controlar la deglución.

Características relacionadas con la cultura:

- Algunos casos que se han venido considerando como “vómitos psicógenos” o vómitos como expresión somática de distrés, especialmente en el Sur de Asia, pueden diagnosticarse mejor como variantes culturales del trastorno de rumiación-regurgitación.
- El vómito inducido puede ser parte de algunas prácticas de yoga y no debe considerarse un signo del trastorno a menos que el vómito exceda las normas culturales y se asocie con distrés o disfunción.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- No se conocen diferencias en las características clínicas por sexo/género.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con síndrome de rumiación infantil:** El trastorno de rumiación-regurgitación no debe asignarse en bebés. Fenómenos similares en bebés deben diagnosticarse como síndrome de rumiación infantil dentro del grupo de trastornos digestivos funcionales de

bebés, niños pequeños o niños en el capítulo de la CIE-11 sobre enfermedades del sistema digestivo.

- **Límite con vómito autoinducido:** El trastorno de rumiación-regurgitación debe diferenciarse del vómito autoinducido. El vómito autoinducido puede aparecer como parte de la presentación clínica de la anorexia nerviosa, o bulimia nerviosa de tipo atracón-purga y también puede surgir como una práctica culturalmente aceptada (p.ej. practicantes de yoga) que no se asocia con un trastorno mental.
- **Límite con el vómito psicógeno:** La diferencia con el “vómito psicógeno” o el vómito como una expresión somática de malestar, particularmente en el Sur de Asia, es que se basa en el hecho de que la regurgitación en el trastorno de rumiación-regurgitación es una práctica voluntaria e intencional.

6B8Y Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos

Características esenciales (requeridas):

- La presentación clínica se caracteriza por conductas anormales de la alimentación o la ingesta.
- Los síntomas no satisfacen los requisitos diagnósticos de ningún otro trastorno de la agrupación de los trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y del comportamiento (p.ej. un trastorno psicótico primario, un trastorno del estado de ánimo y un trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados).
- Los síntomas o comportamientos no son apropiados para el desarrollo o culturalmente aceptados.
- Los síntomas o comportamientos no son una manifestación de otra condición médica que afecta la alimentación o ingesta de alimentos, no se explica mejor por otro trastorno mental y no se debe a los efectos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluyendo los efectos de abstinencia.
- Los síntomas o comportamientos provocan un alto riesgo o daño a la salud, malestar significativo o deterioro en las áreas del funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento.

6B8Z Trastornos del comportamiento alimentario o de la ingesta de alimentos, sin especificación