

Eduardo Serrano-Troncoso¹
Laura Cañas²
Xavier Carbonell²
Marta Carulla¹
Carolina Palma²
Josep Matalí¹
Montse Dolz¹

Distribución diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria: comparativa entre el DSM-IV-TR y el DSM-5

¹ Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

² Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull

Introducción. La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) incluye una significativa revisión de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). El objetivo de este estudio es comparar la distribución diagnóstica en adolescentes con TCA según los criterios de la 4ª edición revisada del DSM (DSM-IV-TR) y del DSM-5. Un segundo objetivo es estudiar las diferencias psicopatológicas entre los pacientes con TCA (DSM-IV-TR) y los que cambian de diagnóstico al aplicar los criterios del DSM-5.

Metodología. Se evaluaron a 101 pacientes con TCA (Media: 14.68 años; DE: 1.46) a través de entrevista clínica y escalas de psicopatología alimentaria, perfeccionismo, ansiedad y depresión.

Resultados. Se observa una disminución significativa de los casos diagnosticados de TCA-No Especificado (TCA-NE) aplicando los criterios DSM-5 (34.7% frente a 23.8%; $p < 0.001$) y un aumento significativo de los casos de Anorexia Nerviosa (AN) (58.4% frente a 66.3%; $p < 0.001$) y Bulimia Nerviosa (BN) (6.9% frente a 8.9%; $p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas a nivel psicopatológico entre los pacientes diagnosticados de AN y BN según criterios DSM-IV-TR y los nuevos casos diagnosticados de AN y BN con el DSM-5.

Conclusiones. La aplicación de los criterios DSM-5 en adolescentes con TCA hace disminuir de forma significativa la frecuencia del diagnóstico de TCA-NE. Las similares características psicopatológicas entre los pacientes con TCA según el DSM-IV-TR y los nuevos casos que pasan de TCA-NE a AN y BN (DSM-5) apoyaría la validez de los nuevos criterios de los TCA del DSM-5 en población adolescente.

Palabras clave: Trastorno de la conducta alimentaria, DSM-IV-TR, DSM-5, Criterios diagnósticos, Adolescentes

Correspondencia:
Eduardo Serrano Troncoso
Paseo de Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona (España)
Correo electrónico: eserrano@hsjdbcn.org

Actas Esp Psiquiatr 2017;45(1):32-8

Diagnostic Distribution of eating disorders: Comparison between DSM-IV-TR and DSM-5

Introduction. The fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) includes a significant revision of Eating Disorders (ED). The objective of this study is to compare the distribution of diagnosis of ED in adolescents according to DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. A second objective is to study the psychopathological differences between patients with ED (based on DSM-IV-TR) and those whose diagnosis changed by applying DSM-5 criteria.

Methodology. One hundred and one adolescents diagnosed with ED (mean: 14.68 years; SD: 1.46) were evaluated with clinical interviews and scales for eating psychopathology, perfectionism, anxiety, and depression.

Results. Applying the DSM-5 criteria led to a significant decrease in the diagnosed cases of Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) (from 34.7% to 23.8%; $p < 0.001$) and to a significant increase in those of anorexia nervosa (AN) (from 58.4% to 66.3%; $p < 0.001$) and of bulimia nervosa (BN) (from 6.9% to 8.9%; $p < 0.001$). No significant psychopathological differences were found between patients diagnosed with AN and BN based on DSM-IV-TR criteria and those newly diagnosed with AN and BN based on DSM-5 criteria.

Discussion. Using DSM-5 criteria for adolescents with ED leads to a significant decrease in the frequency of an EDNOS diagnosis. As similar psychopathological characteristics were observed between ED patients diagnosed based on DSM-IV-TR and those who were switched from EDNOS to AN or BN based on DSM-5, we conclude that the new criteria for ED in DSM-5 are valid for an adolescent population.

Keywords: Eating disorders, DSM-IV-TR, DSM-5, Diagnostic criteria, Adolescents

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) presentó en mayo de 2013, en su reunión anual, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)¹. Ésta incluye una amplia y significativa revisión de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La cuarta edición revisada, DSM-IV-TR², únicamente incluía tres categorías diagnósticas para los TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCA-NE). En el DSM-5, se modifica el nombre de la sección de los TCA por "trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos" y se incluyen cuatro nuevos diagnósticos: Trastorno por Atracones (TA), pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. También se modifican algunos criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para AN, BN y TCA-NE y se incluyen otros nuevos. Cabe destacar, que en el DSM-IV³, el trastorno de rumiación, pica y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (predecesor del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos) formaban parte del capítulo de trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez.

Los cambios propuestos en el DSM-5 para los TCA tienen como principal objetivo disminuir la prevalencia del TCA-NE⁴. Los pacientes que por criterios del DSM-IV-TR no podían ser diagnosticados de AN o BN, habitualmente, eran diagnosticados de TCA-NE⁵. Diferentes estudios estiman que entre el 40 y el 80.9% de los casos de población adolescente y adulta diagnosticada de TCA fueron clasificados como TCA-NE con el DSM-IV-TR⁶⁻⁸. A partir de los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 se ha observado una disminución del 62.3% al 32.6% del TCA-NE respecto al DSM-IV-TR⁷. Del mismo modo, otros estudios⁴ demostraron una reducción del 20% de los casos de TCA-NE en población adulta y afirmaron que más del 50% de los adolescentes con TCA, mediante el DSM-IV, eran diagnosticados de TCA-NE sin poder ser clasificados de AN o BN según criterios diagnósticos^{9,10}.

En relación a los cambios, para la AN, el criterio de amenorrea ha sido eliminado. Desaparece como característica central del síndrome y pasa a ser una evidencia clínica del estado nutricional, del mismo modo que la temperatura corporal y la presión arterial entre muchas otras¹¹. Para la AN, también se ha añadido el componente conductual para los casos prepúberes que no poseen la capacidad de expresar aspectos cognitivos y abstractos⁷. En relación al peso, se ha establecido que debe ser significativamente bajo en relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y salud. Se define como peso significativamente bajo, un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado¹. Por lo tanto, se excluye el término rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la

talla y desaparece el ejemplo de pérdida de peso inferior al 85%. Para la BN, la frecuencia de atracones y conductas compensatorias inapropiadas se reduce a un promedio de una vez a la semana durante tres meses¹. El mismo criterio en el DSM-IV-TR², era de una media de dos veces a la semana durante 3 meses. Se reconoce a nivel formal el Trastorno por Atracones (TA). Los atracones se definen de forma idéntica para el TA y la BN pero a menudo, el TA, se relaciona con conductas compensatorias inapropiadas, intentado buscar una conexión entre ambos trastornos inexistente¹². Según los criterios diagnósticos del DSM-5, el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN¹ y sólo una minoría de pacientes con TA cumpliría criterios diagnósticos de BN¹². Por último, en relación a los cambios, el DSM-5 ha introducido como nuevo diagnóstico el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Estos pacientes mantienen una ingesta restrictiva marcada por la desnutrición pero no manifiestan otras alteraciones presentes en la AN o BN, como son la distorsión de la imagen corporal o el temor al aumento de peso⁷.

Por lo tanto, podemos suponer, que conocer la distribución diagnóstica de los casos de TCA y estudiar las diferencias y similitudes al aplicar el nuevo manual diagnóstico DSM-5, es algo que posee una alta importancia ya que nos permite aportar datos epidemiológicos de los TCA. El impacto de estos nuevos criterios en población adolescente está poco examinado y estudiado⁷. Los objetivos de este estudio son, en primer lugar, comparar la distribución de los diagnósticos TCA en adolescentes según los criterios del DSM-IV-TR y del DSM-5. Un segundo objetivo es analizar las diferencias psicopatológicas entre los pacientes con TCA según criterios DSM-IV y los que cambian de diagnóstico al aplicar los criterios del DSM-5. Como hipótesis, hemos tratado de demostrar que los nuevos criterios del DSM-5 cumplen su objetivo y llevan a una reducción significativa del TCA-NE y que los pacientes que varían de diagnóstico no presentan diferencias psicopatológicas respecto a los que ya estaban diagnosticados de AN o BN según criterios del DSM-IV-TR, validando así, la utilidad y el significado de estos cambios.

METODOLOGÍA

Participantes

Participaron en el estudio 101 adolescentes atendidos en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de un hospital general pediátrico entre diciembre de 2011 y mayo de 2014: trece chicos (12.9%) y 88 chicas (87.1%). El rango de edades osciló entre los 12 y los 17 años (Media: 14.68 años; DE: 1.46) y todos los participantes fueron diagnosticados de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

mediante entrevista clínica con los padres y el adolescente, según criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

Del total de la muestra, el 58.4% (n=59) de los pacientes fueron diagnosticados de Anorexia Nerviosa (AN) siendo el 89.9% (n=53) de tipo restrictiva (AN-R) y el 10.2% (n=6) purgativa (AN-P). Otro 34.7% (n=35) recibieron un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCA-NE) y, por último, un 6.9% (n=7) de Bulimia Nerviosa (BN) siendo el 85.7% (n=6) de tipo purgativa y el 14.3% (n=1) no purgativa.

El 71.6% de las chicas presentaban amenorrea (n=63). El 37.6% (n=38) de los pacientes recibían tratamiento ambulatorio y el 62.4% (n=63) desde hospitalización parcial. El rango de tiempo desde el inicio de la enfermedad fue de 2 a 47 meses (Media: 12.95 meses; DE: 9.73). El rango de tiempo desde el inicio del tratamiento fue de 0 a 45 meses (Media: 5.50 meses; DE: 8.43). El 39.6% (n=40) de los participantes habían estado ingresados a lo largo de su tratamiento en la unidad de hospitalización completa y el 30.7% (n=31) tenían prescrito tratamiento farmacológico.

Instrumentos

1. Cuestionario de datos sociodemográficos diseñado para esta investigación.

Consta de dos apartados: datos sociodemográficos (edad, sexo, ocupación y situación familiar) e información correspondiente al TCA (diagnóstico, comorbilidad, meses de inicio de la enfermedad y del tratamiento, peso, talla, índice de masa corporal, tiempo de amenorrea y tratamiento farmacológico).

2. PSPS – Escala de perfeccionismo en niños y adolescentes^{13,14}. Cuestionario de 27 ítems que evalúa la necesidad del sujeto de parecer perfecto y no mostrar sus defectos a los demás. Predice la angustia generada por la necesidad de perfección personal.
3. EDI-2 – Inventario de trastornos de la conducta alimentaria^{15,16}. Instrumento de auto-informe que evalúa síntomas relacionados con los TCA. Consta de 91 ítems distribuidos en 11 escalas clínicamente relevantes en los trastornos alimentarios. Ocho escalas evalúan rasgos psicológicos y tres actitudes relacionadas con la conducta alimentaria, la figura y el peso.
4. EAT-40 – Cuestionario de actitudes hacia la alimentación¹⁷. Cuestionario de cribado para la detección precoz de TCA en población general. Compuesto por 40 ítems que evalúan conductas relacionadas con el miedo a engordar, la motivación para adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos.

5. BAT – Cuestionario de actitud corporal¹⁸. Evalúa el aspecto subjetivo de la imagen corporal y en concreto, la alteración de las actitudes hacia el cuerpo en población femenina. Consta de 20 ítems agrupados en tres factores: apreciación negativa del tamaño corporal, pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e insatisfacción corporal general.
6. BDI – Inventario de Depresión de Beck^{19,20}. Cuestionario autoaplicado que consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.
7. STAI – Inventario de ansiedad Estado-Rasgo^{21,22}. Inventario autoaplicado formado por 40 ítems y diseñado para evaluar dos conceptos independientes de ansiedad; ansiedad estado como condición emocional transitoria y ansiedad rasgo como propensión ansiosa relativamente estable.
8. ANSOCQ – Cuestionario de etapas de cambio en anorexia nerviosa^{23,24}. Evalúa la preparación para recuperarse de la AN y la forma de comer. Formado por 20 ítems y para cada respuesta, hay cinco alternativas que reflejan las etapas de cambio de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento²⁵.

Procedimiento

Una vez obtenido el consentimiento informado escrito de los padres y niños (mayores de 12 años) y el asentimiento verbal del niño (menores de 12 años) para participar en el estudio, se realizó una entrevista clínica a los adolescentes y a sus padres. Posteriormente se administró la batería de cuestionarios a los participantes del estudio. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la institución.

Primeramente, se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes. A continuación, se entregaron los cuestionarios en el siguiente orden: escala de perfeccionismo de auto-orientación (PSPS), inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), cuestionario de actitudes hacia la alimentación (EAT-40), cuestionario de actitud corporal (BAT), inventario de depresión de Beck (BDI), inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y cuestionario de etapas de cambio en anorexia nerviosa (ANSOCQ).

Análisis de los datos

Después del estudio descriptivo se utilizó la comparación de medias y de distribución de porcentajes con las pruebas no paramétricas Chi-cuadrado (prueba exacta de Fisher) y U de Mann-Whitney. Para dicho análisis, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 21.0.

RESULTADOS

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, el 58.4% (n=59) de la muestra presentaba AN, el 34.7% (n=35) TCA-NE y el 6.9% (n=7) BN. Al aplicar los nuevos criterios del DSM-5 se observó una disminución significativa del TCA-NE, con una reducción de 11 casos, de los cuales, 8 fueron diagnosticados de AN, 2 de BN y 1 de TA. Por consiguiente, aumentaron de forma significativa los casos de AN y BN.

Basándonos en los resultados obtenidos utilizando el DSM-5, 67 pacientes (66.3%) pasaron a estar diagnosticados de AN, 24 de TCA-NE (23.8%), 9 de BN (8.9%) y 1 de TA (0.9%) (Tabla 1).

No se encontraron diferencias significativas en las características psicopatológicas entre los pacientes diagnosticados de AN según criterios DSM-IV y DSM-5 (Tabla 2).

Tabla 1 Distribución de los diagnósticos de TCA del DSM-IV frente a DSM-5 (n=101)

	DSM-IV n (%)	DSM-5 n (%)	p*
TCA-NE	35 (34.7)	24 (23.8)	<0.001
AN	59 (58.4)	67 (66.3)	<0.001
BN	7 (6.9)	9 (8.9)	<0.001
TA	-	1 (1)	-

*Chi-Cuadrado (prueba exacta de Fisher).

TCA-NE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado; AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; TA: Trastorno por atracones; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition.

Tabla 2 Medianas y rangos de las puntuaciones de las escalas de los pacientes con AN según DSM-IV y DSM-5

	AN (DSM-5) Total n = 67	AN (DSM-IV) n = 59	AN (DSM-5) n = 8	*p ¹
PSPS	125 (30-186)	125 (30-186)	97 (56-172)	0.643
EDI-2				
Obsesión por la delgadez	10 (0-21)	11 (0-21)	3 (0-18)	0.264
Bulimia	0 (0-9)	0 (0-9)	1 (0-7)	0.368
Insatisfacción corporal	11 (0-27)	11 (0-27)	11 (5-23)	0.992
Ineficacia	7 (0-29)	7 (0-29)	8 (2-23)	0.510
Perfeccionismo	4 (0-17)	4 (0-17)	3 (1-12)	0.961
Desconfianza interpersonal	4 (0-20)	4 (0-20)	6 (1-12)	0.734
Conciencia interoceptiva	7 (0-24)	7 (0-24)	10 (2-19)	0.133
Miedo a la madurez	8 (1-22)	8 (1-22)	10 (6-21)	0.218
Ascetismo	6 (0-23)	5 (0-23)	8 (1-13)	0.313
Impulsividad	5 (0-22)	5 (0-22)	4 (0-17)	0.620
Inseguridad social	7 (0-20)	7 (0-20)	6 (2-14)	0.698
EAT	37 (0-103)	37 (0-103)	34 (8-95)	0.961
BAT	47 (0-96)	47 (0-96)	40 (7-85)	0.376
BDI	21 (0-52)	21 (0-52)	20 (5-37)	0.969
STAI				
STAI-State	35 (0-82)	35 (1-80)	35 (0-82)	0.809
STAI-Trait	38 (0-88)	38 (0-88)	51 (13-72)	0.092
ANSOCQ	30 (0-80)	28 (0-80)	30 (18-46)	0.931

*p¹ U de Mann-Whitney.

AN: Anorexia Nerviosa; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition; PSPS: Escala de Auto-Presentación Perfeccionista; EDI-2: Eating Disorder Inventory; EAT: Eating Attitudes Test; BAT: Body Attitude Test; BDI: Beck Depression Inventory; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; ANSOCQ: Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire.

Tampoco se encontraron diferencias significativas en los diagnosticados de BN (Tabla 3).

CONCLUSIONES

El presente estudio nos ha permitido revalorar el diagnóstico de un grupo de adolescentes diagnosticados de TCA mediante los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5¹. El primer objetivo de la investigación fue comparar la distribución de los diagnósticos de TCA según los criterios del DSM-IV-TR y del DSM-5. Los resultados obtenidos indican que al aplicar los nuevos criterios del DSM-5, los diagnósticos de TCA variaron y la frecuencia del TCA-NE disminuyó aumentando el número de pacientes diagnosticados de AN, BN o TA.

Varios estudios han encontrado resultados similares a los nuestros. Al aplicar los criterios del DSM-IV-TR en población adulta, encontraron que el 14.2% de la muestra pre-

sentaba AN, 17.9% BN y 67.9% TCA-NE y que al utilizar los criterios del DSM-5, el 20% presentaba AN, 18.3% BN, 8.3% TA y 53.3% TCA-NE⁴. Otros estudios obtuvieron resultados significativos con una disminución del 50.8% (DSM-IV-TR) al 44% (DSM-5) del TCA-NE en población universitaria²⁶ y un aumento significativo de la AN y BN pasando del 9.3% al 40% y del 7% al 11.6% respectivamente en niños y adolescentes⁷. Por tanto podemos concluir que el DSM-5 ha conseguido disminuir la frecuencia del TCA-NE y aumentar el número de casos diagnosticados de otros TCA.

Se ha planteado un interrogante en relación a la idoneidad de los criterios del DSM-5 para los TCA en niños y adolescentes²⁷. El grupo de trabajo del DSM-5 encargado del capítulo de los TCA, trató de potenciar el juicio clínico de los profesionales en oposición al uso rígido de los criterios diagnósticos y por lo tanto, aceptaron el riesgo de que esta modificación, disminuyera la fiabilidad de las categorías diagnósticas⁷. Varios autores afirmaron que el TCA-NE es una categoría heterogénea que impide hacer diagnósticos

Tabla 3 Medianas y rangos de las puntuaciones de las escalas de los pacientes con BN según DSM-IV y DSM-5

	BN (DSM-5) Total n = 9	BN (DSM-IV) n = 7	BN (DSM-5) n = 2	*p ¹
PSPS	124 (75-175)	141 (75-175)	103 (90-117)	0.242
EDI-2				
Obsesión por la delgadez	18 (6-21)	18 (17-21)	13 (6-21)	0.761
Bulimia	5 (1-9)	5 (2-9)	2 (1-3)	0.104
Insatisfacción corporal	26 (10-27)	26 (13-27)	18 (10-27)	0.646
Ineficacia	16 (3-24)	16 (7-24)	10 (3-18)	0.460
Perfeccionismo	7 (1-18)	7 (1-18)	6 (3-9)	0.883
Desconfianza interpersonal	3 (0-12)	2 (0-8)	9 (7-12)	0.078
Conciencia interoceptiva	11 (6-24)	10 (6-22)	17 (11-24)	0.242
Miedo a la madurez	9 (3-22)	7 (3-15)	17 (12-22)	0.143
Ascetismo	9 (4-16)	9 (4-16)	7 (5-10)	0.767
Impulsividad	10 (2-24)	10 (6-24)	13 (2-24)	0.882
Inseguridad social	8 (2-14)	8 (2-9)	9 (5-14)	0.765
EAT	72 (0-102)	72 (0-102)	54 (23-86)	0.558
BAT	83 (56-98)	85 (65-98)	56 (56-56)	0.134
BDI	31 (11-46)	31 (22-46)	25 (11-39)	0.462
STAI				
STAI-State	43 (22-78)	44 (36-78)	32 (22-42)	0.142
STAI-Trait	40 (34-74)	41 (34-74)	37 (34-40)	0.238

**p¹ U de Mann-Whitney.

BN: Bulimia Nerviosa; DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition; PSPS: Escala de Auto-Presentación Perfeccionista; EDI-2: Eating Disorder Inventory; EAT: Eating Attitudes Test; BAT: Body Attitude Test; BDI: Beck Depression Inventory; STAI: State-Trait Anxiety Inventory.

más específicos y que por lo tanto, el DSM-5, es un intento de aumentar el número de casos diagnosticados de TCA en categorías más específicas como son AN, BN o TA²⁸.

El hecho de no encontrar diferencias en las características psicopatológicas entre los pacientes que pasan de TCA-NE a AN, ya sea por los cambios en el criterio de bajo peso o la exclusión de la amenorrea como criterio diagnóstico, apoya la validez de las nuevas categorías diagnósticas del DSM-5 para pacientes diagnosticados de AN. Dicha validez de criterio, también se demuestra entre los pacientes que varían de TCA-NE a TA y de TCA-NE a BN, utilizando como referencia en este último diagnóstico, la disminución de la frecuencia en los episodios de atracones.

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio en nuestro medio que intenta ratificar la utilidad y validez de la variación de diagnósticos que se da al aplicar el DSM-5 mediante el análisis de las diferencias psicopatológicas entre los adolescentes que varían de diagnóstico y los diagnosticados con el DSM-IV-TR.

Como puntos fuertes del estudio destacaríamos el tamaño de la muestra, el análisis estadístico de las características psicopatológicas de los pacientes que cambian de diagnóstico y, por último, el hecho que profesionales de la salud fueron los que llevaron a cabo las evaluaciones. Como limitaciones señalaríamos la naturaleza retrospectiva de algunos de los casos dado que partíamos de diagnósticos realizados con el DSM-IV-TR y el hecho de no incluir pacientes diagnosticados de pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

Para futuros estudios, se sugiere evaluar la validez de los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 para la AN y la BN y poner mayor énfasis en las nuevas categorías diagnósticas incluidas en dicho manual: trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, trastorno por atracones, pica y trastorno por rumiación.

A modo de conclusión, remarcar la importancia que a partir del DSM-5 aumente la especificidad a la hora de diagnosticar un TCA en niños y adolescentes. Consideramos que esta especificidad puede ayudar a los pacientes y sus familias a recibir un diagnóstico y un tratamiento más preciso.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés relacionados con este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Masson; 1978.
- Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *Int J Eat Disord*. 2011;44:553-60.
- Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014;55:49-52.
- Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-IV. *Behav Res Ther*. 2007;45:1705-15.
- Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders. *J Adolesc Health*. 2013;53:303-5.
- MacDonald DE, McFarlane TL, Olmsted MP. "Diagnostic Shift" from eating disorder not otherwise specified to bulimia nervosa using DSM-5 criteria: A clinical comparison with DSM-IV bulimia. *Eat Behav*. 2014;15:60-2.
- Nicholls D, Chater R, Lask, B. Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord*. 2000; 28(3):317-24.
- Peebles R, Hardy KK, Wilson JL, Lock JD. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics*. 2010;125:1193-1201.
- Attia E, Roberto CA. Should Amenorrhea be a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa? *Int J Eat Disord*. 2009;42:581-9.
- Marcus MD, Kalarchian MA. Binge Eating in Children and Adolescents. *Int J Eat Disord*. 2003;34:47-57.
- Hewitt P, Flett G, Ediger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. *Int J Eat Disord*. 1995;18(4):317-26.
- Castro J, Gila A, Gual P, Lahortiga F, Saura B, Toro J. Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health*. 2004;35:392-8.
- Garner D. EDI-2: Eating disorder inventory. Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991.
- Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Adaptación Española del inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En: Garner D, ed. Madrid: TEA; 1988.
- Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. *Eur J Psychol Assess*. 1991;7(2):175-90.
- Gila A, Castro J, Gómez M, Toro J, Salamero M. The body attitude test: Validation of the Spanish version. *Eat Weight Disord*. 1999;4(4):175-8.
- Beck AT, Erbaugh J, Mendelson M, Mock J, Ward CH. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
- Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*. 1975;12:217-36.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state/trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
- García-Portilla MP, Basarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la

- psiquiatría clínica (7ª edición). Madrid: Ediciones Sanitarias; 2014.
23. Rieger E, Touyz S, Schotte D, Beumont P, Russell J, Clarke S, et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000;28:387-96.
 24. Serrano E, Castro J, Ametller L, Martínez E, Toro J. Validity of a measure of a readiness to recover in Spanish adolescent patients with anorexia nervosa *Psychol Psychother-T.* 2004;77:91-9.
 25. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy.* 1982;19:276-88.
 26. Machado PP, Goncalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *Int J Eat Disord.* 2013;46(1):60-5.
 27. Knoll S, Bulik C, Hebebrand, J. Do the currently proposed DSM-5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescent? *Eur Child Adoles Psy.* 2011;20(2):95-101.
 28. Call C, Walsh B, Attia, E. From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating diagnoses. *Curr Opin Psychiatr.* 2013;26(6):532-6.
 29. Goldstein M, Peters L, Baillie A, McVeagh P, Minshall G, Fitzjames D. The Effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2011;44(1):95-101.