

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.



- Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.



Pica

CRITERIO DIAGNÓSTICO

A	B	C	D
<p>Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.</p>	<p>La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.</p>	<p>El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.</p>	<p>Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro Autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional. Códigos CIE-10-MC para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos.</p>

Características diagnósticas

- La principal característica de la pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes (Criterio A) que es suficientemente grave como para justificar la atención clínica.



- Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, chicles, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo.



- El término no alimentarias se incluye porque el diagnóstico de la pica no se refiere a la ingestión de productos de la dieta con un mínimo contenido nutritivo. No existe normalmente una aversión a la comida en general. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias debe ser inapropiada para el grado de desarrollo (Criterio B) y no debe formar parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal (Criterio C).



- La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede ser una característica asociada a otros trastornos mentales (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno de desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia).



- Si el comportamiento alimentario se produce exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental, se debería realizar un diagnóstico diferenciado de pica solamente si el comportamiento alimentario es lo suficientemente grave o si requiere atención clínica adicional (Criterio D).



Trastorno de rumiación.

Criterios diagnósticos 307.53 (F98.21)

A	B	C	D
<p>Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.</p>	<p>La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).</p>	<p>El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos</p>	<p>Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficiente-mente graves para justificar atención clínica adicional.</p>

Características diagnósticas

- La principal característica del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes (Criterio A)



- La comida tragada previamente, que puede estar parcialmente digerida, se devuelve a la boca aparentemente sin náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. La comida se puede volver a masticar para después escupirse de la boca o tragarse. La regurgitación en el trastorno de rumiación debería ser frecuente y producirse por lo menos bastantes veces por semana, típicamente a diario.



- Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del neurodesarrollo), deben ser lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica adicional (Criterio D) y representar un aspecto primordial de la presentación del individuo que requiere la intervención.



- El trastorno se puede diagnosticar durante toda la vida, particularmente en los individuos que presentan también discapacidad intelectual. Muchas personas con trastorno de rumiación pueden ser observadas directamente por los clínicos mientras llevan a cabo dicho comportamiento. En otros casos, el diagnóstico puede realizarse en base a la información referida por el paciente o corroborada por los padres o los cuidadores. Los individuos pueden describir el comportamiento como habitual o fuera de su control.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Criterios diagnósticos 307.59 (F50.8)

A	B	C	D
<p>Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. 	<p>El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.</p>	<p>El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.</p>	<p>El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.</p>

Características diagnósticas

- El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez del DSM-IV. La principal característica diagnóstica del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos es la evitación o restricción de la toma de alimentos (Criterio A), manifestada por un fracaso clínicamente significativo para obtener las necesidades nutritivas, o una ingesta energética insuficiente mediante la ingesta oral de alimentos.



- Deben estar presentes una o más de las siguientes características principales:
- Pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa (u otro efecto sobre la salud), dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales, o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial.
- La determinación de si se produce una pérdida de peso significativa (Criterio A1) es una valoración clínica; en lugar de perder peso, los niños y los adolescentes que no han completado el crecimiento pueden no mantener el aumento de peso o de estatura a lo largo de su trayectoria de desarrollo.



- La determinación del grado de deficiencia nutricional (Criterio A2) depende también de la valoración clínica (p. ej., valoración del aporte dietético, examen físico y pruebas de laboratorio), y el efecto sobre la salud física puede ser de una gravedad similar al que se produce en la anorexia nerviosa (p. ej., hipotermia, bradicardia, anemia).



- En los casos graves, particularmente en los niños pequeños, la malnutrición puede representar una amenaza para la vida. La "dependencia" de la alimentación enteral o de los suplementos nutricionales orales (Criterio A3) significa que se requiere alimentación suplementaria para mantener una ingesta adecuada



- El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye la evitación o restricción de alimentos relacionada con la falta de disponibilidad de alimentos o con prácticas culturales (p. ej., ayunos religiosos o dietas) (Criterio B), ni los comportamientos propios del desarrollo normal (p. ej., las exigencias en la comida de los niños pequeños o la menor ingesta de alimentos en los adultos de mayor edad). El trastorno no se explicaría mejor por una excesiva preocupación por la constitución o el peso corporal (Criterio C), ni por trastornos mentales o factores clínicos concurrentes (Criterio D).



- En algunos individuos, la evitación o la restricción de alimentos puede estar basada en las características organolépticas de la comida y tratarse de una sensibilidad extrema a su apariencia, color, olor, textura, temperatura o gusto



- Este trastorno se ha descrito como "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación exigente", "alimentación perseverante", "rechazo crónico de los alimentos" y "neofobia alimentaria", y puede manifestarse como un rechazo a comer determinadas marcas de alimentos o a tolerar el olor de los alimentos que comen otras personas. Los individuos con una alta sensibilidad sensorial asociada al autismo pueden mostrar comportamientos similares.



Anorexia nerviosa

Criterios diagnósticos

A	B	C
<p>Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p>	<p>Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p>	<p>Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).</p>

Especificar si:

- (F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- (F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- Leve: IMC 17 kg/m^2
- Moderado: IMC $16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: IMC $15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: IMC $< 15 \text{ kg/m}^2$



CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS

- La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios.



- El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero en los niños y en los adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en vez de una pérdida de peso.



- 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.



- 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 13). 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.



- 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, estén "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 auto-disciplina, 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.



- 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.



- La mayoría de las alteraciones fisiológicas asociadas a la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional, algunas, como la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no lo son del todo. Comportamientos tales como el vómito autoprovocado y la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar alteraciones que generan resultados analíticos anormales; sin embargo, algunos individuos con anorexia nerviosa no muestran anomalías en las pruebas de laboratorio.

- Muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo. Debido a que estas características también se observan en las personas que no presentan anorexia nerviosa pero que están bastante desnutridas, se puede deducir que muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la semihambre, aunque también podrían ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor.



Bulimia nerviosa

Criterios diagnósticos 307.51 (F50.2)

A	B	C	D	E
<p>Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). 	<p>Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>	<p>Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>	<p>La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>	<p>La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>

Especificar si:

En remisión parcial:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total:

Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual

- La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO
<p>Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>	<p>Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>	<p>Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>	<p>Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Características diagnósticas

- Hay tres características principales de la bulimia nerviosa: los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D). Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).



- Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1).
- El contexto en el cual se produce la ingesta puede condicionar la valoración del clínico acerca de si ésta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de alimentos que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante la comida de una celebración o una festividad



- La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.

- El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos que en otras circunstancias evitarían.



- Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo.



- Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia.



- Las personas con bulimia nerviosa le conceden una importancia excesiva al peso o a la constitución corporal en su autoevaluación, y estos factores son, por lo general, extremadamente importantes para determinar su autoestima (Criterio D). Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).



Trastorno de atracones

Criterios diagnósticos 307.51 (F50.8)

A	B	C	D	E
<p>Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). 	<p>Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. 	<p>Malestar intenso respecto a los atracones.</p>	<p>Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>	<p>El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p>

Especificar si:

EN REMISION PARCIAL	EN REMISION TOTAL
<p>Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.</p>	<p>Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p>

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación).
- La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Características diagnósticas

- La característica principal del trastorno de atracones son los episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses (Criterio D). Un "episodio de atracón" se define como la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1).



- El contexto en el que se produce la ingestión puede afectar a la valoración del clínico de si es o no excesiva. Por ejemplo, una cantidad de comida que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante una celebración o una festividad.



- La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a las 2 horas. Un único episodio de atracón no necesita limitarse a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.



- La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos refieren características disociativas durante o después de los episodios de atracones.



- El deterioro del control que se relaciona con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entra de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada.



- Los atracones deben caracterizarse por un malestar intenso (Criterio C) y, al menos, tres de los hechos siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, y sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado (Criterio B).



- Los individuos con trastorno de atracones se sienten típicamente avergonzados por sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo, o incluso dolorido, lleno.



- El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo producen una autoevaluación negativa y disforia como consecuencias a largo plazo.



Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

- Los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos.

- Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:
- 1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
- 2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

- 3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- 4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
- 5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales.

Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

- Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

- La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).