

# El trastorno por atracón en el DSM-5

## *Binge eating disorder in the DSM-5*

Azucena García Palacios

### CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL TRASTORNO POR ATRACÓN Y CAMBIOS EN RELACIÓN AL DSM-IV

El trastorno por atracón se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. También existe malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias (que son características de la bulimia nerviosa). El trastorno por atracón está asociado con obesidad y con una elevada comorbilidad psiquiátrica y médica (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007).

El trastorno por atracón supone uno de los nuevos trastornos del DSM-5, ya que aparece por primera vez con entidad propia en esta nueva edición del DSM (APA, 2013) (en la edición en español se ha traducido como trastorno de atracones). Se clasifica en el capítulo de Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Comparte este capítulo con la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Este capítulo se conforma con algunos trastornos que en el DSM-IV (APA, 1994) se encontraban en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (pica, trastorno por rumia-

ción y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez), y por algunos trastornos del capítulo de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa). Una peculiaridad de este capítulo es que todas estas categorías (excepto la pica) son mutuamente excluyentes. Esto quiere decir que, en un periodo determinado (un episodio), solo se puede asignar una de esas etiquetas diagnósticas. La base lógica que apoya esta forma de clasificación excluyente es que, pese a que todos estos trastornos comparten características comunes, también se afirma que difieren en el curso y la respuesta al tratamiento (APA, 2013). El único trastorno que puede ser asignado en la presencia de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos es la pica.

En el DSM-IV, el trastorno por atracón solo aparecía como criterios en investigación en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Así, el trastorno por atracón se diagnosticaba dentro de la amplia etiqueta de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

En el DSM-5 se ha mantenido la misma caracterización del trastorno por atracón que aparecía en los criterios de investigación del DSM-IV. En la tabla 1 se ofrecen los criterios diagnósticos para el trastorno de atracones del DSM-5.

Solo se ha producido un cambio significativo respecto a los criterios de investigación del DSM-IV-TR al DSM-5: el criterio temporal (criterio D). En el DSM-IV-TR la frecuencia de atracones es de al menos 2 veces por semana en los últimos 6 meses, y en el DSM-5 tanto la frecuencia como la temporalidad exigida para cumplir el criterio es menor (una vez a la semana durante tres meses). El DSM-5, además, incluye para el trastorno de atracones especificaciones de remisión y de gravedad.

El DSM-5 proporciona otra información relevante respecto a este trastorno. Por ejemplo, nos in-

---

Profesora Titular de Psicopatología. Universitat Jaume I. Castellón.

**Correspondencia:** Dra. Azucena García Palacios  
Universitat Jaume I. Castellón  
Avda Vicent Sos Baynat s/n  
12071 Castellón  
azucena@uji.es

**Tabla 1**  
**Criterios DSM-5 para el trastorno de atracones**

<p>A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., 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 periodo similar en circunstancias parecidas.</li><li>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).</li></ol> <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.</li><li>2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.</li><li>3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.</li><li>4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.</li><li>5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.</li></ol> <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. 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 anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial: 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>En remisión total: 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> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>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.</p> <p>Leve: 1-3 atracones a la semana.</p> <p>Moderado: 4-7 atracones a la semana.</p> <p>Grave: 8-13 atracones a la semana.</p> <p>Extremo: 14 o más atracones a la semana.</p>
---

forma de que el antecedente de los atracones más común es el afecto negativo. Otros disparadores son los estresores interpersonales, la restricción alimentaria, sentimientos negativos respecto al peso o la forma corporal o la comida, y el aburrimiento. Aunque el atracón puede mitigar estos disparadores a corto plazo, las consecuencias a más largo plazo suelen ser disforia y una evaluación negativa de sí mismo.

El trastorno se presenta en personas con un peso normal, con sobrepeso y con obesidad; y señala que, aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad, no es adecuado equipararlo con la misma, ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente.

Con respecto a los datos epidemiológicos, se estima una prevalencia a los 12 meses del 1,6 % en

mujeres y del 0,8 % en hombres, siendo las diferencias de género menos pronunciadas que en la bulimia y la anorexia nerviosas. Las tasas de prevalencia son similares en distintos países industrializados. En Estados Unidos la prevalencia es comparable entre la población caucásica, latina, afro-americana y asiática.

Respecto al curso, se sabe poco de los factores implicados en el desarrollo del problema. Parece haber un patrón familiar que sugeriría la influencia de factores genéticos. El trastorno suele aparecer en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, aunque los pacientes que acuden a consulta suelen tener una edad superior a los afectados por anorexia o bulimia nerviosas. La restricción alimentaria suele seguir al desarrollo del trastorno de atracones, a diferencia de la bulimia nerviosa, en la que la restricción suele preceder al inicio de la misma. Las tasas de remisión del trastorno de atracones, tanto debidas a la respuesta al tratamiento como a remisiones naturales, suelen ser mayores que en la anorexia y la bulimia nerviosa. Por último, la migración de este trastorno a otros trastornos alimentarios no es común.

El trastorno de atracones implica un deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, así como problemas de adaptación social, mayor mortalidad y morbilidad, mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios. Este trastorno presenta comorbilidad con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y, en menor medida, con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Es importante señalar que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad.

## **LA INCLUSIÓN DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN EL DSM-5 ¿UN CAMBIO ACERTADO?**

Una de las primeras caracterizaciones del trastorno por atracón fue realizada por Stunkard, en 1959, al diferenciar individuos obesos con atracones e individuos obesos sin atracones. Este autor denominó a este problema trastorno por ingesta compulsiva. Desde entonces, la clasificación del trastorno por atracón ha recorrido un largo camino hasta adquirir su entidad nosológica en el recientemente publicado DSM-5.

Una aportación significativa fue la realizada por Spitzer y su equipo, que realizaron dos estudios multicéntricos cuyos resultados sirvieron para definir las características clínicas del trastorno por atracón y su diferenciación de la bulimia nerviosa (Spitzer *et al.*, 1992, 1993). Estos estudios contribuyeron a la inclusión del trastorno por atracón en el DSM-IV, aunque finalmente se incluyó en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, dado que otros autores señalaron que la evidencia empírica no era suficiente para su inclusión como entidad diagnóstica (p.ej., Fairburn, Welch y Hay, 1993; Pincus, Frances, Davis, First y Wideger, 1992). De todos modos, la inclusión de los criterios de investigación para el trastorno por atracón en el DSM-IV constituyó un espaldarazo a la investigación sobre este trastorno.

La investigación realizada desde entonces indica que existen diferencias importantes entre el trastorno por atracón y la obesidad y los otros trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosas) (Grilo *et al.* 2009; Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby y Engel, 2009).

Los individuos que sufren trastorno por atracón suelen tener una edad mayor que los afectados por anorexia y bulimia nerviosas. Además, no existe una preponderancia de mujeres tan acusada como ocurre en la anorexia y bulimia nerviosas. En cuanto al curso, el trastorno por atracón suele tener una presentación intermitente con un porcentaje importante de individuos que informan de periodos de tiempo significativos en los que no se dan atracones (Fairburn y Cooper, 2011). Otros estudios analizan diferencias en cuanto a la prevalencia, indicando que el trastorno por atracón tiene una frecuencia casi dos veces mayor que la anorexia y bulimia nerviosas (Hudson *et al.*, 2007).

Además de los estudios que diferencian el trastorno por atracón de otros trastornos alimentarios y de la obesidad, también existen estudios que han investigado la utilidad y validez de los criterios de investigación propuestos en el DSM-IV. Estos trabajos han demostrado la validez de la mayoría de ellos y han impulsado el cambio en el criterio relacionado con la frecuencia y temporalidad de los atracones (p.ej., Grilo y White, 2011; Mond *et al.*, 2010; White y Grilo, 2011; Wilson y Sysko, 2009). También se ha establecido una buena

fiabilidad test-retest de los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios del DSM-5, incluido el trastorno de atracones (Sysko *et al.*, 2012).

En definitiva, existe evidencia empírica suficiente que avala la utilidad clínica y validez de este trastorno, por lo que parece acertada la inclusión del mismo en la nueva edición del DSM.

Un aspecto que nos gustaría resaltar es que la aparición de este trastorno va a mejorar, de forma significativa, uno de los problemas más importantes que nos encontrábamos en la clínica, respecto a la clasificación de los trastornos alimentarios. El esquema del DSM-IV solo reconocía dos trastornos alimentarios en adultos, la anorexia y la bulimia nerviosa, con lo que las presentaciones de trastornos alimentarios que no cumplieran los criterios de uno de esos dos trastornos se clasificaban en la amplia categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), que constituye (como en el resto de la clasificación DSM) una categoría residual que comunica incertidumbre diagnóstica. En la práctica, esto se traducía en que el TCANE era el trastorno alimentario más diagnosticado, en concreto alrededor del 50 % de los casos de trastorno alimentario se incluían en esta categoría residual (p.ej., Fairburn *et al.*, 2007).

La inclusión en el DSM-5 del trastorno de atracones contribuye a disminuir ese porcentaje de casos diagnosticados como TCANE. Se estima que este hecho y otros cambios en los criterios de la anorexia y bulimia nerviosas (como eliminar el criterio de la amenorrea en la anorexia nerviosa), llegarán a reducir el porcentaje de TCANE del 50 al 25 % de los casos de trastornos alimentarios diagnosticados (Fairburn y Cooper, 2011). Es decir, podemos decir que el DSM-5 mejora de forma significativa la clasificación de los trastornos alimentarios. Sin embargo, esta mejora todavía no es satisfactoria, ya que los casos de TCANE serán todavía numerosos. Por ello, existen otras propuestas, pensando ya en el DSM-6, que supondrían un cambio más radical en la forma de clasificar los trastornos alimentarios, incluyendo perspectivas dimensionales y transdiagnósticas que están siendo validadas tanto desde el punto teórico como de aplicación clínica (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Fairburn y Cooper, 2011).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and Clinical Reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198: 8-10.
2. Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 509-528.
3. Fairburn C.G, Cooper Z., Bohn K., O'Connor M.E., Doll H.A. y Palmer R.L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1705-15.
4. Fairburn, C.G., Welch, S.L. y Hay, P.J. (1993). The classification of recurrent overeating: the "binge eating disorder" proposal. *The International Journal of Eating Disorders*, 13: 155-159.
5. Grilo C.M., Crosby R.D., Masheb R.M., White M.A., Peterson C.B., y Mitchell J.E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 692-696.
6. Grilo C.M. y White, M.A. (2011). A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79: 509-514.
7. Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. *Biological Psychiatry*, 61: 348-358.
8. Mond J.M., Latner J.D., Hay P.H., Rodgers B. (2010). Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 661-669.
9. Pincus, H.A., Frances, A., Davis, W.W., First, M.B. y Widiger, T.A. (1992). DSM-IV and new diagnostic categories: holding the line of proliferation. *The American Journal of Psychiatry*, 149: 112-117.
10. Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hsin, D., Wing, R., Marcus, M. et al. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *The International Journal of Eating Disorders*, 11: 191-203.
11. Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A. et al. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *The International Journal of Eating Disorders*, 13: 137-153.
12. Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric Quarterly*, 33: 284-295.

- 
13. **Sysko, R., Roberto, C.A., Barnes, R.D., Grilo, C.M., Attia, E. y Walsh, B.T.** (2012). Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Research*, 196: 302-308.
14. **White M.A. y Grilo C.M.** (2001). Diagnostic efficiency of DSM-IV indicators for binge eating episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79: 75-83.
15. **Wilson G.T. y Sysko R.** (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 603-610.
16. **Wonderlich, S.A., Gordon, K.H., Mitchell, J.E., Crosby, R.D. y Engel, S.G.** (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42: 687-705.