



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**Trastorno por atracón y su impacto en la salud mental:  
diagnóstico y tratamiento**

Autor/a: Alejandra Girod Silvela

Director/a: Paloma Gómez de Salazar Cordero

Madrid

2024/2025

## ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract .....	4
Introducción .....	5
Finalidades y motivos.....	6
Objetivos .....	6
Metodología.....	7
Marco teórico.....	7
Contexto histórico.....	7
Definición .....	8
Prevalencia.....	10
Etiología y factores de riesgo .....	11
Impacto en la salud mental.....	12
Tratamiento psicologico.....	13
Busccar .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Discusión .....	15
Conclusiones .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Referencias bibliográficas .....	18

### **Resumen**

El trastorno por atracón (TA) es un trastorno alimentario caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos con pérdida de control, sin recurrir a conductas compensatorias. Se reconoce como un diagnóstico independiente, con una prevalencia cercana al 2 % en la población general, afectando más a mujeres y personas con obesidad. Su desarrollo está influenciado por múltiples factores, incluyendo aspectos psicológicos, genéticos, sociales y ambientales, como baja autoestima, experiencias traumáticas, dinámicas familiares disfuncionales y presión sociocultural sobre la imagen corporal.

Este trastorno tiene un impacto significativo en la salud mental, pues genera sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza, que perpetúan el ciclo de atracones y malestar emocional. Además, es frecuente la coexistencia con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos de personalidad y abuso de sustancias, lo que agrava la afectación en la calidad de vida.

El tratamiento principal para el TA es la terapia psicológica, destacando la terapia cognitivo-conductual (TCC) por su eficacia en la reducción de episodios y en la modificación de pensamientos y conductas relacionadas con la alimentación y la imagen corporal. La terapia interpersonal (TIP) también es útil para mejorar las relaciones sociales y los patrones relacionales problemáticos. A pesar de los avances, persisten desafíos en la prevención y detección temprana, lo que resalta la necesidad de fortalecer programas educativos y de concienciación dirigidos a profesionales y comunidades.

En resumen, el abordaje integral del TA requiere continuar con la investigación, la formación y la colaboración multidisciplinaria para optimizar su manejo y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

*Palabras clave:* trastorno por atracón, epidemiología, factores de riesgo, prevalencia, salud mental, tratamiento.

## Abstract

Binge eating disorder (BED) is an eating disorder characterized by recurrent episodes of excessive food intake with a loss of control, without engaging in compensatory behaviors. It is recognized as an independent diagnosis, with a prevalence of approximately 2% in the general population, affecting more women and individuals with obesity. Its development is influenced by multiple factors, including psychological, genetic, social, and environmental aspects such as low self-esteem, traumatic experiences, dysfunctional family dynamics, and sociocultural pressure regarding body image.

This disorder has a significant impact on mental health, generating feelings of guilt, shame, and hopelessness that perpetuate the cycle of binge eating and emotional distress. Comorbidity with mood disorders, anxiety, personality disorders, and substance abuse is common, further worsening quality of life.

The main treatment for BED is psychological therapy, with cognitive-behavioral therapy (CBT) standing out for its effectiveness in reducing episodes and modifying thoughts and behaviors related to eating and body image. Interpersonal therapy (IPT) is also useful for improving social relationships and addressing dysfunctional relational patterns. Despite progress, challenges remain in prevention and early detection, highlighting the need to strengthen educational and awareness programs aimed at professionals and communities.

In summary, a comprehensive approach to BED requires ongoing research, training, and multidisciplinary collaboration to optimize management and improve the quality of life for those affected.

*Keywords:* binge eating disorder, epidemiology, risk factors, prevalence, mental health, treatment.

## Introducción

Tal como se recoge en el DSM-5 (APA, 2013), los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos están caracterizados por una alteración persistente en los hábitos alimenticios o en las conductas asociadas con la alimentación, lo que afecta tanto al consumo como a la absorción de alimentos y puede ocasionar un daño o deterioro significativo a la salud física o al bienestar psicosocial de la persona.

Recientemente, en 2013, fue incorporado como trastorno independiente el Trastorno por Atracón (TA) en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Cuadro y Baile, 2015).

La primera referencia al TA la hizo Albert J. Stunkard en 1959, al tratar conceptos aproximados en un artículo (Stunkard, 1959). Tras un largo período de tiempo, el TA se define finalmente como “episodios recurrentes de ingesta compulsiva que superan con creces la cantidad de alimento que otra persona en la misma situación y periodo de tiempo sería capaz de ingerir, la sensación de pérdida de control sobre lo que se está ingiriendo y el malestar excesivo respecto a dichos atracones” (APA, 2013).

Este trastorno se diferencia de otros trastornos similares al no implicar conductas compensatorias, como inducirse el vómito o realizar actividad física intensa, lo que contribuye a su frecuente asociación con el sobrepeso y la obesidad (Baile y González, 2016).

Durante los últimos años, el TA ha experimentado un alarmante aumento, hasta convertirse en un problema de salud mucho más relevante, superando el número de incidencias de la anorexia y la bulimia nerviosa (Cuadro y Baile, 2015).

El TA está estrechamente vinculado a problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima. Ante emociones negativas como el estrés, se desencadenan episodios de atracones que, aunque en un principio puedan aliviar a la persona, generan un ciclo de culpa y vergüenza que aumenta el malestar emocional (Gissela, 2021). Este círculo vicioso fomenta patrones disfuncionales que afectan a la calidad de vida. Otro factor que refuerza la aparición de trastornos depresivos y

ansiedad social es la insatisfacción corporal y la autocrítica frecuente (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

### **Finalidades y motivos**

El creciente auge del TA en los últimos años es lo que motiva la realización de este Trabajo de Fin de Grado, cuyo propósito es recopilar en una revisión bibliográfica tanto el diagnóstico como los tratamientos existentes. El objetivo de esta recopilación es concienciar sobre la problemática que representa este trastorno, así como ofrecer diversas alternativas terapéuticas.

Como se ha señalado anteriormente, se ha demostrado que el TA presenta una comorbilidad con el desarrollo de diversas patologías físicas, como la obesidad, al igual que con una gran variedad de problemas mentales, como trastornos del estado de ánimo. Por lo tanto, constituye un desafío significativo para la salud pública, que requiere un abordaje desde una perspectiva multidisciplinaria, en la que la educación, la investigación y el desarrollo de enfoques terapéuticos innovadores sean fundamentales para mejorar su comprensión, reducir el estigma y asegurar un tratamiento eficaz.

### **Objetivos**

El objetivo principal de este estudio es recopilar la información más relevante de la literatura existente en un único documento, de manera que sea de utilidad para futuros estudios y para el público general que quiera concienciarse.

Para conseguir este objetivo, el estudio se centrará en definir el concepto de trastorno por atracón, investigar los factores de riesgo asociados a este trastorno, delimitar las consecuencias que tienen un impacto en la salud mental de la persona y revisar y enumerar los diferentes tratamientos disponibles para abordar este trastorno en terapia.

## Metodología

La investigación se realizó mediante una revisión bibliográfica utilizando diversos repositorios en línea como Dialnet, Google Académico y PsycInfo. Además, se consultó el DSM-5, así como las páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Americana de Psicología (APA).

Las palabras clave, tanto en español como en inglés, para la búsqueda de la información han sido: "trastorno por atracón", "trastorno de la conducta alimentaria", "prevalencia", "factores de riesgo", "tratamiento", "salud mental", "*binge eating disorder*", "*eating disorder*", "*prevalence*", "*risk factors*", "*treatment*" y "*mental health*".

## Marco teórico

### Contexto histórico

El concepto de trastorno por atracón fue evolucionando desde mediados del siglo XX hasta llegar a la definición actual recogida en la última edición del DSM-V.

El primer acercamiento conceptual del trastorno por atracón ocurrió en 1959, a cargo del psiquiatra Albert Stunkard, especializado en estudios sobre obesidad. Fue pionero en relacionar el trastorno por atracón con la obesidad, al identificar diferencias significativas entre personas obesas que realizaban atracones frecuentes y quienes no. Definió un conjunto de síntomas, llamado "Síndrome de Alimentación Nocturna" (*Night Eating Syndrome*), caracterizado por sentimientos de vergüenza y tristeza tras los atracones debido a la falta de control, mientras que quienes no tenían atracones frecuentes no mostraban esta sintomatología (Stunkard, 1959).

En 1970 Arthur Kornhaber acuñó el término "Síndrome del Relleno" (*Stuffing Syndrome*) para describir la sintomatología presentada por estos pacientes que experimentaban atracones. Entre estos síntomas se incluyen hiperfagia (aumento de la sensación de apetito), malestar emocional y depresión (Kornhaber, 1970).

Durante la década de 1980, se observó un incremento en los casos de personas con episodios de sobreingesta que no llevaban a cabo conductas compensatorias. Esto llevó a los expertos a proponer la creación de un nuevo diagnóstico que diferenciara estos casos de la bulimia nerviosa, ya que era el trastorno asociado a los atracones de comida hasta el momento (Baile y González, 2016).

El DSM-IV, publicado en 1994, marcó un avance al reconocer el Trastorno por Atracón (TA) como una condición diferenciada de la bulimia nerviosa (BN) (APA, 1994). Sin embargo, quienes cumplían con los criterios establecidos para el TA no recibían este diagnóstico específico, ya que el trastorno aún no tenía una categoría propia. En su lugar, estas personas eran incluidas bajo la categoría "Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado", que incluía condiciones con características similares a los trastornos de la conducta alimentaria, pero que no cumplían todos los criterios para un diagnóstico específico (Condado, 2021).

Finalmente, con la publicación del DSM-5 en 2013, el TA obtuvo su reconocimiento como un trastorno diagnóstico independiente (APA, 2013). Este avance fue complementado en 2022 con la inclusión del TA como una entidad diagnóstica en la CIE-11 (OMS, 2022).

## **Definición**

Los criterios diagnósticos del trastorno por atracón han ido modificándose a lo largo de los años hasta llegar a los que tenemos actualmente. En el cuadro 1 se exponen los criterios especificados por el DSM-V (García, 2014):

### **Cuadro 1:**

*Criterios diagnósticos del trastorno por atracón en el DSM-V.*

- |  |
|--|
| <p>A. Presencia repetida de sucesos de atracones, definidos por dos elementos distintivos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Consumo, en un tiempo específico (por ejemplo, dos horas), de una cuantía de alimentos significativamente mayor a la que la mayoría de las personas consumiría en contextos similares.</li></ol> |
|--|

2. Experimentación de una sensación de falta de dominio durante este periodo, manifestada por la incapacidad para detener la ingesta o dominar la cantidad de alimento consumido.
- B. Estos periodos de atracones se vinculan con tres o más de los siguientes comportamientos Comer mucho más rápidamente de lo normal.
1. Ingesta a una velocidad inusualmente rápida.
  2. Ingesta de alimentos hasta sentirse desagradablemente saciado.
  3. Ingestión de cuantías considerables de alimentos sin tener apetito físico real.
  4. Consumo solitario, motivado por la autohumillación asociada con la cuantía consumida.
  5. Experimentación de sentimientos de enfado consigo mismo, decaimiento o intensa vergüenza posterior al atracón.
- C. Desazón intensa relacionado con los atracones.
- D. Frecuencia promedio de los atracones de al menos un episodio semanal durante un período continuado de tres meses.
- E. Los atracones no están acompañados de conductas compensatorias inadecuadas recurrentes, propio de la bulimia nerviosa, y no se desarrollan únicamente en el contexto de la bulimia o la anorexia nerviosas.
- Detallar si:
- *En recuperación incompleta*: la recurrencia de los atracones es menor a un episodio por semana después de haber cumplido previamente con todos los criterios para el trastorno por atracón.
  - *En recuperación completa*: Ninguno de los criterios se cumple durante un período seguido después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón
- Detallar la severidad presente:
- 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

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva en los que, al principio, se experimenta placer, pero que rápidamente dan paso a malestar o asco. Estos episodios suelen implicar el consumo rápido de grandes cantidades de comida, a menudo acompañado de beber en exceso para facilitar la ingestión. Durante el atracón, la persona puede mostrar agitación, moverse inquieto y sentir un impulso

descontrolado de comer. La pérdida de control durante los episodios es una característica distintiva que lo diferencia de la sobreingesta cotidiana (Fairburn, 2017).

Además, existe una desconexión con la realidad y un fuerte secretismo, motivado por la vergüenza y la culpa que genera este comportamiento, lo que dificulta el diagnóstico (Gómez-Candela et al., 2018).

Los alimentos consumidos durante los episodios de atracón suelen ser de fácil acceso y sin necesidad de preparación, ya que aumentan los niveles de dopamina y proporcionan un placer inmediato, aunque su efecto es solo temporal (Oginsky et al., 2016). Aunque comúnmente se asocian los atracones con un alto contenido de carbohidratos, lo que define un atracón no es la composición de los alimentos, sino la gran cantidad de comida ingerida (Fairburn, 2017).

Fairburn (2017) identifica tres tipos de ingesta compulsiva durante los atracones:

1. **Ingesta compulsiva completa:** ocurre rápidamente y sin disfrute, salvo al principio por el sabor del alimento. Se acompaña de la utilización de laxantes, generando miedo y sentimientos de culpa.
2. **Ingesta compulsiva incompleta:** predomina por la noche, es automática y descontrolada, aunque con menos miedo que en la completa.
3. **Ingesta compulsiva lenta:** suele producirse en casa, con anticipación de lo que ocurrirá. Aunque intenta evitarlo, la persona cede y experimenta disfrute inicial, eligiendo alimentos poco habituales. A pesar de la culpa y el miedo a engordar, el atracón continúa.

## **Prevalencia**

La prevalencia del trastorno por atracón varía entre estudios debido a diferencias en criterios diagnósticos y muestras analizadas, lo que ha contribuido a que las distintas investigaciones sobre su prevalencia presenten resultados heterogéneos (Condado, 2021). Sin embargo, se reconoce como el trastorno de la conducta alimentaria más

común a nivel global, superando a la anorexia y la bulimia nerviosa, y afecta a personas de todas las etnias, culturas y niveles socioeconómicos (Lindvall et al., 2017).

Teniendo en cuenta estos datos sumados a otros estudios de autores importantes, aproximadamente el 2% de la población mundial padece TA, observándose con mayor frecuencia entre individuos con obesidad, alrededor de un 30% de las personas con obesidad (Baile y González, 2016).

Existe el consenso general acerca de la prevalencia predominante del TA en mujeres, que oscila entre el 2%-4%, frente a los hombres que se sitúa entre el 1%-2% (Arija-Val et al., 2022).

El trastorno por atracón también es el TCA más prevalente en adolescentes y adultos, tendiendo a comenzar a desarrollarse en la adolescencia tardía o en la adultez temprana, alrededor de los veinte años, aunque también es frecuente que se inicie en otras edades (Palacios, 2014).

### **Etiología y factores de riesgo**

La comprensión del trastorno por atracón (TA) y sus factores de riesgo ha evolucionado significativamente en las últimas décadas. Aunque la literatura actual es limitada en cuanto a una etiología exacta, se reconoce que el TA tiene una naturaleza multifactorial, originada por la interacción de factores genéticos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales (Hernández y Ledón, 2018). Fairburn et al. (1998) identificaron algunos de estos factores de riesgo, como la autopercepción negativa, la obesidad infantil, el trauma infantil y la exposición recurrente a valoraciones negativas de la familia. Más tarde, se añadieron elementos como el perfeccionismo, la baja autoestima y la incapacidad para gestionar ciertos estados emocionales (Giner, 2011; Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

La disfunción familiar también desempeña un papel importante en el desarrollo del TA. Familias estrictas, negligentes o críticas tienden a influir negativamente en la autopercepción y el control alimentario de sus miembros, aumentando el riesgo de desarrollar este trastorno (Condado, 2021). Además, la soledad y la falta de una rutina

organizada pueden fomentar episodios de atracones, que a menudo ocurren en privado debido a la vergüenza asociada (Fairburn, 2017).

Desde una perspectiva biológica, investigaciones recientes han señalado la relación entre el TA y alteraciones en los neurotransmisores como la dopamina, lo que afecta los circuitos de recompensa y regulación del apetito (Gissela, 2021). Asimismo, se ha demostrado que factores genéticos, como el gen FTO, están asociados con una mayor propensión al TA y la obesidad (Micali et al., 2015).

Los factores socioculturales, como los ideales de belleza promovidos por los medios de comunicación, los estereotipos relacionados con el peso y la presión social, también contribuyen al desarrollo del TA. Prácticas como las dietas restrictivas pueden desencadenar un ciclo de restricción y atracones, agravando el trastorno (Baile y González, 2016). En mujeres, la insatisfacción corporal es un factor especialmente prevalente, siendo más marcada en aquellas con mayor índice de masa corporal (Figueroa et al., 2016).

### **Impacto en la salud mental**

El trastorno por atracón tiene un impacto significativo en la salud mental de quienes lo padecen, siendo profundamente influenciado por factores emocionales y psicológicos. Las emociones desagradables, como el estado de ánimo depresivo, desempeñan un papel central en su desarrollo. Los episodios de atracón actúan como un mecanismo de escape frente a sentimientos como el vacío, la angustia o el estrés, proporcionando un alivio temporal a estas experiencias negativas. Emociones como la tensión, impotencia, soledad, irritabilidad, enfado y ansiedad también suelen detonar estos episodios, lo que genera un círculo vicioso difícil de romper (Fairburn, 2017). Además, las personas con TA presentan dificultades tanto para identificar como para expresar sus emociones, lo que intensifica el impacto del trastorno en su bienestar emocional (Rojas y García-Méndez, 2016).

La comorbilidad psiquiátrica es otro aspecto que agrava el impacto del TA en la salud mental. Los trastornos del estado de ánimo, como el trastorno depresivo mayor y

el depresivo persistente, junto con los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno por estrés postraumático, son las afecciones más comunes asociadas al TA (Cruza, 2024). A medida que aumentan la ansiedad y la depresión, también lo hace la frecuencia de los atracones, lo que refuerza la relación bidireccional entre estos problemas (Guisado y Vaz, 2001).

Por otra parte, los trastornos de personalidad (TP) y del neurodesarrollo, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), son frecuentes en pacientes con TA, intensificando su impacto psicológico (Condado, 2021). Asimismo, existe una alta prevalencia de adicción al alcohol en individuos con TA, ya que esta sustancia reduce el control inhibitorio y fomenta los episodios de atracones. Este comportamiento genera a su vez estados emocionales depresivos, perpetuando el ciclo de atracones como un intento de aliviar la angustia, lo que profundiza aún más el daño emocional y mental (Condado, 2021).

## **Tratamiento Psicológico**

De acuerdo con la literatura científica reciente, el tratamiento psicológico constituye la intervención de elección para abordar el trastorno por atracón (TA), demostrando resultados superiores tanto a corto como a largo plazo en comparación con la terapia farmacológica (Grilo y Mitchell, 2016).

### ***Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)***

La TCC es la intervención más respaldada empíricamente en el tratamiento del TA, con abundante evidencia sobre su eficacia (Cuadro y Baile, 2015).

Originalmente diseñada para la bulimia nerviosa, esta intervención fue adaptada específicamente para el TA, centrada en abordar las creencias y percepciones distorsionadas sobre la imagen corporal que afectan la valoración personal y conducen a patrones alimentarios desajustados. Se trata de una intervención estructurada y planificada, que integra estrategias cognitivas y conductuales con el fin de regular la ingesta compulsiva (Fairburn, 2013).

En la práctica, la TCC suele dividirse en tres fases:

1. Fase inicial: Durante unos dos meses se establece un vínculo terapéutico y se realiza psicoeducación. Se utilizan entrevistas semiestructuradas, autorregistros y técnicas conductuales para diseñar un plan de alimentación estructurado que incluya comidas regulares y un manejo flexible de los alimentos, evitando prohibiciones que fomenten el atracón (Fairburn, 2013).
2. Reestructuración cognitiva: Esta fase (otros dos meses, en sesiones semanales) se centra en identificar y cuestionar las creencias disfuncionales relacionadas con el peso, la imagen corporal y las relaciones interpersonales. Se emplea el diálogo socrático y estrategias de resolución de problemas para reducir los impulsos de atracón (Cuadro y Baile, 2015).
3. Seguimiento y prevención de recaídas: Comprende tres sesiones quincenales para evaluar los avances, mantener las habilidades adquiridas y preparar al paciente para posibles recaídas.

Además, estudios longitudinales han demostrado la eficacia de la TCC para reducir atracones y mejorar la autoestima y adaptación social de los pacientes (Cuadro y Baile, 2015).

### ***Terapia Interpersonal (TIP)***

La TIP, inicialmente desarrollada para el tratamiento de la depresión (Klerman et al., 1970), fue posteriormente adaptada para la bulimia nerviosa y el TA. Esta modalidad terapéutica parte del supuesto de que los estados emocionales negativos derivados de conflictos interpersonales, como duelos no resueltos, transiciones vitales o carencias en vínculos significativos, pueden desencadenar episodios de atracón (Sánchez y Fernández-Valdés, 2002).

La TIP tiene como objetivo fortalecer las relaciones interpersonales, prevenir patrones relacionales desadaptativos y desarrollar una autoimagen positiva. Se divide en tres fases:

1. Fase inicial: Se explora detalladamente la historia relacional del paciente y se elabora un plan individualizado de afrontamiento.
2. Segunda fase: Se profundiza en el análisis de las dificultades interpersonales, complementado con un seguimiento semanal de la sintomatología.
3. Última fase: Se revisan los logros alcanzados, se establecen metas a largo plazo y se planifican estrategias de prevención de recaídas (Murphy et al., 2012).

La eficacia de la TIP ha sido constatada en estudios longitudinales y comparativos, evidenciando resultados equivalentes a los obtenidos con la TCC en la reducción de episodios de atracón y en el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento (Iacovino et al., 2012).

En suma, tanto la TCC como la TIP constituyen las intervenciones psicológicas más efectivas para el tratamiento del TA, logrando mejoras significativas en la reducción de atracones, en la consolidación de habilidades sociales y en el fortalecimiento de la autoestima. La elección entre una u otra modalidad dependerá de las características individuales del paciente, así como de sus circunstancias emocionales y relacionales.

### **Discusión y conclusiones**

El trastorno por atracón es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos acompañados de una pérdida de control, pero sin la presencia de conductas compensatorias, como ocurre en la bulimia nerviosa (BN). Estos episodios compulsivos suelen tener consecuencias en la salud física y mental de la persona, como la ganancia de peso significativa y la aparición de obesidad, junto a los problemas médicos que esta conlleva.

A lo largo de los años, la importancia del TA se ha ido reconociendo progresivamente, diferenciándose de otros TCA, especialmente de la BN, y adquiriendo un estatus diagnóstico propio con su inclusión en el DSM-5 en 2013. Aunque esta decisión generó cierto debate en la comunidad psiquiátrica, la presente revisión

bibliográfica muestra que reconocerlo como un trastorno independiente es fundamental para comprender mejor sus características, prevalencia y tratamiento.

En términos epidemiológicos, el TA se considera el TCA más común en todo el mundo, afectando aproximadamente al 2% de la población general, con mayor frecuencia en mujeres, aunque esta diferencia de género no es tan acentuada como en otros TCA como la anorexia nerviosa o la BN. Además, se observa una mayor prevalencia de este trastorno entre las personas con obesidad, especialmente aquellas que han estado expuestas a dietas constantes o tratamientos para perder peso, alcanzando cifras cercanas al 30% en esta población.

Respecto a su etiología, se reconoce que el TA es un trastorno de origen multifactorial, resultado de la interacción entre factores psicológicos, ambientales, socioculturales y genéticos. Entre los factores de riesgo más relevantes destacan el haber padecido obesidad o tener baja autoestima, el haber sufrido traumas en la infancia, la exposición a familias disfuncionales o a la presión de los medios de comunicación y los ideales de belleza. Además, la incapacidad de manejar emociones difíciles también incrementa la probabilidad de desarrollar episodios de atracón, ya que la comida puede convertirse en un medio de control o de consuelo.

El impacto del trastorno por atracón en la salud mental es profundo. Las personas que lo padecen suelen experimentar sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza tras los episodios de ingesta descontrolada, lo cual refuerza un ciclo de malestar emocional y atracones. Además, estos individuos presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos del estado de ánimo como la depresión, así como altos niveles de ansiedad y estrés. La constante preocupación por el peso, la imagen corporal y el juicio social puede erosionar la autoestima y deteriorar las relaciones personales, generando un aislamiento que agrava aún más el problema.

Por otro lado, la revisión destaca que las personas con TA suelen presentar una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, especialmente con trastornos del estado de ánimo como la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad y los problemas relacionados con el abuso de sustancias, particularmente

el alcohol. Esto refleja el importante impacto emocional y social que tiene el TA en la vida de quienes lo padecen, afectando su funcionamiento general y la calidad de vida.

En cuanto al tratamiento, se ha observado que las terapias psicológicas son el pilar fundamental en la intervención del trastorno por atracón. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que ha demostrado mayor eficacia. Esta terapia se centra en reducir progresivamente los episodios de atracón y en trabajar con técnicas como el autorregistro y la reestructuración cognitiva. Asimismo, la terapia interpersonal (TIP) ha mostrado resultados positivos, ya que ayuda a mejorar las habilidades interpersonales y a identificar patrones de relación disfuncionales que suelen estar presentes en estos pacientes.

A pesar de estos avances, la revisión evidencia que persisten importantes vacíos en el conocimiento sobre este trastorno, especialmente en lo referente a estrategias de prevención y detección temprana. Resulta esencial que se desarrollen programas educativos y de concienciación dirigidos a profesionales de la salud, familias y centros educativos para que las personas con TA no teman el rechazo o la crítica al pedir ayuda.

Finalmente, la revisión señala la necesidad de seguir investigando la efectividad comparada de la TCC y la TIP, así como su posible combinación, para garantizar la mejor respuesta terapéutica. En conclusión, aunque el presente análisis supone un avance en la comprensión del trastorno por atracón, es necesario que continúe la investigación, la educación y la colaboración entre profesionales, instituciones y la comunidad en general.

## Referencias bibliográficas

Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15.

<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>

Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed.). American Psychiatric Publishing.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). American Psychiatric Publishing.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Baile, J. I. y González, M. J. (2016). *Trastorno por atracón. Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones pirámide.

Condado Seco, D. (2021). *Abordaje terapéutico y cuidados de enfermería en el trastorno por atracón* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cantabria]. Repositorio institucional de la Universidad de Cantabria. <http://hdl.handle.net/10902/25472>

Cuadro, E., & Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.

<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>

Cruza Gómez-Escalonilla, L. (2023). *Trastorno por atracón: Epidemiología, factores de riesgo y tratamiento* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas].

Repositorio institucional de la Universidad Pontificia de Comillas.

<http://hdl.handle.net/11531/82980>

Escandón-Nagel, N., & Garrido-Rubilar, G. (2020). Trastorno por atracón: Una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(4). <https://doi.org/10.12873/404escandon>

Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating: The proven program to learn why you binge and how you can stop*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2013-07826-000>

Fairburn, C. G. (2017). *La superación de los atracones de comida. Cómo recupero el control*. Paidós.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 425–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>

Figuroa, J., Lusin, A. P., Morales, S. y Pérez, S. D. (2016). *Prevalencia del trastorno por atracón en mujeres pre y post menopausicas. Su relación con el estado nutricional, insatisfacción de la imagen corporal y estados de ánimo presentes*. Universidad de Buenos Aires.

García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. Binge eating disorder in the DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría*, (110), 70-74.

Giner Lladós, M. (2011). *Personalidad y psicopatología en el Trastorno por atracón* [Tesis doctoral, Universidad Internacional de Catalunya]. Repositorio institucional de la Universidad Internacional de Catalunya. <https://hdl.handle.net/10803/48513>

Gissela Betsaide, P. C. (2021). *Caracterización del trastorno por atracón y calidad de vida en pacientes con obesidad*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Nacional de

Chimborazo]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Chimborazo.

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8179>

Gómez-Candela, C., Palma, S., Mijan de la Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos del Portillo, R., Virgili, M. N., Martínez, M. A., Mories, M. T., Castro, M. J. y Martín-Palmero, A. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(1), 49-97.

Grilo, C. M., Reas, D. L., & Mitchell, J. E. (2016). Combining Pharmacological and Psychological Treatments for Binge Eating Disorder: Current Status, Limitations, and Future Directions. *Current psychiatry reports*, 18(6), 55.

<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0696-z>

Guisado, J. A., & Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 27-32.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100003&lng=es&tlng=es)

Hernández Rodríguez, J., y Ledón Llanes, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1- 15. <https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/115>

Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current psychiatry reports*, 14(4), 432–446.

<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0277-8>

Kornhaber A. (1970). The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 11(6), 580–584.

[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(70\)71579-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(70)71579-X)

Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female

samples. *Journal of eating disorders*, 5, 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>

Micali, N., Field, A. E., Treasure, J. L., & Evans, D. M. (2015). Are obesity risk genes associated with binge eating in adolescence? *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 23(8), 1729–1736. <https://doi.org/10.1002/oby.21147>

Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(2), 150–158. <https://doi.org/10.1002/cpp.1780>

Oginsky, M. F., Goforth, P. B., Nobile, C. W., Lopez-Santiago, L. F., & Ferrario, C. R. (2016). Eating 'Junk-Food' Produces Rapid and Long-Lasting Increases in NAc CP-AMPA Receptors: Implications for Enhanced Cue-Induced Motivation and Food Addiction. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(13), 2977–2986. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.111>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Clasificación internacional de enfermedades: undécima revisión*. <https://icd.who.int/es>

Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803021>

Rojas Ramírez, A. T., & García Méndez, M. (2016). Funcionamiento familiar como predictor de la alexitimia de acuerdo al índice de masa corporal. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(2), 2469–2476. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.06.010>

Sánchez, L. y Fernández-Valdés., R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Formación continuada en nutrición y obesidad*, 5(6), 314-324

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>