



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**TRASTORNO POR ATRACÓN: IMPLICACIÓN EN  
LA POBLACIÓN OBESA**

Autor/a: Sherezade González Pérez

Director/a: Alfonso Méndez

Madrid

2021/2022

## ÍNDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. METODOLOGÍA.....	5
4. TRASTORNO POR ATRACÓN.....	6
5. FACTORES DE RIESGO EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN.....	11
6. EMOCIONES Y TRASTORNO POR ATRACÓN.....	13
7. TRATAMIENTO.....	15
7.1 D.I.E.T.A.....	19
8. DISCUSIÓN.....	21
9. BIBLIOGRAFÍA.....	25

## **Resumen**

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica del Trastorno por Atracón (TA) en la población obesa. El trastorno por atracón ha sido incluido en el DSM-V recientemente, considerándose un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) independiente. Se caracteriza por la ingesta de grandes cantidades de comida en poco tiempo y un descontrol en esta. A su vez, no existen conductas compensatorias tras el atracón, característica que le diferencia de la bulimia nerviosa. Este trastorno tiene una gran implicación en la población obesa, ya que aproximadamente el 30% de pacientes obesos cumplen los criterios de diagnóstico para el trastorno por atracón. En cuanto a la comorbilidad con el TA, se encuentra sintomatología depresiva y ansiosa. Por otro lado, se analizan los distintos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno por atracón. También se observa como las emociones influyen en este trastorno, provocando el denominado “hambre emocional”. Por último, se estudian los distintos tipos de tratamientos cognitivo-conductual para corroborar su eficacia con este tipo de trastorno.

*Palabras claves:* trastorno por atracón, obesidad, trastorno de conducta alimentaria, tratamiento.

## **Abstract**

This paper reviews the literature on binge eating disorder (BED) in the obese population. Binge eating disorder has recently been included in the DSM-V and is considered a separate eating disorder (ED). It is characterised by eating large amounts of food in a short time and eating uncontrollably. At the same time, there are no compensatory behaviours after binge eating, a characteristic that differentiates it from bulimia nervosa. This disorder is highly implicated in the obese population, as approximately 30% of obese patients meet the diagnostic criteria for binge eating disorder. In terms of comorbidity with BED, depressive and anxious symptomatology is found. On the other hand, the different risk factors that increase the probability of a person developing a binge eating disorder are analysed. It is also looks at how emotions influence this disorder, causing the so-called emotional hunger. Finally, the different types of cognitive-behavioural treatments are studied to corroborate their efficacy with this type of disorder.

*Keywords:* binge eating disorder, obesity, eating disorder, treatment.

## 2. INTRODUCCIÓN

A medida que han ido pasando los años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han ido adquiriendo un gran peso tanto para los profesionales clínicos como para la sociedad. Esto se debe a su aparición cada vez más temprana y al incremento en su prevalencia. El Trastorno por Atracón (TA) ha sido oficialmente reconocido como trastorno, incluyéndose en el DSM-V en el año 2013. Hasta entonces, las personas que cumplían los criterios para dicho trastorno eran diagnosticadas como Trastorno del Comportamiento No Especificado (TCANE) (Castro y Ramírez, 2013).

En este estudio, realizaremos una revisión bibliográfica del trastorno por atracón en población obesa. Para ello, trataremos estos dos conceptos relevantes: trastorno por atracón y obesidad. Comenzamos definiendo el trastorno por atracón como una alteración alimentaria caracterizada por la aparición de atracones (ingestas de grandes cantidades de comida), que se define por dos sucesos fundamentales: la ingesta en un tiempo limitado de excesiva cantidad de comida y el descontrol de esta. También se experimenta malestar después de cada atracón, pero no recurren a conductas compensatorias. Esta última característica es lo que diferencia al TA de la bulimia nerviosa. Para poder establecer un diagnóstico de TA debe darse un atracón a la semana durante tres meses, sin que la persona realice ningún comportamiento compensatorio inadecuado recurrente (Morales et al., 2015).

Por otro lado, definimos obesidad como inestabilidad entre la cantidad de calorías que se ingiere y lo que consumimos de energía por el metabolismo y la actividad física. Se establece un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$ ” (Bersh, 2006). Las causas de la obesidad son complejas y provocadas por múltiples factores, donde observamos elementos psicológicos como ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, sintomatología depresiva, trauma grave y atracones (Bacete et al., 2019).

A lo largo del desarrollo de este estudio, veremos como ambos conceptos vienen de la mano. Esto lo podemos corroborar con los resultados obtenidos en estudios con población obesa, en el que el porcentaje oscila entre el 24% y el 30 % de personas que cumplen los criterios para el trastorno por atracón. Este trastorno es muy frecuente en pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica (después de la depresión mayor) y esto se relaciona con la recuperación tras los dos años de la intervención (Bacete et al., 2019).

Haciendo referencia a la comorbilidad psiquiátrica en TA, la asociación Americana de Psiquiatría afirma que está relacionada con la gravedad de la enfermedad y no con el índice de masa corporal. Los trastornos más habituales son el trastorno de estado de ánimo y trastorno de ansiedad. Las personas que padecen TA, en comparación con personas sin trastorno de conducta alimentaria, presentan mayor deterioro en su calidad de vida. En el ámbito mental, presentan tendencias suicidas, síntomas depresivos y mayores índices en tratamientos de salud mental. Esto lo podemos corroborar con los resultados obtenidos en los estudios realizados con personas con TA y obesidad, donde se ha concluido que entorno al 26% de las pacientes con sobrepeso/obesidad y con trastorno por atracón que están bajo tratamiento presentan sintomatología depresiva leve; el 18% moderada y el 8,2% severa, lo que da un total de 52,1% de personas con depresión. Este porcentaje es mayor al que se observa en la población general, destacando las puntuaciones de las mujeres por encima de la de los hombres (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

Por último, nos centraríamos en el estudio del tratamiento del trastorno por atracón en esta población obesa, analizando la eficacia de dicho tratamiento para la mejora de este trastorno. Desde el punto de vista de la intervención psicosocial, se ha comprobado que las técnicas con mayor eficacia son las intervenciones con enfoques cognitivos conductual y las terapias interpersonales. Los objetivos principales para el tratamiento son la disminución de la cantidad de alimentos que se toman en cada atracón y la reducción de la repetición de estos. Para que el tratamiento sea totalmente eficaz, se debería de realizar un tratamiento global incluyendo todas las esferas del ámbito psicosocial (Baile, 2014).

### **3. METODOLOGÍA**

La investigación consta de una revisión bibliográfica sobre el trastorno por atracón en población obesa y su evolución a lo largo de los años. A su vez, se observan tanto los factores de riesgo para la aparición como las consecuencias que tiene dicho trastorno en las personas, haciendo hincapié en los posibles tratamientos eficaces para el mismo.

Para la búsqueda se ha consultado las siguientes bases de datos: PsycInfo y Psycodoc, ambas accediendo desde la Biblioteca de la Universidad Pontificia Comillas. A su vez, también se ha empleado Google Académico como vía de búsqueda. Las palabras claves

empleadas han sido: “trastorno por atracón”, “obesidad”, “binge eating disorder”, “trastorno de conducta alimentaria” y “tratamiento”.

Como fuentes de información principal se ha usado dos libros: “Trastorno por Atracón: diagnóstico, evaluación y tratamiento” de José I. Baile y María J. González y el “La superación de los atracones de comida: como recuperar el control” cuyo autor es Christopher Fairburn.

La única dificultad destacable en la búsqueda ha sido la escasez de información que hay sobre este trastorno, debido a que ha sido incorporado en el DSM-V recientemente, por lo que la mayoría de la literatura escogida es previa a esta incorporación.

#### 4. TRASTORNO POR ATRACÓN

El trastorno por atracón en la década de los ochenta en el siglo XX, debido al alto número de casos de personas con sintomatología de atracones que no realizaban la acción de compensación (vómitos, ayunar, ejercicio masivo), se comenzó a considerar como un nuevo trastorno. Esto se debe a que hasta ahora se confundía con la bulimia nerviosa, ya que compartía la conducta del atracón. A finales de los ochenta en España, se empezó a contemplar dicho trastorno como “sobreingesta compulsiva” (Baile y González, 2016).

Los criterios de clasificación para diagnosticar TA han ido modificándose con los años hasta llegar a los que tenemos actualmente. A continuación, en el siguiente cuadro se exponen los criterios especificados por el DSM-V (García, 2014):

##### **Cuadro 1:**

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

- A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
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.

2. Sensación de pérdida 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 que se ingiere).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los hechos siguiente:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se sienta 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.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

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.

**Especificar si:**

*En remisión parcial:* Si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.

*En remisión total:* Si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

**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

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

En el DSM-V se ha conservado los mismos criterios de TA recogidos anteriormente en el DSM-IV, la única modificación destacable ha sido en el criterio de temporalidad (Criterio D), cambiando de 2 veces a la semana en los últimos 6 meses a 1 vez a la semana en los tres meses anteriores. A su vez, se ha añadido las diferencias de gravedad del trastorno (leve, moderado, grave o extremo) y la remisión de este (observar el punto en el que se encuentre el paciente) (García, 2014). En cambio, a diferencia del DSM-V en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) aún no ha sido recogido el trastorno por atracón, ya que solo aparece reflejada la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Baile y González, 2016).

En la población general encontramos unos índices de prevalencia del TA aproximados al 2 de cada 100, en cambio en las mujeres jóvenes o adolescentes observamos un incremento de estos valores al 3.5 de cada 100. También se observa prevalencia en población obesa, abarcando del 30 de cada 100 personas que se exponen a algún tratamiento. La conducta del “atracción” es muy usual en pacientes obesos teniendo esta un valor fundamental en la problemática del peso de estas personas (Baile y González, 2016).

Dentro de los trastornos de conducta alimentaria, el TA es el trastorno con mayor prevalencia en población adolescente. Hablamos de que 6.6 de cada 100 mujeres sufrirían este trastorno, abarcando también los casos en los que no se cumple el cuadro completo, pero si que se dan manifestaciones subclínicas (Baile y González, 2016).

En 2013, se realizó un estudio donde se analizó la prevalencia de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón en varios países, obteniendo que ambos trastornos eran más frecuentes en mujeres que en hombres. A su vez, se obtuvo también que el 50% de los pacientes con TA eran obesos o presentaban sobrepeso, pudiendo observar que el 63% de los casos padecían en primer lugar sobrepeso o obesidad y terminaban desarrollando el TA, en cambio el 16% ocurre a la inversa (Gómez-Candela et al., 2018). No obstante, hay que destacar que el trastorno por atracón tiene un pronóstico psicológico más desfavorable, ya que las posibilidades de desarrollar alteraciones psicopatológicas aumentan en comparación con las personas obesas sin TA (Baile, 2014).

Los pacientes que padecen TA normalmente sienten vergüenza de su comportamiento con la comida y no piden ayuda, por lo que realizar un diagnóstico de dicho trastorno suele ser complicado. Un gran número de casos de pacientes que acuden a consultas de

obesidad/sobrepeso son atendidos también por el trastorno por atracón, diferenciándose este último por la presencia de los atracones y la periodicidad de estos (Gómez-Candela et al., 2018).

Para entender el trastorno por atracón es importante hacer hincapié en las características de este. En primer lugar, la persona comienza en los primeros instantes a sentir placer disfrutando del sabor de los alimentos, pero esas sensaciones se reemplazan por sentimientos de malestar e incluso de asco mientras está comiendo. Por otro lado, es importante destacar la velocidad a la que se ingiere el alimento, ya que en el atracón la persona ingiere la comida a gran velocidad llegando a beber en grandes cantidades para poder tragar la comida. En tercer lugar, la persona puede parecer agitada, comiendo sin parar, paseando de un lado para otro de manera inquieta y sintiendo el deseo de comer como un impulso sin control (Fairburn, 2017).

A su vez, la persona en un atracón posee la conciencia alterada de manera que se encuentra desconectada de la realidad. Muchas veces los pacientes afirman utilizar vías de distracción para no ser conscientes de lo que están haciendo. Otra característica muy destacable del atracón es el secretismo, ya que las personas que lo padecen se sienten avergonzadas de su conducta e incluso culpables, por lo que tienden a ocultarla. Por último, otra característica fundamental es la pérdida de control, conducta que diferencia el trastorno por atracón de la sobreingesta cotidiana. Esta puede darse antes de comenzar a ingerir la comida, durante o después de darse cuenta de la cantidad que se ha ingerido (Fairburn, 2017).

En cuanto al tipo de alimento ingerido en el atracón, encontramos alimentos normalmente restringidos para la persona como sería el chocolate, galletas, cereales o dulces. Suele tratarse de alimentos de fácil consumo, ya que no requieren ningún tipo de preparación. Por el contrario, siempre pensamos que los atracones se definen por un contenido elevado de carbohidratos, pero es un mito, ya que lo que lo caracteriza es la elevada cantidad de comida ingerida no la composición de esta (Fairburn, 2017).

A pesar de que los atracones presenten determinadas características, estas varían según la persona e incluso en el mismo individuo podemos encontrarnos varios tipos de atracones. Observamos tres tipos de ingesta compulsiva en los atracones (Fairburn, 2017):

- Ingesta compulsiva completa: muy rápida y sin disfrute (solo al inicio con el sabor del alimento), acabando con un sentimiento de culpabilidad. Suele darse en un

espacio determinado como, por ejemplo, el dormitorio. En este tipo de atracón recurren a laxantes, lo que provocan sentimientos de culpa y miedo (Fairburn, 2017).

- Ingesta compulsiva incompleta: se da en la noche y se asemeja al tipo anterior de atracón, pero no se experimenta mucho miedo. No hay control y es automática (Fairburn, 2017).
- Ingesta compulsiva lenta: suele darse en casa y la persona es capaz de intuir que va a pasar. Intenta evitar el atracón, pero finalmente se rinde y experimenta sensaciones agradables. Se selecciona alimentos que normalmente no se suelen consumir y hay disfrute en el comienzo. Puede llegar a pensar que va a engordar culpabilizándose, pero aun así continúa con el atracón (Fairburn, 2017).

Dentro de la población obesa, se ha observado diferencias en el comienzo de la obesidad en los pacientes que presentan trastorno por atracón. Por un lado, los pacientes que presentan el trastorno comienzan con la sobreingesta de comida entorno a los 16 años mientras que los que no presentan TA comienzan más tarde, entre los 20-25 años (Berrocal y Ruiz, 2001).

Se ha comprobado que la población obesa presenta unos mayores índices de obesidad infantil y paterna en pacientes con trastorno con atracón y bulimia nerviosa. Normalmente, cuando se produce un sobrepeso en la infancia o en la adolescencia aumenta la probabilidad de mostrar insatisfacción con el peso y con la imagen corporal, tendiendo a realizar dietas estrictas. Un factor muy importante en esta población es la convivencia con algún familiar con problemática con el peso o con la imagen corporal, ya que aumenta la sensibilidad al aumento de peso fomentando las restricciones en la alimentación (Fairburn, 2017)

A continuación, analizaremos los factores de riesgo que predisponen a la persona a padecer un trastorno por atracón, ya que su conocimiento es esencial para prevenir las consecuencias que provoca esta sobreingesta.

## 5. FACTORES DE RIESGO EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN

En 1998, se realizó el primer estudio sobre los factores de riesgo para el desarrollo de trastorno por atracón. Se utilizó como muestra a un grupo de personas con este trastorno comparándolas tanto con personas sanas como otras con otros trastornos mentales. En relación con los sujetos sanos, se obtuvo que la existencia de una autoevaluación negativa, sintomatología depresiva en los padres, violencia física o sexual en edades tempranas, autolesiones y la exposición recurrentemente a comentarios negativos procedentes de la familia son factores de riesgo para el desarrollo de un TA. En pacientes con otros trastornos, también se identificó como factor de riesgo la exposición recurrente de comentarios negativos por parte de la familia junto con la obesidad infantil (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

En los trastornos de conducta alimentaria, además de los elementos mencionados anteriormente, encontramos otros factores que interactúan con estos. En primer lugar, el perfeccionismo clínico que hace referencia al compromiso de normas personales rígidas. En segundo lugar la autoestima global negativa, lo cual es muy recurrente en personas con un TCA, ya que son autocríticas; la insatisfacción corporal, ya que tienen pensamientos negativos acerca de su figura; la alimentación emocional, mecanismo al que recurren al enfrentarse a acontecimientos estresantes; las dificultades interpersonales que marcan negativamente la autoestima en algunos casos de TCA (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

También, la intolerancia a determinados estados de ánimo es lo que dificulta enfrentarse a determinadas emociones que normalmente son negativas. Por último, la comprobación corporal, ya que la persona recurre a inspeccionar recurrentemente su cuerpo o alguna parte de este lo que genera vergüenza (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

Por otro lado, se ha analizado una relación entre el consumo de alcohol y el trastorno por atracón, donde podemos observar que esta sustancia inhibe de control para resistir a determinadas tentaciones como, por ejemplo, la comida (interfiriendo en las dietas). A su vez, provoca estados emocionales de tristeza y depresión, lo que predispone a la persona a una vulnerabilidad mayor para realizar ingestas compulsivas de grandes cantidades de comida (Fairburn, 2017).

Otro factor que puede influir en el trastorno por atracón es la falta de planificación del tiempo en la vida de la persona, ya que la rutina ayuda a tener determinados hábitos y a tener distancia de los posibles atracones. Con esta desorganización del tiempo podría surgir el aburrimiento, sentimiento que tiende a provocar la ingesta en atracón. Por otro lado, estar solo una gran parte del tiempo también podría ser factor de riesgo para que ocurra el atracón, ya que normalmente esta conducta se da a solas y a escondidas (Fairburn, 2017).

Haciendo referencia a las normas sociales, nos encontramos con algunos factores que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria y en la obesidad. En primer lugar, la exposición a los medios de comunicación, ya que muestran los parámetros de belleza admitidos en la sociedad. En segundo lugar, los estereotipos relacionados con el peso que discriminan a las personas con obesidad. A su vez, recurrir constantemente a dietas, buscando el perfeccionismo e ideal de superwoman, aumenta el riesgo de desarrollar un TA. Por último, el fat talk (diálogos negativos acerca del cuerpo y la forma física de las mujeres) es otro de los factores que influye en este trastorno (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

En los pacientes con obesidad y sobrepeso suele ser muy frecuente recurrir a realizar dietas para adelgazar. En algunos casos, las personas se dan atracones para calmar el ansia por comer y eliminar la sensación de hambre, lo que se puede convertir en un ciclo provocando un trastorno por atracón. Por otro lado, se dan casos en los que ha habido una sobreingesta en la infancia, por lo que, la persona recurre a la realización de una dieta para compensar, provocando las mismas consecuencias que en el caso anterior (Baile y González, 2016).

En el Trastorno por Atracón, otro factor influyente es la disfunción familiar, ya que se ha demostrado que existe una relación negativa entre el funcionamiento familiar y los posibles síntomas que manifiesta la persona con TCA. Se realizó un estudio con 497 jóvenes, de edades comprendidas entre los 18 y 28 años, donde los resultados afirman que las familias con poca cohesión o comunicación y demasiado rígidas, son creadoras de situaciones estresantes junto con el descontrol de las sensaciones de hambre o saciedad induciendo al atracón. Estos resultados fueron similares a los obtenidos en un estudio elaborado con adolescentes venezolanos (Morales et al., 2015).

En una investigación con estudiantes universitarios venezolanos con sintomatología depresiva, se obtuvo una alta prevalencia del TA en comparación con los estudiantes que

no presentan dicha sintomatología. Los datos obtenidos en el estudio anterior coinciden con los que se adquirieron en una investigación con atletas venezolanos y estudiantes de medicina, pero en este segundo caso, se examinaron todos los trastornos de la conducta alimentaria. Por esto, habría que realizar análisis estadísticos o estudios de mayor ponencia para determinar la influencia de los síntomas depresivos en el TA (Morales et al., 2015).

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio con 134 mujeres que se encontraban en etapa pre y postmenopáusicas analizando su relación con su estado nutricional, con la insatisfacción con su cuerpo y los estados de ánimos que presentan. Se obtuvo que en relación con la imagen corporal de sí mismas, el 90.3% de las mujeres deseaban estar más delgadas, solo un 8.2% estaban a gusto con su imagen corporal y un 1.5% deseaban ganar peso. Dentro de la muestra que presentaba sobrepeso u obesidad, el 100% refería el querer perder peso. Por último, en este estudio se halló la relación entre el IMC y la insatisfacción del aspecto corporal en las mujeres, ya que cuanto más peso presentaba la persona mayor deseo en adelgazar poseía. Por el contrario, no se obtuvo la misma relación directa entre la idea corporal insatisfactoria y los estados de ánimo que presentaba cada una (Figuroa, 2016).

De la misma manera, la tensión premenstrual en las mujeres provoca una falta de control en la alimentación de estas, sobretodo en los días de antes al periodo menstrual. Esto podría relacionarse con los sentimientos que presentan las mujeres durante el periodo, sintiendo mayor sensibilidad, tristeza y mal humor (Figuroa, 2016).

Podemos concluir que todos los factores mencionados anteriormente interactúan entre sí y someten a las personas a unos niveles altos de presión, provocando consecuencias como unos hábitos no saludables que desencadenan en trastornos de conducta alimentaria (Figuroa, 2016).

## **6. EMOCIONES Y TRASTORNO POR ATRACÓN**

El hambre emocional es un término que se refiere a la utilización de alimentos como un mecanismo disfuncional de afrontamiento de las emociones. Las emociones están muy vinculadas al hambre, y en este caso, el hambre no nace de una necesidad fisiológica sino de una emocional. El hambre emocional se podría dar en ocasiones de estrés, de

aburrimiento, para cubrir un vacío, en la soledad o incluso en sentimientos de abandono. Es un mecanismo con el cual la persona utiliza la comida como un refugio para cubrir otra necesidad. A su vez, este mecanismo de afrontamiento suele provocar culpabilidad o malestar al haber realizado la sobreingesta de comida, ya que no se logra cubrir la necesidad verdadera que tiene el paciente (Vital, 2020).

Este mecanismo puede provocar tanto el aumento de peso como la pérdida de este, ya que depende del estado de ánimo de la persona. De esta forma, podemos afirmar que el sobrepeso, la bulimia y la anoréxica provienen de la manera en la que la persona regula las emociones (Vital, 2020).

Los atracones suelen ser provocados por las emociones desagradables. Por esto, el estado de ánimo depresivo juega un papel fundamental en el trastorno por atracón. Cuando nos sentimos bloqueados, vacíos o angustiados, el atracón borra de nuestra mente lo que nos está molestando en ese momento, es decir, las emociones desagradables que estamos viviendo. A su vez, el estrés, la tensión, la impotencia, el sentirse solo, estar irascible, el cabreo o la ansiedad son estados de ánimos influyentes en el trastorno por atracón (Fairburn, 2017).

El hambre emocional, ha sido investigado por la Teoría Psicosomática que estudia la relación entre la mente y el cuerpo (como influye los factores psíquicos en los trastornos físicos). El hambre emocional, se ha determinado como una reacción del cuerpo a los estados emocionales para disminuir el estrés, sin considerar los estímulos fisiológicos tanto de hambre como de saciedad. En ocasiones, una sobreingesta puede ser el mecanismo empleado para ocultar determinados pensamientos, recuerdos, sentimientos o emociones que causan un determinado malestar. Las personas que presentan atracones poseen una dificultad tanto para reconocer sus emociones como para expresarlas (Rojas y García-Méndez, 2016).

En un estudio realizado con estudiantes universitarios de ambos sexos, se analizó las emociones que sienten estas personas durante la comida. Destacaron la alegría, el alivio, el amor y el arrepentimiento. También se observó como en la selección de alimentos, se produce una interacción entre los factores del ambiente de la persona y los factores individuales, es decir, no solo influye a la hora de elegir qué comer y dónde comer la necesidad fisiológica, sino multitud de factores tanto emocionales como del entorno. Con esto podemos recoger la idea de Macht propuesta en 2008, donde afirma que la regulación

de la selección de alimentos se encuentra relacionada con las emociones que nos hagan sentir el propio alimento. Este mismo autor habla del vínculo que se genera entre la emoción y la conducta alimentaria cuando la persona experimenta determinados estados emocionales. Esto ocurre mayormente en contextos alimentarios, por lo que se modifican determinados esquemas cognitivos y conductuales relacionados con la alimentación (Peña y Reidl, 2015).

En un estudio realizado para observar los factores precipitantes y mantenedores en el trastorno por atracón, se concluyó mediante la escala de comedor emocional de Garaulet que, en los pacientes con TA los atracones están influenciados de manera muy destacable con las emociones. A su vez, en cuanto a la ansiedad y la depresión podemos afirmar que cuanto más presente la persona estos dos estados de ánimo, mayor será el número de atracones que se produzcan (Gracia, 2017).

## **7. TRATAMIENTO**

En este estudio vamos a hacer una revisión bibliográfica de los tratamientos con mayor eficacia en cuanto a su abordaje terapéutico, destacando la terapia cognitivo-conductual como la más completa e integradora (Cuadro y Baile, 2015).

Hoy en día, gracias a psiquiatras e investigadores, sabemos que la terapia cognitivo-conductual beneficia a los pacientes que sufren trastorno por atracón. Inicialmente este tratamiento fue diseñado para afrontar la bulimia nerviosa, pero ha sido adaptado para el TA. Este tratamiento tiene como objetivo vencer el problema de la ingesta compulsiva progresivamente, de manera estructurada y planificada haciendo uso de técnicas cognitivo-conductuales y educativas (Cuadro y Baile, 2015).

Este tipo de terapia en formato de autoayuda podría ser fundamental en un caso de trastorno por atracón, al igual que la bulimia nerviosa, ya que se caracterizan por la ocultación de dicho trastorno y por el sentimiento de vergüenza que les impiden acudir a terapia para pedir ayuda. Este formato de autoayuda al igual que es eficaz para determinados pacientes que tienen problemas de ingesta compulsiva en su forma más simple, para otras personas que sufren este tipo de trastornos presenta limitaciones. Debido a esto, se propone un tratamiento escalonado en el cual si se presenta dificultad

en el primer nivel se puede continuar eligiendo entre otros cuatro tratamientos opcionales. Estos niveles son: el primero es la autoayuda, el segundo es la autoayuda guiada, en el tercer nivel la terapia cognitivo-conductual y en el cuarto, alternativas como la terapia interpersonal, los antidepresivos o la hospitalización del paciente (Cuadro y Baile, 2015).

En tratamientos dirigidos a pacientes obesos con TA es importante considerar unos objetivos acordes con el tipo de población a la que va dirigida. Nos proponemos interrumpir la conducta del atracón, disminuir el malestar emocional y psicológico y conseguir una buena salud. La terapia cognitivo-conductual intenta reconocer pensamientos y sentimientos distorsionados acerca de la imagen del cuerpo sustituyéndolos por la aceptación de este. Se le da una mayor importancia a la regulación de la ingesta de alimentos que a la disminución del peso (Sánchez y Fernández-Valdés, 2002).

El tratamiento cognitivo-conductual se aplica en tres fases. En la primera, se emplea mecanismos conductuales con la finalidad de que el paciente adquiera habilidades para regular la alimentación y el peso. En la segunda fase, se introducen técnicas cognitivas y de resolución de problemas para que consigan un control en los impulsos de atracón y un manejo de las actitudes no funcionales asociadas con el peso y la imagen corporal. Por último, la tercera etapa se centra en preparar al paciente para las posibles recaídas que puedan suceder. Este tratamiento también se aplica en la bulimia nerviosa, diferenciándose del TA solamente en que este último utiliza técnicas de pérdida de peso, ya que los pacientes suelen presentar sobrepeso y en la bulimia nerviosa no. Posteriormente, ha sido planteada por Allen la implantación de un nuevo elemento en este tratamiento cognitivo-conductual: entrenar a los pacientes aumentando los índices de conciencia sobre los indicadores del hambre y de la saciedad, empleando automonitorización con imágenes visuales. Con ello, los pacientes aprenderían a identificar el hambre fisiológica y disminuirían los atracones ante señales no fisiológicas como las sociales o emocionales. Esta modificación se analizó en un estudio con mujeres y se obtuvo resultados con grandes mejorías en cuanto a sintomatología ansiosa, en el estado de ánimo y una disminución de atracones (Berrocal y Ruiz, 2001)

Se aplicó el tratamiento cognitivo-conductual a una adolescente con obesidad mórbida con trastorno por atracón, en el que se llevaron a cabo 12 sesiones con una duración entre 60-90 min cada una. El tratamiento se aplicó durante 4 meses, donde se fue observando

una disminución de la tendencia a la delgadez, un aumento de las relaciones sociales con los demás y un aprendizaje en cuanto a detección de emociones y sensaciones propias. Además, hubo un aumento de autoestima y una disminución de ansiedad y sintomatología depresiva. En base a estos resultados, podemos decir que el tratamiento fue efectivo y consiguió reducir el número de atracones, una adhesión a hábitos saludables, adquirir mecanismos de afrontamiento a situaciones que requieran control y disminuir el hambre emocional. En cambio, el perfeccionismo se mantuvo (era un rasgo de la personalidad de la paciente) y la insatisfacción corporal en base a su obesidad mórbida (García-Marín et al., 2016).

La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado eficaz en un estudio de seguimiento mostrando una reducción de atracones aproximadamente un 50% de los sujetos, a su vez un 74% de estos no muestran ingestas compulsivas en el post-tratamiento y continúan así hasta pasado un año de seguimiento. En estos casos, las recaídas han tenido una ganancia de peso de una media de 3.6 kilos en dicho periodo. Se afirma que, si se aplicase el tratamiento el doble de tiempo, se obtendrían resultados aun mejores e incluso en pacientes que no mostraban evolución en un principio (Berrocal y Ruiz, 2001).

Por otro lado, en pacientes obsesos con TA se encuentra peores resultados, ya que muestran una menor reducción de peso, un mayor porcentaje de abandonos del tratamiento y un mal mantenimiento del peso frente a pacientes obesos sin trastorno por atracón. En este tema hay controversia, ya que hay estudios que si indican una buena mejoría en estos pacientes reduciendo la ingesta compulsiva hasta el 81% de los sujetos (Berrocal y Ruiz, 2001).

Por otro lado, la terapia interpersonal principalmente se utilizaba para pacientes con depresión, pero fue posteriormente modificada para pacientes con bulimia nerviosa. Finalmente, se ha implantado en grupos de pacientes con trastorno por atracón. Esta terapia considera que los estados emocionales negativos relacionados con problemática interpersonal van a acabar produciendo el atracón. Establece como principales causas de esta problemática un duelo no acabado, una mala adaptación a una nueva etapa de vida y carencias en relaciones personales. La terapia interpersonal es eficaz en este tipo de trastorno, puesto que modifica y desarrolla capacidades y destrezas interpersonales y mecanismos de afrontamiento alternativos al atracón (Sánchez y Fernández-Valdés, 2002).

Dentro de el tratamiento cognitivo-conductual podemos encontrar la autoayuda guiada. Este tratamiento pone su énfasis en ayudar a los pacientes a modificar sus rutinas alimentarias. Tiene la misma efectividad que la terapia interpersonal y es más simple a la hora de aplicarla con los pacientes. Es una vía más fácil que la terapia cognitivo-conductual completa, ya que tiene los elementos de este abordaje salvo los componentes cognitivos más profundos. Podemos encontrar dos tipos de autoayuda, la guiada y la pura, diferenciándose en que una emplea ayuda externa y la otra no, respectivamente. Con estos dos tipos de autoayuda se ha concluido que la superación de atracones es el mejor programa que se ha estudiado hasta ahora para disminuir los atracones, además de concluir que la autoayuda de manera guiada tiene mayor efectividad que la pura. A su vez, la autoayuda pura tiene una gran ventaja, ya que refuerza la autonomía del paciente al no requerir de un profesional externo (Fairburn, 2017)

Además, encontramos la terapia conductual de adelgazamiento donde se emplean mecanismos conductuales clásicos cambiando las rutinas de alimentación y fomentando el entrenamiento físico. Esta terapia comparte técnicas con la terapia cognitivo-conductual como, por ejemplo, el desarrollo del autocontrol o el reemplazo de comportamientos por otros alternativos (Sánchez y Fernández-Valdés, 2002).

A su vez, algunos autores como William Stewart Agras realizaron un estudio combinando distintas terapias para comprobar si aumentaba la eficacia que presentaban estos abordajes por separado. La investigación se realizó con mujeres y hombres obesos con trastorno por atracón, donde se aplicó la terapia cognitivo-conductual primero. Una vez aplicada esta, si se observaba la eliminación o disminución de la conducta del atracón se continuaba con la aplicación del programa de adelgazamiento o sesiones de terapia interpersonal. De esta investigación se obtuvo como resultados, gracias a la terapia cognitivo-conductual, una disminución de la regularidad de los atracones. Además, en los sujetos que se había observado una reducción de los atracones, se produjo una pérdida importante de peso con el programa de adelgazamiento aplicado. En cambio, en los pacientes que no habían mostrado una disminución de los atracones no se obtuvieron cambios significativos con el resto del tratamiento aplicado. Se realizó un seguimiento de todos los pacientes a lo largo de un año, observando que los sujetos que habían logrado reducir del todo las conductas de atracón en la fase cognitivo-conductual de la

investigación, habían mantenido el peso levemente por debajo (Sánchez y Fernández-Valdés, 2002).

Con la información recogida concluimos que el tratamiento cognitivo conductual y sus variantes son la vía con mayor eficacia en pacientes con obesidad y trastorno por atracón consiguiendo con su aplicación los mejores resultados.

### **7.1 D.I.E.T.A**

El servicio de Psiquiatría, en Hospital Universitario Infanta Leonor, ha creado un modelo para agrupar a los pacientes con obesidad en cinco clasificaciones psicológicas. Este modelo, ha sido nombrado con el acrónimo D.I.E.T.A agrupando las iniciales de las cinco dimensiones psicológica: disejecutivo/desorganizado, impulsiva, emocional, traumática y adictiva. Se realiza un cuestionario con 35 preguntas, en una muestra elegida de pacientes obesos del hospital, cuyos resultados determinan que cada grupo recoge las siguientes características.

En la primera dimensión encontramos el grupo disejecutivo/desorganizado, donde se clasifican los pacientes con carencias en la organización, en la planificación y cumplimiento de comidas. Además, en este grupo incluimos personas con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto (Bacete et al., 2019).

La segunda dimensión del modelo es la impulsiva, donde se clasifica a las personas que tienen una predisposición continua a dejarse llevar con la comida. Estos pacientes ven un alimento y no pueden resistirse. También pierden el control con las cantidades de ingesta, dándose atracones y alimentándose de “comida basura”. Los pacientes de esta dimensión, al igual que la anterior, presentan síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto (Bacete et al., 2019).

La tercera dimensión es la emocional, que incluye a las personas que son incapaces de gestionar la situación utilizando mecanismos adaptativos. Para estos pacientes, la comida es una forma de huida y les sirve para regular el malestar emocional que padecen. Estas personas, suelen padecer los síntomas del Trastorno por Ansiedad Generalizada y/o sintomatología depresiva (Bacete et al., 2019).

La siguiente dimensión psicológica es la traumática, donde se clasifica a los pacientes que han sido víctimas de algún suceso traumático (recurrente en edades tempranas) y a las personas con dificultades de apego. Estos pacientes utilizan la comida para disociarse de la realidad y olvidar lo sucedido, llegando a alejarse de la emoción que experimentan tras el suceso. Encontramos en este grupo sobretodo a mujeres jóvenes que han sido víctimas de un suceso traumático de tipo sexual (Bacete et al., 2019).

La última dimensión psicológica es la adictiva. En esta dimensión, se encuentran las personas que tienen una predisposición a depender patológicamente de las actividades que les proporcionan rápidamente placer como, por ejemplo, la comida. Estas personas, suelen tener mayor tendencia a realizar sobreingestas de comida (atracones o picoteos) e ingieren alimentos con un alto contenido en azúcares o calorías. Pueden desarrollar dependencia, abstinencia y tolerancias con la comida (Bacete et al., 2019).

Con este modelo podemos concluir que, detrás de cada uno de los pacientes obeso, observamos alteraciones psicológicas diferentes. Encontramos en la parte superficial una problemática tanto con el peso como en la comida, pero debajo se esconde todo lo psicopatológico. Con esto podemos afirmar que, una persona con obesidad ni carece de motivación ni no quiere llevar a cabo las conductas para alcanzar un peso adecuado, sino que posee determinadas distorsiones cognitivas y no gestiona bien sus emociones. Esta problemática dificulta al paciente el proceso de pérdida de peso. Por esto, es necesario un acompañamiento terapéutico, junto con una buena alimentación y deporte (Bacete et al., 2019).

Este modelo, es una buena herramienta para el desarrollo de futuras líneas de tratamiento. Se puede observar las características de cada paciente, pudiendo administrar un tratamiento acorde a sus necesidades y sus características. Con esto, realizaríamos una intervención terapéutica con mayor probabilidad de éxito.

## 8. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica tiene como finalidad conocer cuales son las características del trastorno por atracón, junto los factores que aumentan el riesgo de su aparición y su tratamiento. Con el paso de los años, se ha observado la importancia de este trastorno y sus diferencias con los demás trastornos de la conducta alimentaria. Por esto, se ha incluido de manera independiente en el DSM-V. Esta inclusión fue muy criticada por varios autores, pero a lo largo de este estudio hemos observado la necesidad de tratar a este trastorno como independiente, teniendo en cuenta así sus características individuales y aplicando un tratamiento adecuado para paliar la sintomatología presentada en los pacientes.

El trastorno por atracón se diferencia principalmente de la bulimia nerviosa (trastorno con el que hasta ahora se confundía), por la ausencia de una conducta compensatoria después del atracón como los vómitos, ayunos, tomar laxantes o realizar un ejercicio físico en exceso. A su vez, como hemos visto en este estudio, el trastorno por atracón viene acompañado de un diagnóstico de obesidad/sobrepeso en la mayoría de los casos. En el resto de TCA no suele verse esta sintomatología. En el TA, existe un desagrado con la imagen y la forma del cuerpo, pero no hay una alteración de la percepción como en la bulimia nerviosa.

En cuanto a la prevalencia, observando los datos obtenidos se concluye que hay mayor prevalencia de trastorno por atracón en población obesa, destacando mayor puntuación en las mujeres que en los hombres. Los atracones son una conducta con una importancia fundamental en la problemática del peso en la población obesa. A su vez, este trastorno es el que tiene una mayor puntuación dentro de la población obesa, con respecto a los demás trastornos de la conducta alimentaria. También podemos afirmar que, los pacientes con obesidad y TA comienzan con la sobreingesta antes que los pacientes obesos sin TA. Por lo que, concluimos que el TA está directamente relacionado con la obesidad.

Los pacientes con trastorno por atracón comienzan sintiendo placer mientras se dan el atracón, pero esa sensación es momentánea. Empiezan a sentirse culpables de lo que han ingerido, sintiendo asco. El trastorno por atracón se caracteriza por ingerir alimentos en grandes cantidades y velocidades. La persona en el momento de la conducta del “atracon” tiene la conciencia alterada, desconectada de la realidad y agitada. Pierde el control y

termina cayendo en la tentación de ingerir el alimento. Estos alimentos suelen ser los que en su vida diaria no comen (debido a dietas o restricciones), de fácil consumo y preparación. No es importante la cantidad de carbohidratos que posea el alimento.

En cuanto a factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar el trastorno por atracón encontramos los siguientes. En primer lugar, haber sufrido sobrepeso en la infancia puede aumentar la insatisfacción corporal y la problemática con el peso del paciente, haciendo que este restrinja la alimentación desencadenando un TA. Por otro lado, la violencia física o sexual en edades tempranas, la disfunción familiar, las autolesiones o estar expuesto a comentarios negativos de algún familiar recurrentemente en relación con el cuerpo, aumenta el riesgo de desarrollar dicho trastorno. También la autoevaluación de uno mismo negativa, el perfeccionismo y la insatisfacción corporal son otro de los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar el TA. Esto está directamente relacionado con el ideal de belleza establecido por la sociedad, que aumenta la probabilidad de riesgo de cualquier TCA. A su vez, las personas que no saben gestionar adecuadamente determinados estados de ánimos pueden utilizar la comida como medio de control desencadenando un posible TA. Por último, según los datos observados, el alcohol puede incrementar la aparición de este trastorno desinhibiendo a la persona a determinadas tentaciones como la comida.

Por otro lado, llevar un estilo de vida desorganizado puede predisponer a la persona a conductas de atracón, ya que adquiere hábitos inadecuados con la comida. A su vez, estar solo la mayor parte del día puede provocar los atracones, ya que esta conducta suele tener lugar en los momentos en los que la persona se encuentra sola, en secreto y a escondidas. Podemos concluir que todos los factores mencionados anteriormente interactúan entre sí y predisponen a la persona a altos niveles de presión, provocando como consecuencia un TA.

En cuanto a la comorbilidad con el TA, según lo analizado en este estudio podemos observar que las personas que presentan este trastorno tienen mayor sintomatología ansiosa y depresiva que las que no lo padecen.

A lo largo de este estudio, hemos visto como las emociones y el hambre están estrechamente vinculadas. El hambre emocional es un factor influyente en el trastorno por atracón. Suele tener lugar en situaciones de aburrimiento, de soledad, de estrés o con sentimientos de abandono. Las personas utilizan la comida como mecanismo de control

y afrontamiento a sentimientos desagradables. Esta estrechamente relacionado con los estados de ánimo depresivos y ansiosos. El hambre emocional puede provocar tanto un aumento como una disminución de peso, por lo que, está relacionado también con el resto de los trastornos de la conducta alimentaria. La alimentación emocional, influye en la elección de los alimentos, ya que cada uno está asociado a una emoción placentera o desagradable para cada persona. Además, el contexto del lugar y de la situación en la que se dé el atracón vinculan positiva o negativamente a la persona estableciendo esquemas cognitivos que le condicionarán para los posibles futuros atracones.

En referencia al tratamiento, después de realizar esta revisión bibliográfica concluimos que las terapias con mayor eficacia para el trastorno por atracón son las cognitivo-conductuales. El objetivo principal de estos tratamientos es paliar la problemática con la ingesta compulsiva de comida progresivamente, utilizando técnicas educativas y cognitivo-conductuales de manera estructurada y planificada. Este tipo de terapia en formato de autoayuda es fundamental y eficaz para pacientes con TA, aunque en algunos casos hay limitaciones. Por esto, se realiza el tratamiento de manera escalonada, para poder continuar con la aplicación de este si se presentan dificultades.

En pacientes con el trastorno por atracón, se ha mostrado como el tratamiento con mayor eficacia a la terapia cognitivo-conductual. En cambio, comparando en la población obesa a pacientes con TA con pacientes sin TA ha habido controversia. En algunos estudios se obtuvieron grandes mejoras en el mantenimiento del peso y en la disminución de atracones, pero en otros los pacientes mostraron peores resultados en comparación con los pacientes obesos sin TA. Con esto, una futura línea de investigación sería el análisis del tratamiento en población obesa para el TA, buscando resultados con mayor evidencia empírica.

Por otro lado, se ha comprobado la eficacia de la terapia interpersonal en pacientes con trastorno por atracón. Esta terapia modifica y desarrolla las capacidades y habilidades interpersonales del paciente, así como los mecanismos de afrontamiento frente a tentaciones como la comida. A su vez, la ayuda guiada es otra de las técnicas eficaces utilizadas como tratamiento para modificar las rutinas alimentarias del paciente debido a su fácil aplicación.

Con la información recogida hasta ahora, podemos concluir que el tratamiento con mayor eficacia para el trastorno por atracón es el cognitivo-conductual junto con sus distintas terapias, logrando mejores resultados tras su aplicación.

Por último, sería adecuado seguir investigando e indagando en el modelo creado por el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor, ampliando las características recogidas de cada dimensión psicológica del modelo. Con esto, se trabajaría con mayor eficacia empleando tratamientos adaptado a las necesidades de los pacientes y con mayor índice de éxito terapéutico.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Arteagal, A. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista médica clínica Las condes*, 23(2), 145-153.
- Ajpop, M. (2015). *Estrés y Trastorno por Atracón* [Licenciatura en psicología clínica]. Universidad Rafael Landívar.
- Bacete, S., Félix, M. P., Banzo, C., Ugalde, B., Rincón, M. G. y Quintero, J. (2019). Obesidad, ¿es un trastorno mental?. *Bariátrica & Metabólica Iberoamericana*, 9(2).
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*, 142(1), 128-129.
- Baile, J. I. y González, M. J. (2016). *Trastorno por atracón. Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones pirámide.
- Berrocal, C. y Ruiz, M. A. (2001). Revisión del estado actual de la investigación sobre el trastorno por atracón. *Psicologemas*, 15(30), 179-228.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(4), 537-546.
- Calvo, R. (2011). Conociendo y Superando la cronicidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Acción Psicológica*, 8(1), 35-56.
- Castro, A. L. y Ramírez, A. L. (2013). Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(1), 20-26.
- Cuadro, E. y Baile, J. I. (2015) Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 6, 97-107.
- Díaz, A. (2019). Trastorno por Atracón y obesidad. *Revista peruana de Ciencia de la Salud*, 1(2), 61-62.

Escandón-Nagel, N. y Garrido-Rubilar, G. (2020). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición y Dietética Hospitalaria*, 40(4), 108-115. <https://doi.org/10.12873/404escandon>

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

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, E., Martín, T., Morcillo, L. y Jiménez, A. (2012). Valoración diagnóstica y psicopatológica del trastorno por atracón en obesos mórbidos intervenidos de bypass gástrico. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 553-557. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5593>

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.

García-Marín, P. y Antón-Menárguez, V. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de psicología clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 67-74.

Giner, M. (2011). *Personalidad y psicopatología en el Trastorno por atracón*. Universidad Internacional de Catalunya.

Gómez, A. (2020). Tratamiento integral y Transdiagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Manual de tratamiento. *Manual de Tratamiento*, 1-89.

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.

Gracia, P. (2017). *Etiopatogenia del trastorno por atracón: estudio de los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores* [Grado en Nutrición Humana y Dietética]. Universidad de Zaragoza.

Morales, A. R., Gordillo, C. A., Pérez, C. J., Marcano, D. A., Pérez, F. A., Flores, H. L., Pérez, J. M., Pérez, M. A. y Meléndez, P. M. (2014). Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. *Gaceta Médica de México*, 150, 125-131.

Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., ... Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182.

Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. S. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.

Peña, E. y Reidl, L. M. (2015). Las emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2182-2193.

Ramírez, A. T. y García-Méndez, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(45), 85-95. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>

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

Vital, S. L. (2020). El hambre emocional y su relación con el sobrepeso y la obesidad. *Psic-Obesidad*, 10(37), 18-26.