



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Trastorno por Atracón: Epidemiología, Factores de Riesgo y
Tratamiento**

Laura Cruza Gómez-Escalonilla

Paloma Gómez de Salazar Cordero

Madrid

2023/24

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
2. Finalidades y Motivos.....	6
3. Metodología.....	7
4. Marco Teórico.....	8
4. 1. Aproximación Histórica.....	9
4. 2. Definición.....	11
4. 3. Epidemiología.....	12
4. 4. Etiología y Factores de Riesgo.....	14
4. 5. Comorbilidades.....	16
4. 6. Tratamiento Psicológico.....	18
4. 6. 1. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).....	18
4. 6. 2. Terapia Interpersonal (TI).....	21
4. 6. 3. Terapia Conductual de Adelgazamiento/Pérdida de Peso (TCPP).....	23
4. 6. 4. Estudios Comparativos.....	24
5. Discusión.....	25
6. Conclusiones.....	26
Referencias.....	28
Anexos.....	34
Anexo A. Índice de Abreviaturas.....	34
Anexo B. Trastorno por Atracón. Evolución del Concepto.....	35
Anexo C. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Atracón en el DSM-5.....	36
Anexo D. Prevalencia de AN, BN, y TA en Mujeres Jóvenes alrededor del Mundo.....	37

Resumen

La presente revisión bibliográfica se enfocó en el estudio del Trastorno por Atracón (TA), un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañados de una sensación de falta de control. El trastorno por atracón presenta una prevalencia en constante aumento que supera a TCA históricamente más estudiados como la bulimia (BN) y la anorexia nerviosa (AN), convirtiéndose en uno de los problemas más relevantes de la salud mental del siglo XXI.

Se estima que alrededor del 2% de la población global podría verse afectada por el trastorno por atracón en algún momento de sus vidas, observándose una mayor incidencia entre mujeres adolescentes o en el inicio de la adultez. Los factores de riesgo son diversos e incluyen tanto factores genéticos como ambientales, con influencias socioculturales significativas. Además, el trastorno por atracón se asocia con una variedad de comorbilidades, que van desde trastornos del estado de ánimo hasta problemas de salud física como la obesidad y la diabetes tipo 2. En términos de tratamiento, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TI) son las psicoterapias preferidas por los expertos en el abordaje del trastorno por atracón.

La presente revisión bibliográfica buscó recopilar toda la información relevante sobre las particularidades del trastorno por atracón con el fin de concienciar a los profesionales de la salud mental y a la sociedad en general sobre sus características y consecuencias. Solo así se podrán desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento de este trastorno.

Palabras clave: trastorno por atracón, epidemiología, factores de riesgo, prevalencia, comorbilidades, tratamiento.

Abstract

This literature review was focused on the study of Binge Eating Disorder (BED), an eating disorder (ED) characterized by recurrent episodes of excessive food intake within a short period of time, accompanied by a sense of lack of control. Binge eating disorder is increasingly prevalent, surpassing historically more studied eating disorders such as bulimia nervosa (BN) and anorexia nervosa (AN), becoming one of the most relevant mental health issues of the 21st century.

It is estimated that around 2% of the global population could be affected by BED at some point in their lives, with a higher incidence observed among adolescent females or in early adulthood. Risk factors are diverse and include both genetic and environmental factors, with significant socio-cultural influences. Additionally, BED is associated with a variety of comorbidities, ranging from mood disorders to physical health problems such as obesity and type 2 diabetes.

In terms of treatment, cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IT) are the preferred psychotherapies for addressing binge eating disorder.

This literature review aimed to compile all relevant information on the particularities of BED in order to raise awareness among mental health professionals and society at large about its characteristics and consequences. Only then can new prevention and treatment strategies be developed for this disorder.

Keywords: binge eating disorder, epidemiology, risk factors, prevalence, comorbidities, treatment.

1. Introducción

El Trastorno por Atracón (TA), conocido como *Binge Eating Disorder* (BED) por sus siglas en inglés, es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) caracterizado por la presentación de una sobreingesta excesiva de alimentos, generalmente calóricos y ricos en azúcares, acompañado de una sensación de pérdida de control sobre la alimentación, lo que genera sentimientos de culpa, vergüenza, y malestar (Guisado y Vaz, 2001). A diferencia de otros TCA, como la bulimia nerviosa (BN), en el TA no se llevan a cabo conductas compensatorias, como provocarse el vómito o realizar ejercicio excesivo, lo que suele resultar en un sobrepeso u obesidad (González, 2022).

El reconocimiento de este trastorno no ha sido sencillo, teniendo que enfrentarse a muchas barreras hasta que en 2013 fuera finalmente oficialmente incluido como entidad diagnóstica independiente en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Cuadro y Baile, 2015).

El TA conlleva una serie de consecuencias negativas, tanto a nivel físico como psicológico y social, impactando significativamente en la calidad de vida de quienes lo experimentan. Desde una perspectiva física, los episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos pueden dar lugar a un aumento de peso significativo, predisponiendo a condiciones médicas adversas como la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y dislipidemias (Hernández y Ledón, 2018). Desde el punto de vista psicológico, la sensación de pérdida de control durante los atracones puede generar sentimientos intensos de culpa, vergüenza y autohumillación, exacerbando la carga emocional asociada al trastorno (Gissela, 2021). Por último, el TA puede afectar las relaciones interpersonales a la hora de no querer participar en actividades sociales debido que sienten miedo o vergüenza a que otros se den cuenta de su trastorno, agravando el aislamiento y la angustia emocional (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

A pesar de que el trastorno por atracón es el TCA más prevalente a nivel global (Pérez, 2020), el rápido aumento en su incidencia, superando incluso al de la bulimia y la anorexia nerviosas (AN), lo convierte en uno de los problemas de salud más relevantes de del siglo XXI (Cuadro y Baile, 2015). Debido a esto, a continuación, se expondrán las finalidades y motivos de la presente revisión de la literatura existente sobre las distintas características asociadas al trastorno por atracón, además de los tratamientos existentes más efectivos para su abordaje.

2. Finalidades y Motivos

El presente trabajo de fin de grado se centrará en el trastorno por atracón, una problemática que poco a poco ha ido ganado una creciente relevancia en el panorama de la salud mental contemporánea. La elección de explorar el TA como objeto de estudio se fundamenta en diversos aspectos, explicados a continuación, que subrayan la importancia de su abordaje y comprensión desde una perspectiva multidisciplinar, integral y holística.

En primer lugar, la prevalencia en constante aumento del TA subraya la necesidad urgente de una comprensión más profunda y una intervención más efectiva (Arija-Val et al., 2022). El aumento significativo en la incidencia de este trastorno en específico ha despertado mi interés y preocupación, motivando la necesidad de comprender sus raíces, su impacto en la salud, y su implicación en el bienestar psicológico, para finalmente poder abordarlo eficazmente.

El TA impacta sustancialmente en la calidad de vida de quienes lo experimentan. El TA está estrechamente relacionado con el desarrollo de diversas patologías físicas, como la obesidad o la hipertensión, además de ser comórbido con una gran variedad de problemas mentales, como adicciones a sustancias (Condado, 2021) y trastornos del estado de ánimo (Pérez, 2020). Estas consecuencias negativas subrayan la importancia de abordar de manera integral el TA, no solo desde una perspectiva terapéutica, sino también a través de intervenciones que aborden sus implicaciones físicas y sociales.

Es debido al grave impacto que el TA provoca sobre el físico, la salud mental, y las relaciones interpersonales de la persona que lo padece, lo que hace crucial revisar los distintos estudios epidemiológicos, factores de riesgo, y comorbilidades asociadas al TA hasta la fecha, además de analizar los tratamientos más efectivos y aplicados actualmente. Comprender las complejidades del trastorno por atracón permitirá no solo avanzar en el conocimiento científico, sino también desarrollar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento, además de concienciar a la sociedad sobre la relevancia de este trastorno. Es por ello por lo que considero necesario comprender, analizar y sintetizar la información disponible para contribuir al conocimiento científico y clínico en esta área.

Por último, la elección de este tema también se basa en mi interés académico, mi experiencia de vida, y mi compromiso con la promoción de la salud mental. Considero que esta

investigación puede arrojar luz sobre un problema vital, ofreciendo perspectivas valiosas para la mejora de la calidad de vida de aquellos que sufren este trastorno.

2. 1. Objetivos

Objetivo General

Revisar la literatura existente sobre el trastorno por atracón, específicamente los aspectos epidemiológicos, factores de riesgo, comorbilidades y distintas formas de tratamiento utilizadas en su abordaje, identificando patrones y brechas en la investigación actual para orientar futuras investigaciones y estrategias de intervención más efectivas, con el fin último de fomentar a la conciencia pública y sanitaria sobre este trastorno y sus consecuencias.

Objetivos Específicos

1. Describir la epidemiología y prevalencia del TA en diferentes poblaciones, identificando posibles patrones demográficos.
2. Investigar los factores de riesgo asociados al desarrollo del TA, incluyendo factores genéticos, biológicos, ambientales, psicosociales, y culturales.
3. Identificar y analizar las posibles comorbilidades físicas y psicológicas asociadas al TA.
4. Revisión crítica de los tratamientos más utilizados y estudiados en el abordaje del TA hasta la fecha.

Los objetivos mencionados guiarán la presente revisión bibliográfica para consolidar el conocimiento actual sobre el trastorno por atracón y proporcionar una base sólida para futuras investigaciones y acciones en el ámbito de la psicología.

3. Metodología

El presente trabajo de fin de grado se desarrolló a través de una exhaustiva búsqueda de literatura científica en diversos repositorios online, como, por ejemplo, Dialnet, DSpace, Google Académico, PubMed, ResearchGate, y SciELO, además de distintos repositorios universitarios, donde se examinaron tanto revisiones bibliográficas como investigaciones científicas. Si bien la mayor parte de la información empleada proviene de artículos publicados en revistas científicas,

también se utilizaron el DSM-IV y el DSM-5 para obtener un mayor entendimiento sobre los distintos trastornos mencionados en esta revisión. También se consultaron las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Americana de Psicología (APA) para obtener estadísticas adicionales sobre la prevalencia y características adicionales del TA.

Para llevar a cabo la búsqueda de la información, se empleó un vocabulario específico utilizando términos tales como: "trastorno por atracón", "trastorno de la conducta alimentaria", "epidemiología", "factores de riesgo", "comorbilidades", o "tratamiento", así como sus respectivos términos en inglés: "*binge eating disorder*", "*eating disorder*", "*epidemiology*", "*risk factors*", "*comorbidities*", "*treatment*".

Se ha llevado a cabo un análisis de 70 artículos, de los cuales se excluyeron un total de 21 al no ajustarse a los objetivos de la investigación, carecer de relevancia, estar incompletos, o no permitir acceso gratuito. De los 49 trabajos incorporados en el estudio, 24 estaban escritos en inglés, mientras que 25 lo estaban en español.

Los artículos considerados en la investigación abarcan el período desde 1951 hasta 2022. La razón por la cual artículos más antiguos fuesen incluidos es debido a que se consideraron relevantes al ser de los primeros estudios realizados sobre el TA. La elección de los artículos se llevó a cabo a través de un proceso de selección que implicó una primera revisión de los resúmenes. Después de esta lectura superficial, aquellos artículos que demostraron ser pertinentes para la elaboración del trabajo fueron seleccionados para una revisión más exhaustiva y minuciosa. Este enfoque permitió identificar y centrarse en la información más relevante y significativa para la temática a abordar.

4. Marco Teórico

Una vez expuestos los motivos y finalidades de la presente revisión bibliográfica, se procederá a analizar la literatura existente relacionada con el trastorno por atracón, incluyendo la evolución histórica del concepto del trastorno, su prevalencia y epidemiología, los factores de riesgo y comorbilidades asociadas, y los distintos tratamientos psicoterapéuticos más efectivos encontrados para su abordaje (antes de proseguir, se sugiere leer el Anexo A (pág. 34), donde se podrá encontrar el índice de las distintas abreviaturas que aparecen en el trabajo presente).

4. 1. Aproximación Histórica

Los TCA no son fenómenos nuevos, sino que han persistido a lo largo de la historia desde tiempos inmemorables. Por ejemplo, en la antigua Roma (753 a. C. – 476 d. C.) la corpulencia y los atracones eran asociados a personas con grandes riquezas y altos estatus sociales, donde los episodios de sobreingesta se llevaban a cabo en grupo, y en algunos casos, se inducía el vómito como una manera de volver a empezar con los atracones. Por el contrario, los ayunos tenían más bien connotaciones religiosas o autopenitentes, utilizándose como rituales purificadores o como cumplimiento de los dogmas religiosos (Rava y Silber, 2004).

Antes de que el TA fuese incluido como identidad diagnóstica independiente en el DSM-5 (2013), y en la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el concepto de trastorno por atracón fue evolucionando desde mediados del siglo (véase Anexo B (pág. 35) para una descripción gráfica detallada de la evolución del concepto del trastorno por atracón realizada por Cuadro y Baile en 2015) (Cuadro y Baile, 2015).

El primer acercamiento al TA fue llevado a cabo por el médico V. Hamburger a principios de la década de los 50, cuando detectó una forma de hiperfagia (incremento excesivo del apetito y de la ingesta de alimentos) en individuos con obesidad, caracterizada por unas ansias extremas e impredecibles de ingerir alimentos calóricos y altos en azúcar y grasas saturadas, como bollería industrial o patatas de bolsa (Hamburger, 1951).

Ocho años después, en 1959, el psiquiatra norteamericano Albert Stunkard llevó a cabo uno de los primeros estudios que involucraba sujetos obesos que recurrían a atracones principalmente por las noches, convirtiéndose en el precursor del TA al ser la primera persona en establecer una primera conexión entre la obesidad y el TA. A través de la distinción entre obesos que recurrían a atracones frecuentes y los que no, Stunkard determinó que había diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que llegó a la conclusión de que los primeros presentaban una sintomatología diferencial, a la que denominó “Síndrome de Alimentación Nocturna” (NESS por sus siglas en inglés “*Night Eating Syndrome*”). Stunkard encontró que los sujetos con este síndrome presentaban a menudo grandes sentimientos de vergüenza y tristeza tras darse los atracones debido a su falta de autocontrol e incapacidad de seguir una dieta o bajar de peso, mientras que los segundos no presentaban esta sintomatología (Stunkard, 1959).

Tiempo después, A. Kornhaber en 1970 acuñó el término “Síndrome del Relleno” (*Stuffing Syndrome* como término original en inglés) para describir la sintomatología presentada por estos pacientes que se daban atracones, entre las que se incluyen la sobreingesta excesiva de alimentos y la presencia de emociones desagradable (Kornhaber, 1970).

Una década después, con la publicación del DSM-III (1980), gracias a las investigaciones de Stunkard y Kornhaber, se incorporó por primera vez el término “atracción” dentro del apartado de la bulimia nerviosa. Sin embargo, este manual aun no distinguía entre los pacientes que recurrían a conductas compensatorias o no tras las ingestiones compulsivas (APA, 1980).

La separación de ambos trastornos no fue dada hasta la publicación del DSM-IV en 1994, donde el TA al fin consiguió ser reconocido por primera vez como una entidad diagnóstica separada de la BN (APA, 1994). Este cambio se debió a los hallazgos de dos investigaciones llevadas a cabo por Spitzer et al., en 1993, cuyas conclusiones contribuyeron a determinar las diferencias diagnósticas entre ambos trastornos (Spitzer et al., 1993).

No obstante, muchos psiquiatras, como por ejemplo Fichter y colaboradores (1993) aun consideraban que no había suficiente evidencia científica para establecer al TA como un trastorno independiente, ya que consideraban que presentaba demasiadas similitudes con la BN y que causaría dificultades para realizar diagnósticos precisos, por lo que finalmente el TA fue incluido en el anexo de criterios y ejes propuestos para estudios futuros del DSM-IV (1994), bajo la etiqueta de “Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado”. Esta categoría incluía condiciones que compartían las características de los trastornos de la conducta alimentaria, pero que no cumplían completamente con los criterios establecidos para otros trastornos específicos (Conrado, 2021). A pesar de no ser incluido en esta edición, a partir de este momento todos los estudios realizados señalaron importantes diferencias entre el trastorno por atracción y el resto de los TCA (e. g. Devlin et al., 2003; Striegel-Moore y Franko, 2008).

Finalmente, desde el lanzamiento del DSM-5 (2013), el TA ha sido reconocido e incluido como una entidad diagnóstica independiente en la sección de “Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos”, bajo el código 307.51 (F50.8) (APA, 2013). De la misma manera, si bien en la CIE-10 (1992) el TA fue incluido como una condición caracterizada por alteraciones psicológicas inespecíficas (hiperfagia), en la siguiente edición, veinte años después, en la CIE-11

(2022), el TA fue finalmente reconocido como una entidad diagnóstica independiente bajo el código 6B82 (OMS, 2022).

En definitiva, la inclusión del trastorno por atracón como entidad diagnóstica independiente, tanto en el DSM-5 como en la CIE-11, ha representado un avance importante en la comprensión y clasificación de los distintos trastornos de la conducta alimentaria para los profesionales de la salud, ya que refleja el creciente reconocimiento de la importancia clínica del TA en el campo de la salud mental, además del aumento en el interés en la investigación, la comprensión de este, y en el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos más específicos.

4. 2. Definición

A lo largo de los años, los criterios diagnósticos del trastorno por atracón han experimentado cambios hasta llegar a los que se aplican en la actualidad (Cuadro y Baile, 2015) (en el Anexo C (pág. 36) se encuentran los criterios diagnósticos del TA según el DSM-5 (2013)).

Según los criterios diagnósticos del trastorno por atracón del vigente DSM-5 (2013), el trastorno por atracón se define como: “trastorno de la conducta alimentaria complejo caracterizado por un estilo de alimentación marcado por la aparición de comportamientos compulsivos mediante atracones, debido a la pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos en un periodo breve de tiempo. Estos episodios regulares de atracones se experimentan al menos una vez por semana durante un mínimo tres meses, o al menos dos días a la semana durante un mínimo de seis meses, con un sentido de descontrol, vergüenza, y culpa debido a la incapacidad de controlar el peso y la apariencia física. No obstante, al contrario que en la BN, en el trastorno por atracón no se recurre a conductas compensatorias como vómitos, actividad física excesiva, o diuréticos” (APA, 2013).

En relación con qué grupo de alimentos suelen ser los más consumidos durante estos episodios, estos suelen ser aquellos que los pacientes se autoprohíben debido a su alto contenido en calorías, grasas saturadas y azúcares, como la bollería industrial, el chocolate, o las patatas fritas. Estos alimentos son los más fáciles de conseguir, ya que son rápidos de ingerir y no toman mucho tiempo de preparación, por lo que son los primeros a los que recurren para darse un atracón, además de que aumenta los niveles de dopamina, produciendo un placer instantáneo, aunque a

corto plazo (Oginsky et al., 2016). No obstante, es relevante mencionar que para que sea un atracón no tienen que estar implicados únicamente este tipo de alimentos (Gubernet, 2022).

Un episodio de atracón puede dividirse en tres fases (González, 2022):

1. **Inicio o desencadenante:** en primer lugar, algo desencadena el impulso de comer en exceso. Esto suele ser una emoción incómoda como el estrés, la ansiedad, o la tristeza; y generalmente suele iniciarse estando solo/a en casa.
2. **Consumo descontrolado:** la persona comienza a comer compulsivamente, de manera frenética y en grandes cantidades, sin prestar atención a las señales de hambre o saciedad, sintiéndose incapaz de detenerse a pesar de querer hacerlo. La comida puede proporcionar un alivio temporal de la angustia emocional o el malestar, por lo que la persona puede experimentar una sensación momentánea de placer o satisfacción mientras come. Durante el atracón, el individuo experimenta desrealización y desconexión con uno mismo, de hecho, a menudo mencionan utilizar los atracones con el fin de evadirse de la realidad.
3. **Finalización del atracón:** la persona deja de comer, ya sea porque ha consumido todos los alimentos disponibles, se siente físicamente demasiado incómoda para seguir comiendo, u otras razones externas. Después del atracón, la persona experimenta sentimientos de culpa, vergüenza, autocrítica, remordimiento, y autodesprecio por todo lo ingerido.

En definitiva, una buena comprensión de los criterios diagnósticos del trastorno por atracón es crucial para comenzar a abordarlo de manera correcta, tanto por parte de profesionales como del público general.

4. 2. Epidemiología

La prevalencia del TA muestra variaciones de una investigación a otra debido a la utilización de diversos criterios diagnósticos y a la uniformidad de las muestras seleccionadas según la investigación, lo que ha contribuido a que las distintas investigaciones sobre la su prevalencia presenten resultados tan heterogéneos (Condado, 2021). Es por ello por lo que se hará una revisión de estudios pasados que hayan examinado la incidencia y la prevalencia del TA en muestras representativas.

El trastorno por atracón es el TCA más prevalente en el mundo, superando a la AN y la BN, tal y como puede han demostrado investigaciones comparativas realizadas a mujeres de los distintos continentes del mundo, reconociendo que este trastorno afecta a personas de todas las etnias, culturas y niveles socioeconómicos (Preti et al., 2009; Hoek et al., 2016; Lindvall et al., 2017). Los datos de estos estudios se encuentran recogidos en una tabla diseñada por Arija-Val y su equipo (2022) en el Anexo D (pág. 37) (Arija-Val et al., 2022).

Considerando los estudios mencionados y estudios de otros autores importantes, existe el consenso entre autores de que el TA afecta aproximadamente al 2% de la población mundial, siendo las mujeres jóvenes con sobrepeso las que más lo sufren (e. g. Guisado y Vaz, 2001; Cuadro y Baile, 2015).

Existe el consenso general acerca de la prevalencia predominante del TA en mujeres frente a los hombres. La prevalencia del TA en mujeres oscila entre el 2%-4%, mientras que en hombres se sitúa entre el 1%-2% (Arija-Val et al., 2022). Es decir, de seis mujeres que presentan TA, tres o cuatro hombres también lo padecen. Si bien estos datos afirman que el TA es más común en mujeres, la disparidad de género es menos marcada en comparación con la AN o la BN (Palacios, 2014), siendo el TA el TCA más frecuente en el género masculino (Condado, 2021). Además, hay que tener en cuenta que, a pesar de que el TA es menos diagnosticado en hombres, se ha observado que los síndromes parciales o subclínicos son bastante más frecuentes en ellos (Giner, 2011).

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). Por otro lado, se ha estimado que alrededor del 6% de las mujeres jóvenes padece TA, al ser la población más vulnerable para desarrollar este trastorno (Pérez, 2020).

En cuanto a las personas obesas, se ha identificado que los episodios de atracones se suelen iniciar un poco antes, alrededor de los dieciséis años (González, 2022). Un estudio realizado por Cebolla y su equipo en 2012 que involucró a 70 niños y adolescentes obesos del Hospital General de Valencia encontró que el 6% de aquellos pacientes padecían TA, siendo también el TCA más frecuente en población infantil (Cebolla et al., 2012).

El TA se observa con mayor frecuencia entre individuos con obesidad, alrededor de un 30% de las personas con obesidad (Pérez, 2022). En la primera investigación realizada sobre la prevalencia del TA, llevada a cabo por Spitzer y su equipo a principios de los años 90, se encontró que alrededor del 30% de los pacientes sometidos a tratamientos de pérdida de peso presentan este trastorno, en comparación con el 2% de la población general (Spitzer et al., 1993). Además, se estima que el TA está presente en alrededor de la mitad de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, como el baipás gástrico (Pérez, 2020).

Tras analizar la epidemiología y prevalencia del trastorno por atracón, se examinará la etiología y los factores de riesgo que hacen a un individuo más vulnerable a desarrollar este trastorno, ya que comprenderlos es clave para la prevención de este trastorno.

4. 4. Etiología y Factores de Riesgo

La literatura actual es limitada en cuanto a la etiología exacta del TA, ya que, a diferencia del resto de TCA, la mayor parte de las investigaciones se han centrado en las causas específicas del TA, sin desarrollar un enfoque holístico que aborde todas las áreas de la persona (Giner, 2011).

Los factores de riesgo que causan los distintos TCA, incluidos los del TA, son de naturaleza multifactorial y de origen dudoso, siendo este el resultado la interacción de una variedad de factores genéticos, individuales, psicológicos y socioculturales que afectan al comportamiento del individuo y a su autopercepción (Hernández y Ledón, 2018).

El primer estudio sobre los distintos factores de riesgo asociados al desarrollo del TA fue llevado a cabo por Fairburn y su equipo a finales de los años 90. Esta investigación destacó por su robusto diseño metodológico, ya que se seleccionó a un grupo de individuos que padecían TA para ser comparados con otros dos grupos de referencia: por un lado, personas sin ninguna patología mental, y, por otro, personas afectadas por otros trastornos mentales diferentes. Los resultados mostraron que, en el grupo de personas con trastornos mentales se encontraron diversos factores de riesgo asociados al TA que no se encontraron en aquellos sin patologías mentales (Fairburn et al., 1998). Algunos de los factores de riesgo identificados fueron: autopercepción negativa, ideación suicida, obesidad infantil, trauma infantil, abuso sexual, el acoso escolar, la exposición

recurrente a valoraciones negativas de los progenitores sobre su aspecto físico y su dieta, o la constante comparación que los psiquiatras y médicos hacen entre pacientes (González, 2022).

Tras este estudio, se ha encontrado la existencia de otros factores psicológicos que interactúan con los descritos previamente, como, por ejemplo, presentar: una personalidad rígida, baja autoestima, ansiedad, necesidad de control, dismorfia corporal, dificultades para relacionarse con otros, o la incapacidad para lidiar con ciertos estados de ánimo (Giner, 2011).

Otro factor de riesgo comúnmente asociado a las personas que padecen TA es no tener una buena capacidad de planificación del tiempo, ya que una mala gestión del tiempo suele dar lugar al aburrimiento, lo que a su vez suele conducir a la ingesta compulsiva de alimentos (González, 2022). Es podría explicar por qué estas personas presentan más dificultades para mantener una buen funcionamiento laboral y relacional (Guisado y Vaz, 2001). Además, las personas con TA suelen pasar largos periodos de tiempo en soledad, lo que puede aumentar la ocurrencia de estos episodios dado que esta conducta suele manifestarse en privado debido a la vergüenza que provoca en quien lo sufre (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

Existe el consenso por parte de los autores de que la restricción alimentaria potencia los episodios de atracón ya que, en la mayoría ocasiones, estos siguen a períodos de restricción dietética, lo que acaba convirtiéndose en un círculo vicioso. Guisado y Vaz (2001) sostienen que esto se debe a que la comida es utilizada como un mecanismo para escapar de emociones negativas. Por otro lado, Correas y su equipo, dos años después, trataron de dar una respuesta más biológica a por qué se daba esto, concluyendo que los atracones se dan debido a que las dietas desencadenan respuestas hipotalámicas frente a la ansiedad generada por las mismas (Giner, 2011).

En cuanto factores biológicos o genéticos heredables, investigaciones recientes indican que, si hay antecedentes de TCA o de obesidad en la familia, aumenta la probabilidad de desarrollar TA (González, 2022). Esto se justifica ya que las investigaciones señalan una conexión entre el TA y un descontrol en la segregación de los neurotransmisores, específicamente de la dopamina y de los péptidos opioides, responsables de los mecanismos de la regulación de los impulsos y de los circuitos de gratificación, lo que explicaría por qué estos pacientes tienen más tendencia a presentar alteraciones en el apetito y en la ingesta, además de conductas impulsivas (Gissela, 2021). Por otro lado, un estudio genético de 2015 encontró que aquellos sujetos portadores del gen FTO (gen asociado a la obesidad y adiposidad) tenían más probabilidades de padecer obesidad y

trastorno por atracón, además de más probabilidades de experimentar trastornos de la conducta alimentaria y episodios de atracones (Micali et al., 2015). Esto explicaría por qué el trastorno por atracón es el TCA más frecuente en personas obesas (Cuadro y Baile, 2015).

La configuración y funcionamiento familiar desempeñan un papel crucial en el desarrollo del TA, ya que la familia es el núcleo primario donde se transmiten las tradiciones alimentarias (Condado, 2021). Las familias que presentan problemas de comunicación entre sus miembros, así como aquellas excesivamente estrictas, perfeccionistas, controladoras, poco unidas, poco afectivas, negligentes, emocionalmente frías, y críticas ante el físico y la alimentación, propician un mayor riesgo de pérdida de control sobre la propia ingesta y la sensación de hambre o saciedad de los miembros más jóvenes de la familia, aumentando el riesgo de desarrollar un TA (González, 2022). Por otro lado, si bien el TA puede ser un factor de riesgo para desarrollar obesidad debido a las sobreingestas de alimentos, a la vez presentar una historia de antecedentes familiares con obesidad o haber padecido obesidad en la infancia desempeña un papel significativo en la etiología del TA (Guisado y Vaz, 2001).

Por último, la mayoría de los autores abalan la influencia directa de los factores socioculturales en el desarrollo del TA. Algunos de estos son: la influencia de las redes sociales y los medios de comunicación, los estereotipos de belleza, la “gordofobia”, la presión social, o la promoción constante de dietas milagrosas (Condado, 2021).

En resumen, el TA es un trastorno multifactorial en el que la combinación de distintos factores de riesgo da lugar al origen y al mantenimiento de este (Giner, 2011).

4. 5. Comorbilidades

La presencia de comorbilidad psiquiátrica es común en individuos con TA, tal y como demostró un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Comorbilidades (NCS) del departamento de medicina de la Universidad de Harvard (2003), estimándose que casi un 75% de los pacientes con TA han experimentado al menos un trastorno psiquiátrico previo en algún momento de sus vidas, un 80% de ellos presenta al menos una patología mental concurrente con el TA, y un 50% de ellos padecen más de dos patologías concurrentes con el TA (Pérez, 2020).

Además, aquellos que hayan desarrollado el TA en la infancia tienen tasas más altas de comorbilidad en comparación con aquellos que lo iniciaron en la adultez (Giner, 2011).

Los trastornos mentales más comúnmente asociados con el TA son los trastornos del estado de ánimo, siendo comórbidos en más de la mitad de los pacientes con TA, en especial el trastorno depresivo mayor (TDM) y el depresivo persistente (TDP), y los trastornos de ansiedad, en especial el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la fobia social, y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Pérez, 2020). A medida que el individuo padezca más intensamente ansiedad o depresión, la frecuencia de los episodios de atracones será mayor (Guisado y Vaz, 2001).

Además, es frecuente que las personas con TA presenten trastornos de personalidad (TP), siendo generalmente diagnosticados de más de dos de ellos. Estudios muestran que los individuos obesos con TA exhiben índices más altos de TP de los grupos B y C, en especial trastorno de la personalidad evasiva (TPE), obsesiva-compulsiva (TPOC), histriónica (THP), y límite (TLP), en comparación con aquellos obesos sin TA (Giner, 2011).

También es común encontrar a pacientes de TA junto a trastornos del neurodesarrollo (TND), en especial Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Condado, 2021). Autores como Svedlund y su equipo creen que esta hiperactividad podría estar explicada por la falta de regulación cerebral de la impulsividad, aunque son necesarias más investigaciones que estudien específicamente los niveles de impulsividad en sujetos con TA (Svedlund et al., 2019).

También se ha observado una frecuente comorbilidad entre el TA y la adicción al alcohol, ya que el alcohol es una sustancia que inhibe el control a la hora de enfrentarse a nuestros deseos incontrolables, en este caso el deseo de darse atracones, generando posteriormente una serie de estados emocionales depresivos, lo que a su vez predispone a la persona a realizar sobreingestas compulsivas para combatir estos sentimientos y reducir la angustia (Condado, 2021). También se han encontrado asociaciones entre el TA y adicciones sin sustancia, como la cleptomanía o la ludopatía, aunque son necesarias más investigaciones al respecto (Cuadro y Baile, 2015).

Por último, existe el consenso general de que la comorbilidad más frecuente relacionada con el TA es la obesidad, dado que una gran cantidad de personas que tienen TA, tanto niños como adultos, son obesos, alrededor del 30% de ellos (González, 2022). Esta obesidad hace a su vez que los sujetos con TA sean más vulnerables a presentar comorbilidades secundarias, como la diabetes

mellitus tipo 2, la hipertensión, la artrosis o problemas respiratorios (Pérez, 2020). Además, cuando la obesidad está presente junto al TA tiende a haber una mayor comorbilidad psiquiátrica de otros trastornos mentales (Giner, 2011). No obstante, es importante tener en cuenta que, aunque el TA es más común en personas obesas, se puede padecer TA sin la necesidad de presentar un sobrepeso u obesidad (National Institute of Mental Health [NIH], 2021).

4. 6. Tratamiento Psicológico

De acuerdo con diversas investigaciones de importantes autores, hoy en día el tratamiento psicológico es considerado la mejor manera de abordar el TA debido a sus óptimos resultados tanto a corto como a largo plazo, presentando mejores resultados que la terapia farmacológica (e. g. Iacovino et al., 2012; Grilo y Mitchell, 2016).

A continuación, se revisarán los tres tratamientos más estudiados y utilizados en el abordaje del trastorno por atracón: la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (TI), y la terapia conductual de pérdida de peso (TCPP).

4. 6. 1. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento preferido por los profesionales de la salud mental para abordar el TA debido a la numerosa evidencia existente respecto a su eficacia y beneficios (e. g. Berrocal y Ruiz, 2001; Iacovino et al., 2012).

La TCC se basa en la intervención elaborada por Fairburn en 1998 para tratar la bulimia nerviosa, modificada para abordar el TA. La TCC para el trastorno por atracón, se centra en las creencias y percepciones relacionadas con el énfasis exagerado en la imagen corporal del cliente que afectan a la valoración personal de uno mismo, conduciendo a patrones alimentarios desajustados que pueden desembocar en episodios de sobreingestas descontroladas. Fairburn, en este marco, emplea estrategias cognitivo-conductuales previamente aplicadas en el tratamiento de la obesidad para abordar de manera estructurada, gradual y planificada el problema de las ingestas compulsivas, utilizando técnicas educativas y cognitivo-conductuales (Fairburn, 2013).

La TCC para el TA puede aplicarse tanto de manera individual como grupal de manera satisfactoria, como se demostró en una investigación comparativa de tres años de duración llevada

a cabo por Ricca y colaboradores en 2010, en la que compararon la eficacia de ambos modelos de terapia en más de 100 sujetos con TA, encontrando resultados igualmente satisfactorios en ambos formatos en términos de pérdida de peso, reducción de atracones, tasa de remisión, y mantenimiento a largo plazo (Ricca et al., 2010).

La extensión de la TCC puede diferir según el terapeuta, siendo generalmente eficaz en intervenciones semanales de sesenta minutos de duración durante un período de entre tres y cinco meses, lo que se traduce en unas catorce a veinte sesiones en su totalidad; no obstante, distintos autores han determinado que los resultados son mejores y se mantienen durante más tiempo en terapias de más de dieciséis sesiones (González y Ormachea, 2016).

Una característica distintiva de la TCC es la inclusión de tareas para casa que el individuo debe cumplir, cuya práctica se ha asociado con una mayor efectividad no solo en comparación con el resto de las orientaciones psicoterapéuticas sino también en comparación con la TCC si se excluye esta actividad (Condado, 2021).

La TCC, tanto individual como grupal, se compone comúnmente de tres etapas. A continuación, se describe el abordaje del TA en fases según la TCC de Fairburn (2013):

1. **Establecimiento del vínculo terapéutico y psicoeducación.** La primera fase del proceso dura alrededor de dos meses, e implica establecer un vínculo terapéutico con el individuo, manteniendo una o dos sesiones terapéuticas semanales para conocer mejor la historia del paciente y los elementos que mantienen su trastorno, además de proporcionarle información sobre las características destructivas del TA y el funcionamiento de la TCC. Con este propósito, el terapeuta realiza entrevistas semiestructuradas al paciente, además de que le pide que documente todo lo que consume y a qué horas, sus episodios de sobreingesta, y los sentimientos o contextos asociados antes, durante, y después del atracón mediante autorregistros, para facilitar el reconocimiento de estos comportamientos por parte del paciente. Tras esto, se utilizan técnicas conductuales con el objetivo de que el cliente aprenda maneras de gestionar la alimentación y el peso de manera saludable, diseñando un plan de alimentación acorde con la vida del individuo generalmente basado en cinco comidas diarias, ya que ingerir porciones pequeñas de alimentos de manera regular y constante ayuda a disminuir los antojos de comida, y, por ende, los episodios de sobreingesta. Es importante también dejar claro al paciente que no existen alimentos

prohibidos y que estos pueden ser parte de una alimentación saludable en su justa medida, ya que restringirse de estos es lo que da lugar a los atracones. En términos generales, se aconseja que el paciente se pese una vez a la semana para monitorear su estado físico y ser más consciente, aunque esto dependerá de si el paciente es más rígido o ansioso.

2. **Reestructuración cognitiva.** Esta fase, de otros dos meses de duración en sesiones semanales, implica enseñar al cliente a reconocer y combatir sus creencias disfuncionales relacionadas con las dietas, su cuerpo, dificultades relacionales, y contextos que podrían dar lugar a sus periodos de sobreingesta. Esto puede realizarse mediante el diálogo socrático, una técnica por la que el paciente por medio de preguntas identificará sus creencias distorsionadas sobre sí mismo y sus conductas. Una vez que el paciente ya haya identificado sus distorsiones cognitivas, el terapeuta enseñará estrategias de resolución de problemas al paciente con el fin de que logre gestionar sus impulsos en la alimentación, y que aprenda a controlar sus creencias irracionales relacionadas con su apariencia.
3. **Seguimiento y prevención.** Esta fase final se realiza en unas tres sesiones en total, cada una cada quince días. En estas consultas se evalúa el avance del individuo y se comprueba si sigue sosteniendo una dieta estructurada además de utilizar las habilidades cognitivo-conductuales adquiridas en el tratamiento. Por último, se entrena al cliente para que desarrolle formas de prevenir y gestionar potenciales secuelas o recaídas.

Existe una variante de la TCC denominada la “Modalidad de Autoayuda o Guiada de la TCC”, atractiva para muchos pacientes ya que es más barata que la TCC convencional y requiere menos atención por parte del profesional médico. En la actualidad, este enfoque está siendo utilizado a través de plataformas en línea, demostrando resultados alentadores para aquellos pacientes más introvertidos, ya que muchos de los sujetos con TA viven su trastorno en silencio (Cuadro y Baile, 2015). Dentro de esta modalidad se pueden identificar dos tipos: la guiada y la pura. La primera implica la asistencia o dirección proporcionada por una fuente externa, como un terapeuta, mientras que la segunda se basa únicamente en recursos y técnicas que el individuo emplea por sí mismo (González, 2022). Karyotaki y su equipo en 2019 compararon ambas terapias, concluyendo que la autoayuda guiada presenta mayores tasas de éxito y satisfacción que la pura, lo que resalta la importancia del terapeuta para abordar este trastorno (Karyotaki et al., 2019). Para seguir la modalidad de autoayuda es necesario leer el manual psicoeducativo "*Overcoming Binge Eating*" de Fairburn, un programa de autoayuda basado en la TCC que incluye tareas, como

autorregistros de los atracones y estrategias de solución de problemas. A la vez, se mantienen sesiones terapéuticas de breve duración con un profesional, con el objetivo de apoyarle, monitorearlo, y resolver cualquier duda que pueda surgirle (Fairburn, 2013).

Numerosas investigaciones han demostrado la eficacia de la modalidad de autoayuda cognitivo-conductual para tratar el TA, incluso cuando es llevada a cabo por terapeutas con poca experiencia en este ámbito, presentando resultados igual de positivos tanto casos en los que el terapeuta es principiante como experto en la materia (e. g. Wilson et al., 2010; Hilbert et al., 2012).

En definitiva, la TCC en todas sus modalidades es una opción eficaz para tratar el TA como han podido demostrar numerosas investigaciones. Por ejemplo, en una investigación longitudinal de doce meses de seguimiento llevada a cabo por Berrocal y Ruiz (2001) donde aplicaron la TCC a sujetos con TA, durante el tratamiento se evidenció una disminución de los atracones en la mitad de los participantes. Tras finalizar el tratamiento, tres cuartas partes de estos individuos dejaron de presentar estas sobreingestas, manteniéndose esta mejoría incluso hasta después de un año (Berrocal y Ruiz, 2001). Además, se ha comprobado que la TCC no solo produce mejorías en términos de reducción del peso o de los episodios de atracones, sino también de otras dimensiones importantes de la persona, como la autoestima y la adaptación social (Cuadro y Baile, 2015).

Los efectos favorables de la TCC expuestos anteriormente son equiparables a los obtenidos mediante la Terapia Interpersonal (TIP), la cual será desarrollada a continuación.

4. 6. 2. Terapia Interpersonal (TIP)

La terapia interpersonal (TIP) fue concebida por Klerman y su equipo a principios de la década de los 70 como un tipo de intervención de corta duración destinado a sujetos con sintomatología depresiva, que, con el tiempo, se ajustó para abordar primero la BN, y posteriormente ser reconfigurada como una intervención grupal dirigida a individuos con TA (Klerman et al., 1970).

La TIP está influenciada por las corrientes de pensamiento de Meyer, Bowlby y Sullivan, fuertes defensores del impacto de las relaciones interpersonales en la salud mental (Condado, 2021). Según la TIP, el origen del TA puede deberse a duelos no resueltos, desadaptación, o dificultades en la relación con los otros, por lo que este tratamiento da más importancia a las relaciones interpersonales que al TCA en sí (González, 2022).

La terapia interpersonal se fundamenta en la idea de que las alteraciones en nuestro papel en la sociedad y las dificultades en la relación con el otro provocan una serie de emociones negativas que dan lugar a episodios de sobreingesta, por lo que se convierte en un patrón perjudicial que a su vez aísla y daña la autoestima del que lo sufre (González y Ormachea, 2016). La TIP es efectiva para tratar el TA, ya que busca fortalecer las relaciones interpersonales mediante el desarrollo de habilidades sociales, y previniendo la creación de patrones relacionales desadaptativos responsables del desarrollo de este trastorno, además de desarrollar una autoimagen positiva y abordar los diferentes aspectos emocionales vinculados a las relaciones interpersonales, ya que estos desempeñan un papel fundamental en la génesis del TA (Cuadro y Baile, 2015).

Según el modelo de Murphy y colaboradores (2012), la terapia interpersonal consta de tres etapas y dura de unas dieciséis a veinte sesiones de una hora cada una aproximadamente, repartidas generalmente en unos cuatro o cinco meses (Murphy et al., 2012):

1. **Fase inicial.** En la fase inicial del tratamiento, se busca estudiar la historia relacional del paciente. Para ello, se le hace partícipe y se le explican los principios de la TI. Posteriormente, se procede a estudiar su sintomatología y a analizar sus dificultades interpersonales a mejorar, desarrollando un plan de afrontamiento acordado con el sujeto.
2. **Segunda fase.** El objetivo principal de esta fase es que el paciente adquiera un entendimiento más profundo del origen de sus dificultades interpersonales, para posteriormente aprender a abordarlos. Al mismo tiempo, el terapeuta lleva a cabo un seguimiento durante siete días de la sintomatología asociada al TA, procurando que el individuo esté enfocado en las cuestiones a trabajar.
3. **Última fase.** Esta última etapa se evalúa junto al cliente, repasando los triunfos, estableciendo objetivos futuros e identificando potenciales señales de alarma junto a herramientas de prevención de recaídas.

Diversas investigaciones longitudinales respaldan la TI para tratar el TA, señalando un cese de los atracones que perdura durante períodos de hasta dos años (Condado, 2021). Importantes estudios comparativos entre la TCC y la TIP han revelado resultados similares en términos de la eliminación de los episodios de sobreingesta, ya que fortalece las habilidades interpersonales y ofrece estrategias de afrontamiento de la impulsividad (e. g. Wilfley et al, 2002; Iacovino et al., 2012).

Es por ello por lo que, en la actualidad, ambas la TIP y la TCC son reconocidas como los enfoques con mayor eficacia para abordar el TA (Cuadro y Baile, 2015).

4. 6. 3. Terapia Conductual de Adelgazamiento, Terapia Conductual de Pérdida de Peso (TCPP)

El TA puede ser tratado con la terapia conductual de pérdida de peso o adelgazamiento (TCPP). Este tipo de tratamiento, previamente utilizado para la pérdida de peso de personas con sobrepeso sin este trastorno, implica un enfoque organizado en el cambio de los hábitos presentes en la persona, desarrollando nuevos hábitos más saludables como el incremento del ejercicio físico y una dieta más equilibrada. Esta terapia está centrada en la pérdida de peso, dejando la problemática de los atracones en un segundo plano (González y Ormaechea, 2016).

La TCPP generalmente se realiza en sesiones grupales, y se basa en técnicas conductuales convencionales, como, por ejemplo, el manejo de los impulsos, la planificación, o la sustitución de comportamientos desadaptativos por otros más beneficiosos, con el objetivo de cambiar las rutinas alimenticias y aumentar la actividad física para impulsar la reducción del peso y el bienestar psicológico, siempre llevando a cabo estas modificaciones de manera gradual y monitoreadas por un profesional especializado (Condado, 2021).

El sobrepeso y la obesidad impactan perjudicialmente en las emociones del que lo sufre, incrementando la susceptibilidad a recurrir a conductas dañinas como los atracones (Tamayo y Restrepo, 2014). No obstante, es importante tener en cuenta que la limitación excesiva de calorías también puede dar lugar a los atracones (Cuadro y Baile, 2015). Por ende, las directrices establecidas en la dieta del paciente no deben ser muy restrictivas para que no agraven el trastorno, educando en cambio que ningún alimento está terminantemente prohibido y que la clave está en el equilibrio. Además, es recomendable que se diseñe el programa alimenticio en colaboración con el sujeto para fortalecer su independencia y seguridad a la hora de alimentarse (Condado, 2021).

Aunque este tipo de terapia resulta efectiva para la reducción del peso, no parece ser muy eficaz en el tratamiento de los atracones, ya que al centrarse en el adelgazamiento no aborda las sobreingestas. Los resultados de un estudio comparativo por Grilo y su equipo en 2011 en el que se aplicó la TCPP seguida de la TCC en pacientes con TA, se concluyó que la TCPP no es más efectiva que la TCC, y que a su vez la combinación de ambas no es mejor al uso exclusivo de la TCC (Grilo et al., 2011).

4. 6. 4. Estudios Comparativos

En un estudio pionero realizado por Wilson y su equipo en 2010 se compararon la terapia de adelgazamiento, la TIP, y la TCC en forma de autoayuda guiada, en el tratamiento de sujetos con TA. Después de veinticuatro meses, ambas la TIP y la TCC guiada fueron las terapias que más redujeron significativamente los atracones, mientras que la terapia de pérdida de adelgazamiento no tuvo el mismo efecto, especialmente en aquellos participantes con sintomatología más intensa. Es por ello por lo que los investigadores concluyeron que la TCC era la terapia más recomendable para tratar el TA, no obstante, recomendaron la TIP como la mejor opción para aquellos sujetos con sintomatología más grave (Wilson et al., 2010).

Aunque la terapia conductual de pérdida de peso es efectiva para reducir el índice de masa corporal (IMC) y mantener la dieta a corto plazo, la mayoría de los autores no lo consideran el tratamiento más eficaz para abordar el TA a largo plazo, ya que no aborda la reducción de los atracones, además de que presenta mayores tasas de abandono que las otras terapias (Condado, 2021). Por ejemplo, una investigación longitudinal de un año de duración llevada a cabo por Grilo y su equipo (2011) comparó la eficacia de tres tratamientos: la TCC, la TCPP, y una combinación de ambas. Los resultados mostraron que el TA se curó en algo más de la mitad de los sujetos tratados con TCC; en el 40% de aquellos tratados por la combinación de ambas; y alrededor de un 35% en aquellos tratados por TCPP, por lo que, una vez más, se abala a la TCC como la mejor opción de tratamiento en el abordaje del TA (Grilo et al., 2011).

En 2012, dos años después del estudio pionero de Wilson y su equipo, se llevaron a cabo dos importantes estudios que corroboraron sus resultados. Por un lado, Iacovino y su equipo llevaron a cabo un exhaustivo estudio comparativo en el que evaluaron la eficacia de distintos tipos de tratamientos, incluyendo los explicados anteriormente: la TCC, tanto en su versión tradicional como de autoayuda, la TIP, y la TCPP. Sus hallazgos concluyeron que las distintas modalidades de la TCC (individual, grupal, o autoayuda) y la TIP, son las terapias que presentan mejores resultados a la hora de reducir o eliminar los atracones, tanto a corto como a largo plazo (Iacovino et al., 2012). Por otro lado, Hilbert y su equipo también confirmaron la eficacia de la TCC y la TIP a largo plazo en una investigación longitudinal de cuarenta y ocho meses de duración, donde encontraron que ambos tratamientos resultaron en una gran mejora y reducción de los atracones

en la mayoría de los pacientes, con más de la mitad de los pacientes recuperándose por completo (Hilbert et al., 2012).

En resumen, tras analizar la literatura relacionada con el tratamiento del TA, se sostiene que tanto la TIP como la TCC, incluida su modalidad de autoayuda, son las opciones más efectivas hasta la fecha para tratar pacientes que padecen obesidad y TA, debido a sus altas tasas de remisión del trastorno y a su mantenimiento a largo plazo.

5. Discusión

El trastorno por atracón (TA) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) caracterizado por episodios regulares de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de una sensación de falta de control, todo ello sin la presencia de mecanismos compensatorios, como el vómito o el ejercicio excesivo, conductas comunes en otros TCA como la bulimia nerviosa (BN). Estas ingestas compulsivas suelen dar lugar a un aumento de peso significativo y, en consecuencia, a una obesidad junto a sus problemas de salud asociados (Cuadro y Baile, 2015).

A lo largo de las últimas décadas se ha reconocido la relevancia del TA y sus distinciones con el resto de los TCA, en particular con la BN. Aunque su incorporación como entidad específica en el DSM-5 en 2013 generó polémica por parte de diversos psiquiatras (e. g. Fichter et al., 1993), durante la presente revisión bibliográfica se ha podido comprobar los beneficios de abordar el TA como entidad diagnóstica independiente.

En términos de incidencia y epidemiología, los autores han sugerido que el trastorno por atracón es el trastorno de la conducta alimentaria más prevalente del mundo (Hoek, 2016), afectando aproximadamente a un 2% de la población, siendo más frecuente en el género femenino que en el masculino, aunque esta diferencia no es tan marcada como en otros TCA como la AN o la BN (Palacios, 2014); siendo el TA el TCA que más afecta a los varones (Condado, 2021). Una característica del TA es que afecta mucho más a sujetos con obesidad, en especial a aquellos sometidos a constantes dietas y/o tratamientos de pérdida de peso, siendo la prevalencia de TA en estos sujetos de un 30% aproximadamente (Spitzer et al., 1993).

La etiología del TA es compleja y multifactorial, siendo involucrados factores de riesgo psicológicos, ambientales, socioculturales, y genéticos que combinados entre sí influyen en su desarrollo (Hernández y Ledón, 2018). Algunos de los factores de riesgo más importantes son: haber padecido o padecer obesidad, presentar baja autoestima, la presión de los medios de comunicación, el trauma infantil, tener una familia desestructurada, entre otros (González, 2022).

En términos de comorbilidades, el trastorno por atracón a menudo coexiste con otros trastornos mentales, principalmente con trastornos del estado de ánimo, siendo comórbido junto a estos en más del 50% de los sujetos (Pérez, 2020). El trastorno por atracón también suele ser comórbido junto a trastornos de ansiedad (Guisado y Vaz, 2001), de personalidad (Giner, 2011) y de abuso de sustancias, en particular el alcohol (Condado, 2021).

Por último, los autores han llegado al consenso de que las intervenciones psicológicas más efectivas para tratar el trastorno por atracón son la terapia cognitivo-conductual (TCC), tanto en formato tradicional como en formato de autoayuda, y la terapia interpersonal (TIP); en comparación con la terapia conductual de pérdida de peso (TCPP) (e. g. Wilson et al., 2010; Iacovino et al., 2012; Hilbert et al., 2012). La TCC para el trastorno por atracón se centra en mitigar progresivamente los atracones, a la vez que se aplican técnicas cognitivo-conductuales como los autorregistros, (Fairburn, 2013); mientras que la TI trabaja en el cambio y la mejora de las competencias sociales del individuo, ya que mantener relaciones interpersonales disfuncionales está estrechamente relacionado con los atracones (Murphy et al., 2012).

6. Conclusiones

El propósito de llevar a cabo esta revisión de la literatura existente era aumentar la comprensión general sobre las particularidades del trastorno por atracón, específicamente analizar su epidemiología y prevalencia, identificar los distintos factores de riesgo y comorbilidades asociadas, y evaluar los tipos de psicoterapia más utilizados hasta la fecha.

Tras realizar el exhaustivo análisis sobre este trastorno, concluimos que el trastorno por atracón es un TCA de una alta incidencia y gravedad que provoca un impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen, afectando a su funcionamiento social, laboral y emocional, así como a sus relaciones interpersonales y a su bienestar físico y psicológico.

Aunque estimamos que nuestra revisión ha conseguido ampliar el conocimiento general sobre el trastorno, aún existen importantes lagunas por abordar. Durante la revisión bibliográfica de este trastorno, no ha sido fácil encontrar información respecto a estrategias de prevención o detección temprana. Es por ello por lo que, para evitar que aparezcan o empeoren estas consecuencias negativas, proponemos que, a partir de esta revisión, sean desarrolladas futuras estrategias de concienciación, detección temprana y prevención del trastorno por atracón, tanto para ser enseñadas a los profesionales de la salud como a las familias y centros educativos. Así, las personas que estén pasando por este trastorno no sentirán tanto miedo al rechazo o a la crítica a la hora de pedir ayuda.

Por otro lado, estimamos necesario que se lleven a cabo futuras investigaciones sobre la prevalencia del trastorno por atracón en España debido a los pocos estudios encontrados sobre esta problemática en nuestro país, así como explorar las posibles comorbilidades con otros trastornos de la alimentación como la BN o la AN, ya que, aunque sí se han encontrado numerosos estudios sobre la comorbilidad del TA con otros trastornos psiquiátricos, no se ha podido encontrar ningún estudio focalizado en las comorbilidades de este trastorno con otros TCA.

Por último, instamos a investigar la eficacia comparativa de la Terapia Interpersonal y la Terapia Cognitiva-Conductual cuando se aplican de forma individual o combinada, así como a explorar terapias alternativas, como la Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares (EMDR), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), y la hipnosis clínica, entre otras, con el fin de ampliar las opciones de tratamiento disponibles.

En conclusión, si bien consideramos que la presente revisión del trastorno por atracón ha sido un gran paso para promover la comprensión de este, creemos que su estudio no ha hecho más que empezar. Es debido a esto que instamos a una mayor investigación, educación y colaboración entre investigadores, profesionales de la salud, y la comunidad en general para promover la concienciación de este trastorno y reducir el estigma asociado a este. Solo a través de un enfoque colaborativo podremos desarrollar los mejores tratamientos con el fin de garantizar el correcto abordaje del trastorno por atracón, mejorando así la calidad de vida de quienes lo padecen y promoviendo la salud mental en nuestra sociedad.

Referencias

- 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 (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420188.dsm-iii-r>
- 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>
- Berrocal Montiel, C., & Ruiz Moreno, M. A. (2001). Revisión del estado actual de la investigación sobre el trastorno por atracón [Review about empirical evidence in the binge eating disorder]. *Psicologemas*, 15(30), 179–228. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720302>
- Cebolla, A., Perpiñá, C., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J., & Botella, C. (2012). Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *Anales de Pediatría*, 77(2), 98-102. <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-del-trastorno-por-atracon-articulo-S1695403312000021>
- 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>

- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *The International journal of eating disorders, 34 Suppl*, S2–S18. <https://doi.org/10.1002/eat.10201>
- Escandón-Nagel, N. (2016). Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutrición Hospitalaria, 33*(6), 1470-1476. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.428>
- 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., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- 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>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: an empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *The International journal of eating disorders, 14*(1), 1–16. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199307\)14:1<1::aid-eat2260140102>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199307)14:1<1::aid-eat2260140102>3.0.co;2-3)
- 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>

- González Calderón, M. J., & Ormaechea Alegre, E. (2016). Tratamientos actuales del trastorno por atracón. *Pensando Psicología*, 12(19), 11-22. <https://doi.org/10.16925/pe.v12i19.1325>
- González Pérez, S. (2022). *Trastorno por atracón* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas]. Repositorio institucional de la Universidad Pontificia de Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/61313>
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R., & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 675–685. <https://doi.org/10.1037/a0025049>
- 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>
- Gubernet Ferreira, N. J. (2022). *La motivación de las personas para el consumo de ultraprocesados y su relación con el trastorno por atracón* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Santiago de Compostela]. Repositorio institucional de la Universidad de Santiago de Compostela. <http://hdl.handle.net/10347/29780>
- 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
- Hamburger, W. W. (1951). Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 35, 483–499. <https://psycnet.apa.org/record/1952-02924-001>
- 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>

- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *200*(3), 232–237. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089664>
- Hoek H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *29*(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- 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>
- Karyotaki, E., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Riper, H., & Cuijpers, P. (2019). Guided or self-guided internet-based cognitive-behavioural therapy (iCBT) for depression? Study protocol of an individual participant data network meta-analysis. *BMJ open*, *9*(6), e026820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026820>
- 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>
- National Institute of Mental Health (NIH). (2021). Definition & Facts for Binge Eating Disorder. NIH: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Obtenido el 19 de marzo de 2024 de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/binge-eating-disorder/definition-facts>

- 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 (1992). *Clasificación internacional de enfermedades: décima revisión*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- 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>
- Pérez López, E. (2020). *Trastorno de la conducta alimentaria ¿Qué es el trastorno por atracón?* [Trabajo de fin de grado, Universidad Pontificia de Comillas]. Repositorio institucional de la Universidad Pontificia de Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/41308>
- Preti, A., Girolamo, G.d, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R.d, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., & ESEMeD-WMH Investigators (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*, *43*(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Rava, M. F., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, *102*(5), 353-363. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500007&lng=es&tlng=es.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating

- disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656–665.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.09.019>
- Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J., & Hasin, D. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s "the classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal". *The International journal of eating disorders*, 13(2), 161–169.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2008). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual review of clinical psychology*, 4, 305–324. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141149>
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric quarterly*, 33, 284–295.
<https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Svedlund, N. E., Norring, C., Ginsberg, Y., & von Hausswolff Juhlin, Y. (2019). Síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con trastornos alimentarios. *RET: revista de toxicomanías*, (82), 19-28.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6951311>
- Tamayo Lopera, D., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007&lng=pt&tlng=es.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 713–721. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.713>
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 94–101.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>

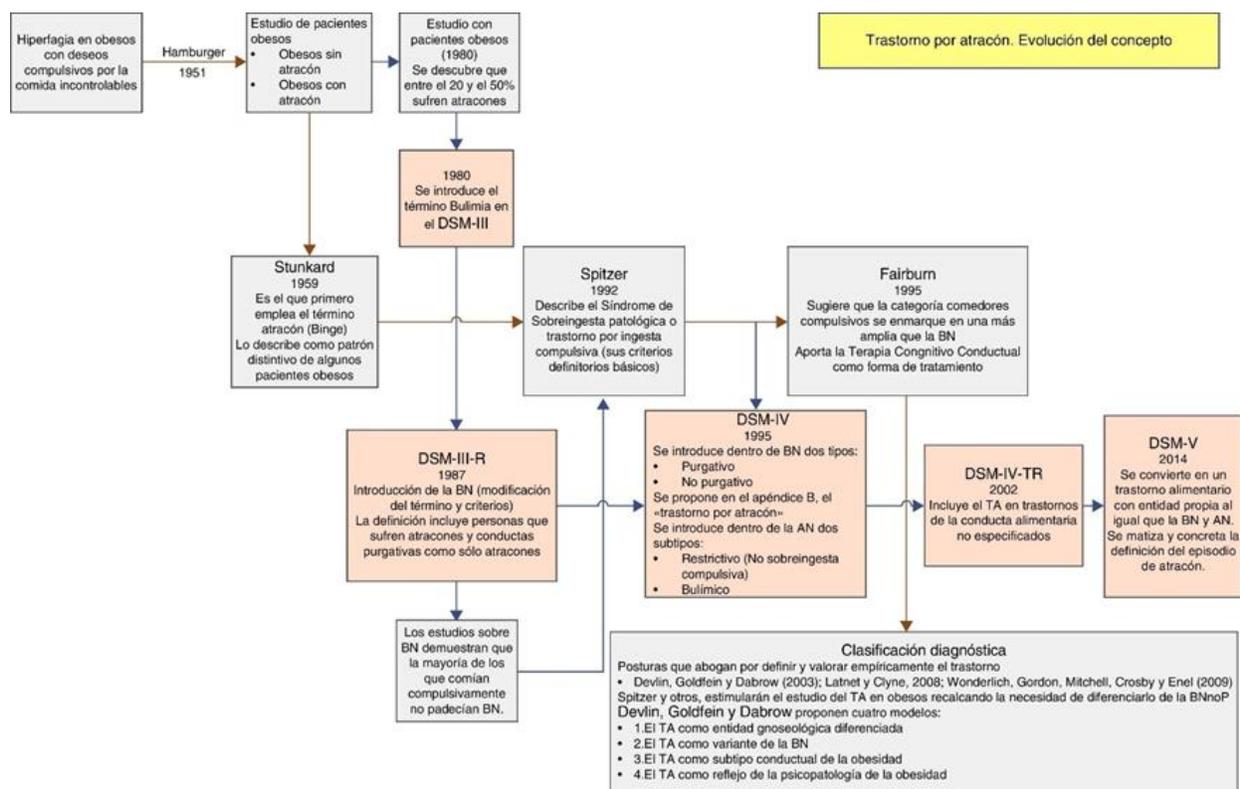
Anexos

Anexo A. Índice de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
AN	Anorexia Nerviosa
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
BED	Binge Eating Disorder
BN	Bulimia Nerviosa
BWL	Behavioural Weight Loss Therapy/ Terapia Conductual de Adelgazamiento
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
TA	Trastorno por Atracón
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TIP	Terapia Interpersonal

Nota. Índice de abreviaturas de elaboración propia.

Anexo B. Trastorno por Atracón. Evolución del Concepto



Nota. Obtenido de: *Trastorno por atracón. Evolución del concepto*, de Cuadro y Baile (2015).

Anexo C. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Atracón en el DSM-5

Trastorno por Atracón (DSM-5). 307.51 (F50.8)

A. Presencia repetida de sucesos de atracones, definidos por dos elementos distintivos:

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.
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:

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.

Nota. Obtenido de: Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)* (DSM-5).

Anexo D. Prevalencia de AN, BN, y TA en Mujeres Jóvenes alrededor del Mundo

Continente o país	Anorexia	Bulimia	Trastorno por atracón
China ¹	1,05	2,98	3,58
Japón ¹	0,43	2,32	3,32*
África ¹	< 0,01	0,87	4,5*
Latinoamérica ¹	0,10	1,16	3,53
Australia ²	2,0	1,0	2,4
EE. UU. ²	1,37	2,6	3,0
Europa	0,69-1,20	0,59-0,60	0,62-1,60

1. Hoek et al., (2016) (China, Japón, África)
2. Lindvall et al., (2017) (Australia, EE. UU., Holanda, Portugal)
3. Preti et al., (2009) (Europa: Holanda, España, Bélgica, Italia, Alemania y Francia)

Nota. Obtenido de: *Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria* de Arija-Val et al., (2022).