

Maestría en

**NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN ENFERMEDADES
METABÓLICAS, OBESIDAD Y DIABETES**

**Tesis previa a la obtención de título de
Magíster en Nutrición y Dietética con
mención en enfermedades metabólicas;
Obesidad y diabetes.**

AUTOR: Ana Gabriela Bedón Bedón

TUTOR: MSc.Mg. Karina Pazmiño PhD

Evaluación de intervenciones nutricionales en adultos con trastorno por atracón y su relación con la obesidad en el periodo de Marzo-Julio del 2025. Revisión Bibliográfica.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Ana Gabriela Bedón Bedón declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, Reglamento y Leyes.

FIRMA AUTOR

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Karina Alexandra Pazmiño Estévez certifico que conozco a la autora del presente trabajo de titulación “Evaluación de intervenciones nutricionales en adultos con trastornos por atracón y su relación con la obesidad en el periodo de Marzo-Julio del 2025. Revisión Bibliográfica”, Ana Gabriela Bedón Bedón, siendo la responsable exclusiva tanto de su originalidad y autenticidad, como de su contenido.

Mg. MSc. Karina Pazmiño

Nombre del director

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, quien me acompaña y guía en cada decisión de mi camino. A mis padres, por su amor incondicional, porque sin importar el tiempo, el lugar o las circunstancias, siempre están presentes para mí. A mi hermana, por ser mi sostén y mi refugio en los momentos de caos y frustración. Y, finalmente, a mí misma, por el compromiso constante con mi crecimiento personal, por la perseveración y la determinación que me han permitido convertirme en una mujer constante y decidida.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincero agradecimiento a mi tutora de tesis, MSc. Mg. Karina Pazmiño, por su acompañamiento constante, su disposición permanente y la calidad humana y académica demostrada a lo largo del desarrollo de este trabajo. Agradezco profundamente su tiempo, su rapidez para orientar y resolver dudas, así como su compromiso genuino por ayudarme a concluir este trabajo de tesis. Su apoyo no se limitó únicamente a este proceso, sino que se extendió a lo largo de toda la maestría, brindándonos escucha, soluciones y una guía clara en los distintos desafíos académicos. Haber coincidido con ella como tutora ha sido un verdadero privilegio, ya que su presencia me permitió trabajar con tranquilidad, enfoque y confianza para alcanzar este objetivo.

Agradezco también a la Universidad Internacional del Ecuador, por la formación recibida y por ofrecer un espacio académico que permitió el encuentro con profesionales valiosos y compañeros comprometidos, cuya experiencia y visión contribuyeron a orientar y enriquecer mi camino profesional.

A mi familia, mi más profundo agradecimiento por su apoyo incondicional, su amor, su entrega y su sacrificio constante, brindándome las condiciones necesarias para dedicarme plenamente a mis estudios.

Finalmente, me agradezco a mí misma por permanecer, por la constancia, el compromiso y la determinación para lograrlo.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA	1
APROBACIÓN DEL TUTOR	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE GENERAL.....	6
Índice de tablas y figuras	7
Resumen	8
Abstract	9
Introducción.....	10
Justificación.....	11
Marco Teórico.....	12
Estado del Arte.....	12
Trastornos Alimentarios (TA).....	19
El trastorno alimentario por atracón.....	22
La personalidad de una persona con trastorno por atracones	26
Intervenciones nutricionales utilizadas en el trastorno por atracón en adultos con obesidad.....	29
La Obesidad.....	30
Causas del sobrepeso y la obesidad.....	32
Consecuencias de la obesidad	32
Prevención de la obesidad	33
Planteamiento del problema	35
Objetivos.....	36
Metodología.....	37
Enfoque, tipo y diseño de la investigación	37
Variables de investigación	38
Resultados de la Investigación	41
Respuestas a los objetivos planteados	59
Discusión	65
Conclusiones	69
Recomendaciones.....	70
Referencias	71

Índice de tablas

Tabla 1. Trastorno por atracón.....	23
Tabla 2. Resumen de los artículos seleccionados.....	42
Tabla 3. Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 1	60
Tabla 4. Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 2	61
Tabla 5. Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 3	62
Tabla 6. Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 4	63

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos (PRISMA)	40
--	----

Resumen

El objetivo de la presente investigación ha sido evaluar las intervenciones nutricionales en adultos con trastornos por atracón y su relación con la obesidad en el periodo marzo a Julio del 2025. La metodología utilizada ha sido una revisión sistemática de literatura, con un enfoque cualitativo y descriptivo, haciendo uso del diagrama prisma, mediante una búsqueda de artículos de 2020 a 2025 en las bases de datos PubMed, Google Scholar, ClinicalTrials.gov y MedlinePlus tanto en inglés como español. Se incluyeron revisiones, ensayos clínicos y estudios epidemiológicos, los cuales aplicaron criterios de inclusión y exclusión y finalmente se seleccionaron 13 estudios los principales hallazgos obtenidos de los estudios indican que la evidencia favorece a los programas de integrales que combinan el manejo de peso y componentes conductuales psicoterapéuticos. Se presentaron varios ensayos que compararon ROC+BWL vs CBT y MOVE! vs MOVE!+CBT. Con un mejor mantenimiento de la reducción de atracones que del peso. Como conclusión se ha obtenido que el atracón está definido por la pérdida de control y malestar, su relación con la obesidad es bidireccional. Las intervenciones con un mejor balance integran metas nutricionales concretas como déficit calórico o menor densidad energética, con terapia basada en evidencia y estrategias de mantenimiento.

Palabras clave: Trastorno por atracón; Obesidad; Intervenciones nutricionales; Manejo de peso.

Abstract

The objective of this study was to evaluate nutritional interventions in adults with binge-eating disorder and their relationship with obesity during the period from March to July 2025. The methodology used was a systematic literature review with a qualitative and descriptive approach, using the PRISMA flow diagram, through a search for articles published between 2020 and 2025 in the PubMed, Google Scholar, ClinicalTrials.gov, and MedlinePlus databases in both English and Spanish. Reviews, clinical trials, and epidemiological studies were included; inclusion and exclusion criteria were applied, and finally 13 studies were selected. The main findings indicate that the evidence favors comprehensive programs that combine weight management with behavioral and psychotherapeutic components. Several trials were presented comparing ROC+BWL vs. CBT and MOVE! vs. MOVE!+CBT, showing better maintenance of reductions in binge eating than in body weight. In conclusion, binge eating is defined by loss of control and distress, and its relationship with obesity is bidirectional. The interventions with the best overall balance integrate specific nutritional targets—such as a caloric deficit or lower energy density—with evidence-based therapy and maintenance strategies.

Keywords: Binge-eating disorder; Obesity; Nutritional interventions; Weight management.

Introducción

Un tema de debate mundial en la actualidad es el referido a la adicción a la comida. Este debate se da tanto en la comunidad académica y científica como en el público general. Esta adicción apunta a que los individuos experimentan respuestas semejantes a la adicción a la comida, muy similares a las observadas con las sustancias de abuso clásicas. Esta adicción está vinculada a la obesidad y los TA. En tal sentido, la intervención es útil para prevenir y tratar la obesidad y los TA. Pero, hay una discusión sobre si este fenómeno se puede definir, más apropiadamente a través de los parámetros y paradigmas que reflejen las ponderaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5): trastornos vinculados con sustancias (p. ej., adicción a la comida) o trastornos no vinculados con sustancias (p. ej., adicción a la comida) (Hauck, et al., 2020).

Por tanto, medir las conductas de alimentación desadaptativas o potencialmente desreguladas como la adicción a la comida o TA es una temática visiblemente de interés que, de ser apoyado pues sería apreciable para varias áreas de la salud. Sin embargo, está planteada una polémica y ataques sobre cómo deben definirse los patrones de alimentación desadaptativos que generalmente se conocen como adicción a la comida, la diferencia con otras condiciones asociadas (por ejemplo, adicción a la comida, trastornos alimentarios, etc.) y el papel que este fenómeno desempeñaría en problemáticas de salud como la obesidad (Hauck, et al., 2020).

Los trastornos alimentarios (TA) constituyen una gama de trastornos de salud mental que afectan de manera significativa el bienestar físico y el psicológico de una persona. De acuerdo a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), coexisten cinco categorías importantes de trastornos alimentarios, entre ellos se cuentan: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracones (BED), Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta Especificados (OSFED) y Trastornos de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta No Especificados.

Justificación

Como justificación de la investigación, se considera el aporte a la comunidad académica y científica, así como a la población afectada del trastorno por atracón y obesidad con miras a solventar este problema y favorecer la salud tanto física como mental, y la percepción de estos últimos en su imagen corporal a través del planteamiento de intervenciones efectivas en el área nutricional que hayan documentalmente probado efectos beneficiosos a este grupo etario.

Además, la evidencia sugiere que los trastornos por atracón suelen permanecer subdiagnosticados en adultos con exceso de peso, esto puede retrasar una oportuna derivación, así como favorecer a la a hacer crónico el ciclo atracón–malestar emocional–aumento de peso. Dentro de este contexto una síntesis de actualizada de intervenciones nutricionales y la articulación con abordajes conductuales es muy importante para lograr la práctica clínica, optimizar la adherencia a los planes alimentarios y apoyar al diseño de programas interdisciplinarios y de salud pública, principalmente en los contextos latinoamericanos en donde la disponibilidad de guías específicas aún sigue siendo limitada.

Marco Teórico

Estado del Arte

A efectos de construir una perspectiva teórica suficiente, coherente y competente para abordar la problemática de los desórdenes o trastornos de alimentación (TA) y su relación con la obesidad, y así generar el constructo cognitivo que sustenta este estudio, la autora de la presente investigación desde su perspectiva y cosmovisión personal cree necesario considerar que los TA y la obesidad se constituyen dos importantes retos claves y críticos que están intrínsecamente relacionados directamente con la salud pública afectando a un sinnúmero de personas a nivel global.

En este orden de ideas, aunque parecieran dos extremos en el espectro del peso corporal, ambos participan y a la vez comparten complicados factores tanto psicológicos, como genéticos y ambientales. Ambos padecimientos afectan la salud física, imponen fuertes cargas socioemocionales a quienes conviven con ambas entidades clínicas. Por ello entender esta interrelación es fundamental para diagnosticar tempranamente y plantear intervenciones eficaces para su prevención y tratamiento. Por ello, este estado del arte es significativo pues procura desde la revisión documental integral construir el conocimiento necesario para abordar el atracón como TA y su relación con la obesidad y sus múltiples causas y consecuencias.

Un importante referente teórico y metodológico para la presente investigación es el estudio titulado Redefiniendo los parámetros diagnósticos: el papel de la sobrevaloración de la figura y el peso en el trastorno por atracón: una revisión sistemática, adelantado por Melisse y Dingemans (2025), donde abordan tanto la sobrevaloración de la figura como el peso como un mecanismo decisivo para la comprensión y el diagnóstico de los TA. Si bien el modelo transdiagnóstico contempla que la sobrevaloración de la figura y el peso constituye la patología medular de todos los TA, este concepto no establece un criterio para el trastorno por atracón. El insuficiente reconocimiento de la sobrevaloración de la figura y el peso puede conllevar a pasar por desapercibido esto, y, por consiguiente, dejar a un lado el abordaje de este constructo en el marco del tratamiento.

El objetivo de esta investigación examinar si la sobrevaloración es un mecanismo o elemento concluyente para comprender y diagnosticar el trastorno por atracón y si debería

abordarse durante el tratamiento y, por ello, añadirse como argumento para el trastorno in comento (Melisse & Dingemans, 2025).

A nivel metodológico, la presente revisión sistemática de la literatura (RSL) documental fue registrada en el correspondiente Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (número de registro: CRD42024541433). Se utilizó conjuntamente las bases de datos PsycINFO, Web of Science, PubMed (Medline) y Google Académico para la búsqueda y la RSL a través de una serie de descriptores relacionados con sobrevaloración de la figura y el peso, y el trastorno por atracón. La totalidad de los estudios analizados a profundidad y publicados en el idioma inglés fueron revisados por pares (N=93) desde el año 1993 (Melisse & Dingemans, 2025).

Los hallazgos de esta RSL revelan que tanto la sobrevaloración de la figura como el peso corporal fue más severo en individuos con trastorno por atracón que en personas con un IMC elevado similar. Conjuntamente, los niveles de sobrevaloración en el trastorno por atracón fueron comparables en gravedad a los de los individuos con otros subtipos de TA mencionados. La sobrevaloración se relacionó de manera positiva con otros síntomas psiquiátricos, un factor de riesgo para la manifestación de atracones en adolescentes y predijo perturbadores resultados del tratamiento. Aun el estudio no aclaró si la sobrevaloración es un predictor definitivo del abandono de las intervenciones de terapia cognitivo-conductual (Melisse & Dingemans, 2025).

El estudio concluye sugiriendo que sea considerada la inclusión de la sobrevaloración de la figura y el peso como criterio para el diagnóstico del trastorno por atracón. Incluir la sobrevaloración en el DSM y la CIE puede impedir que se pase por desapercibido este constructo y potencialmente se obtengan mejores resultados de los tratamientos (Melisse & Dingemans, 2025).

Una investigación que lleva como título Determinantes de los atracones alimentarios y su impacto en los indicadores de obesidad entre adolescentes finlandeses: un estudio de cohorte, fue llevada a cabo por Lehto, et al., (2024), los autores señalan que los atracones como TA, son ciertamente muy frecuentes en la juventud actualmente predisponiéndolos además de la obesidad a múltiples problemas de salud, y terminan revelando que son muchos los factores psicológicos y sociales que subyacen y pueden estar vinculados con los atracones.

El objetivo general de la investigación fue averiguar los determinantes claves psicosociales de los atracones en niños y padres, y su efecto en los indicadores de la obesidad. Metodológicamente, se abordó el estudio desde una muestra de 10.067 adolescentes finlandeses que voluntariamente decidieron participar en el estudio de cohorte Fin-HIT. Sus edades estuvieron comprendidas en el rango de 9 y 12 años al iniciar el estudio, realizándoles un monitoreo continuo en un tiempo promedio de 2,6 años. Inicialmente, se midió la antropometría de los participantes, quienes reportaron atracones, actitudes y comportamientos alimentarios desordenados, autoestima y satisfacción con la figura corporal a través de cuestionarios previamente validados en contenido y confiabilidad. Los padres refirieron su satisfacción particular con el peso, dietas y síntomas depresivos al comienzo de la investigación. A efectos de análisis de la data del estudio, fueron utilizadas regresiones logísticas y lineales ajustadas (Lehto, et al, 2024)

Los hallazgos revelaron que la autoestima se asoció con una escasa probabilidad (OR: 0,88; IC del 95 %: 0,85-0,91), y las actitudes y conductas alimentarias desordenadas a nivel general se asociaron con una mayor probabilidad (OR: 1,08; IC del 95 %: 1,06-1,10) de atracones. Al mismo tiempo, la insatisfacción corporal del niño y de los padres estuvo asociada directamente con los atracones, pero no en el modelo totalmente, donde adicionalmente fue considerado el IMC del niño. Ningún factor parental se vinculó con los atracones en el modelo totalmente ajustado. Los atracones se asociaron con puntajes *z* del IMC y perímetros más altos de la cintura transversal y longitudinalmente (Lehto, et al, 2024)

El estudio concluye que la baja autoestima, la insatisfacción corporal y otras actitudes y conductas alimentarias desordenadas están relacionadas con los atracones, pero del mismo modo, los resultados igualmente resaltan el impacto del peso como predictor moderador al averiguar los determinantes clave de los atracones. Se precisan de más estudios sobre el papel de los componentes parentales en los atracones en adolescentes (Lehto, et al, 2024)

Investigadores como Smith y Goldschmidt (2024), realizaron un estudio que titularon Tratamiento del Trastorno por Atracón a lo Largo de la Vida: Una Revisión Actualizada de la Literatura y Consideraciones para Futuras Investigaciones, cuyo objetivo general fue que a través de una Revisión de la literatura actual y existente se describió el tratamiento del trastorno por atracón (TA) tanto en individuos adultos como en jóvenes,

priorizando los vacíos en cuanto a tratamientos emergentes y futuras líneas de investigación.

Los hallazgos revelan recientemente que la evidencia científica de manera suficiente respalda la eficacia de diferentes variedades para el tratamiento en adultos, donde se incluyen la terapia de autoayuda, la psicoterapia orientada por médicos y la farmacoterapia; los tamaños más importantes del efecto se observaron en las psicoterapias, donde mayoritariamente estas eran de orientación cognitivo-conductual. Las psicoterapias adecuadas para jóvenes del mismo modo son prometedoras, pero necesitan de un sólido respaldo de evidencia. Los predictores, moderadores y mediadores del resultado referente al tratamiento continúan siendo poco conocidos; las personas con TA siguen observando importantes barreras al tratamiento; y se requiere mucha más investigación para afrontar la respuesta subóptima al tratamiento. Trabajos recientes destacan la capacidad de las intervenciones adaptativas y la investigación de novedosos mecanismos para acometer estas insuficiencias. El estudio concluye que, la investigación sobre el tratamiento del trastorno por atracón avanza paulatinamente, aunque aún quedan interrogantes significativas por responder para optimizar la eficacia y vigencia del tratamiento a lo largo de la vida de los individuos afectados (Smith & Goldschmidt, 2024).

Investigadores como Lobo, et al., (2023), realizaron un estudio que titularon ¿Se asocian los atracones con malos resultados en la pérdida de peso en personas con sobrepeso? Una revisión sistemática con metaanálisis, que consistió en una Revisión sistemática de la literatura (RSL) cuyo objetivo general fue la comparación de la variación de peso en individuos con o sin atracones alimentarios sometidos a diversos tratamientos para la pérdida de peso corporal.

A nivel metodológico, se investigó en estudios e investigaciones divulgadas en bases de datos como PubMed, la Asociación Americana de Psicología y Embase a partir del mes de inicio hasta enero de 2022. Los estudios escogidos comprendieron la evaluación de los atracones y el peso corporal previo y posterior al tratamiento para perder peso en individuos de cualquier edad. Los metaanálisis se llevaron a cabo a través de la metodología de metaanálisis exhaustivo (CMA), utilizando, conjuntamente, la prueba de regresión de Egger, el gráfico de embudo y la prueba de recorte y relleno para valorar el riesgo de sesgo de cada estudio seleccionado (Lobo, et al, 2023).

Los hallazgos revelan la inclusión de 34 estudios en la RSL, en los cuales se registraron 10.184 participantes. Los estudios fueron divididos en tres categorías acorde al tipo de tratamiento para perder peso: (1) cirugía bariátrica; (2) farmacoterapia sola o combinada con intervenciones conductuales; y (3) intervenciones conductuales o nutricionales. Los metanálisis no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la pérdida de peso entre individuos con o sin atracones que participaron en los referidos tratamientos, con un tamaño del efecto global de -0,117 (IC del 95 %: -0,405 a 0,171; $p = 0,426$). (Lehto, et al, 2024)

Este estudio concluye que los hallazgos de la investigación no revelaron diferencias en la pérdida de peso en individuos que refirieron atracones con los que no lo reportaron previos a los diversos tratamientos para la pérdida de peso. No deben ser descartados estos tratamientos por considerar que no serán efectivos en personas con atracones previos estos, aun cuando su seguridad y efectos en el largo plazo aun no son suficientemente claros (Lehto, et al, 2024)

Otro importante referente considerado para esta investigación es un estudio titulado Comportamiento de atracones y sobrealimentación en adolescentes en relación con resultados de riesgo cardiometabólico posterior: un estudio de cohorte prospectivo realizado por Zhou, et al., (2022), refieren que el trastorno por atracón está de manera bidireccional asociado tanto con la obesidad como con el síndrome metabólico. Aún no se ha aclarado suficientemente si la ingesta excesiva y con atracones, o comer en exceso con pérdida de control, igualmente predice el riesgo metabólico y, si así fuese, estas asociaciones son solo imputables al sobrepeso.

El objetivo de este estudio fue realizar un examen de las relaciones longitudinales entre la ingesta excesiva y con atracones y los marcadores de riesgo cardiometabólico en los adolescentes. A nivel metodológico, se seleccionó una muestra de adolescentes ($n = 619$) que en un estudio previo que se tituló Proyecto Viva refirieron comer excesivamente y con atracones en su adolescencia temprana (mediana de 12,9 años, "línea base"). Una vez finalizada la etapa de la adolescencia (mediana de 17,4 años, seguimiento), se evaluó los resultados de adiposidad y presión arterial, y en un subgrupo de participantes ($n = 270-424$), los biomarcadores correspondientes a dislipidemia, resistencia a la insulina, disfunción hepática, inflamación y homeostasis de adipocinas. Del mismo modo se realizó una regresión lineal multivariable ajustados por el perfil sociodemográfico y

exposición prenatal a la obesidad, así como por la puntuación z del índice de masa corporal (IMC) basal (Zhou, et al, 2022)

Los hallazgos evidencian que, al comienzo del estudio, un 58 (9 %) de los adolescentes participantes señalaron comer en exceso, y de estos 24 (41 %) presentaron atracones como comer excesivamente con la pérdida de control para hacerlo. En los modelos ajustados, los adolescentes con evidente sobrealimentación presentaron una mayor adiposidad en el seguimiento alrededor de 5 años posteriormente (p. ej., % de grasa corporal 4,03; intervalo de confianza del 95 % (IC) 1,76, 6,31) que aquellos que no refirieron sobrealimentación; el ajuste añadido para el puntaje z del IMC inicial disminuyó las asociaciones a nivel general, con excepción para el % de grasa corporal (2,95; IC del 95 % 1,03, 4,87) (Zhou, et al, 2022)

Complementariamente, la sobrealimentación de igual forma se asoció con mayor inflamación y disfunción de las adipocinas, manteniéndose positiva con respecto a la “interleucina-6 (IL-6) (β transformada logarítmicamente = 0,42 pg/ml; IC del 95 %: 0,12; 0,73) y negativa con la adiponectina (β transformada logarítmicamente = -0,28 ug/ml; IC del 95 %: -0,47; -0,08)” (p. 1), inclusive posterior al ajuste efectuado a la puntuación z del IMC basal. La sobrealimentación no se asoció de manera consistente con otros hallazgos. Los adolescentes que refirieron atracones habitualmente evidenciaron una mayor adiposidad (p. ej., % de grasa corporal: 5,00; IC del 95 %: 1,74; 8,25) comparados con aquellos que no refirieron sobrealimentación. (Zhou, et al, 2022)

El estudio concluye que, los adolescentes que comieron excesivamente y con atracones registraron una mayor adiposidad y peores perfiles inflamatorios y de adipocinas, pero no evidenciaron discrepancias en otros hallazgos del estudio, comparados con adolescentes que no presentaron este tipo de comportamientos. Estas asociaciones únicamente se explicaron de manera parcial por un mayor puntajes z del IMC basal. Estas discrepancias indicarían un riesgo mayor y a futuro de enfermedad cardiovascular (Zhou, et al, 2022)

En un estudio titulado Obesidad y trastornos alimentarios en niños y adolescentes: El vínculo bidireccional, realizado por Stabouli, et al., (2021), plantean que la obesidad, los TA y las prácticas alimentarias no saludables en niños y adolescentes representan actualmente un problema de salud pública alarmante en virtud de su elevada prevalencia y las consecuencias adversas en la salud física y psicosocial.

El estudio tuvo como objetivo fundamental presentar a la comunidad científica del área de la salud la evidencia de que los TA y la obesidad pueden ser controlados o prevenidos a través de intervenciones en la edad pediátrica. Los hallazgos revelan que, en la obesidad en la edad pediátrica y la adolescencia, los TA son altamente prevalentes, incrementando el riesgo de desarrollar para toda su vida TA, siendo los más recurrentes en individuos con obesidad la bulimia nerviosa y los trastornos por atracones, que se caracterizan por comportamientos anómalos alimentarios o de control del peso corporal (Stabouli, et al, 2021).

De acuerdo al estudio, los mecanismos que subyacen en esta interacción son múltiples, incluidos tanto los individuales como los ambientales, así como los lineamientos y orientaciones para la disminución de las consecuencias son muy diversos. Los tratamientos que se basan en la evidencia para la obesidad y los TA en edades tempranas comprenden, inicialmente la pérdida de peso con orientación y manejo nutricional, los cambios progresivos del estilo de vida por medio de psicoterapia conductual, así como el abordaje terapéutico de las comorbilidades psiquiátricas si las mismas no son derivaciones del TA. En aquellos casos crónicos y verdaderamente extremos, puede apelarse a tratamientos farmacológicos y en última instancia la cirugía bariátrica (Stabouli, et al, 2021).

El estudio concluye que se requieren a futuro investigaciones para la detección temprana de factores de riesgo con la finalidad de prevenir, y de una comprensión suficiente y precisa de los mecanismos que subyacen a esta problemática, y, por último, en aquellos casos que precisan intervención terapéutica, para suministrar un tratamiento tanto oportuno como individualizado. Por ello, resulta crucial los esfuerzos mancomunados entre los diferentes grupos de interés para resolver y disminuir los factores de discrepancia en salud y mejorar la salud pública (Stabouli, et al, 2021).

Estos referentes encontrados y que forman parte el estado del arte de esta investigación, son primordiales y muy importantes para el abordaje de los trastornos por atracón y la obesidad, pues proveen un marco teórico y metodológico, rigurosos científicamente para la comprensión de todas las causas, implicaciones, consecuencias y tratamientos. Estas investigaciones demostraron que el atracón está intensamente vinculado tanto a factores emocionales como a los psicológicos y sociales, donde prevalecen el estrés y emociones nocivas. Igualmente se identificó y reconoció su vinculación intrínseca con la obesidad, acentuando su impacto en la salud metabólica y el bienestar psicológico.

En este sentido, las investigaciones analizadas en este apartado de la investigación permitieron documentar la importancia de la oportunidad del diseño de intervenciones efectivas, tales como la terapia cognitivo-conductual y farmacoterapias específicas, que han evidenciado éxito en reducir los incidentes de atracones. Los hallazgos referentes a la estigmatización y los impedimentos al tratamiento recalcan la necesidad de un enfoque holístico para abordar la salud física y mental. Estos referentes ofrecen una orientación y lineamientos para el diseño de estrategias individualizadas y fortalecen la relevancia de la prevención temprana y oportuna incluso en la etapa de la primera infancia y la adolescencia. A modo de resumen estos antecedentes constituyen un fundamento primordial para desplegar respuestas y soluciones efectivas para la mejora de la calidad de vida de quienes transitan por la vida con estas problemáticas alimentarias.

Trastornos Alimentarios (TA)

Un tema de debate mundial en la actualidad es el referido a la adicción a la comida. Este debate se da tanto en la comunidad académica y científica como en el público general. Esta adicción apunta a que los individuos experimentan respuestas semejantes a la adicción a la comida, muy similares a las observadas con las sustancias de abuso clásicas. Esta adicción está vinculada a la obesidad y los TA. En tal sentido, la intervención es útil para prevenir y tratar la obesidad y los TA. Pero, hay una discusión sobre si este fenómeno se puede definir, más apropiadamente a través de los parámetros y paradigmas que reflejen las ponderaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5): trastornos vinculados con sustancias (p. ej., adicción a la comida) o trastornos no vinculados con sustancias (p. ej., adicción a la comida) (Hauck, et al., 2020).

Por tanto, medir las conductas de alimentación desadaptativas o potencialmente desreguladas como la adicción a la comida o TA es una temática visiblemente de interés que, de ser apoyado pues sería apreciable para varias áreas de la salud. Sin embargo, está planteada una polémica y ataques sobre cómo deben definirse los patrones de alimentación desadaptativos que generalmente se conocen como adicción a la comida, la diferencia con otras condiciones asociadas (por ejemplo, adicción a la comida, trastornos alimentarios, etc.) y el papel que este fenómeno desempeñaría en problemáticas de salud como la obesidad (Hauck, et al., 2020).

Los trastornos alimentarios (TA) constituyen una gama de trastornos de salud mental que afectan de manera significativa el bienestar físico y el psicológico de una persona. De

acuerdo a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), coexisten cinco categorías importantes de trastornos alimentarios, entre ellos se cuentan: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracóns (BED), Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta Especificados (OSFED) y Trastornos de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta No Especificados. La prevalencia global de estos TA entre los adolescentes alcanza el tercer lugar entre otras enfermedades crónicas, únicamente superada por la obesidad y el asma. El estigma vinculado con los TA es un reto progresivo que impacta el acceso de este tipo de pacientes a la atención de salud mental a nivel mundial (Nawaz, et al., 2024)

De acuerdo a la American Psychiatric Association APA (2014), los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos constituyen una perturbación constante en la alimentación o en la conducta asociada con la alimentación que conlleva a una disfunción tanto en el consumo como en el proceso de absorción de los alimentos en detrimento de la salud física y de la funcionalidad psicosocial de un individuo. En el manual de la APA se proveen los criterios claros para el diagnóstico de la “pica, el trastorno de rumiación, el de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones” (APA, 2014. p. 329).

Los TA se consideran actualmente padecimientos complejos, cuyo origen es cerebral (mental), con tasas de mortalidad más elevadas que el resto de las enfermedades mentales. Afectan a una gran parte de la población mundial; pero, como muchas enfermedades, frecuentemente son pasadas por algo siendo subdiagnosticadas. Efectivamente, más del 70 % de las personas que conviven con estos padecimientos nunca podrán acceder al tratamiento que ameritan merecidamente (National Alliance for Eating Disorders, 2024)

En consecuencia, para Arija, et al., (2022) los TA están asociados a padecimientos de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad celíaca. Uno de los TA más relevantes es la Anorexia Nerviosa (AN), y aun cuando la evolución clínica de la AN pareciera ser favorable, con una recuperación del peso corporal aproximadamente a los 30 años de edad en el 88 % de los casos, observa comportamientos riesgosos de autolesiones, intentos suicidas y mortalidad. En el continente europeo, se estima una prevalencia en la población femenina de la AN entre un 1 y un 4 %, en cuanto a la bulimia nerviosa (BN) oscila entre el 1 y el 2 % y en el caso del trastorno por atracón (TAC) del 1 al-4 %. En la población masculina, la prevalencia de los TA ronda entre el 0,3 y el 0,7 %. En la actualidad, hay evidencia de que los TA se distribuyen globalmente en los

diferentes países afectando a todos los grupos étnicos, culturales y de todos los sectores poblacionales en materia socioeconómica. Sin embargo, hay poca disponibilidad de datos en Asia, Latinoamérica y África. En estas regiones, generalmente, únicamente se investiga sobre la prevalencia en la población que se considera de alto riesgo que son las mujeres jóvenes. En China se las siguientes tasas de prevalencia de la AN, BN y TAC del 1.05 %, 2.98 % y 3.58 %, respectivamente.

En el continente africano, las estadísticas se ubican en “<0.1% para la AN, un 0,87 % para la BN y un 4,45 % para el TAC. En Latinoamérica, las prevalencias de AN, BN y TAC son del 0,1 %, 1,16 % y 3,53 %, respectivamente” (Arija, et al., 2022, p. 9)

A modo complementario, es preciso resaltar que, acorde a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud a fines del 2019, alrededor de 14 millones de individuos a nivel mundial. Entre los cuales se incluyen 3 millones de niños y adolescentes, padecen de TA. En 2023 se estimó que hasta el 22 % de los niños y adolescentes padecen de estos TA. Es preciso resaltar que, si bien los TA son y constituyen un diagnóstico de salud mental, estos puntualizan comportamientos como la restricción, los atracones o el ejercicio físico excesivo. Solo en los Estados Unidos, las tasas son considerablemente más elevadas que en promedio del resto del mundo. En el 2020 se estimó los costos económicos de los TA alimentarios sugiriendo que alrededor del 9 % de la población estadounidense observará un TA a lo largo de su vida, resaltando así la magnitud potencial de esta problemática de salud (Arija, et al., 2022)

Si bien los TA tienen el potencial de afectar a individuos de todas las edades, etnias y clases sociales, se observa una significativa prevalencia entre los adultos jóvenes. Al inicio de la edad adulta, aproximadamente entre el 5,5 % y el 17,9 % de las mujeres jóvenes y entre el 0,6 % y el 2,4 % de los hombres jóvenes habrán sido diagnosticados con un TA clínicamente significativo, reflejando la considerable vulnerabilidad de este grupo demográfico. Los TA afectan a individuos de todos los pesos y formas corporales. Únicamente el 6 % de quienes han sido diagnosticados con un TA presentan bajo peso de acuerdo a los criterios médicos. Esta data estadística pone de relieve los supuestos que tanto el público como el personal sanitario tienen sobre los TA como el uso artificioso y erróneo del IMC (índice de masa corporal) para reflejar la salud (National Alliance for Eating Disorders, 2024).

En cuanto al trastorno por atracón, se estima que este afecta cerca del 3,5 % de la población femenina y al 2 % de la población masculina, e igualmente aqueja al 30-40 % de aquellos que acuden en búsqueda de tratamiento para reducir su peso corporal. Este TA se caracteriza por episodios repetidos de una ingesta que supera los estándares normales en un corto período de tiempo, el trastorno por atracón es el TA más frecuente entre los adultos estadounidenses, afectando al triple de personas diagnosticadas con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa de manera conjunta. (National Alliance for Eating Disorders, 2024)

El trastorno alimentario por atracón

Este trastorno está caracterizado por la presencia de episodios habituales de atracones en los cuales los sujetos ingieren cantidades considerablemente grandes de alimentos experimentando pérdida de control sobre su conducta alimentaria. Este trastorno está vinculado usualmente con la obesidad y con comorbilidades somáticas y de salud mental. Las personas que lo padecen experimentan una carga inmensa y deterioros en la calidad de vida y, simultáneamente, este trastorno frecuentemente desapercibido y sin recibir tratamiento alguno. Su etiología es compleja, porque abarca factores tanto genéticos como ambientales, así como contribuciones neuroendocrinológicas y neurobiológicas (Giel, et al., 2022).

Las manifestaciones neurobiológicas destacan deterioros en el proceso de recompensas, control inhibitorio y regulación de emociones en personas con trastorno de atracón, y estos dominios neurobiológicos son precisos para los puntos de vista para tratamientos emergentes. La psicoterapia es el tratamiento base para este trastorno. El reconocimiento y la investigación sobre este han evidenciado un incremento desde su inclusión en el DSM-5; pero, se requieren esfuerzos permanentes para la comprensión de los mecanismos subyacentes del trastorno por atracón y mejorar los resultados en términos de prevención y tratamiento de este trastorno. Estos esfuerzos igualmente han de incluir la detección, la identificación y la implementación de intervenciones fundamentadas en la evidencia en el ámbito de la práctica clínica usual, como la atención primaria y las consultas externas de salud mental (Giel, et al., 2022).

Desde la perspectiva de la DSM-5, 5ª Edición el trastorno por atracón se caracteriza por las siguientes consideraciones terapéuticas y conceptuales: que se evidencian en la siguiente Tabla.

Tabla 1.

Trastorno por atracón

Trastorno por atracón
Diagnóstico
A. Episodios repetidos de atracones que se caracterizan por: 1. Ingestión, en un momento específico (p. ej. Cualquier período dos horas), de cierta cantidad de alimentos que evidentemente lo gran parte de las personas comería en un momento similar en condiciones semejantes. 2. Impresión de falta de control sobre lo ingerido durante el episodio B. Los incidentes de atracones están asociados a tres o quizás más de los eventos que se mencionan a continuación: 1. Comer considerablemente más apresuradamente de lo considerado normal. 2. Comer hasta llegar a sentirse pesadamente lleno. 3. Comer enormes cantidades de alimentos en ausencia físicamente del sentimiento o necesidad de hambre 4. Comer únicamente por la vergüenza sentida por la cantidad ingerida. 5. Sentirse posteriormente disgustado con uno mismo, con sentimientos depresivos o de mucha vergüenza. C. Sentir un profundo malestar debido a los atracones. D. Los atracones, usualmente, suceden en una media de una vez semanalmente en un lapso de tiempo de tres meses. E. El atracón no está asociado a una presencia continua o periódica de una conducta compensatoria inadecuada como acontece con la bulimia nerviosa y no se origina únicamente en el trayecto de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.
Gravedad del atracón
La gravedad mínima de un episodio de atracón está basada en la periodicidad de los episodios de los mismos. La gravedad puede incrementarse para manifestar o evidenciar otras sintomatologías y niveles de discapacidad funcional. Esta se considera: Leve: si hay presencia y ocurrencia de 1 a 3 atracones semanalmente. Moderado: si suceden con una frecuencia de 4 a 7 atracones por semana.

Grave: si ocurren episodios con una frecuencia de 8 a 13 atracones semanalmente
Extremo: si la frecuencia es igual o supera los 14 o más episodios de atracones por semana.

Particularidades vinculadas que respaldan el diagnóstico

El trastorno de atracones surge habitualmente en sujetos indistintamente de peso normal/sobrepeso y en individuos obesos. Con frecuencia se asocia al sobrepeso y obesidad en sujetos que procuran tratamiento. No obstante, el trastorno de atracones es diferente de la obesidad. Gran parte de los individuos obesos no tienen episodios de atracones periódicos. Al mismo tiempo, al comparar los sujetos obesos con el mismo peso corporal pero que no evidencian el trastorno de atracones, con quienes si experimentan el trastorno, estos consumen mayor cantidad de calorías en los estudios de laboratorio sobre la conducta alimentaria y observan más deterioro en sus funciones, menos calidad de vida, incremento en el malestar subjetivo y en comorbilidades psiquiátricas

Prevalencia del trastorno de atracones

Este trastorno prevalece a doce meses en la población adulta de mujeres y hombres con edades igual a mayor a 18 años. En los Estados Unidos es de 1,6 y 0,8, respectivamente. La relación proporcional por género tiene menos desequilibrios en el trastorno de atracones que en la bulimia nerviosa. El trastorno de atracones tiene prevalencia entre las mujeres de las minorías étnicas o raciales (mujeres caucásicas) y predomina más entre quienes están en la búsqueda de tratamiento para pérdida de peso corporal que en la población general.

La prevalencia varía debido a varios factores, como las particularidades de la población estudiada, entre estas se citan, género, edad, país, entre otros, así como los criterios para el diagnóstico.

Factores de riesgo

El trastorno de atracones es propio y característico en el seno de ciertas familias, reflejando predominios hereditarios aditivos. Está vinculado a un portafolio de efectos funcionales como la problemática de la adaptabilidad al patrón social, el menoscabo de la calidad de vida concerniente a la salud y con el bienestar en la vida, un incremento en la morbilidad médica, y un aumento en el uso de los servicios de salud comparado con los individuos de control con un equivalente índice de masa corporal

(IMC). Asimismo, se asocia a un factible riesgo de aumento de peso corporal y desarrollo de la obesidad

Comorbilidades conexas al trastorno por atracón

Este trastorno se asocia habitualmente con una comorbilidad o presencia de afecciones psiquiátricas importantes que es semejante a la de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Los trastornos comórbidos más usuales son los siguientes trastornos: depresivos, bipolares, de ansiedad y, en menor cuantía, los derivados por consumo de sustancias. La comorbilidad psiquiátrica está vinculada con la severidad de los atracones y no con el nivel y categoría de obesidad.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)
(American Psychiatric Association, 2014)

Es necesario abordar un aspecto fundamental en cuanto a la caracterización del trastorno por atracón. Este aspecto es el Diagnóstico diferencial, que consiste en distinguir entre varias enfermedades o afecciones posibles que comparten síntomas similares (Cook y Décary, 2019).

En este orden de ideas, con respecto al BN, el trastorno de atracones comparte con esta otro TA los atracones repetidos y periódicos, pero se diferencia de la BN en cuanto a la manifestación clínica, la conducta y actuación compensatoria inapropiadamente habitual y corriente como por ejemplo las purgas, y los ejercicios asumidos para remediar los eventos propios de la BN, que no es observable en el trastorno de atracones. En contraste con las personas con BN, los sujetos con trastorno de atracones no acostumbran a limitar intensa o esencialmente la dieta con el propósito de incidir sobre su peso. Pero, refieren intentos usuales de hacer dieta. El trastorno de atracones se diferencia de la BN en su respuesta al tratamiento. Los porcentajes de mejora son sólida y evidentemente mayores entre aquellos que padecen de trastorno de atracones que entre los que presentan BN (American Psychiatric Association, 2014).

Otro criterio diferencial en cuanto al diagnóstico del trastorno por atracón es el referente a la obesidad. De acuerdo a la American Psychiatric Asociación (2014), en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), refiere que el trastorno de atracones que aunque comúnmente está asociado a la presencia de sobrepeso y la obesidad, se diferencia por contar con características elementales propias de la obesidad. Primeramente, la sobre valoración del peso y la constitución de la figura corporal son más

dominantes en individuos obesos con el trastorno que quienes no lo padecen. En segunda instancia, los porcentajes de comorbilidad psiquiátrica son elocuentemente más altas entre individuos obesos con el trastorno que en aquellos que no lo padecen. En tercer término, las consecuencias satisfactorias en términos de tratamientos psicológicos apoyados y fundamentados en evidencia científica, para el trastorno de atracones se diferencian por la falta o carencia de tratamientos eficientes en el largo plazo para la obesidad.

En cuanto al Trastornos depresivo y bipolar, la diferencia es evidente debido al incremento del apetito y del peso corporal, pues son incluidos entre los criterios diagnósticos del evento depresivo muy significativo y en los determinantes clave que caracterizan atípicamente a los trastornos depresivos y bipolares. El incremento de la ingesta alimentaria en el curso de un evento depresivo mayor puede o no relacionarse con la pérdida de control propia del trastorno por atracón. Si se verifican u observan la totalidad de los criterios de ambos trastornos, deben realizarse obviamente ambos diagnósticos. Pueden ser observados atracones y otras sintomatologías de una conducta alimentaria perturbada en el marco de un trastorno bipolar. Si se evidencia la observancia de la totalidad de los criterios de ambos trastornos, deben efectuarse ambos diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014).

Otro trastorno que debe diferenciarse de los atracones es el Trastorno de la personalidad límite. Los atracones están considerados entre los criterios conductuales impulsivos que conforman la definición del trastorno de la personalidad límite. Si es evidente la observancia de los criterios de ambos trastornos, deben ser realizados los dos diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014).

La personalidad de una persona con trastorno por atracones

En un estudio titulado Atracones y rasgos de personalidad: Un análisis por género en pacientes con obesidad, realizado por Rizzo, et al., (2024), sostiene que las investigaciones adelantadas sobre la personalidad de pacientes aquejados con obesidad se han concentrado frecuentemente en la identificación y reconocimiento de ciertos atributos comunes en procura de un perfil definido, concreto y homogéneo que particularice a este grupo poblacional, obteniendo consecutivamente resultados inconsistentes, como por ejemplo, que la alimentación desde la perspectiva emocional estaba vinculada significativamente con neocriticismo, poca concienciación y una baja extroversión.

Sin embargo, se ha observado que la obesidad se correlacionaba de manera positiva con la extroversión, el neocriticismo y la amabilidad, contrariamente con la responsabilidad. Actualmente, no hay evidencia empírica que indique con claridad la existencia de un perfil psicológico y psicopatológico concreto de la personalidad de individuos obesos por atracones. Sin embargo, investigaciones recientes se han enfocado en las discrepancias de los atributos de personalidad entre personas con y sin trastorno por atracón, hallando peores perfiles en estos últimos. El trastorno por atracón es el TA de mayor prevalencia en Estados Unidos, afectando cerca del 3% de los adultos estadounidenses en algún momento de sus vidas. Este trastorno, definido por episodios recurrentes de atracones que suceden por lo menos una vez semanal en un periodo de tres meses. Estos episodios, frecuentemente no sobrepasan más de dos horas, y se caracterizan por angustia psicológica. Durante los episodios, las personas con este trastorno suelen ingerir más comida de lo usual para la mayoría de las personas en situaciones similares, sintiendo conjuntamente con el episodio una pérdida de control en su ingesta alimentaria (Rizzo, et al., 2024).

Los mismos autores del estudio in comento, refieren que el trastorno por atracón se asocia forzosamente con la obesidad, el sobrepeso y mayores riesgos psicopatológicos, que implican problemas de humor, ansiedad y trastornos del sueño, que en sujetos con un peso parecido sin trastornos alimentarios. El trastorno por atracón se distingue por una desregulación emocional, conductual y fisiológica de la ingesta alimentaria y la autoidentidad. En el marco de este TA, las mujeres reportan puntajes más elevados en Extroversión, Amicalidad y Neuroticismo que los hombres. Pero, en la actualidad, la relación entre la personalidad, la obesidad y el trastorno por atracón nunca se ha investigado tomando en consideración el género de los afectados (Rizzo, et al., 2024).

En cuanto a intentar caracterizar psicológicamente a los pacientes con trastorno de atracón, un estudio que se tituló Reconocimiento y estigma del trastorno por atracón en una muestra de la comunidad adulta, realizado por Côté, et al., (2025), refiere que aun cuando el trastorno por atracón es el TA con mayor prevalencia mundial, actualmente es poco reconocido y poco conocido, pero muy estigmatizado entre la población general. El estigma frecuente en torno al trastorno por atracón entraña la creencia de que los individuos aquejados con este trastorno son responsables de su situación y están faltos tanto de fuerza de voluntad como autocontrol. La investigación sobre el reconocimiento y el estigma de este trastorno es insuficiente por no decir escasa o poca entre adultos. Por

tanto, mejorar el reconocimiento público del trastorno y disminuir el estigma asociado es decisivo, puesto que mejoraría de manera muy significativa el acceso al tratamiento por parte de los afectados.

Côté, et al., (2025), en su estudio puntualizan que el atracón es frecuente en adultos jóvenes, con un buen nivel educativo, muy familiarizados con el trastorno y con niveles más bajos de estigma. El sesgo manifiesto asociado con el peso corporal, como imputar la obesidad a la falta de fuerza de voluntad y la aversión hacia las personas obesas, fue el factor que explicó significativamente el estigma hacia el trastorno. Al mismo tiempo, identificarse como hombre y ser mayor se asoció con un mayor estigma. La edad avanzada, los niveles educativos más bajos, la menor familiaridad con el trastorno por atracón y los mayores niveles de estigma hacia este trastorno se identificaron como características asociadas con un menor reconocimiento del trastorno, lo que ofrece posibles objetivos para las iniciativas de promoción de la salud.

En este aspecto es preciso considerar algunos asuntos que sobre la personalidad de personas con TA también pueden incidir en el trastorno por atracón, propuestos por la National Alliance for Eating Disorders (2024) que señala los TA en las comunidades queer y trans (personas con orientación sexual e identidad de género diversas que no son no mayoritarias), los TA pueden sub registrarse en los hombres, hay evidencia que sugiere que el estrés experimentado por los integrantes de la comunidad LGBTQ+ incrementan el riesgo de desarrollar y padecer un TA. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida, que han sido auto reportadas, en esta comunidad, entre hombres y mujeres transgénero en los Estados Unidos se ubican entre el 10,5% y el 8,1%, respectivamente, poniendo de relieve la forzosa y urgente necesidad de intervenciones individualizadas y sistemas de apoyo socio inclusivos para todas las identidades de género y orientaciones sexuales. A nivel general, las personas LGBTQ+ presentan tasas más elevadas de TA comparados con sus contrapartes heterosexuales y cisgénero (Côté, et al, 2025).

Considerando estos lineamientos de estudios de poblaciones con características de personalidad que los identifican, la National Alliance for Eating Disorders (2024), hace forzosa la inclusión de los TA y su vinculación con la raza u origen étnico. En tal sentido, la gran parte de las investigaciones efectuadas a este respecto, no incluyen a personas de color, por tanto, las estadísticas de prevalencia de TA específicos en las comunidades negras, hispanas y nativas, actualmente, no son del todo claras. Efectivamente, las personas BIPOC (personas que sufren discriminación racial y se identifican como como

negras, indígenas o de color) con TA tienen un 50% de probabilidades de ser diagnosticadas con un TA, recibir tratamiento o inclusive que se les interroge sobre su trastorno.

Otro grupo poblacional específico en cuanto a rasgos de personalidad son los deportistas, porque en este grupo los TA tiene su origen en una significativa fusión de factores internos y externos, donde entran en juego la genética, las experiencias presionantes de los deportes a nivel profesional y amateur, y el entorno social en el cual se desenvuelven. El ámbito deportivo parece que tiene un elevado potencial para incrementar el riesgo de desarrollar TA en los atletas en comparación con la población general; se calcula que cerca o más del 45 % de las atletas hembras y el 19 % de los hombres padecen TA. Esta significativa susceptibilidad es fomentada por la fuerte presión por lograr estándares físicos y destacar en los eventos competitivos. Desde deportes enfocados estéticamente, como la gimnasia, hasta disciplinas deportivas que se basan en categorías de peso, como la lucha libre, el boxeo, la halterofilia, los atletas de diversos deportes se enfrentan muy frecuentemente a estos TA y sus comorbilidades. Desafortunadamente, los hábitos alimenticios alterados, así como el sobre entrenamiento o la obsesión por la nutrición, se disfrazan en este ámbito de disciplina y, frecuentemente, son pasados por alto (National Alliance for Eating Disorders, 2024).

Intervenciones nutricionales utilizadas en el trastorno por atracón en adultos con obesidad.

Para que en una persona adulta con trastorno de atracón pueda tener éxito en su tratamiento es preciso que este multidisciplinar en términos psicológicos, nutricionales y que involucre la actividad física del paciente, y que consideren aspectos psicoeducativos, de inteligencia emocional y cambios conductuales en su estilo de vida. En cuanto a hábitos alimenticios, se sugiere la disminución cotidiana de consumo de grasas, sal y azúcares y un incremento de frutas, verduras, proteínas magras y frutos secos. Debe introducirse con progresividad la actividad física en su quehacer diario (Valdez, et al., 2024).

En este sentido, la intervención debe comenzar con la planificación de la misma y en presencia del afectado, para ello debe contarse con los siguientes instrumentos de medición:

1. Hoja contentiva de los datos sociodemográficos generales básicos del paciente.
2. Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios partiendo de los criterios diagnósticos del trastorno por atracón contemplados en la DSM-5, con miras a diferenciar el diagnóstico de otros TA como la AN, BN.
3. Escala de Atracón Alimentario (BES Binge Eating Scale) diseñada por Gormally, et al., (1982), construida por sus autores para describir las manifestaciones conductuales (comer grandes cantidades de comida) y los sentimientos/conocimientos en torno a un episodio de atracones (culpa, miedo a no poder dejar de comer). La escala cuenta con 16 ítems que considera lo anteriormente expuesto.
4. Escala de Inteligencia Emocional (TMMS -24 Trait Meta-Mood Scale versión española formulada por Fernández, et al., (2004), donde se modificó en el idioma español la Escala Trait Meta-Mood a través de confiabilidad apropiada y relaciones importantes con las variables de criterio, de la versión en inglés. A través de 24 ítems, esta escala pretende la medición de la inteligencia emocional percibida en el paciente evaluado.
5. El Inventario de Ansiedad de Beck, et al., (1988), es una escala de la medida de auto informe de ansiedad, que cuenta con 21 ítems para esta medición.
6. Inventario de Depresión de Beck, et al., (1996) este instrumento cuenta con 21 grupos de afirmaciones para medir la depresión de un sujeto en un momento determinado

Del mismo modo a efectos de construir una dieta balanceada deben ser considerados los patrones y preferencias de gusto del paciente, y al intervenir en la actividad física debe valorarse el estado de salud por un médico para determinar el tipo, frecuencia e intensidad de la actividad a iniciar.

La Obesidad

Actualmente la obesidad es considerada una epidemia global y constituye un problema emblemático de salud pública muy significativo a nivel mundial. Se destaca como un riesgo importante para varias enfermedades crónicas que son de cierta gravedad como la diabetes mellitus, la enfermedad hepática no alcohólica (EHNA), las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los eventos o enfermedades cerebrovasculares, y para ciertos tipos de cáncer. La obesidad surge como una derivación del desequilibrio existente entre la ingesta alimentaria y el gasto energético, siendo un predictor muy factible de la

misma, un estilo de vida sedentario y a una sobrenutrición. El exceso de nutrientes es almacenado en el organismo en el tejido adiposo (TA) en forma de triglicéridos, que se usan como nutrientes por otros tejidos a través de la lipólisis en términos deficitarios de nutrientes. Coexisten 2 tipos primordiales de tejido adiposo (TA): el tejido adiposo blanco (TAB) y el tejido adiposo marrón (Jia y Liu, 2021).

El TA marrón, es un depósito de grasa especialista en participar en el proceso de la termogénesis sin escalofríos por medio de la producción de calor influida por la oxidación lipídica. Cronológicamente, el TAB ha sido considerado sencillamente una reserva energética, actualmente se tiene suficiente evidencia que este depósito de grasa actúa como un órgano endocrino que genera y secreta distintas hormonas, citocinas y metabolitos (conocidos como adipocinas) con la finalidad de intervenir en el equilibrio energético sistémico. Igualmente se conoce que el TAB, primordialmente el subcutáneo, podría sufrir un rediseño de su tejido adiposo para dar respuesta a alteraciones tanto ambientales como hormonales (Jia y Liu, 2021).

De acuerdo a la data divulgada por la Organización Mundial de la Salud, a fines del 2022, 1 de cada 8 individuos a nivel mundial presentaba un cuadro de obesidad. La obesidad en la población adulta a globalmente se duplicado exponencialmente a partir de 1990, y la obesidad en la población adolescentes se ha cuadruplicado. Finalizado el año 2022, cerca de 2500 millones de adultos (con una edad de 18 años o más) presentaban sobrepeso. De los cuales, 890 millones estaban diagnosticados como obesos. En el mismo año, el 43 % de la población mundial con edad igual o superior a los 18 años tenía sobrepeso y el 16 % era obeso. En 2022, 37 millones de niños que aún no superaban los 5 años de edad ya presentaban cuadros de sobrepeso. Una cantidad de más de 390 millones de niños y adolescentes en edades comprendidas entre los 5 y 19 años presentaban sobrepeso a fines del año 2022, incluso 160 millones eran obesos (World Health Organization, 2024)

El diagnóstico tanto del sobrepeso como de la obesidad es realizado a través de la medición del peso y talla corporal de los sujetos, y el índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/talla² (m²). Este es un indicador indirecto de la adiposidad, y mediciones anexas, como la circunferencia de la cintura, coadyuvan a diagnosticar la obesidad. Los parámetros para la medición del IMC a efectos de definir la obesidad cambian acuerdo a edad y el sexo tanto en bebés, como en niños y adolescentes. En los adultos, la OMS, refiere el sobrepeso y la obesidad como se menciona a continuación: Sobrepeso si un adulto presenta un IMC mayor o igual a 25; y obesidad cuando la medición de este

indicador, en una persona determinada, es igual o supera un IMC mayor o igual a 30 (World Health Organization, 2024).

Causas del sobrepeso y la obesidad

Como se explicó en párrafos anteriores, tanto el sobrepeso como la obesidad son una expresión cuantitativa del desequilibrio existente entre la ingesta alimentaria (energética) y el gasto energético que se da a través de la actividad física. En una gran parte de los casos, la obesidad es una entidad clílica de carácter multifactorial en virtud de la presencia de entornos obesógenos, factores psicosociales y desproporciones genéticas o hereditarias. En un determinado subgrupo de personas aquejados por esta realidad, pueden ser reconocidos e identificados factores etiológicos importantes como el uso de medicamentos, enfermedades, inmovilización, procedimientos iatrogénicos, enfermedades monogénicas/síndrome genético). El entorno obesógeno que altera y favorece la probabilidad de obesidad en personas, poblaciones y en distintos ambientes se interrelacionan con factores estructurales que restringen la disponibilidad de una alimentación sostenible y saludable a precios accesibles localmente, la poca movilidad física tanto segura como fácil en la cotidianidad de las personas, y un insuficiente entorno jurídico apropiado. Al mismo tiempo, la falta de una respuesta eficaz del sistema de salud para identificar el exceso de peso y la acumulación de grasa en sus etapas iniciales está agravando la progresión a la obesidad (World Health Organization, 2024)

Consecuencias de la obesidad

De acuerdo a la World Health Organization (2024), los riesgos que representan para la salud humana el sobrepeso y la obesidad, cada vez más se documentan con evidencia empírica. Para el año 2019, un IMC que superaba al óptimo ocasionó alrededor de 5 millones de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiovasculares, diabetes, cánceres, trastornos neurológicos y digestivos, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos digestivos. El sobrepeso en la infancia y la adolescencia perturba la salud de manera inmediata de niños y adolescentes y está directamente vinculada con un riesgo elevado y una manifestación muy temprana de diferentes ENT, como la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. La obesidad infantil y adolescente tiene efectos psicosociales contraproducentes en el rendimiento escolar y la calidad de vida, a lo esto se añade el estigma, la discriminación y el acoso en las

escuelas. Los niños obesos tienen una factible probabilidad y tendencia a llegar a ser adultos obesos y además tienen un riesgo muy alto de desarrollar ENT al llegar a la edad adulta.

La misma fuente de carácter mundial sostiene que, los costos de la obesidad a nivel mundial son significativos. Si no se asumen oportunamente las medidas necesarias a este respecto, se estima que los costos a nivel global del sobrepeso y la obesidad lleguen a los 3 billones de dólares estadounidenses para el año 2030 y más de 18 billones de dólares estadounidenses en el año 2060. Finalmente, el incremento proporcional de la obesidad en países de bajo y mediano ingreso, inclusive en entornos socioeconómicos aún más bajos, está mundialmente generando un problema que anteriormente estaba vinculado solo con los países de alto ingreso (World Health Organization, 2024)

Prevención de la obesidad

Tanto el sobrepeso como la obesidad, y sus comorbilidades conexas, se pueden prevenir y controlar. Medidas individuales que usualmente se asumen a este respecto desde el inicio de la vida de una persona son:

- Garantizar un incremento apropiado del peso corporal en los periodos de gestación en las mujeres.
- Privilegiar la lactancia materna de manera exclusiva en los primeros 6 meses posterior a nacimiento y continuarla si fuese posible hasta a los 24 meses o más
- Respaldar coherente y consistentemente los hábitos alimentarios saludables, así como la actividad física, y sueño en los niños, independiente de su peso corporal.
- Restringir el tiempo frente a las pantallas de TV u otros dispositivos semejantes
- Restringir la ingesta de bebidas azucaradas y alimentos con un fuerte contenido calórico e impulsar otros hábitos de alimentación saludables;
- Disfrutar de una dieta saludable, actividad física continua, mejorar la duración y calidad del sueño, evitar el tabaquismo, alcoholismo y la drogadicción sobre todo ejercer la autorregulación emocional
- Restringir la ingesta de grasas y azúcares e incrementar el consumo de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos;

- Con el apoyo del personal sanitario, evaluar, peso y estatura de todas las personas que asisten a establecimientos de salud; recibir asesoría sobre alimentación y estilos de vida saludables;
- Al ser diagnosticada la obesidad, el personal del área de la salud debe ofrecer servicios integrales para prevenir y manejar la obesidad, a través de una sana alimentación, orientación sobre actividad física y medidas médicas y quirúrgicas;
- Controlar periódicamente factores de riesgo de ENT (glucemia, lípidos y presión arterial) y valorar las comorbilidades y discapacidades que pudieren generar, implicando los trastornos de salud mental (World Health Organization, 2024).

Planteamiento del problema

Los TA se consideran actualmente padecimientos complejos, cuyo origen es cerebral (mental), con tasas de mortalidad más elevadas que el resto de las enfermedades mentales. Afectan a una gran parte de la población mundial; pero, como muchas enfermedades, frecuentemente son pasadas por algo siendo subdiagnosticadas. Efectivamente, más del 70 % de las personas que conviven con estos padecimientos nunca podrán acceder al tratamiento que ameritan merecidamente (National Alliance for Eating Disorders, 2024)

En consecuencia, para Arija, et al., (2022) los TA están asociados a padecimientos de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad celíaca. En el continente europeo, se estima una prevalencia en la población femenina de la AN entre un 1 y un 4 %, en cuanto a la bulimia nerviosa (BN) oscila entre el 1 y el 2 % y en el caso del trastorno por atracón (TAC) del 1 al-4 %. En la población masculina, la prevalencia de los TA ronda entre el 0,3 y el 0,7 %. Actualmente, los TA se distribuyen globalmente en los diferentes países afectando a todos los grupos étnicos, culturales y de todos los sectores poblacionales en materia socioeconómica. Sin embargo, hay poca disponibilidad de datos en Asia, Latinoamérica y África.

Se han planteado además las siguientes preguntas de investigación:

¿Existe una relación entre el trastorno por atracón y la obesidad en personas adultas?

¿Cuáles son las intervenciones nutricionales actuales para minimizar el efecto del trastorno por atracón y la obesidad en pacientes adultos?

Objetivos

Objetivo general: Evaluar las intervenciones nutricionales en adultos con trastorno por atracón y su relación con la obesidad en el periodo de marzo-julio del 2025. Revisión Bibliográfica

Objetivos específicos

- Documentar teóricamente los trastornos alimentarios
- Caracterizar al trastorno alimentario por atracón en la población adulta.
- Identificar la relación entre el trastorno por atracón y la obesidad en pacientes adultos.
- Explorar las intervenciones nutricionales en adultos con trastorno por atracón y con obesidad

Hipótesis

El trastorno por atracón se relaciona de forma bidireccional con la obesidad, con lo cual los atracones fomentan el incremento de peso y a su vez la obesidad sostiene el ciclo de atracón.

Metodología

Enfoque, tipo y diseño de la investigación

La siguiente investigación se concibe desde la perspectiva de un enfoque cualitativo en el marco del análisis de la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones nutricionales en adultos con trastorno de atracón vinculado a la obesidad. Por tanto, la investigación asume una característica de revisión documental en el entendido de la lectura y análisis de la literatura científica divulgada al respecto, a efectos de la formulación de la perspectiva teórica del estudio.

En este sentido, el proceso conlleva a la ubicación y revisión de la literatura; detección de la literatura pertinente y su correspondiente obtención; posteriormente se procede a la consultar la literatura adecuada, extrayendo y recopilando información de interés para la investigación en curso, para así lograr el objetivo planteado de una investigación documental (Hernández, et al, 2014).

La misma fuente señala que la revisión analítica de la literatura de un estudio cualitativo documental consiste en “detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación” (Hernández, et al, 2014, p. 61)

A modo aclaratorio un estudio cualitativo es la ruta metodológica que estudia sistemáticamente los fenómenos objetos de investigación. No obstante, el investigador inicia el proceso explorando los acontecimientos en sí y revisa otras investigaciones o estudios realizados con anterioridad sobre la misma temática de manera simultánea, con la finalidad de crear hipótesis consistentes que al ser probadas generen conocimiento consistente de los observado (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2018).

La presente investigación se define como descriptiva, que consiste en un método centrado en la descripción de fenómenos, y no en explicarlos. Es importante resaltar que permite estudiar acontecimientos en su contexto original, sin llegar a manipular ninguna de las variables. En este orden de ideas, la investigación descriptiva desde una perspectiva cualitativa no se limita a un riguroso y estricto marco teórico estricto, lo cual la hace aplicable a diversas áreas de conocimiento (Lambert & Lambert, 2012).

A este respecto, la presente investigación, pretende describir las intervenciones nutricionales en adultos con trastorno de atracón vinculado a la obesidad en el periodo comprendido entre los años 2020-2025.

El estudio desarrolla una Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) con el fin de determinar el estado actual del conocimiento de la temática objeto de estudio. La RSL se efectúa a través de un análisis a profundidad de publicaciones sobre el tema, en el periodo comprendido entre los años 2020-2025 divulgadas en bases de datos como MedlinePlus, Pubmed, Google Scholar, MedlinePlus en español y ClinicalTrials.gov en las cuales se consideraron artículos de revisión, ensayos clínicos y estudios de enfoques epidemiológicos que permitan evaluar la intervenciones nutricionales en adultos con trastorno de atracón que estén asociados a la obesidad, especialmente publicados en el idioma inglés o español.

El diseño de las investigaciones a consultar puede ser de tipo descriptivas, correlacionales, explicativas, exploratorias, observacionales, no experimentales, de campo, transversales, estudios de casos, prospectivos, revisiones sistemáticas de literatura, metaanálisis, y otros que se consideren necesarias de acuerdo a las circunstancias y al desarrollo del estudio.

Por tanto, se excluyen aquellos estudios no vinculados con la temática investigada, resúmenes, editoriales, o investigaciones incompletas o publicadas con anterioridad al 2020, así como aquellos artículos publicados en el periodo comprendido entre los años 2020-2025 pero que consideren a pacientes pediátricos.

Aspectos éticos de la investigación

Por cuanto el presente estudio se asume desde la perspectiva metodológica de una RSL de investigaciones publicadas desde el punto de vista de Open Access en las bases de datos seleccionadas, y no está contemplada la intervención de personas, no se requieren aprobaciones, ni consentimientos informados a individuos, instituciones o comités de ética institucional.

Variables de investigación

Metodológicamente, la búsqueda documental en las bases de datos acordadas se inicia con el uso de los términos MeSH (Medical Subject Headings) trastorno por atracón, obesidad (Binge-Eating Disorder; Obesity) para facilitar este proceso, y restringir la

búsqueda, se utilizan los operadores booleanos ("Obesity" OR "Overweight") AND ("Nutrition" OR "Diet") AND ("Binge-Eating Disorder" OR "Compulsive Eating"), obtenidos los artículos contentivos de los criterios anteriores, se utiliza la hoja de cálculo Microsoft Office Excel para la organización, el análisis y la gestión de la data ubicada, donde la identificación de los artículos comprende el título de la investigación, descriptores, año, autores, fecha de divulgación, tipo de investigación, idioma, objetivo, hallazgos y conclusiones, lo cual permite eliminar aquellos que no cumplan con los criterios acordados para el estudio.

Como criterios de inclusión se consideraron artículos publicados entre 2020 y 2025; estudios en adultos con trastorno por atracón asociado a obesidad; publicaciones en inglés o español; investigaciones con intervenciones nutricionales (conductuales, dietéticas o combinadas) y estudios con acceso abierto y disponibles en texto completo.

Como criterios de exclusión se consideró estudios en población pediátrica o adolescente; investigaciones previas a 2020; trabajos sin intervención nutricional o centrados solo en farmacoterapia y editoriales, resúmenes o ensayos en curso sin resultados completos.

Procedimental y metodológicamente al colocar los operadores booleanos ("Obesity" OR "Overweight") AND ("Nutrition" OR "Diet") AND ("Binge-Eating Disorder" OR "Compulsive Eating") AND (2020:2025[dp]) en la búsqueda avanzada de PuB Med, así como en las búsquedas avanzadas de MedlinePlus en español y de Google Scholar.

El total de artículos y resumen de los excluidos e incluidos se presenta a continuación:

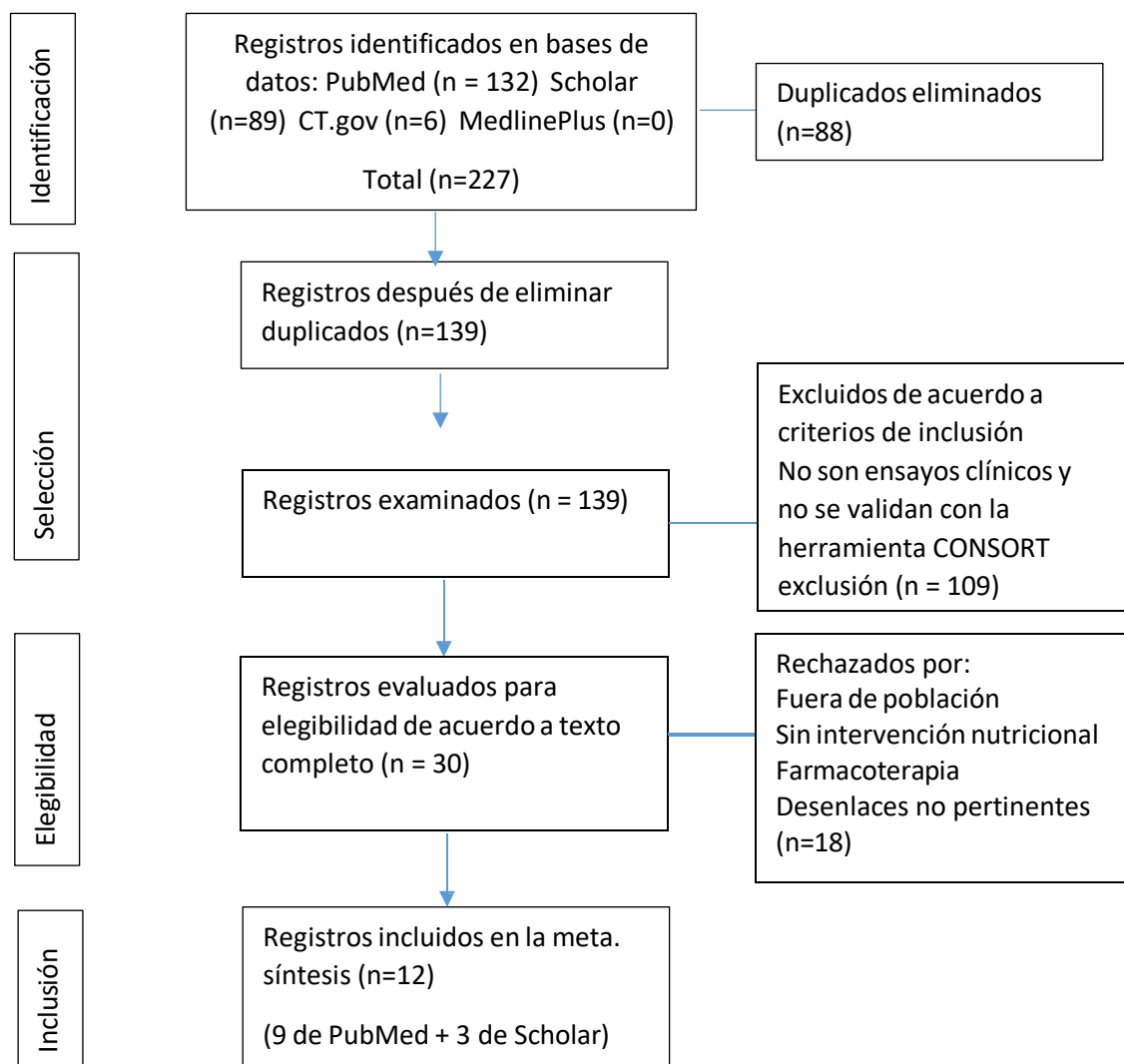
- Registros identificados: 132 (PubMed) + 89 (Scholar) + 6 (CT.gov) + 0 (MedlinePlus) = 227
- Duplicados eliminados: 88
- Registros tras duplicados: 139
- Registros cribados (título/resumen): 139
- Registros excluidos en cribado: 109
- Artículos a texto completo evaluados: 30
- Artículos excluidos tras texto completo: 18

Los principales motivos de exclusión han sido: fuera de población, sin intervención nutricional, farmacoterapia, desenlaces no pertinentes, estudio en curso.

- Estudios incluidos en la síntesis cualitativa: 12
(9 de PubMed + 3 de Scholar).

Figura 1.

Diagrama de flujo de selección de artículos (PRISMA)



Elaborado por: Ana Gabriela Bedón

En este orden de ideas para seleccionar los artículos para la presente RSL, se privilegiaron los artículos que abordaran los siguientes temas Trastorno por atracón, obesidad e

intervenciones nutricionales con pacientes adultos, aun cuando en la misma investigación hayan sido abordados conjuntamente adolescentes y adultos. Del total de artículos, solo son elegibles desde esta perspectiva 9 artículos publicados en inglés en la base de datos PubMed y 3 de la base de datos de Google Scholar.

En tal sentido, en el apartado de resultados, se analizan a profundidad los 12 artículos que resultaron elegibles para esta RSL

Resultados de la Investigación

A continuación se realiza un estudio de los fundamentos científicos en los que se sustenta en tema central de estudio que corresponde a la evaluación de intervenciones nutricionales en adultos con trastorno por atracón y su relación con la obesidad, para ello se ha investigado la literatura existente y de acuerdo a la selección previamente realizada se han obtenido 13 estudios, los cuales se resume a continuación y seguidamente se detalla cada uno de ellos, para finalmente presentar las respuestas a los objetivos planteados en la presente investigación.

Tabla 2.

Resumen de los artículos seleccionados

Autores / Año	Título	Enfoque	Grupo(s) de intervención / control	Puntos centrales de la estadística	Resultados principales
Boutelle 2025	Regulation of cues vs cognitive behavioral therapy for binge eating and weight loss among veterans: A feasibility and randomized clinical trial.	Compara ROC vs CBT con objetivo explícito de pérdida de peso además de atracones; aunque el núcleo es conductual, incluye resultados de peso/IMC relevantes para la relación TPA-obesidad.	ROC + Behavioral Weight Loss (ROC+BWL) vs CBT estándar en veteranos con TPA o subumbral y sobrepeso/obesidad (IMC 25–45).	Ensayo clínico aleatorizado paralelo con 129 veteranos y 5 meses de tratamiento más seguimiento a 6 meses. Se modelaron cambios en probabilidad de atracón, IMC y consumo energético mediante modelos lineales/multinivel bayesianos de efectos mixtos, reportando diferencias de riesgo, cambios medios (Δ) e intervalos de credibilidad al 95 %.	Ambos grupos fueron factibles y aceptables, pero ROC+BWL produjo mayores reducciones en la frecuencia de atracones y mayor pérdida de peso durante el tratamiento que CBT; las diferencias en peso no se mantuvieron a los 6 meses, mientras que la reducción de atracones sí se sostuvo.
Masheb 2025	Randomized controlled trial of weight management versus weight management with concurrent cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder in US veterans with high weight.	MOVE! (manejo de peso) vs MOVE!+CBT en veteranos con BED; integra consejería/gestión de peso estructurada y evalúa atracones y peso.	Programa MOVE! de manejo de peso solo vs MOVE! + un módulo breve de CBT específico para TPA en veteranos con BED y peso elevado.	Ensayo controlado aleatorizado de dos brazos con veteranos de EE. UU., con mediciones en línea de base, postratamiento (3 meses) y seguimientos a 9 y 15 meses. Se aplicaron modelos lineales mixtos para medidas repetidas bajo enfoque de intención de tratar, estimando cambios en psicopatología alimentaria, frecuencia de atracones y peso con sus valores de p y tamaños de efecto.	Ambos grupos mejoraron significativamente en atracones y peso, mostrando que el manejo de peso estructurado ya tiene efectos sobre el TPA; la CBT concurrente añadió beneficios adicionales en algunos indicadores de sintomatología alimentaria, pero no produjo una ventaja marcada en pérdida de peso frente a MOVE! solo

Grilo 2020	Randomized controlled trial of behavioral weight loss and stepped care for binge-eating disorder: 12-month follow-up.	Behavioral (BWL) y atención escalonada en BED; intervención dietaria/energética formal y outcomes de peso junto con atracones.	Weight Loss Comparación entre BWL estándar vs tratamiento en atención escalonada (Stepped Care) que inicia con BWL y, según respuesta, añade CBT y/o medicación para pérdida de peso.	Ensayo clínico aleatorizado con 191 adultos con BED y obesidad, 6 meses de tratamiento y seguimientos a 6 y 12 meses. Se analizaron remisión de atracones, frecuencia de episodios y % de pérdida de peso mediante modelos mixtos de medidas repetidas en intención de tratar, comparando trayectorias entre grupos y reportando diferencias estadísticas a lo largo del tiempo.	Tanto BWL como Stepped Care lograron altas tasas de remisión de atracones y $\approx 5\%$ de pérdida de peso al postratamiento, con disminución parcial de los efectos a 12 meses. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones en remisión ni pérdida de peso a largo plazo, lo que sugiere que el modelo escalonado no mejora de forma sustancial los resultados sobre BWL estándar.
Palavras 2021	Integrated weight loss and cognitive behavioural therapy (CBT) for the treatment of recurrent binge eating and high body mass index: A randomized controlled trial.	HAPIFED = pérdida de peso integrada + CBT-E; combina nutrición + psicoterapia con peso/IMC como desenlaces clave.	HAPIFED (CBT-E + manejo del peso y consejería nutricional) vs CBT-E estándar en adultos con atracones recurrentes (BN, BED, OSFED/UFED) y IMC elevado.	Ensayo controlado aleatorizado simple ciego, grupal, con ≈ 30 sesiones y seguimiento a 12 meses ($N \approx 98$). Se emplearon modelos de efectos mixtos con imputación múltiple para datos faltantes, comparando cambios en episodios de atracón, psicopatología alimentaria, peso/IMC y conductas de purga entre brazos, con estimación de valores de p y tamaños de efecto.	Ambos grupos mostraron mejorías significativas en atracones y psicopatología alimentaria, con pérdida de peso modesta y similar. Se observaron algunos hallazgos puntuales a favor de HAPIFED (p. ej., menor conducta de purga y mayor remisión de atracones a 12 meses), pero sin superioridad global en peso ni en psicopatología sobre CBT-E. La integración del manejo de peso se considera clínicamente viable y segura.

Hay 2022	Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy for people with an eating disorder characterized by binge eating and a high body mass index: A randomized controlled trial.	Muestra outcomes físicos/mentales del mismo ensayo HAPIFED; mantiene el eje gestión de peso + TPA, útil para efectos colaterales de salud.	Misma comparación que Palavras (2021): HAPIFED vs CBT-E sola en pacientes con TPA (BN, BED, OSFED/UFED) e IMC alto.	Ensayo aleatorizado grupal con ≈30 sesiones y seguimiento a 12 meses. Se analizaron parámetros metabólicos, IMC, calidad de vida, estrés y síntomas psiquiátricos mediante modelos lineales mixtos, ajustando por valores basales y usando estrategias formales de manejo de datos faltantes (p. ej., imputación múltiple) bajo enfoque de intención de tratar.	Ambas intervenciones mejoraron calidad de vida mental, estrés, gravedad de atracones y psicopatología alimentaria, manteniéndose los efectos a 12 meses; no hubo diferencias significativas entre grupos en resultados físicos/metabólicos ni psicológicos, y solo alrededor del 20 % alcanzó ≥5 % de pérdida de peso en ambos brazos. La inclusión de objetivos ponderales no añadió beneficios metabólicos claros.
da Luz 2024	A comparison of the efficacy of online HAPIFED versus online cognitive behavioural therapy for binge eating disorder: A randomized controlled trial.	Comparación online HAPIFED vs CBT; intervención integrada de peso (nutricional) vs psicoterapia; mide atracones y peso.	HAPIFED online (CBT-E + componentes de manejo de peso en formato digital) vs CBT-E online en adultos con BED.	Ensayo controlado aleatorizado de dos brazos completamente online, con evaluaciones en pretratamiento, fin de tratamiento y seguimientos (3 y 6 meses). Se utilizaron modelos lineales mixtos en intención de tratar para analizar cambios en frecuencia de atracones, psicopatología alimentaria, regulación emocional y peso/IMC, con estimación de IC95 % y valores de p.	Ambas intervenciones online redujeron de forma clínicamente significativa los atracones y la psicopatología del TPA, con cambios modestos en el peso y sin diferencias claras y consistentes entre HAPIFED y CBT-E online. Los resultados apoyan la viabilidad de programas integrados de peso en formato digital, pero sin ventaja robusta en resultados ponderales.

Boutelle et al. 2023	Reduction in eating disorder symptoms among adults in different weight loss interventions.	Intervenciones BWL vs ROC vs ROC+ (PACIFIC); análisis secundario centrado en síntomas de TCA (atracción/LOC, psicopatología) durante programas de pérdida de peso. Mejoras en todos los brazos.	Múltiples brazos de tratamiento de pérdida de peso: BWL estándar, ROC, ROC+BWL y comparador activo; población adulta con sobrepeso/obesidad, parte del programa PACIFIC.	Ensayo clínico aleatorizado multibrazo con adultos con IMC 25–45, con mediciones en línea de base, mitad de tratamiento, postratamiento y seguimientos. Se aplicaron modelos de efectos mixtos para medidas repetidas a fin de comparar trayectorias de EDE- Q (subescalas) y BES entre condiciones, reportando cambios medios, IC95 % y significación estadística.	Todos los tipos de intervención lograron una reducción significativa de síntomas de TCA, con una tendencia a mayor pérdida de peso en los brazos con ROC y/o BWL. No se observaron empeoramientos de síntomas de TCA asociados a la prescripción de pérdida de peso, lo que respalda la seguridad relativa de estos programas cuando se supervisan adecuadamente.
Carrard 2011	Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge-eating disorder.	Autoayuda guiada online (CBT); foco en síntomas de atracción, no en manejo dietario; peso secundario.	Autoayuda CBT guiada vía Internet vs lista de espera para adultos con BED.	Ensayo controlado aleatorizado en dos brazos con evaluaciones pre, post y seguimiento. Se compararon grupos mediante análisis de medidas repetidas (ANOVA/modelos mixtos) en intención de tratar, estimando diferencias en frecuencia de atracones, psicopatología alimentaria y peso, así como tamaños de efecto entre grupos.	La autoayuda CBT guiada produjo reducciones significativas de episodios de atracción y de psicopatología alimentaria frente a la lista de espera, con mantenimiento parcial de las ganancias en el seguimiento; los cambios en peso fueron pequeños y secundarios.
Grilo 2011	Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder:	CBT, BWL y tratamiento secuencial en obesos con BED; fuerte componente nutricional/energético y peso como outcome.	Tres condiciones: CBT para BED, BWL y tratamiento secuencial CBT→BWL en pacientes obesos con BED.	Ensayo controlado aleatorizado de tres brazos (~90 participantes) con 4 meses de tratamiento y seguimiento a 12 meses. Se emplearon modelos mixtos y análisis de medidas repetidas bajo intención de tratar para comparar	CBT fue superior a BWL para lograr remisión de atracones y mejorar la psicopatología, mientras que BWL produjo mayor pérdida de peso. El tratamiento secuencial no mostró ventajas claras sobre CBT sola en

	A randomized controlled trial.			remisión de atracones, psicopatología alimentaria y pérdida de peso entre condiciones, con estimación de valores de p y tamaños de efecto.	desenlaces de TPA; la pérdida de peso global fue modesta.
Kristeller 2014	Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial.	MB-EAT mejora relación con la comida/atracones; no es manejo de peso estructurado; peso/IMC suele ser secundario.	MB-EAT (entrenamiento de alimentación consciente basado en mindfulness) vs intervención psicoeducativa/CBT de comparación y/o lista de espera (según fase del estudio).	Ensayo clínico aleatorizado grupal con ≈12 sesiones y múltiples puntos de medición. Se utilizaron análisis de varianza de medidas repetidas y pruebas de interacción grupo×tiempo para episodios de atracón, psicopatología alimentaria, mindfulness y peso, reportando significación estadística y tamaños de efecto para las comparaciones principales.	MB-EAT produjo reducciones importantes en frecuencia de atracones y en malestar asociado, además de mejoras en mindfulness y autorregulación alimentaria; los efectos fueron comparables o superiores a la condición de comparación activa, mientras que los cambios de peso fueron pequeños, lo que refuerza su papel como tratamiento centrado en la relación con la comida más que en la pérdida ponderal.
Masheb 2011	A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy.	Consejería de baja densidad energética + CBT; intervención nutricional explícita con evaluación de peso y atracones.	CBT + consejería de dieta de baja densidad energética (CBT+ED) vs CBT + consejería nutricional general no dirigida a pérdida de peso (CBT+GN) en pacientes obesos con BED.	Ensayo controlado aleatorizado de dos brazos (≈50 participantes) con 6 meses de tratamiento y seguimiento a 12 meses. Se aplicaron análisis de medidas repetidas e intención de tratar para comparar peso, remisión de atracones, densidad energética de la dieta y variables dietéticas/metabólicas entre grupos, con estimación de valores	Ambas condiciones obtuvieron tasas altas de remisión de atracones (≈55–75 %) y alrededor de 30 % de los participantes alcanzaron ≥5 % de pérdida de peso, sin diferencias significativas entre grupos en peso ni remisión. CBT+ED sí consiguió una reducción mayor en la densidad energética de la dieta y mejoró más la

				de p e indicadores de magnitud del efecto.	calidad del patrón alimentario, apoyando la utilidad específica de la consejería de baja densidad calórica.
Pruessner 2024	Effectiveness of a web-based cognitive behavioral self-help intervention for binge-eating disorder: A randomized clinical trial.	Autoayuda CBT web; muy útil para BED, pero sin intervención nutricional formal; peso típico outcome secundario.	Programa web de autoayuda CBT para BED vs condición control (lista de espera/atención habitual) en adultos germanoparlantes con BED.	Ensayo clínico aleatorizado paralelo de dos brazos, con intervención de 12 semanas y seguimientos posteriores. Se utilizaron modelos multinivel/multinivel mixtos en intención de tratar para analizar remisión de BED, días de atracón y variables de salud mental, reportando tamaños de efecto (p. ej., d de Cohen), IC95 % y valores de p.	El grupo de autoayuda CBT web mostró tasas significativamente mayores de remisión del BED y reducciones más profundas en días de atracón y psicopatología alimentaria que el grupo control, con beneficios mantenidos parcialmente en el seguimiento. Los cambios en peso fueron modestos, confirmando el foco primario en el TPA más que en la obesidad.
Melisse, B. & Dingemans, A. 2025	Redefining diagnostic parameters: the role of overvaluation of shape and weight in binge-eating disorder: a systematic review.	Prueba la eficacia de CBT-E versus control en pacientes con TPA, con reducción de episodios de atracón como desenlace.	Estudios sobre BED que incluyen tratamientos psicológicos (CBT/CBT-E, otros) frente a distintos comparadores (controles activos, lista de espera, etc.), analizando en particular el papel de la sobrevaloración de peso y forma como característica diagnóstica y de pronóstico.	Revisión sistemática de la literatura (~100+ estudios) con extracción estandarizada de tamaños de efecto y, cuando fue posible, síntesis cuantitativa/meta-analítica. Se analizó la asociación entre sobrevaloración de forma/peso, gravedad clínica y respuesta al tratamiento, evaluando la consistencia de resultados y el potencial sesgo de publicación.	Se concluye que la sobrevaloración de la forma y el peso se asocia a mayor gravedad clínica y a resultados de tratamiento menos favorables en BED, proponiendo considerarla como criterio central o especificador de gravedad dentro del diagnóstico, lo que tiene implicaciones para el diseño y la interpretación de los ensayos que combinan manejo de peso y tratamiento del TPA.

Elaborado por: Ana Gabriela Bedón

Analizando los artículos seleccionados, se puede observar, que en un primer estudio presentado por Boutelle et al. (2025), con el tema “Regulation of Cues vs Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating and Weight Loss Among Veterans: A Feasibility and Randomized Clinical Trial”, consideró una población de veteranos acerca de si el programa que integra Regulation of Cues con manejo conductual del peso (ROC+BWL) tiene la capacidad de reducir el atracón y el peso de mejor manera que la terapia cognitivo conductual estándar (CBT).

El enfoque ROC se fundamenta en la idea de rasgos apetitivos, sensibilidad a señales externas de la comida y también a las señales internas que tiene el cuerpo acerca de la saciedad, con la noción de poder entrenarlas de una manera sistemática y adicionalmente con una reducción del ingreso energético para acaparar de forma simultánea con la pérdida de control alimentaria y el sobrepeso frecuente en veteranos. El estudio fue realizado en una clínica universitaria entre marzo de 2019 y abril de 2023 Estudió y se estudió a 129 veteranos BE, IMC 25–45 kg/m² y 18–65 años (media de edad 47,1 años; IMC medio 34,8), Habiéndose diseñado para esto a modo de un ensayo clínico aleatorio paralelo de 5 meses de tratamiento y de seguimiento a 6 meses.

Todos los participantes fueron asignados de forma aleatoria a ROC+BWL (n=63) o a CBT (n=66) mediante bloques permutados estratificados, Sexo y a la cantidad de episodios de pérdida de control; las personas que realizaron la evaluación se mantuvieron ciegos hasta completar las mediciones.

Las pruebas se realizaron en grupos semanales de 90 minutos y 18 sesiones con una meta en común de ≥ 250 minutos por cada semana de ejercicios de actividad física, el estudio también declaró su adherencia a CONSORT y preregistro (NCT03678766). Los principales resultados fueron: cambio en el atracón y adicionalmente cambio de peso con una medición a la mitad del tratamiento es decir a los 2 meses y medio y luego post tratamiento a los 5 meses y con un seguimiento posterior a los 6 meses.

Los hallazgos indicaron que ROC+BWL permitió una reducción mayor del riesgo de atracón que CBT durante las 3 evaluaciones (diferencia de probabilidad a mitad de tratamiento $-0,20$, IC_{95%} $-0,30$ a $-0,11$; postratamiento $-0,23$, IC_{95%} $-0,22$ a $-0,19$; seguimiento a 6 meses $-0,21$, IC_{95%} $-0,21$ a $-0,18$). En peso, ROC+BWL Indicó mayor descenso de IMC a mitad ($\Delta -0,68$, IC_{95%} $-1,23$ a $-0,12$) y al final del tratamiento ($\Delta -0,71$, IC_{95%} $-1,40$ a $-0,01$), sin una buena diferencia en el seguimiento ($\Delta -0,22$,

ICr95% $-0,98$ a $0,54$). La asistencia y la aceptabilidad no difirieron entre tratamientos, y los efectos Se vieron más marcados en quienes presentaban BED pleno.

Recapitulando el estudio concluye que ROC+BWL es una alternativa eficaz para mermar el atracón en veteranos con sobrepeso, aunque estos hallazgos ponderables necesitan una observación mayor y realizar una réplica para seguir con constatando los resultados, debido a las propias limitaciones de los auto informes y al haber hecho un seguimiento a los 6 meses.

De los estudios analizados se presenta otro caso por Masheb et al. (2025), titulado “Randomized Controlled Trial of Weight Management Versus Weight Management With Concurrent Cognitive-Behavioral Therapy for Binge-Eating Disorder in US Veterans With High Weight”, para este caso se realizó la evaluación de la utilidad incremental al sumar una CBT temporal, dirigida por clínicos, al programa nacional de manejo del peso del sistema de salud de veteranos (MOVE!), en veteranos con problemas por desórdenes de atracón DSM-5 y sobrepeso. Dicho ensayo se diseñó para aplicar en una implementación clínica a gran escala, ya que el programa MOVE, es el convencional conductual nutricional en la red VA, la cuestión era conocer si aporta más beneficios la CBT concurrente sobre los resultados en TPA y su relación con la salud, más allá del sobrepeso. Para este caso utilizaron una metodología clínica aleatoria y multi sede en dónde se trabajó con 109 veteranos a MOVE o MOVE + CBT, En este estudio se emitieron 4 puntos: línea base, post tratamiento a 3 meses y 2 seguimientos tanto a 9 como a 15 meses. Los resultados primarios fueron las psicopatologías de los trastornos alimenticios y también la frecuencia de los atracones; Para los secundarios se sumó también salud mental, calidad de vida y variables relacionadas con comida y figura y figura; El peso fue analizado simplemente como exploratorio. Para esto utilizaron modelos de efectos mixtos en todas las mediciones repetidas y se realizó un registro en el ensayo en ClinicalTrials.gov (NCT03234881). Para esto es necesario comprender que MOVE es un programa que tiene una estructura para el manejo de estilo de vida en el cual se hay capacitación nutricional, un auto monitoreo, se chequea metas de pérdida ponderal y también se mide la actividad; para el caso de MOVE + CBT, adicionaron breves sesiones de CBT orientadas a los mantenedores del TPA como regularidad alimentaria, afrontamiento de desencadenantes, reestructuración cognitiva entre otros.

Los hallazgos demostraron que el programa MOVE + CBT dio como resultado menor psicopatología alimentaria que MOVE. En todos los momentos del estudio (Incremento

a 3 meses $-0,18$, $p=0,003$; a 9 meses $-0,15$, $p=0,05$; a 15 meses $-0,27$, $p<0,001$), sin diferencias entre grupos en frecuencia de atracones. Las tasas de remisión de TPA fueron 28%, 42% y 27% en MOVE + CBT, frente a 22%, 26% y 20% en MOVE a 3, 9 y 15 meses, respectivamente. La pérdida $\geq 5\%$ de peso osciló 26–38% en MOVE + CBT y 17–33% en MOVE!, Unos complementos clínicos en ambos brazos sin embargo no hay mayor ventaja que sea consistente de la CBT sobre descenso ponderal. De tal forma que el estudio indica que el manejo del peso por sí solo y la CBT concurrente mejoran el TPA en veteranos y que la CBT suma beneficios en psicopatología y dominios relacionados con peso y figura, sobre todo donde el programa mutuo ya está implantado.

En el caso del estudio presentado por Grilo et al. (2020) titulado “Randomized Controlled Trial of Behavioral Weight Loss and Stepped Care for Binge-Eating Disorder: 12-Month Follow-up”, presenta un comparativo en adultos con TPA y obesidad un manejo conductual del peso estándar (BWL) contra un modelo adaptativo de atención escalonada (Stepped Care) que ajusta la intensidad del tratamiento según respuesta anticipada. El Stepped Care comienza de una fase inicial de BWL; si el paciente responde, continúa con el mismo abordaje; si no responde, se escala a CBT guiada por autoayuda y, adicionalmente, se hace un doble ciego aleatorio de medicación para pérdida de peso o placebo, permitiendo valorar si la personalización por respuesta mejora resultados frente a un BWL uniforme. Para dicho estudio que fue aleatorio y controlado se incluyeron 191 participantes asignados a 6 meses de BWL ($n=39$) o a Stepped Care ($n=152$). En la rama escalonada, Cada uno de ellos inició con un mes de BWL; los que respondía continuaron; y los que no, pasaron a CBT guiada; y todos, dentro de Stepped Care, tomaron medicación o placebo por 5 meses en doble ciego. Cada evaluación fue independiente durante/después del tratamiento y en seguimientos a 6 y 12 meses; el ensayo se registró en NCT00829283. Los hallazgos clave fueron remisión de atracón (cero episodios en el mes previo, EDE-Interview), frecuencia de atracones y pérdida de peso porcentual.

En los análisis por intención de tratar, BWL y Stepped Care no se encontró una diferencia significativa para remisión al postratamiento (74,4% vs 66,5%), al seguimiento de 6 meses (38,2% vs 33,3%) ni al de 12 meses (44,7% vs 41,0%). Los modelos mixtos indicaron que la frecuencia de atracones disminuyó durante el tratamiento en ambos grupos, sin contraste entre las condiciones durante el seguimiento. En relación a peso, la pérdida porcentual fue similar al final del tratamiento (5,1% vs 5,8%) y fue posible ver efectos de tiempo en las pérdidas mayores de 6 a 12 meses, sin diferencias entre BWL y Stepped

Care ($\approx -5,1\%$ vs $-5,2\%$ a 6 meses; $\approx -3,4\%$ vs $-5,0\%$ a 12 meses). Los analistas han concluido que, en base a los contextos del estudio, un BWL estructurado y un Stepped Care adaptativo permiten mejorar comparablemente en atracón y en peso hasta 12 meses después, lo cual defiende al BWL como una intervención conductual-nutricional de primera línea y propone que la escalada por no respuesta temprana no ofrece ventajas generales dentro de este marco clínico.

En el estudio realizado por Palavras et al. (2021), titulado “Integrated weight loss and cognitive behavioural therapy (CBT) for the treatment of recurrent binge eating and high body mass index: a randomized controlled trial”, Se valoró si una intervención integrada, la cual combina el manejo conductual del peso con CBT-E (HAPIFED), puede brindar ventajas frente a CBT-E sola en adultos con episodios recurrentes de atracón y con un IMC elevado. El estudio inicio a partir del problema clínico de que los tratamientos psicológicos merman los indicios del trastorno por atracón, pero suelen mostrar poca pérdida ponderal sostenida cuando coexiste obesidad; de ahí la propuesta de HAPIFED, que añade objetivos y estrategias de manejo del peso a los componentes estándar de CBT-E. La metodología usada fue un ECA simple ciego es decir se usó evaluadores enmascarados, sobre 98 participantes con el diagnóstico de BED o BN y $\text{IMC} \geq 27$ y $< 40 \text{ kg/m}^2$, aleatorizados a HAPIFED o CBT-E. El primer objetivo fue la pérdida de peso mantenida a 12 meses; los objetivos secundarios, síntomas de TCA, conductas de purga y remisión de atracones. Para el análisis se usaron modelos de efectos mixtos con imputación múltiple para trabajar datos faltantes; el ensayo estuvo registrado (NCT02464345). Para la dosis terapéutica, el programa siguió el manual y la estructura grupal de ≈ 30 sesiones (1 individual + 29 grupales en el protocolo) durante ~ 6 meses, cotejando la intensidad entre brazos para aislar el efecto del componente de peso.

Los hallazgos mostraron recuperaciones significativas en ambos grupos a lo largo del tiempo en sintomatología del TCA; aunque no existió diferencias entre intervenciones en el resultado primario de peso ni en la mayoría de conclusiones secundarias. Se observaron, sin embargo, dos descubrimientos de interés: menor conducta de purga con HAPIFED ($p = 0,016$) y mayor remisión de atracones a 12 meses con HAPIFED ($34,0\%$ vs $16,7\%$; $p = 0,049$). Estos contrastes puntuales coexistieron con una falta de superioridad global de HAPIFED sobre CBT-E en peso y psicopatología alimentaria. De acuerdo con la seguridad, no se descubrió declinación de síntomas por incorporar objetivos de peso. Los analistas concluyen que integrar manejo del peso a CBT-E es

clínicamente viable y seguro, pero no superior a CBT-E en la mayoría de las resoluciones; sugieren estudiar estrategias de pérdida ponderal más agudas o dirigidas a subgrupos con mayor dismetabolismo si el objetivo prioriza cambios fisiometabólicos.

En un estudio mostrado por Hay et al. (2022), “Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy...: a randomized controlled trial”, amplió el análisis de este ECA comparando HAPIFED (CBT-E + manejo del peso) frente a CBT-E sola, enfocándose en salud física y mental. Incluyó 98 adultos con BN, BED u OSFED/UFED y $IMC \geq 27$ y < 40 kg/m², aleatorizados a HAPIFED o CBT-E. Se diseñó a manera grupal, con cantidades altas de sesiones (≈ 30) y valoraciones al final del tratamiento con un seguimiento a 12 meses, donde se midieron marcadores metabólicos (glucosa, insulina, lípidos), calidad de vida con relación a la salud, sintomatología general y psicopatología alimentaria; el análisis usó modelos mixtos con imputación. Con registro (NCT02464345) y se indicó de forma explícita las características únicas de HAPIFED (consejería nutricional dirigida por dietista, trabajo sobre señales internas de hambre/saciedad, objetivos de peso y actividad física) que no están en CBT-E.

Como hallazgos, las dos intervenciones mostraron aumentos significativos en la mejoría a lo largo del tiempo: disminución del estrés, mejora en la calidad de vida mental, bajada de la gravedad del atracón y descenso de la psicopatología alimentaria; estos cambios se mantuvieron a los 12 meses. No existió diferencias entre grupos en ninguno de los resultados tanto físicos/metabólicos ni psicológico analizado, y la pérdida del 5 % de peso se logró en algo más del 20 % de los participantes en ambos brazos a 12 meses. Algo llamativo fue que, pese al IMC alto, > 75 % los biomarcadores estaban en su rango normal al inicio, lo que podría explicar poco margen de mejora metabólica; de hecho, no se observaron logros fisio metabólicos adicionales por integrar manejo del peso a CBT-E en esta muestra. Y se concluye en que integrar objetivos de peso en un tratamiento para TCA por atracón produce resultados comparables a CBT-E en salud mental y física, sin efectos desfavorables psicológicos, pero probablemente se necesiten componentes de pérdida de peso más acelerados para modificar marcadores metabólicos en poblaciones metabólicamente “sanas”.

En el estudio realizado por da Luz et al. (2024), “A comparison of the efficacy of online HAPIFED versus online CBT for binge eating disorder: A randomized controlled trial”, valoró la viabilidad y eficacia de pasar a formato en línea (videoconferencia)

intervenciones en grupo HAPIFED y CBT en BED con IMC alto. Se estudio de forma aleatoria a 119 adultos con BED (DSM-5) y IMC 27–45 kg/m² a HAPIFED online o CBT online, las sesiones fueron para 10 grupos de 12 participantes por grupo, con 2 de seguimiento y 13 sesiones de tratamiento. Las pruebas se hicieron durante el pretratamiento, fin de tratamiento y seguimientos a 3 y 6 meses. El estudio declara adhesión a CONSORT y midió además del peso, episodios de atracón objetivos y subjetivos, pérdida de control, psicopatología alimentaria, depresión/estrés y regulación emocional. Se excluyó entre los criterios de estudio, BMI $\geq$ 45 kg/m² por potencial indicación de cirugía bariátrica; así mismo se excluyeron tratamientos relacionados para peso o atracón y comorbilidades psiquiátricas graves.

Desde el punto de vista estadístico, se analizaron los cambios en episodios de atracón, psicopatología alimentaria, regulación emocional y peso mediante ANOVA de medidas repetidas y modelos lineales mixtos, bajo un enfoque de intención de tratar. Se reportaron medias, desviaciones estándar, IC95%, tamaños de efecto (Cohen d) y valores de p (<0,05), comparando tanto la evolución temporal como las diferencias entre HAPIFED online y CBT online.

Como resultado se determinó que los dos tratamientos bajaron de manera parecida los atracones (objetivos y subjetivos) y la psicopatología alimentaria, teniendo mejoras paralelas en pérdida de control sobre la ingesta, depresión, estrés psicológico y dificultades de regulación emocional al comienzo inicio y al final del tratamiento. En peso, en cambio no se notaron diferencias significativas entre HAPIFED online y CBT online; las reducciones ponderales fueron modestas en ambos brazos. Las limitaciones del ensayo fueron la atracción típica de intervenciones online y el contexto pandémico (COVID-19) que afectó en la asistencia y los seguimientos, además del uso de autoinformes. La conclusión afirma que HAPIFED y CBT, vía videoconferencia y en grupo, son opciones eficaces para reducir el atracón y la psicopatología en BED con alto IMC, con un perfil de seguridad aceptable; y para tener un impacto en el peso se puede necesitar componentes de mayor intensidad o estrategias de mantenimiento a mayor plazo.

Un ensayo realizado por Boutelle et al. (2023), con el tema “Reduction in eating disorder symptoms among adults in different weight loss interventions”, tenía como fin buscar la relación entre los programas de pérdida de peso y el empeoramiento de síntomas de TCA o, contrariamente una posible mejoría, para ello se compara cuatro condiciones:

Regulation of Cues (ROC), Behavioral Weight Loss (BWL), ROC + BWL (ROC+) y un comparador activo. Estudiando de forma aleatoria a 271 adultos con IMC 25–45 kg/m² (18–65 años) y sin comorbilidades que interfirieran; las pruebas ocurrieron en línea basal, a mitad del tratamiento de 6 meses, postratamiento a los 12 meses y seguimientos a 6 y 12 meses. Se incluyó también subescalas de preocupaciones por comer, peso y figura del EDE-Q y síntomas de atracón (BES), además de restricción dietaria (EDE-Q). El ensayo estuvo registrado (NCT02516839).

El ensayo comparó las cuatro condiciones (ROC, BWL, ROC+BWL y comparador activo) mediante modelos de medidas repetidas/multinivel, evaluando cambios en las subescalas del EDE-Q y en la Binge Eating Scale. Se estimaron diferencias de medias a lo largo del tiempo con sus IC95% y valores de *p*, mostrando reducciones significativas de síntomas de TCA en todos los brazos, que se mantuvieron parcialmente al seguimiento.

En el tratamiento, todas las condiciones mostraron disminución en las preocupaciones por comer/peso/figura (EDE-Q) y en los síntomas de atracón (BES); estas recuperaciones se conservaron al seguimiento de 6 meses, aunque tendieron a volver parcialmente hacia la línea basal al seguimiento de 12 meses. De forma paralela, los brazos ROC+ y BWL revelaron subidas de la restricción durante el tratamiento, que se dilataron a la finalización, lo que apunta a que la restricción prescrita y estructurada dentro de programas de pérdida de peso no se asoció a un deterioro sostenido de la psicopatología alimentaria. La conclusión del estudio que, en adultos con sobrepeso/obesidad, los programas de pérdida de peso (incluyendo ROC, BWL y ROC+) no se relacionaron con incrementos de síntomas de TCA y, de hecho, se asociaron a reducciones durante la fase activa; sugieren rever estrategias de mantenimiento para mantener las mejoras tras el tratamiento.

En el estudio de Carrard et al. (2011), con el tema: Guided self-help por Internet para TPA, tuvo como fin valorar la eficacia de un programa de autoayuda que fue guiado por Internet y se basaba en TCC con la idea de bajar incidentes de atracón y la psicopatología asociada en adultos con trastorno por atracón donde se incluyeron casos de umbral y sub-umbral que fueron comparados con condición control.

La metodología utilizada se basó en un ensayo clínico aleatorio, en donde adultos con TPA se asignaron al programa en línea con contenidos TCC, módulos secuenciales y apoyo de terapeuta de baja intensidad o a control/lista de espera, con evaluaciones pre,

post y seguimiento. Este procedimiento se centró en psicoeducación, regularización de ingestas, manejo de disparadores y, autorregistro, con contacto breve para motivación y resolución de dudas.

El análisis estadístico se realizó haciendo uso de SPSS, donde se comparó el grupo de autoayuda guiada con la lista de espera mediante análisis de medidas repetidas (pre, post y seguimiento) y se incluyó análisis por completadores. Se observaron reducciones significativas ($p < 0,05$) en frecuencia de atracones y en psicopatología alimentaria en el grupo intervención, con tamaños de efecto moderados, frente a cambios mínimos en el grupo control. Los resultados obtenidos en este grupo de intervención mostraron una reducción significativa en la frecuencia de los atracones y sobre todo en la gravedad de los síntomas de TAC con respecto al control, conjuntamente con mejoras en las medidas de funcionamiento, Tanto la aceptación como la adherencia a este tipo de formato en línea fueron las más adecuadas, apoyando de esta manera a la transferencia de TCC de autoayuda en un entorno digital. Dicho ensayo no se diseñó para demostrar pérdidas de peso que sean relevantes clínicamente; el peso/IMC fue reportado como un resultado secundario.

Los principales hallazgos indicaron que la autoayuda TCC digital y a la vez guiada son eficaces para disminuir atracones en adultos con TPA se puede ampliar el acceso al tratamiento con un bajo costo de terapeuta. No observar que fue limitada a la contribución al manejo del peso ya que el principal enfoque eran los atracones, por lo que su encaje en esa revisión fue simplemente complementario: pero sí hubo un fortalecimiento en el eje TPA y un potencial impacto indirecto sobre todo en obesidad, aunque no se considera como una intervención nutricional estructurada.

En el estudio Grilo et al. (2011), sobre TCC vs Behavioral Weight Loss (BWL) y secuencial, La finalidad en este caso fue el realizar una comparación entre TCC, BWL pérdida de peso conductual con componente dietario y un enfoque secuencial (TCC→BWL) en adultos obesos con TPA, Que fueron evaluados tanto en remisión y reducción de atracones como en el cambio ponderal durante 12 meses.

Se utilizó la metodología ECA, con un seguimiento a 12 meses y con 3 brazos paralelos. Esta fue TCC focalizada en alimentación y cogniciones; para BWL Se incorporaron objetivos de restricción energética, actividad física de manera progresiva, estrategias

conductuales y un auto monitoreo; de ello que el grupo secuencial recibió TCC al inicio seguida de BWL.

Se trata de un ECA con tres brazos en adultos obesos con TPA, analizado bajo un enfoque de intención de tratar. Los autores hicieron uso de modelos de medidas repetidas/multinivel con el fin de comparar la evolución de la abstinencia de atracones, la gravedad del TPA y la pérdida porcentual de peso entre TCC, BWL y la combinación secuencial, se obtuvo valores de p y tamaños de efecto los cuales mostraron superioridad de TCC para el control de atracones y de BWL para la pérdida ponderal. Los resultados primarios fueron abstinencia de atracones y gravedad; en los secundarios existió pérdida de peso. Otros resultados encontrados fueron TCC supervisor a BWL con la finalidad de reducir atracones y mantener el mejoramiento a 12 meses; BWL produjo también mayor pérdida de peso durante el tratamiento. El enfoque fue secuencial TCC→BWL Y no se encontraron mayores beneficios clínicos o de forma significativa sobre TCC sola. Por ello la remisión de atracones fue asociada con mayor reducción porcentual del IMC, denotando que existe un vínculo entre control de atracones y peso.

Como hallazgos centrales se pudo observar que BWL es una alternativa valiosa cuando existe el objetivo de peso y que éste sea prioritario, pero si el objetivo primario es la conducta de atracón, TCC brinda un mejor mantenimiento y control. Este estudio es nuclear ya que hace una comparación directa entre una intervención nutricional y energética con TCC mostrando trade-offs entre control de TPA y pérdida ponderal.

De acuerdo con el estudio de Kristeller et al. (2014), MB-EAT alimentación consciente, cuya finalidad fue hacer una evaluación de la eficacia del Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT), Una intervención realizada en un grupo con 12 sesiones basada en mindfulness y conciencia de señales hambre y saciedad, disparadores emocionales frente a una intervención psicoeducativa/TCC y lista de espera.

Para este estudio se utilizó la metodología ECA de tres brazos: MB-EAT, una intervención comparativa entre psicoeducativa/CBC y lista de espera. El MB-EAT incluyó algunas prácticas formales de mindfulness y alimentación consciente con exposición sensorial y habilidades para responder a señales internas, en vez de estímulos externos o afectivos. En este ECA de tres brazos (MB-EAT, psicoeducativo/TCC breve y lista de espera), los cambios en frecuencia de atracones y en escalas de relación con la comida se analizaron mediante ANOVA/MANOVA de medidas repetidas y comparaciones post-hoc. Se encontraron reducciones estadísticamente significativas

($p<0,05$) y tamaños de efecto moderados grandes a favor de MB-EAT frente a los grupos control, con cambios más limitados en peso corporal. Los resultados principales fueron clínicos en atracones y psicopatología alimentaria; y el peso y IMC como resultados secundarios.

En otros resultados se encontró que MB-EAT consiguió reducciones clínicamente significativas sobre todo en episodios de atracón y mejora en relación con la comida comparado con control; en cuanto a la intervención comparativa, mostró beneficios en conciencia y autorregulación alimentaria. Sin embargo, el cambio en peso fue restringido, aunque se observaron tendencias favorables en algunos indicadores, pero se debe recalcar que no fue diseñado como programa de pérdida ponderal.

Como hallazgos centrales se pudo observar que MB-EAT mejora el TPA al modificar los procesos de conciencia, la regulación emocional y señales internas, con posible impacto indirecto sobre peso. De manera complementaria fortalece también la comprensión del mecanismo para señales internas y sugiere integración con componentes nutricionales/BWL cuando el objetivo incluye obesidad.

En el estudio Masheb, et al. (2011), dieta de baja densidad energética con TCC, La finalidad fue probar si una consejería dietética que esté centrada en reducir la demanda energética, sumada a TCC mejora el control de atracón, así como la pérdida de peso, comparada con TCC más nutrición general.

Se utilizó la metodología ECA con dos brazos, analizando a 6 meses de tratamiento y seguimiento hasta 12 meses. Los 2 grupos recibieron TCC para atracón; En el grupo experimental se añadió una consejería para bajar la densidad energética, mientras que en el grupo de comparación recibieron consejería nutricional general sin objetivo de pérdida. El ensayo aleatorizado comparó TCC+consejería de baja densidad energética versus TCC+nutrición general mediante análisis de medidas repetidas e ITT, evaluando atracones, psicopatología alimentaria y peso a 6 y 12 meses. Los resultados mostraron reducciones significativamente mayores ($p<0,05$) en peso y mejoría clínica del TPA en el grupo de baja densidad energética, con tamaños de efecto superiores respecto al grupo control. El resultado de CBT+ED reveló mayores reducciones de peso y mejoras clínicas en atracón respecto a CBT+GN, con mantenimiento de manera parcial a 12 meses. El estudio apoya un enfoque dietario muy estructurado que se complementa de la TCC en

TPA con obesidad. En los hallazgos centrales se observa que se sumó un objetivo dietario concreto dentro de la TC qué mejora los desenlaces de peso sin que exista un compromiso con la resolución del atracón.

De acuerdo con Pruessner et al. (2024), Autoayuda TCC web (JAMA Network Open), aquí la finalidad fue evaluar que tan efectiva era la autoayuda TCC en línea para TPA en condiciones ecológicas y naturalistas, comparada con lista de espera, donde se priorizó la reducción de atracones y mejoras en la salud mental.

La metodología utilizada fue ECA aplicada a 2 grupos con una asignación a acceso inmediato ya sea al programa web o la lista de espera; estas valoraciones se realizaron a 6 y 12 meses. Módulos TCC autoaplicados con tareas, autorregistros y ejercicios; con un soporte mínimo. Registro: NCT04876183. Outcomes: episodios de atracón y variables de salud mental y funcionalidad. Estadísticamente, el ensayo utilizó modelos multinivel con interceptos aleatorios y efectos fijos de tiempo, tratamiento e interacción tiempo×tratamiento, analizados por intención de tratar. Se estimaron Cohen *d* y IC95% para los cambios en episodios de atracón y en variables de salud mental, con reducciones significativamente mayores en el grupo de autoayuda TCC web (por ejemplo, $d \approx -1,0$ para atracones; $p < 0,001$) en comparación con lista de espera.

Como resultado de la intervención se pudo notar que se redujo significativamente aquellos episodios de atracón y mejoró las variables psicológicas frente a control; también en este trabajo se enfatiza la escalabilidad y la brecha de acceso. Sin embargo, el peso/IMC no fue el objetivo principal del estudio, Y no se demuestran efectos fuertes en pérdida ponderal. Como hallazgos centrales se ha observado que la autoayuda TCC web es efectiva para lograr una disminución de atracones en entornos reales y puede ampliar cobertura, pero no constituye una intervención diaria/gestión de peso formal.

En el estudio de Melisse et al. (2023), CBT-E autoayuda guiada web, la finalidad fue probar la eficacia de CBT-E que es la versión autoayuda guiada en web versus control con tratamiento diferido en pacientes con TPA, con reducción de episodios de atracón como desenlace primario y recuperación total como secundario clave. Registro: NL7994 (NTR). La metodología utilizada fue ECA con 2 brazos, acceso a la plataforma con módulos CBT-E, tareas y un apoyo breve vs lista de espera; evaluaciones pre-/postratamiento. Donde se reportan métodos CONSORT y análisis ITT.

En cuanto al análisis, el ECA de CBT-E autoayuda guiada web comparó la intervención con lista de espera mediante modelos lineales mixtos y análisis por intención de tratar. Se reportaron reducciones significativas en episodios de atracón y en psicopatología alimentaria con tamaños de efecto grandes (Cohen $d \geq 1,0$) en el grupo CBT-E, mientras que los cambios en peso/IMC fueron pequeños y clínicamente limitados.

Algunos resultados demuestran CBT-E guiada web fue superior al control para reducir atracones y mejorar la psicopatología alimentaria, y también se encontraron tasas de recuperación clínicamente relevantes. Los efectos sobre peso/IMC fueron limitados. El trabajo respalda guías que recomiendan autoayuda guiada como opción de primera línea para TPA.

Como hallar hallazgos centrales hubo evidencia sólida de la eficacia y viabilidad de CBT-E guiada en formato digital; esto es relevante para ampliar acceso y reducir atracones. Y también es un componente psicológico principal con beneficio indirecto sobre obesidad, pero sin un protocolo nutricional/energético formal.

Respuestas a los objetivos planteados

A continuación, se presentan los objetivos planteados y el resumen de los hallazgos obtenidos:

Objetivo 1: Documentar teóricamente los trastornos alimentarios

Tabla 3.

Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 1.

Eje desarrollado	teórico	Resultados centrales obtenidos de la revisión teórica	Aporte al objetivo
Conceptualización de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)	de	Los TCA se tratan como trastornos mentales con impacto físico y psicosocial, con criterios diagnósticos definidos y categorías principales (AN, BN, BED, OSFED, UFED).	Fundamenta el marco conceptual y permite delimitar el trastorno por atracón (BED) frente a otros TCA.
Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón (BED)	Se sistematizan criterios como episodios recurrentes con pérdida de control, malestar, frecuencia mínima, ausencia de conductas compensatorias, y especificación por gravedad.	Permite entender y estructurar el fenómeno para la lectura clínica e investigación.	
Diferenciación BED vs obesidad	Se establece que BED puede presentarse en distintos rangos de peso; no toda obesidad implica BED, y BED añade deterioro funcional, mayor ingesta y peor calidad de vida frente a obesos sin BED.	Evita sesgos conceptuales y sostiene el análisis posterior (relación BED-obesidad).	
Curso, comorbilidades y relevancia sanitaria	Se describe el BED en el continuo de salud mental como asociación frecuente con ansiedad o ánimo bajo y se enfatiza detección sin juicio mediante exploración de frecuencia de episodios.	Justifica la pertinencia del tema y orienta la interpretación de resultados empíricos.	

Elaborado por: Ana Gabriela Bedón

De esta manera, en la tabla se puede observar cómo se alcanzó a través de la

sistematización de definiciones, categorías DSM y criterios clínicos del BED, dejando claro qué es el trastorno, cómo se diagnostica y cómo se diferencia de la obesidad.

Objetivo 2: Caracterizar al trastorno alimentario por atracón en la población adulta

Tabla 4.

Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 2.

Dimensión de caracterización	Hallazgos sintetizados en el trabajo	Evidencia usada en la síntesis
Rasgo núcleo del BED	BED en adultos se describe como ingesta excesiva con pérdida de control y malestar posterior, con necesidad de indagar frecuencia/impacto para medir evolución.	Criterios diagnósticos y descripción clínica en el marco teórico.
Gravedad y heterogeneidad	Se incluye clasificación por severidad (leve a extremo) según frecuencia semanal.	Marco DSM del documento.
Comorbilidad emocional y contexto	Se resalta convivencia frecuente con ansiedad o ánimo bajo, lo que sostiene la necesidad de abordajes integrales.	Síntesis clínica del documento.
Perfil clínico en estudios incluidos	En los ensayos y revisiones consideradas predominan adultos con BED y IMC elevado (p. ej., IMC 27–45 en modalidad online), reforzando el perfil típico de consulta.	Ensayo online comparativo y criterios de inclusión.

Elaborado por: Ana Gabriela Bedón

Con este resumen se observa cómo se logró al integrar el perfil clínico-diagnóstico (criterios y gravedad) con la descripción funcional del BED en adultos (pérdida de control + malestar) y el patrón observado en estudios (alta presencia de IMC elevado),

Objetivo 3: Identificar la relación entre el trastorno por atracón y la obesidad en pacientes adultos

Tabla 5.

Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 3.

Eje de relación	Resultado central que muestra la investigación	Qué implica para el objetivo
BED–obesidad		
Relación bidireccional	Se concluye que existe relación “de ida y vuelta”: los atracones favorecen aumento de peso y la obesidad se incrementa por atracones; pero no toda obesidad implica BED.	Confirma asociación sin reducir BED a “solo obesidad” (diferenciación clínica).
BED no predice necesariamente “fracaso” en pérdida de peso	Una revisión con metaanálisis incluida en el documento indica sin diferencias significativas en pérdida de peso entre personas con o sin atracones en diversos tratamientos (efecto global no significativo).	Sustenta que los programas de pérdida de peso no deben excluirse automáticamente por presencia de atracones.
Riesgo cardiometabólico y factores asociados	Se obtiene evidencia de asociación de BED con obesidad y síndrome metabólico y se discute cuánto explica el sobrepeso en estas asociaciones.	Refuerza la relevancia sanitaria y la necesidad de intervención integral.
Consecuencia práctica	Se plantea que reducir atracones facilita cambios sostenidos en peso y que estrés/imagen corporal influyen en ambos fenómenos.	Orienta el enfoque terapéutico: primero control de atracón + estrategias de peso.

Elaborado por: Ana Gabriela Bedón

El objetivo se cumple al demostrar: (1) bidireccionalidad, (2) diferenciación clínica (no toda obesidad = BED) y (3) evidencia de que BED no impide necesariamente la pérdida de peso en tratamientos, aunque sí complejiza el pronóstico y la adherencia.

Objetivo 4: Explorar intervenciones nutricionales en adultos con BED y obesidad

Tabla 6.

Sistematización de resultados que dan cumplimiento al objetivo 4.

Tipo de intervención (nutricional/integrada)	Qué mostró la evidencia (síntesis de resultados)	Lectura de efectividad (BED vs peso)
Manejo de peso con componentes conductuales: Pérdida de peso conductual (BWL) o programas estructurados	BWL y cuidado escalonado lograron remisión alta alrededor de 5% pérdida de peso al postratamiento, pero sin diferencias claras a 12 meses.	Peso: mejora moderada (más visible que terapias centradas solo en BED). Atracón: mejora, pero mantenimiento puede disminuir.
Manejo de peso institucional con CBT concurrente (MOVE! vs MOVE!+CBT)	Ambos grupos mejoraron en atracones y peso; incluir CBT aportó beneficios adicionales en algunos indicadores alimentarios, sin una ventaja marcada en pérdida de peso.	Atracón: mejora robusta en ambos; CBT suma en psicopatología. Peso: mejora, pero sin gran diferencia entre grupos.
Consejería dietaria específica (baja densidad energética) + CBT	Se reporta alta remisión de atracones y pérdida de peso clínicamente relevante en una proporción; la consejería de baja densidad energética mejora más la calidad del patrón alimentario y la densidad energética.	Atracón: alta remisión. Peso: modesto; mejoras dietarias más claras cuando el objetivo nutricional es específico.
Intervenciones integradas tipo HAPIFED (CBT-E + manejo del peso + consejería)	En modalidad presencial y online, HAPIFED y CBT-E reducen atracones y psicopatología de	Atracón: mejora fuerte en ambos. Peso: modesto; enfoque seguro/viable, pero no

	forma similar; peso cambia de forma modesta y sin diferencias consistentes.	“revoluciona” marcadores metabólicos.
Mindfulness / MB-EAT	Reduce atracones y malestar, mejora autorregulación; el cambio ponderal suele ser pequeño, confirmando foco en relación con comida más que en peso.	Atracón: efectivo. Peso: limitado, útil como base de regulación o emoción.
Autoayuda CBT web (sin plan nutricional formal)	Reduce significativamente episodios de atracón y mejora la salud mental; no muestra efectos importantes en la pérdida ponderal al no ser intervención de peso.	Atracón: efectivo y escalable. Peso: bajo impacto si no se integra componente nutricional.
Modelo emergente ROC+BWL	ROC+BWL produjo mayor reducción de atracones y mayor pérdida de peso durante tratamiento vs CBT; diferencia de peso no se mantuvo a 6 meses, reducción de atracones sí.	Atracón: muy prometedor. Peso: mejora durante tratamiento; requiere estrategias de mantenimiento/intensificación para sostener.

Elaborado por: Ana Gabriela Bedón

Se cumplió al comparar intervenciones nutricionales estructuradas y enfoques integrados (psicoterapia + manejo del peso), mostrando un patrón consistente: la psicoterapia reduce mejor el atracón, mientras que los programas de peso mejoran más el IMC, pero el cambio ponderal suele ser modesto si no se intensifica el componente nutricional y de mantenimiento.

Discusión

En la presente investigación, al iniciar la documentación teórica acerca de los trastornos alimentarios se pudo observar que la literatura actual se centra en la comprensión de algunos factores como son los biológicos, psicológicos y socioculturales y que la clasificación diagnóstica actual (DSM-5 o DSM-5-TR) ha permitido que se delimite más claramente las entidades clínicas como el trastorno por atracón (BED). Este tipo de delimitación coincide con algunas revisiones clínicas recientes en las que se destaca que el BED no es sólo el comer mucho, sino que corresponde a un cuadro en el que la pérdida de control, el malestar que ya es clínicamente significativo, así como los patrones cognitivo-emocionales que están asociados, explican en gran medida el importante deterioro funcional (Grilo, 2023).

Al caracterizar los trastornos por atracón en la población adulta, los resultados de esta investigación resaltan que el BED en adultos se presenta principalmente con episodios recurrentes; alta carga de culpa o vergüenza; comorbilidad afectiva o ansiosa y preocupaciones por la imagen corporal mismas que pueden incrementar la complejidad. Este patrón coincide con la evidencia actual, entre ella una revisión sistemática reciente en la que propone que la sobrevaloración de la forma y el peso está asociada a mayor severidad psicopatológica y que debería considerarse con mayor atención en la conceptualización clínica del BED (Melisse & Dingemans, 2025). En ese sentido, lo hallado en esta investigación coincide con la idea de que, en muchos adultos, el problema central no es únicamente la ingesta, sino el circuito emoción–cognición–conducta (p. ej., regulación emocional deficitaria, autoevaluación centrada en peso/figura y conductas de afrontamiento alimentario).

Respecto al objetivo de identificar la relación entre BED y obesidad en pacientes adultos, los resultados de esta investigación señalan una relación estrecha y, en varios casos, bidireccional: el atracón puede contribuir al aumento de peso, pero a la vez el estigma, las dietas restrictivas cíclicas y el malestar corporal asociados al exceso de peso pueden reforzar los episodios de atracón. Esta interpretación es coherente con otras revisiones en las que se describe una alta coexistencia entre BED y IMC elevado, sin embargo, se advierte que los mecanismos que mantienen el problema no solamente están reducidos al balance energético, sino que incluyen procesos de refuerzo negativo como el hecho de comer para aliviar ciertas emociones, la vulnerabilidad psicológica y ambientes “obesogénicos” (Grilo, 2023). Además, ciertos estudios de intervención integrados

mencionan que, en personas con IMC alto y atracón recurrente, la reducción del atracón suele preceder a una mejor adherencia a cambios de estilo de vida, lo cual apoya lo que se ha obtenido en el presente trabajo al tratar primeramente la psicopatología alimentaria la cual mejora la viabilidad del manejo ponderal (Palavras et al., 2021).

Un punto clave de contraste es que, aunque esta investigación identifica una asociación fuerte BED–obesidad, la literatura enfatiza que no toda obesidad implica BED, ni todo BED se explica por el peso: el BED aporta un perfil clínico particular (pérdida de control, malestar, patrón de alimentación impulsado por emociones), y eso tiene implicaciones directas para el diagnóstico diferencial y para evitar intervenciones centradas exclusivamente en peso que puedan ser insuficientes. Esta diferenciación es consistente con metaanálisis que muestran que los tratamientos eficaces para BED deben evaluar tanto desenlaces de atracón como variables psicopatológicas y, en algunos casos, el peso como desenlace secundario o paralelo (Hilbert et al., 2019).

En cuanto al cuarto objetivo, explorar intervenciones nutricionales en adultos con BED y obesidad, la presente investigación identifica como hallazgo central que las estrategias con mejor perfil de efectividad tienden a ser multicomponente: intervención psicológica basada en evidencia (especialmente CBT/CBT-E) + abordaje nutricional conductual (educación alimentaria, regularidad de comidas, planificación, exposición gradual a alimentos “temidos”, autorregistro, prevención de recaídas) y, cuando corresponde, componentes de actividad física y salud metabólica. Este resultado coincide con la evidencia comparada:

1. Terapias psicológicas y autoayuda estructuradas con soporte CBT

Un metaanálisis amplio concluyó En que la psicoterapia, principalmente CBT, la autoayuda de forma estructurada, así como algunos tratamientos médicos o farmacológicos han sido eficientes para reducir los síntomas del trastorno por atracón, además señalan que un reto frecuente es lograr la mantención a largo plazo, así como el abordaje de las comorbilidades (Hilbert et al., 2019). Esto coincide con lo observado en esta investigación: el cambio sostenible depende de consolidar habilidades (manejo de disparadores, prevención de recaída, flexibilidad cognitiva) más que solo de prescribir un plan alimentario.

2. Intervenciones integradas para atracón + IMC alto (CBT-E + manejo de peso)

El ensayo controlado aleatorizado que comparó un enfoque integrado (HAPIFED) frente a CBT-E en personas con atracón recurrente e IMC elevado encontró que

el enfoque integrado no fue superior a CBT-E para pérdida de peso clínicamente significativa y fue similar en reducción de la mayoría de síntomas; pero, de forma relevante, no evidenció daño (no empeoró síntomas), y ambos grupos mejoraron y sostuvieron cambios (Palavras et al., 2021). Este contraste apoya el resultado de la presente investigación relativo a que es posible intervenir el peso sin agravar el síndrome por atracón cuando la forma de abordar es clínicamente cuidadosa y está centrada en la salud y no en una restricción completamente rígida.

3. Programas conductuales de pérdida de peso y riesgo de sintomatología alimentaria.

Una preocupación usual en la población con trastorno de atracón o que tengan rasgos de atracón es que los programas de pérdida de peso superen las conductas alimentarias problemáticas. Sin embargo, La evidencia actual en adultos con sobrepeso u obesidad indican que, en promedio, la participación de las intervenciones conductuales de manejo de peso no incrementa el riesgo de trastorno alimentario y además que pueden mejorar ciertos indicadores, aunque puede existir heterogeneidad, así como subgrupos que requiere de un monitoreo (Jebeile et al., 2023; Tsompanaki et al., 2025). Esto coincide con lo que se ha obtenido en la presente investigación en la que se puede indicar que el punto crítico finalmente no es sólo si se baja o no de peso, sino en cómo se diseña la intervención, donde se destaca que se debe evitar la rigidez extrema y se realicen monitoreos de las señales de recaída, dando priorización a la regularidad alimentaria y con un trabajo conjunto del estigma o de la imagen corporal.

4. Intervenciones digitales y escalabilidad del tratamiento

La brecha de acceso a los tratamientos especializados es una limitación que se puede decir que es real en el trastorno por atracón. Un ensayo aleatorizado en JAMA Network Open indicó que un programa de autoayuda CBT en formato web permitió disminuir los episodios de atracón y mejoró los resultados psicológicos frente a la lista de espera (Pruessner et al., 2024). Esto está alineado con los hallazgos obtenidos en la presente investigación acerca de la utilidad de las intervenciones estructuradas, en contextos con recursos limitados, donde lo digital puede también ser una vía efectiva de bajo costo y escalable, siempre y cuando exista una evaluación clínica inicial y criterios de derivación en el caso de que haya una mayor severidad o riesgo.

Es así que, la comparación realizada con la literatura permite sugerir que los resultados de la presente investigación son consistentes con el consenso actual en aspectos como: el BED en adultos es un trastorno con alta carga emocional y cognitiva; la relación con la obesidad es frecuente y clínicamente relevante y, las intervenciones con mayor efectividad normalmente combina CBT/CBT-E con un componente nutricional conductual en el cual se promueva la regularidad, la flexibilidad y habilidades de autorregulación, evitando de esta manera enfoques que sean demasiado rígidos que pueda inclusive perpetuar el ciclo de restricción-atracón. El desafío como se señala en algunos metaanálisis es poder sostener los resultados a largo plazo y adaptar el plan a perfiles que sean individuales (comorbilidad, estigma, historia de dietas, severidad del atracón) (Hilbert et al., 2019; Palavras et al., 2021).

Se pueden mencionar finalmente limitaciones que se han presentado en la investigación, entre ellas, al ser una investigación cualitativa de revisión documental y revisión sistemática de literatura, los resultados pueden depender directamente de la calidad, rigor metodológico y transparencia de los estudios primarios que se han incluido, por lo tanto cualquier sesgo de medición o reporte que se presenten en las diferentes investigaciones, puede influir en las conclusiones del presente estudio. De la misma manera se debe considerar que la búsqueda se limitó a un rango temporal entre 2020 y 2025 lo cual puede dejar por fuera evidencia relevante de años previos. Se incluyeron además solamente artículos en inglés o español y con acceso abierto, lo cual restringe el universo de evidencia disponible y se podrían excluir estudios que pueden ser potencialmente valiosos que no han sido estudiados debido a las diferentes barreras idiomáticas o de acceso.

Conclusiones

Se ha logrado consolidar un marco conceptual y diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria, ubicando al trastorno por atracón como un trastorno mental con ciertos criterios específicos como la pérdida de control, malestar y frecuencia mínima, diferenciando esto de la obesidad, aunque clínicamente está asociado a ella.

El trastorno por atracón en adultos está caracterizado principalmente por episodios de ingesta excesiva con pérdida de control y malestar posterior, con grados de severidad por frecuencia semanal y frecuente coexistencia con malestar emocional, esto exige una evaluación clínica no juzgadora y el seguimiento de episodios que permitan medir la respuesta al tratamiento.

La relación del trastorno por atracón con la obesidad es bidireccional, de esta manera los atracones facilitan el incremento de peso y la obesidad puede sostener el ciclo de atracón, sin embargo, no toda obesidad implica trastorno por atracón y la evidencia que se ha revisado indica que la presencia de atracón no necesariamente reduce la pérdida de peso en tratamiento, aunque sí puede hacer más compleja la adherencia y el mantenimiento.

Las intervenciones que han realizado las investigaciones empíricas que han logrado mayor balance considerando atracón y peso, son las que integran psicoterapia basada en evidencia y el manejo de peso estructurado y las nutricionales con metas concretas como por ejemplo el déficit calórico o reducción de la densidad energética, combinando estas herramientas conductuales, debido a que sostienen una reducción de atracones y logran pérdidas de peso moderada. Sin embargo, en varios de ensayos la pérdida de peso ha sido modesta y requiere estrategias explícitas de mantenimiento e intensidad adicional para que puedan sostenerse.

Recomendaciones

Se recomienda la implementación de programas integrales que pueda combinar tanto estrategias nutricionales como psicológicas, pues solamente de esta manera se pueden lograr resultados favorables sostenibles en el tiempo.

Es importante también considerar la capacitación al personal sanitario, con lo cual sea posible la detección y tratamiento de temprano de trastorno por atracón.

Se recomienda además fomentar estudios longitudinales que puedan evaluar los defectos de las intervenciones que se han realizado a lo largo del tiempo. Así mismo que futuros estudios utilicen ensayos clínicos aleatorizados con muestras más amplias y los seguimientos se realicen en tiempos prolongados. Además, es importante una mayor homogeneidad en los criterios diagnósticos del TPA y en las medidas de resultados que permita facilitar comparaciones y futuras síntesis meta analíticas.

Además, a nivel público se deberían considerar la promoción de políticas de salud, las cuales incluyen educación alimentaria y emocional, no solamente a un nivel curativo, sino desde el conocimiento propio desde edades tempranas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. 5a Ed. Arlington.
<https://doi.org/https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Arija, V., Santi, M., Novalbos, J., Canals, J., y Rodríguez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(N.º Extra 2), 8-15. <https://doi.org/DOI:>
<http://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Balantekin, K., Grammer, A., Fitzsimmons-Craft, E., Eichen, D., Graham, A., Monterubio, G., . . . Wilfley, D. (2021). Overweight and obesity are associated with increased eating disorder correlates and general psychopathology in university women with eating disorders. *Eat Behav.* , 41(101482.).
<https://doi.org/doi:10.1016/j.eatbeh.2021.101482>.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
<https://doi.org/https://res.cloudinary.com/dpmykpsih/image/upload/great-plains-health-site-358/media/1087/anxiety.pdf>
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI-II)*. Pearson.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Boutelle, K., Afari, N., Obayashi, S., Eichen, D., Strong, D., Pasquale, E., y Peterson, C. (2025). Regulation of cues vs cognitive behavioral therapy for binge eating and weight loss among veterans: A feasibility and randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 8(8).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.25064>
- Boutelle, K., Pasquale, E., Strong, D., Eichen, D., y Peterson, C. (2023). Reduction in eating disorder symptoms among adults in different weight loss interventions.

- Eating Behaviors*, 51, 101787.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101787>
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Van der Linden, M., y Golay, A. (2011). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge-eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 482–491.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.brat>
- Cook, C., y Décary, S. (2019). Higher order thinking about differential diagnosis. *Braz J Phys Ther.* , 24(1), 1-7. <https://doi.org/doi:10.1016/j.bjpt.2019.01.010>
- Côté, M., Roy, M., Rodrigue, C., y Bégin, C. (2025). Binge eating disorder recognition and stigma among an adult community sample. *Journal of Eating Disorders*, 13(5), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40337-024-01162-1>
- da Luz, F., A. S., Sainsbury, A., Appolinário, J., Claudino, A., Hay, P., y Palavras, M. (2024). A comparison of the efficacy of online HAPIFED versus online cognitive behavioural therapy for binge eating disorder: A randomized controll of the efficacy of online HAPIFED versus online cognitive behavioural therapy for binge eating disorder: A randomiz. *Obesities*, 4(2), 14.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/obesities4020014>
- Fernández, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/DOI:10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Giel, K., Bulik, C., Fernandez, F., Hay, P., Keski, A., Schag, K., . . . Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 8(16).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grider, H., Douglas, S., y Raynor, H. (2021). The Influence of Mindful Eating and/or Intuitive Eating Approaches on Dietary Intake: A Systematic Review. *J Acad Nutr Diet.*, 12(14.e1), 709-727. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jand.2020.10.019>.

- Grilo, C., Masheb, R., Wilson, G., Gueorguieva, R., y White, M. (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/doi:10.1037/a0025049>
- Grilo, C., White, M., Ivezaj, V., y Gueorguieva, R. (2020). Randomized controlled trial of behavioral weight loss and stepped care for binge-eating disorder: 12-month follow-up. *Obesity (Silver Spring)*, 28(11), 2116–2124.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/oby>
- Grilo, C. M. (2023). Binge-eating disorder interventions: Review, current status, and implications. *Psychiatry Investigation*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10528223/>
- Hauck, C., Cook, B., y Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79, 103–112.
<https://doi.org/doi:10.1017/S0029665119001162>
- Hay, P., Palavras, M., d. L., dos Anjos Garnes, S., Sainsbury, A. T., Appolinario, J., y Claudino, A. (2022). Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy for people with an eating disorder characterized by binge eating and a high body mass index: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(355).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-022-04005-y>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación Sexta Edición*. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza-Torres, C. (2018). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>

- Jia, W., y Liu, F. (2021). Obesity: causes, consequences, treatments, and. *Journal of Molecular Cell Biology*, 13(7), 463–465.
<https://doi.org/doi:10.1093/jmcb/mjab056>
- Jebeile, H., Gow, M. L., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J., & Lister, N. B. (2019). Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(9), 1287–1298. <https://doi.org/10.1111/obr.12866>
- Jebeile, H., Lister, N. B., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J., & Gow, M. L. (2023). Eating disorder risk during behavioral weight management in adults with overweight or obesity: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 24(6), e13561. <https://doi.org/10.1111/obr.13561>
- Kristeller, J., Wolever, R., y Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282–297. <https://doi.org/doi:10.1007/s12671-012-0179-1>
- Lambert, V., y Lambert, C. (2012). Qualitative Descriptive Research: An Acceptable Design. *Pacific Rim Int J Nurs Res, Editorial*., 255-256.
<https://doi.org/https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/download/5805/5064>
- Lehto, R., Ålgars, M., Lommi, S., Leppänen , M., y Viljakainen, H. (2024). Determinants of binge eating and its impact on indicators of obesity among Finnish adolescents - a cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 12(210), 1-9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40337-024-01181-y>
- Lobo, I., da Luz, F., Hay, P., Gaeta, T., Costa Teixeira, P., Cordás, T., . . . Salis, Z. (2023). Is binge eating associated with poor weight loss outcomes in people with a high body weight? A systematic review with meta-analyses. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* , 28(89), 1-31.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40519-023-01613-9>
- Masheb, R. G. (2011). A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy. *Behav Res Ther*, 49(12), 821-829. <https://doi.org/doi:10.1016/j.brat.2011.09.006>

- Masheb, R., Buta, E., Snow, J., Munro, L., Lawless, M., Abel, E., . . . Ruser, C. (2025). Randomized controlled trial of weight management versus weight management with concurrent management with concurrent cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder in US veterans with high weight. *International Journal of Eating Disorders*, 58(9). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.24476>
- McMaster, C., Fong, M., Franklin, J., y Hart, S. (2021). Dietetic intervention for adult outpatients with an eating disorder: a systematic review and assessment of evidence quality. *Nutr Rev.* , 79(8), 914-930. . <https://doi.org/doi:10.1093/nutrit/nuaa105>
- Melisse, B., y Dingemans, A. (2025). Redefining diagnostic parameters: the role of overvaluation of shape and weight in binge-eating disorder: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 13(9), 195-201. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40337-025-01187-0>
- Miranda, R., Steward, T., Martínez, I., Mestre, G., Juaneda, A., Jiménez, S., . . . Fernandez, F. (2021). The neural correlates of delay discounting in obesity and binge eating disorder. *J Behav Addict.*, 10(3), 498–507. <https://doi.org/doi:10.1556/2006.2021.00023>.
- Mundstock, R., Silva, G., Titton, C., Kuskoski , D., y Busnello, F. (2023). Relationship between adherence to dietary treatment and binge-eating disorder in obese patients. *Nutr Hosp.* , 40(5), 984-992. <https://doi.org/doi:10.20960/nh.04386>
- National Alliance for Eating Disorders. (4 de May de 2024). *Eating Disorder Statistics: An Updated View for 2024*. Retrieved 14 de Marzo de 2025, from <https://www.allianceforeatingdisorders.com/eating-disorder-statistics-an-updated-view-for-2024/>
- National Alliance for Eating Disorders. (4 de May de 2024). *Eating Disorder Statistics: An Updated View for 2024*. General, Understanding Eating Disorders: <https://www.allianceforeatingdisorders.com/eating-disorder-statistics-an-updated-view-for-2024/>
- Nawaz, F., Kurdak, H., Dakanalis, A., Argyrides, M., y Kashyap, R. (2024). Editorial: Break the mental health stigma: eating disorders. *Front. Psychiatry* , 15(1416250), 1-3. <https://doi.org/doi:10.3389/fpsy.2024.1416250>

- Palavras, M., Hay, P., Mannan, H., da Luz, F., Sainsbury, A., Touyz, S., y Claudino, A. (2021). Integrated weight loss and cognitive behavioural therapy (CBT) for the treatment of recurrent binge eating and high body mass index: A randomized controlled trial. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 249–262.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40519-020-00846-2>
- Pruessner, L., Timm, C., Barnow, S., Rubel, J., Lalk, C., y Hartmann, S. (2024). Effectiveness of a web-based cognitive behavioral self-help intervention for binge-eating disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(5), e2411127. <https://doi.org/doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.11127>.
- Rizzo, A., Alfa, R., Piccolo, M., Giuffrida, A., Spina, G., Currò, V., y Caracciolo, M. (2024). Binge eating and personality traits: A gender-specific analysis. *Adv Med Psych Public Health*, 1(1), 6-11. [https://doi.org/Doi: 10.5281/zenodo.10597085](https://doi.org/Doi:10.5281/zenodo.10597085)
- Smith, K., y Goldschmidt, A. (2024). Treatment of Binge-Eating Disorder Across the Lifespan: An Updated Review of the Literature and Considerations for Future Research. *Current Obesity Reports*, 13, 195–202.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13679-024-00553-4>
- Stabouli, S., Erdine, S., Suurorg, L., Jankauskiene, A., y Lurbe, E. (2021). Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients*, 13(4321), 1-12. [https://doi.org/ https://doi.org/10.3390/nu13124321](https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu13124321)
- Tsompanaki, E., Koutoukidis, D. A., Wren, G., Tong, H., Theodoulou, A., Wang, D., Park, R. J., Jebb, S. A., & Aveyard, P. (2025). The impact of weight loss interventions on disordered eating symptoms in people with overweight and obesity: A systematic review & meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 80, 103049. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2024.103049>
- Valdez, M., Vázquez, R., y Mancilla, J. (2024). Intervención multidisciplinar en un varón con trastorno por atracón: Estudio de un caso. *REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS*, 14(2), 113-127. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2024.2.794>
- Valdez-Aguilar, M., Vazquez-Arevalo, R., López-Aguilar, X., Ruíz Martínez, A., Rosinska, M., y Mancilla-Díaz, J. (2023). Online multidisciplinary treatment of

binge eating disorder in people with high weight: a case series study. *J Eat Disord.* 2023 , 11((1):86.). <https://doi.org/doi:10.1186/s40337-023-00809-9>.

World Health Organization. (1 de March de 2024). *Obesity and overweight*. Retrieved 15 de Marzo de 2025, from Obesity and overweight

Yu, Z., Roberts, B., Snyder, J., Stuart, K., Wilburn, J., Pudwill, H., y Cortazzo , K. (2021). Overweight and obesity are associated with increased eating disorder correlates and general psychopathology in university women with eating disorders. *Eat Behav.*, 27(3), 330-340. . <https://doi.org/doi:10.1089/tmj.2020.0070>.

Zhou, J., Rifas-Shiman, S., Haines, J., Jones, K., y Oken, E. (2022). Adolescent overeating and binge eating behavior in relation to subsequent cardiometabolic risk outcomes: a prospective cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 10(140), 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40337-022-00660->