

Enfoques y estrategias de intervención para disminuir trastorno por atracón

Intervention approaches and strategies to reduce binge eating disorder

Adrian ACUÑA RAMÍREZ¹, Victor Alexander QUINTANA LÓPEZ¹, Karina de Jesús DÍAZ LÓPEZ²

¹ Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Autónoma de Baja California.

² Facultad de Medicina y Psicología Tijuana, Universidad Autónoma de Baja California.

Recibido: 22/abril/2026. Aceptado: 15/junio/2026.

RESUMEN

Introducción: El trastorno por atracón (TA) es uno de los trastornos de la conducta alimentaria más prevalentes y se asocia con deterioro psicológico y disminución de la calidad de vida.

Objetivo: Analizar las intervenciones psicológicas utilizadas en adultos con TA y sus principales efectos clínicos y psicológicos.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo lineamientos PRISMA. La búsqueda se efectuó en 2024 en PubMed y ScienceDirect utilizando términos relacionados con "binge eating disorder" e "intervenciones psicológicas". Se incluyeron estudios en adultos, en inglés o español y con texto completo disponible. De 403 artículos identificados, 13 fueron incluidos en la síntesis cualitativa.

Resultados: Las intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia cognitivo-conductual mejorada, autoayuda cognitivo-conductual guiada, terapia dialéctica conductual y psicoterapia interpersonal mostraron reducción significativa de los episodios de atracón y mejorías en síntomas psicológicos asociados. Las modalidades en línea también demostraron adecuada eficacia y adherencia terapéutica.

Discusión: La TCC y sus variantes continúan siendo las intervenciones con mayor respaldo científico; sin embargo, en

foques centrados en regulación emocional e intervenciones digitales muestran resultados prometedores.

Conclusiones: Las intervenciones psicológicas son efectivas para reducir conductas de atracón y mejorar variables psicológicas asociadas al TA. Se requieren estudios con mayor seguimiento y diversidad poblacional para fortalecer la evidencia clínica.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por atracón; intervenciones psicológicas; terapia cognitivo-conductual; conducta alimentaria; salud mental

ABSTRACT

Introduction: Binge eating disorder (BED) is one of the most prevalent eating disorders and is associated with psychological impairment and reduced quality of life.

Objective: To analyze psychological interventions used in adults with BED and their main clinical and psychological effects.

Materials and Methods: A systematic review following PRISMA guidelines was conducted. The search was performed in 2024 using PubMed and ScienceDirect databases. Studies in adults, published in English or Spanish and available in full text, were included. Of 403 identified articles, 13 studies were included in the qualitative synthesis.

Results: Interventions based on cognitive behavioral therapy (CBT), enhanced CBT, guided self-help CBT, dialectical behavior therapy, and interpersonal psychotherapy showed significant reductions in binge eating episodes and improvements in associated psychological symptoms. Online interventions also demonstrated adequate efficacy and adherence.

Correspondencia:

Karina de Jesús Díaz López
diaz.karina52@uabc.edu.mx

Discussion: CBT and its variants remain the most evidence-supported interventions; however, emotional regulation approaches and digital interventions show promising results.

Conclusions: Psychological interventions are effective in reducing binge eating behaviors and improving associated psychological variables in BED. Further studies with longer follow-up and broader populations are needed.

KEYWORDS

Binge eating disorder; psychological interventions; cognitive behavioral therapy; eating behavior; mental health

ABREVIATURAS

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

TA: Trastorno por Atracón.

IMC: Índice de Masa Corporal.

TDC: Terapia Dialéctica Conductual.

TCC-M: Terapia Cognitivo Conductual Mejorada.

TD: Terapia Dietética.

ROC: Regulación de Señales.

PPC: Pérdida de Peso Conductual.

ROC+: Regulación de Señales y Pérdida de Peso Conductual.

TPI: Psicoterapia Interpersonal.

ACCG: Autoayuda Cognitivo conductual Guiada.

AH: Atención convencional.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

EM: Entrevista Motivacional.

HAPIFED: Enfoque Saludable para el Manejo del Peso y la Alimentación en los Trastornos Alimentarios.

INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia nerviosa han sido históricamente los trastornos de la conducta alimentaria más estudiados; sin embargo, se estima que millones de casos de trastornos alimentarios corresponden a categorías distintas a estas entidades clínicas, destacando el trastorno por atracón (TA) como uno de los más prevalentes¹. El TA se asocia con alteraciones psicológicas, deterioro en la calidad de vida y diversas comorbilidades metabólicas y emocionales^{2,3}.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), el TA se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva acompañados de sensación de pérdida de control, sin conductas compensatorias inapropiadas asociadas⁴. Los episodios suelen presentarse durante estados emocionales negativos, como ansiedad o tris-

teza, y frecuentemente involucran alimentos con alta densidad energética^{2,4}. Asimismo, el TA se considera uno de los trastornos alimentarios con mayor prevalencia en adultos^{5,6}.

Diversos factores genéticos, conductuales y psicológicos participan en el desarrollo y mantenimiento del TA⁴. Entre ellos, las dietas restrictivas y la regulación emocional disfuncional han mostrado una relación importante con la aparición de episodios de atracón^{7,8}. El ciclo restricción-atracón y la utilización de la ingesta alimentaria como mecanismo de afrontamiento emocional representan algunos de los mecanismos más estudiados en este trastorno⁹.

En los últimos años, las intervenciones psicológicas han adquirido un papel central en el tratamiento del TA, particularmente la terapia cognitivo-conductual (TCC), considerada actualmente una de las estrategias con mayor respaldo científico^{10,11}. Otras intervenciones, como la terapia dialéctica conductual (TDC), la psicoterapia interpersonal (TPI) y las modalidades de autoayuda guiada, también han mostrado resultados favorables sobre la frecuencia de los atracones y la sintomatología psicológica asociada^{12,13}.

El objetivo de esta revisión fue analizar las intervenciones psicológicas utilizadas en adultos con trastorno por atracón y conductas asociadas, así como sus principales efectos sobre la frecuencia de los episodios de atracón, la calidad de vida y la sintomatología psicológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), enfocada en intervenciones psicológicas dirigidas al tratamiento del trastorno por atracón (TA) y conductas asociadas en población adulta. La búsqueda bibliográfica se realizó durante 2024 en las bases de datos PubMed Central (PubMed) y ScienceDirect.

La estrategia de búsqueda combinó palabras clave y operadores booleanos (AND, OR), utilizando términos como: ("binge eating disorder" OR "trastorno por atracón") AND ("psychological interventions" OR "cognitive behavioral therapy"). Se incluyeron artículos publicados entre 2000 y 2023.

Los criterios de inclusión fueron: estudios publicados en inglés o español, realizados en población adulta (≥ 18 años), con disponibilidad de texto completo y enfocados en intervenciones psicológicas relacionadas con TA o conductas de atracón. Asimismo, se incluyeron estudios sobre bulimia nerviosa cuando los episodios de atracón representaban un componente clínico central y las intervenciones abordaban mecanismos transdiagnósticos compartidos, como la pérdida de control alimentario y la regulación emocional. Se excluyeron investigaciones en población pediátrica, protocolos sin resultados clínicos, revisiones narrativas, cartas al editor y publi-

caciones no relacionadas directamente con el tratamiento de estas conductas.

La búsqueda inicial identificó 403 artículos (228 en PubMed y 175 en ScienceDirect). Tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 19 estudios potencialmente relevantes. Posteriormente, se excluyeron 10 artículos tras la evaluación a texto completo y se añadieron 4 estudios mediante revisión manual de referencias bibliográficas, obteniéndose finalmente 13 artículos para la síntesis cualitativa. El proceso de selección se presenta en la Figura 1.

De cada estudio se extrajo información sobre diseño metodológico, características de la muestra, tipo y duración de la intervención psicológica, variables evaluadas y principales resultados clínicos. Finalmente, los hallazgos fueron organizados y analizados de acuerdo con el tipo de intervención terapéutica y sus efectos sobre los episodios de atracón, la calidad de vida y la sintomatología psicológica asociada.

RESULTADOS

Características generales de los estudios

La búsqueda bibliográfica identificó un total de 403 artículos, de los cuales 228 correspondieron a PubMed y 175 a ScienceDirect. Tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 19 estudios potencialmente relevantes. Posteriormente, después de la evaluación a texto completo y la aplicación de los criterios de elegibilidad, se excluyeron 10 artículos. Adicionalmente, mediante revisión manual de referencias bibliográficas, se incorporaron 4 estudios complementarios, obteniéndose finalmente 13 artículos incluidos para la síntesis cualitativa. El proceso de selección se presenta en la Figura 1.

En esta revisión sistemática se incluyeron 13 estudios que evaluaron diversas intervenciones psicológicas dirigidas al tratamiento del trastorno por atracón (TA) y conductas asociadas. La mayoría correspondió a ensayos clínicos aleatorizados, mientras que algunos utilizaron diseños cua-

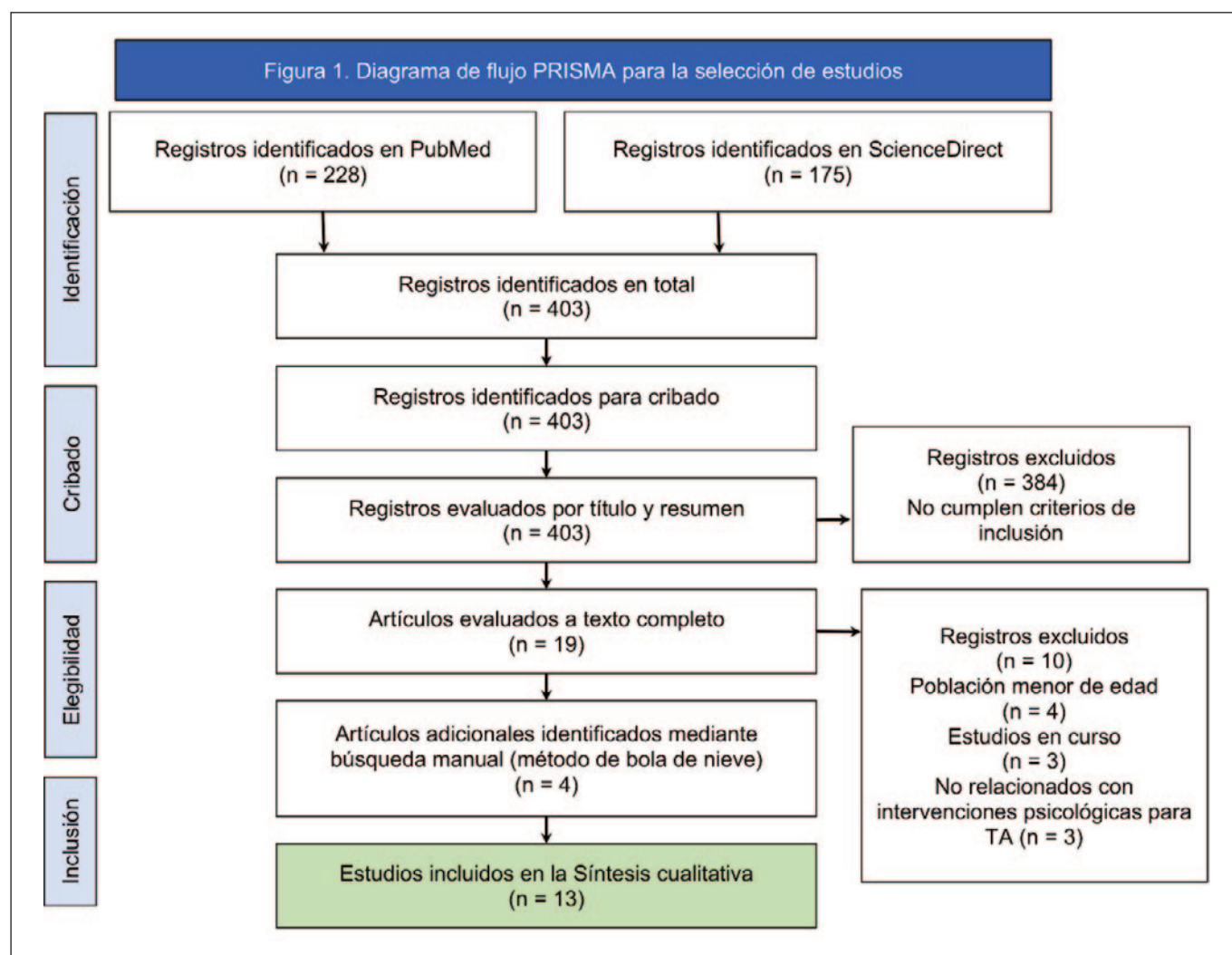


Figura 1. Búsqueda y selección de artículos

siexperimentales. En conjunto, los estudios incluyeron aproximadamente 1615 participantes adultos, con edades entre 18 y 70 años¹⁴⁻²⁶.

Las poblaciones analizadas estuvieron conformadas principalmente por pacientes con diagnóstico de TA, aunque algunos estudios incluyeron participantes con bulimia nerviosa cuando los episodios de atracón representaban un componente clínico central. Asimismo, gran parte de las investigaciones incluyó participantes con sobrepeso u obesidad, refle-

jando la frecuente coexistencia entre el TA y alteraciones metabólicas asociadas^{14,16}.

Los estudios fueron realizados principalmente en Estados Unidos y Países Bajos, aunque también se identificaron investigaciones desarrolladas en Brasil, Dinamarca, Noruega, Alemania, Suiza y Austria. La duración de las intervenciones osciló entre 8 y 60 semanas, permitiendo evaluar efectos a corto y mediano plazo. La Tabla 1 resume las principales características metodológicas y terapéuticas de los estudios incluidos.

Tabla 1. Características de los artículos revisados

Autor	Muestra (n)	Intervención	Resultados
Grammer et al., 2023. Ensayo clínico aleatorizado. 8 semanas.	Adultos con sobrepeso de 18 a 39 años con trastorno por atracón (n = 60).	Modalidad en línea. Grupo 1: TCC + pérdida de peso conductual (PPC) . Grupo 2: TCC .	Sin diferencias en el peso corporal. Ambas redujeron significativamente los episodios de atracón, conductas compensatorias y actitudes relacionadas con TCA (p < 0,05).
Veit et al., 2021. Ensayo controlado aleatorizado. 5 meses.	Adultos con trastorno por atracón (n = 35).	Grupo 1: TCC grupal centrada en impulsividad . Grupo 2: Sin tratamiento .	Pacientes con alta impulsividad mostraron disminuciones pronunciadas en el control inhibitorio prefrontal derecho ante estímulos hipercalóricos. Sugiere alteraciones neurocognitivas asociadas a impulsividad.
Lammers et al., 2020. Ensayo cuasi aleatorizado. 20 semanas.	Adultos con trastorno por atracón, sobrepeso y alimentación emocional (n = 74).	Grupo 1: Terapia Dialéctica Conductual adaptada (TDC) . Grupo 2: TCC .	TCC logró mayores reducciones de atracones al finalizar. En TDC, el 69.9% alcanzó un cambio clínicamente significativo. Ambas mostraron beneficios en síntomas alimentarios.
Hay et al., 2022. Ensayo controlado aleatorizado. 34 semanas.	Adultos con bulimia o trastorno por atracón e IMC ≥ 27 y <40 (n = 98).	Grupo 1: HAPIFED . Grupo 2: TCC Mejorada (TCC-M) .	Ambas redujeron significativamente el estrés (p < 0,001), la gravedad de los atracones (p < 0,001) y síntomas globales (p < 0,001). Mejoró la calidad de vida (p = 0,032).
Wyssen et al., 2021. Ensayo clínico aleatorizado. 6 meses.	Adultos ≥ 18 años con trastorno por atracón (n = 63).	Grupo 1: Autoayuda Cognitivo-Conductual Guiada (ACCG) en línea . Grupo 2: Sin tratamiento .	Reducción significativa de síntomas en las primeras cuatro sesiones (p = 0,007). Disminuciones lineales significativas en variables de resultado durante el tratamiento activo.
Melisse et al., 2023. Ensayo controlado aleatorizado simple ciego.	Adultos ≥ 18 años con trastorno por atracón (n = 180).	Grupo 1: ACCG inmediata . Grupo 2: ACCG retrasada 12 semanas.	Los atracones disminuyeron más rápidamente en el grupo de ACCG inmediata. Recuperación completa en el 40.0% frente al 7.0% del control.
Mathisen et al., 2020. Ensayo controlado aleatorizado. 16 semanas.	Mujeres de 18 a 40 años con bulimia o trastorno por atracón (n = 149).	Modalidad presencial. Grupo 1: Ejercicio físico y terapia dietética (TD-EF) . Grupo 2: TCC .	Ambos tratamientos redujeron atracones (p < 0,001) y mejoraron el deterioro clínico (p < 0,001). El grupo TD-EF logró reducción significativa de síntomas depresivos (p < 0,001).
Lammers et al., 2022. Estudio abierto cuasiexperimental.	Adultos ≥ 17 años con conductas de atracón (n = 175).	Grupo 1: TDC . Grupo 2: TCC .	Ambas disminuyeron los atracones y mejoraron psicopatología alimentaria y regulación emocional. Ninguna produjo reducciones significativas en el peso corporal.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TA: Trastorno por Atracón; TDC: Terapia Dialéctica Conductual; IMC: Índice de Masa Corporal; HAPIFED: Enfoque Saludable para el Manejo del Peso; TCC-M: Terapia Cognitivo Conductual Mejorada; ACCG: Autoayuda Cognitivo Conductual Guiada; TD-EF: Ejercicio Físico con Terapia Dietética; TPI: Psicoterapia Interpersonal; PPC: Pérdida de Peso Conductual; ROC: Regulación de Señales; AH: Atención Habitual.

Tabla 1 continuación. Características de los artículos revisados

Autor	Muestra (n)	Intervención	Resultados
Hilbert et al., 2015. Ensayo clínico aleatorizado. 24 semanas.	Adultos con trastorno por atracón e IMC 27.0 - <45.0 kg/m ² (n = 205).	Grupo 1: Psicoterapia Interpersonal (TPI) . Grupo 2: ACCG . Grupo 3: PPC .	Pacientes en TPI y ACCG mostraron mayores tasas de remisión de episodios de atracón en comparación con el grupo de PPC (p < 0,05).
Boutelle et al., 2023. Ensayo clínico aleatorizado de 4 brazos.	Adultos con IMC de 25 a 45 kg/m ² (n = 271).	Grupo 1: Regulación de señales (ROC). Grupo 2: PPC . Grupo 3: ROC+PPC . Grupo 4: Comparador activo .	Aumento significativo de restricción alimentaria y disminuciones significativas en síntomas y conductas de atracón durante el tratamiento (p < 0,01 y p < 0,03) en todas las intervenciones.
Grilo et al., 2014. Ensayo clínico aleatorizado. 4 meses.	Adultos obesos con trastorno por atracción (n = 48).	Grupo 1: ACCG . Grupo 2: Atención habitual (AH) .	Ambos grupos redujeron significativamente los atracones (p < 0,0001). Las tasas de remisión no mostraron diferencias significativas entre los tratamientos (p = 0,12).
Barakat et al., 2023. Ensayo clínico aleatorizado fase II. 36 semanas.	Adultos australianos ≥16 años con bulimia nerviosa (n = 114).	Grupo 1: ACCG . Grupo 2: ACCG con apoyo médico . Grupo 3: Sin tratamiento .	ACCG con apoyo médico disminuyó significativamente atracones (p = 0,004), malestar psicológico (p = 0,040) y mejoró la calidad de vida. El programa ACCG sin apoyo no difirió del control (p = 0,35).
Linnet et al., 2022. Estudio cuasiexperimental. 12 sesiones.	Adultos de 18 a 70 años con trastorno por atracción (n = 143).	Terapia Cognitivo-Conductual basada en internet (TCC-I) .	Escribir significativamente más palabras por mensaje aumentó la adherencia. La probabilidad de completar el tratamiento aumentó un 1.5% por palabra adicional (OR = 1,015).

TCC: Terapia Cognitivo Conductual; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TA: Trastorno por Atracón; TDC: Terapia Dialéctica Conductual; IMC: Índice de Masa Corporal; HAPIFED: Enfoque Saludable para el Manejo del Peso; TCC-M: Terapia Cognitivo Conductual Mejorada; ACCG: Autoayuda Cognitivo Conductual Guiada; TD-EF: Ejercicio Físico con Terapia Dietética; TPI: Psicoterapia Interpersonal; PPC: Pérdida de Peso Conductual; ROC: Regulación de Señales; AH: Atención Habitual.

Terapia cognitivo-conductual y TCC mejorada

La terapia cognitivo-conductual (TCC) y sus variantes representaron las intervenciones más utilizadas. De manera general, los estudios reportaron reducciones significativas en la frecuencia de los episodios de atracón, mejorías en la psicopatología alimentaria y disminución de síntomas emocionales asociados¹⁴⁻²⁶.

Grammer et al.¹⁴ observaron que tanto la TCC sola como la TCC combinada con pérdida de peso conductual disminuyeron significativamente los episodios de atracón y las conductas compensatorias, aunque sin diferencias relevantes en el peso corporal entre grupos. De forma similar, Mathisen et al.²⁰ reportaron mejorías significativas en síntomas alimentarios, satisfacción con la vida y reducción de atracones tanto en pacientes tratados con TCC como en aquellos que recibieron ejercicio físico y terapia dietética.

Asimismo, Hay et al.¹⁷ encontraron que tanto el programa HAPIFED como la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-M) produjeron reducciones significativas en la gravedad de los atracones, el estrés psicológico y los síntomas globales

de trastornos alimentarios, además de mejorar la calidad de vida relacionada con salud mental.

Autoayuda guiada e intervenciones en línea

Diversos estudios evaluaron modalidades de autoayuda guiada y programas terapéuticos basados en internet, mostrando resultados favorables sobre la reducción de episodios de atracón y síntomas psicológicos asociados. Estas intervenciones destacaron principalmente por su accesibilidad y potencial aplicabilidad clínica^{18,19,24-26}.

Wyssen et al.¹⁸ encontraron disminuciones significativas en síntomas relacionados con atracones durante las primeras sesiones de tratamiento en línea, observándose mejorías progresivas a lo largo del seguimiento. De manera similar, Melisse et al.¹⁹ reportaron que la autoayuda guiada basada en TCC permitió una reducción más rápida de los atracones en comparación con el grupo de tratamiento retrasado.

Por otra parte, Grilo et al.²⁴ observaron reducciones significativas en la frecuencia de atracones tanto en el grupo de autoayuda guiada como en el grupo de atención habitual,

aunque sin diferencias significativas entre ambas condiciones. Asimismo, Barakat et al.²⁵ identificaron mejorías en episodios de atracón, calidad de vida y malestar psicológico cuando la autoayuda guiada fue acompañada de apoyo médico estructurado.

Finalmente, Linnet et al.²⁶ analizaron factores relacionados con adherencia terapéutica en programas digitales basados en TCC, identificando que una mayor participación escrita de los pacientes se asoció con mayores probabilidades de completar el tratamiento.

Regulación emocional e impulsividad

Algunos estudios incorporaron intervenciones enfocadas en regulación emocional, impulsividad y control inhibitorio. Entre ellas destacaron la terapia dialéctica conductual (TDC) y programas dirigidos al control de impulsos^{15,16,21}.

Lammers et al.¹⁶ compararon la TDC adaptada al TA con la TCC, observando reducciones importantes en los episodios de atracón en ambos grupos, aunque la TCC mostró mayores reducciones al finalizar el tratamiento. Resultados similares fueron reportados posteriormente, sin observarse diferencias relevantes en peso corporal²¹.

Por su parte, Veit et al.¹⁵ evaluaron el control inhibitorio en pacientes con TA mediante una intervención centrada en impulsividad, identificando alteraciones en la actividad prefrontal relacionadas con estímulos alimentarios hipercalóricos, particularmente en participantes con mayores rasgos impulsivos.

Intervenciones orientadas al peso corporal

Algunos estudios analizaron estrategias combinadas dirigidas tanto a la reducción de atracones como al control del peso corporal. En general, los resultados sugieren que la disminución de los episodios de atracón no siempre se acompaña de reducciones significativas en el peso corporal^{14,17,22,23}.

Hilbert et al.²² compararon psicoterapia interpersonal, autoayuda guiada basada en TCC y pérdida de peso conductual, observando mayores tasas de remisión de atracones en pacientes con respuesta rápida a TPI y ACCG. Por otro lado, Boutelle et al.²³ evaluaron programas de regulación de señales y pérdida de peso conductual, encontrando reducciones significativas en síntomas alimentarios y conductas de restricción durante el tratamiento.

En conjunto, los estudios incluidos muestran que las intervenciones psicológicas dirigidas al TA producen mejorías significativas en la frecuencia de los episodios de atracón, la psicopatología alimentaria y diversas variables emocionales asociadas. Sin embargo, los efectos sobre peso corporal y variables metabólicas fueron menos consistentes entre las distintas modalidades terapéuticas.

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo analizar las intervenciones psicológicas utilizadas en adultos con trastorno por atracón (TA) y conductas de atracón asociadas, así como sus principales efectos sobre la frecuencia de los episodios, la calidad de vida y la sintomatología psicológica. Los hallazgos identificados evidencian que las intervenciones psicológicas, particularmente aquellas basadas en Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), continúan representando las estrategias terapéuticas con mayor respaldo científico para el tratamiento del TA¹⁹⁻²².

La evidencia analizada respalda de manera consistente el modelo de regulación afectiva como uno de los principales mecanismos implicados en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Diversos modelos teóricos sugieren que las personas con trastornos de la conducta alimentaria presentan dificultades significativas para regular adecuadamente sus emociones, recurriendo a la comida como una estrategia desadaptativa de afrontamiento o escape emocional¹³⁻¹⁶.

En este sentido, los episodios de atracón suelen funcionar como intentos momentáneos para disminuir estados emocionales aversivos, especialmente tristeza, angustia y frustración emocional¹⁵. Asimismo, se ha observado que las personas con TA tienden a presentar mayores niveles de rumiación, supresión emocional y dificultades para utilizar estrategias adaptativas como la reevaluación cognitiva¹⁶.

Estos hallazgos permiten comprender por qué las intervenciones psicológicas centradas en regulación emocional y reestructuración cognitiva muestran resultados clínicos favorables. La TCC, considerada actualmente el tratamiento de primera línea para el TA, busca intervenir directamente sobre pensamientos disfuncionales, conductas alimentarias desadaptativas y mecanismos emocionales asociados a la pérdida de control alimentario²⁰⁻²². De manera consistente, los estudios incluidos en esta revisión reportaron disminuciones significativas en la frecuencia de los episodios de atracón, mejorías en la psicopatología alimentaria y beneficios sobre variables emocionales y calidad de vida tras la aplicación de TCC y sus variantes terapéuticas²³⁻⁴¹.

Otro hallazgo relevante corresponde al creciente interés por las modalidades de autoayuda guiada e intervenciones online. Estas estrategias mostraron resultados clínicos favorables, particularmente en la reducción de episodios de atracón y en la mejoría del malestar psicológico asociado. Además, diversos estudios reportaron adecuada aceptabilidad terapéutica y adherencia por parte de los participantes^{27,28,32,35,39,40}.

Lo anterior resulta especialmente importante considerando que el TA continúa siendo un trastorno infradiagnosticado y subtratado, en parte debido a sentimientos de vergüenza y estigma asociados a los episodios de atracón^{17,18}. Las intervenciones digitales podrían representar una alternativa acce-

sible y de menor costo para ampliar la cobertura terapéutica, especialmente en poblaciones con acceso limitado a atención especializada.

Por otra parte, intervenciones centradas específicamente en regulación emocional e impulsividad, como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), también mostraron beneficios importantes sobre la reducción de episodios de atracón^{25,29}. Estos resultados refuerzan la importancia de intervenir no solamente sobre la conducta alimentaria observable, sino también sobre procesos emocionales y cognitivos subyacentes relacionados con la pérdida de control alimentario. Asimismo, estudios orientados al control inhibitorio sugieren la participación de alteraciones neurocognitivas y mecanismos impulsivos en el mantenimiento del trastorno, particularmente frente a estímulos alimentarios altamente palatables²⁴.

En relación con las intervenciones dirigidas simultáneamente al peso corporal y al trastorno alimentario, los resultados mostraron que la disminución de episodios de atracón no siempre se acompaña de cambios significativos en el peso corporal o variables metabólicas^{23,26,30,31}. Esto podría indicar que la mejoría psicológica y conductual puede ocurrir independientemente de la pérdida ponderal, aspecto clínicamente relevante considerando la frecuente coexistencia entre TA, sobrepeso y obesidad. Del mismo modo, estos hallazgos sugieren que las intervenciones centradas exclusivamente en la pérdida de peso podrían resultar insuficientes si no abordan simultáneamente los mecanismos emocionales y cognitivos asociados al trastorno.

A pesar de la relevancia de los hallazgos identificados, esta revisión presenta algunas limitaciones importantes. En primer lugar, se observó heterogeneidad metodológica entre los estudios incluidos, particularmente respecto al tamaño de muestra, duración de las intervenciones, modalidades terapéuticas y variables evaluadas. Asimismo, la mayoría de los estudios fueron realizados en poblaciones europeas y norteamericanas, lo que limita la extrapolación de los resultados a otros contextos socioculturales, especialmente poblaciones latinoamericanas. Adicionalmente, aunque la revisión se centró principalmente en trastorno por atracón, algunos estudios incluyeron conductas de atracón asociadas a bulimia nerviosa debido a la presencia de mecanismos transdiagnósticos compartidos, lo cual podría incrementar parcialmente la heterogeneidad clínica de los hallazgos.

Finalmente, los resultados de esta revisión respaldan el uso de intervenciones psicológicas centradas en regulación emocional y reestructuración cognitivo-conductual como estrategias terapéuticas eficaces para el tratamiento del trastorno por atracón. Sin embargo, aún se requieren investigaciones con mayor diversidad cultural, seguimientos longitudinales más amplios y comparaciones directas entre modalidades presenciales y digitales para fortalecer la evidencia disponible y mejorar la aplicabilidad clínica de estas intervenciones. Los ha-

llazgos de esta revisión refuerzan la necesidad de integrar estrategias psicológicas basadas en regulación emocional dentro del abordaje multidisciplinario del trastorno por atracón.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica actual respalda a las intervenciones psicológicas centradas en la regulación emocional y la reestructuración cognitivo-conductual, particularmente la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y sus variantes, como los principales abordajes terapéuticos para el trastorno por atracón y las conductas de atracón asociadas. En general, los estudios incluidos reportaron reducciones significativas en la frecuencia de los episodios de atracón, mejorías en la psicopatología alimentaria y beneficios sobre distintas variables emocionales y de calidad de vida.

No obstante, los hallazgos también evidencian que la reducción de los episodios de atracón no siempre se acompaña de mejorías significativas en variables metabólicas o en el peso corporal, lo que sugiere que el tratamiento del trastorno por atracón requiere un abordaje integral que contemple tanto los factores psicológicos como las comorbilidades físicas asociadas.

Asimismo, la ausencia de una superioridad clínica absoluta entre los distintos modelos terapéuticos indica la necesidad de avanzar hacia intervenciones más individualizadas e integrativas, capaces de considerar variables como la regulación emocional, la impulsividad, las conductas alimentarias desadaptativas, las comorbilidades metabólicas y la disposición al cambio de cada paciente.

Sin embargo, la evidencia disponible continúa presentando limitaciones importantes, entre ellas la heterogeneidad metodológica de los estudios, la variabilidad en la duración de las intervenciones y el predominio de investigaciones realizadas en poblaciones europeas y norteamericanas. Por ello, futuras investigaciones deberían priorizar el desarrollo de estudios con mayor diversidad cultural, seguimientos longitudinales más amplios y comparaciones entre modalidades presenciales y digitales, con el fin de fortalecer la aplicabilidad clínica y la precisión terapéutica de las intervenciones psicológicas dirigidas al trastorno por atracón.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Secretaría de Ciencias, Humanidades, Tecnologías e Innovación (SECIHTI) por el financiamiento otorgado a través de la Convocatoria Ciencia de Frontera 2023 (Proyecto: CF2023 G-727).

REFERENCIAS

1. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*

- Psychiatry. 2021;8(4):320-328. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
2. Singleton C, Kenny TE, Hallett D, Carter JC. Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related quality of life. *Front Psychol*. 2019;10:209. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00209>
3. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie*. 2021;35(2):57-67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
6. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
7. Zunker C, Peterson CB, Crosby RD, Cao L, Engel SG, Mitchell JE, et al. Ecological momentary assessment of bulimia nervosa: does dietary restriction predict binge eating? *Behav Res Ther*. 2011;49(10):714-717. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.006>
8. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion regulation in binge eating disorder: a review. *Nutrients*. 2017;9(11):1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
9. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull*. 1991;110(1):86-108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
10. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
11. Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol*. 2007;62(3):199-216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>
12. Grilo CM. Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 2017;78 Suppl 1:20-24. <https://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.04>
13. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(1):91-105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
14. Grammer AC, Monterubio GE, D'Adamo L, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE. Evaluation of a combined online intervention for binge-type eating disorders and high body weight in young adults. *Eat Behav*. 2023;50:101789. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101789>
15. Veit R, Schag K, Schopf E, Borutta M, Kreutzer J, Ehlig AC, et al. Decreased prefrontal cortex activation in binge-eating disorder patients linked to impulsivity and improved following an impulsivity-focused treatment: a randomized controlled trial. *Neuroimage Clin*. 2021;30:102679. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102679>
16. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy adapted for binge eating versus cognitive-behavioral therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *J Eat Disord*. 2020;8(1):27. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-z>
17. Hay P, Palavras MA, da Luz FQ, Dos Anjos Ganes S, Sainsbury A, Touyz S, et al. Physical and mental health outcomes of integrated weight management and cognitive-behavioral therapy for individuals with binge-eating disorder and high BMI: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):355. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04005-y>
18. Wyssen A, Meyer AH, Messerli-Bürgy N, et al. BED-online: acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: a randomized clinical trial with waiting list conditions. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(6):937-954. <https://doi.org/10.1002/erv.2856>
19. Melisse B, van den Berg E, Jonge M, et al. Efficacy of web-based guided self-help cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2023;25:e40472. <https://doi.org/10.2196/40472>
20. Mathisen TF, Rosenvinge JH, Friberg O, Bratland-Sanda S, Pettersen G, Vrabel K, et al. Is physical exercise and dietary therapy a viable alternative to cognitive-behavioral therapy in the treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *Int J Eat Disord*. 2020;53(4):574-585. <https://doi.org/10.1002/eat.23228>
21. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy versus cognitive-behavioral therapy in binge-eating disorder: an effectiveness study with 6-month follow-up. *Int J Eat Disord*. 2022;55(7):902-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23750>
22. Hilbert A, Hildebrandt T, Agras WS, Wilfley DE, Wilson GT. Rapid response in psychological treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(3):649-654. <https://doi.org/10.1037/ccp0000018>
23. Boutelle KN, Pasquale EK, Strong DR, Rhee KE, Bouton ME. Reduction of eating disorder symptoms among adults in different weight loss interventions. *Eat Behav*. 2023;51:101787. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101787>
24. Grilo CM, White MA, Gueorguieva R, Wilson GT, Masheb RM. Self-help for binge-eating disorder in primary care: a randomized controlled trial with obese patients of diverse racial and ethnic backgrounds. *Behav Res Ther*. 2013;51(12):855-861. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.002>
25. Barakat S, Burton AL, Cunich M, Maguire S, Touyz S. A randomized controlled trial of online cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa with clinician support versus self-help. *Psychiatry Res*. 2023;329:115534. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115534>
26. Linnet J, Jensen ES, Runge E, Fjorback L, Specht K. Internet-based text intervention for binge-eating disorder: words per mes-

- sage are associated with treatment adherence. *Internet Interv.* 2022;28:100538. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100538>
27. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007;40(4):337-348. <https://doi.org/10.1002/eat.20370>
28. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):432-446. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0277-8>
29. Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Van der Linden M, Golay A. Randomized controlled trial of a guided self-help internet treatment for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2011;49(8):482-491. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.004>
30. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(8):713-721. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.713>