

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN INICIACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales en
el trastorno por atracón

Alumna:

Yohanny Daniely Vásquez Carrasco

Tutor:

Jose Andrés Gómez del Barrio



DECLARACION DE NO PLAGIO

D./Dña. Yohanny Daniely Vásquez Carrasco con NIF 72927169B estudiante del Master Interuniversitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental, curso 2023 /2024 como autor/a de este documento académico titulado: Eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales en el trastorno por atracción: propuesta de intervención grupal y presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor/es es/son José Andrés Gómez del Barrio

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

En Santander, a 2 de Septiembre de 2024

Fdo.:

Esta DECLARACION DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página del Trabajo de Fin de Máster conducentes a la obtención del título.



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO ACADÉMICO 2023 - 2024

Datos personales			
Primer apellido Vásquez	Segundo apellido Carrasco	Nombre Yohanny Daniely	
DNI/ Pasaporte 72927169B	Calle/Avenida/Plaza y número (dirección donde desea recibir la resolución) Calle Carmen Bravo Villasante 4ª, 5C		
Población Santander	Provincia Cantabria	Código Postal 39011	País España
Fecha de nacimiento 25/06/2001	Lugar de nacimiento Santo Domingo	Población Santo Domingo	Provincia Santo Domingo
Nacionalidad Española	Dirección de correo electrónico johanny.vasquez13@gmail.com	Teléfono	Teléfono Móvil 611141586
Denominación del Máster			
Máster en Iniciación a la Investigación en Salud Mental			
Licenciado/Graduado por la Universidad			
Universidad de Cantabria			
Solicita la evaluación del Trabajo Fin de Máster			
Denominación del Trabajo Fin de Máster (en Castellano y en Inglés)			
Eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales en el trastorno por atracón: propuesta de intervención grupal // Efficacy of group versus individual interventions in binge eating disorder: group intervention proposal			
Director/es del Trabajo Fin de Máster (incluir nº DNI para Directores Externos a la UC)			
José Andrés Gómez del Barrio			
Centro/Departamento Responsable			
Unidad de trastornos de la conducta alimentaria HUMV			

En Santander, a 2 de Septiembre de 2024

Firma del Solicitante

Firma del Director del Trabajo

GOMEZ DEL BARRIO JOSE ANDRES - 13924434G
Firmado digitalmente por GOMEZ DEL BARRIO JOSE ANDRES - 13924434G
Fecha: 2024.09.03 20:15:33 +02'00'

Gracias a cada una de las personas que han hecho posible este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Tipo de estudio	26
3.2. Pregunta PICO	26
3.3. Estrategia de búsqueda	27
3.4. Selección de estudios.....	27
3.5. Resultados de la búsqueda	28
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSIÓN	38
6. CONCLUSIONES.....	43
7. REFERENCIAS.....	45

RESUMEN

Introducción: el trastorno por atracón es un desorden alimentario prevalente que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos acompañados de una sensación de pérdida de control. Las terapias grupales han emergido como una opción terapéutica viable, ofreciendo potenciales beneficios en términos de eficacia, accesibilidad y coste-efectividad. **Objetivos:** el objetivo es evaluar la eficacia de las terapias grupales en el tratamiento del trastorno por atracón, enfocándose en tres aspectos clave: la reducción de la frecuencia y gravedad de los episodios de atracón, el impacto en el bienestar psicológico de los pacientes, y la adherencia al tratamiento. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática en bases de datos electrónicas como PubMed, PsycINFO y Psycodoc, utilizando descriptores específicos relacionados con el trastorno por atracón y la terapia grupal. Se incluyeron estudios experimentales y cuasi-experimentales publicados en inglés y español. De un total de 1271 artículos identificados, 11 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y fueron analizados cualitativamente. **Resultados:** los estudios revisados indican que las terapias grupales, como la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal (TCCg) y la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada para el trastorno por atracón (DBT-BED), son efectivas para reducir la frecuencia y gravedad de los episodios de atracón. Además, estas terapias mejoran el bienestar psicológico de los pacientes, particularmente en términos de regulación emocional y reducción de síntomas de ansiedad y depresión. Las tasas de adherencia al tratamiento fueron generalmente altas, lo que sugiere que estas intervenciones son bien recibidas y sostenibles en entornos clínicos. **Conclusión:** las terapias grupales se presentan como una opción terapéutica eficaz y viable para el tratamiento del trastorno

por atracón, con beneficios comprobados en la reducción de episodios de atracón, mejora del bienestar psicológico y alta adherencia al tratamiento. Estos hallazgos apoyan su integración en la práctica clínica, especialmente en contextos con recursos limitados.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, trastorno por atracón, tratamiento psicológico, terapia grupal.

ABSTRACT

Introduction: Binge eating disorder is a prevalent eating disorder characterised by recurrent episodes of excessive food intake accompanied by a sense of loss of control. Group therapies have emerged as a viable therapeutic option, offering potential benefits in terms of efficacy, accessibility and cost-effectiveness. **Objectives:** The aim is to evaluate the efficacy of group therapies in the treatment of binge eating disorder, focusing on three key aspects: the reduction of the frequency and severity of binge eating episodes, the impact on patients' psychological well-being, and adherence to treatment.

Methodology: A systematic review was conducted in electronic databases such as PubMed, PsycINFO and Psycodoc, using specific descriptors related to binge eating disorder and group therapy. Experimental and quasi-experimental studies published in English and Spanish were included. From a total of 1271 articles identified, 11 studies met the inclusion criteria and were qualitatively analysed. **Results:** The reviewed studies indicate that group therapies, such as Group Cognitive Behavioural Therapy (gCBT) and Dialectical Behavioural Therapy adapted for binge eating disorder (DBT-BED), are effective in reducing the frequency and severity of binge eating episodes. In addition, these therapies improve patients' psychological well-being, particularly in terms of emotional regulation and reduction of anxiety and depressive symptoms. Adherence rates to treatment were generally high, suggesting that these interventions are well received and sustainable in clinical settings. **Conclusion:** Group therapies are presented as an effective and viable therapeutic option for the treatment of binge eating disorder, with proven benefits in reducing binge eating episodes, improving psychological well-being and high adherence to treatment. These findings support its integration into clinical practice, especially in resource-limited settings.

Keywords: Eating Disorder, Binge Eating Disorder, Psychological Treatment, Group Therapy.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por atracón es un trastorno alimentario que fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales⁶ (DSM) en 2013 y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en 2019⁷. La psicopatología principal que caracteriza al trastorno por atracón incluye episodios recurrentes de atracones, durante los cuales las personas consumen grandes cantidades de comida en un período de tiempo limitado (como dentro de un periodo de 2 horas), experimentando una pérdida de control sobre su comportamiento alimentario. Para cumplir con el diagnóstico según los criterios del DSM-5, estos episodios deben ocurrir al menos una vez a la semana durante un mínimo de tres meses y estar asociados con angustia relacionada con el atracón. Además, los episodios de atracón definidos por el DSM-5 deben estar asociados con al menos tres de las siguientes cinco características: comer mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer a pesar de no tener hambre física, comer a solas debido a la vergüenza por la cantidad ingerida y experimentar sentimientos negativos después de comer en exceso. Tanto el trastorno por atracón como el trastorno alimentario bulimia nerviosa se caracterizan por episodios regulares de atracones; sin embargo, el uso regular de uno o más comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso (como el vómito autoinducido o el ayuno) es parte de los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, mientras que en el trastorno por atracón no se utilizan regularmente métodos inapropiados de compensación. Además, los criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios anorexia nerviosa y bulimia nerviosa también incluyen alteraciones relacionadas con la imagen corporal (como la sobrevaloración del peso y la forma), lo cual no es un requisito para un diagnóstico de trastorno por atracón.

Al igual que otros trastornos mentales, la fisiopatología del trastorno por atracón es compleja y multifactorial, con variables biológicas, individuales y sociales que contribuyen a la desregulación alimentaria y otros comportamientos relacionados⁸. Las disfunciones en el espectro de la impulsividad podrían estar en el núcleo del trastorno por atracón⁹, incluyendo alteraciones relacionadas con el procesamiento de recompensas, el control inhibitorio y la regulación emocional.

Dicho trastorno representa un problema de salud significativo debido a su alta prevalencia en la población general y su frecuente asociación con la obesidad y la obesidad extrema¹⁰. De hecho, hasta un 30% de las personas con obesidad que buscan tratamiento conductual o quirúrgico para la pérdida de peso presentan trastorno por atracón concurrente¹¹. Esto subraya la importancia clínica del trastorno por atracón, especialmente considerando que el Índice de Masa Corporal (IMC) promedio continúa aumentando a nivel mundial¹³ y que la Organización Mundial de la Salud ha identificado la "epidemia" de obesidad como uno de los principales problemas de salud global¹⁴. Sin embargo, aunque un IMC elevado se asocia con el trastorno por atracón, la pérdida de peso como resultado del tratamiento para este trastorno es controvertida.

La epidemiología del trastorno por atracón aún está en desarrollo. Aunque el trastorno por atracón tiene una alta prevalencia y genera una carga significativa, no fue incluido en el Estudio Global de Carga de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (GBD) 2019¹⁵. El conocimiento actual sobre la epidemiología del trastorno por atracón proviene de estudios clínicos y comunitarios realizados en América del Norte, Australia y Europa, mientras que los datos de otras partes del mundo son preliminares.

La incidencia del trastorno por atracón varía entre 35 y 343 por cada 100,000 personas-año, pero estas estimaciones se basan únicamente en dos estudios realizados en mujeres jóvenes de entre 10 y 24 años^{10,16}. La Encuesta Mundial de Salud Mental proporcionó las primeras estimaciones poblacionales de la prevalencia y los correlatos del trastorno por atracón entre adultos en diferentes países, encontrando que las estimaciones de prevalencia variaban considerablemente entre regiones¹⁷. Un metanálisis de estudios realizados antes de 2018 estimó que la prevalencia anual del trastorno por atracón según el DSM-5 en adultos era del 1.3% (IC 95% 0.6–2.3%), con un 0.3% (IC 95% 0.1–0.6%) en hombres y un 1.5% (IC 95% 1.2–1.7%) en mujeres¹⁰. Sin embargo, estudios poblacionales metodológicamente rigurosos sobre el trastorno por atracón realizados después del metanálisis han llegado a estimaciones muy variadas, que oscilan entre el 0.2% y el 3.6% en mujeres y entre el 0.03% y el 1.2% en hombres¹⁸.

La prevalencia más alta de trastorno por atracón en el último año se ha encontrado en adolescentes, con un rango de 1.8–3.6% en niñas, 1.5% en jóvenes con diversidad de género y 0.2–1.2% en niños^{19,20}. Los síntomas de trastorno por atracón en adolescentes pueden ser transitorios. En apoyo a esto, un estudio longitudinal comunitario encontró que el 6.1% de las adolescentes cumplían con los criterios del DSM-5 para trastorno por atracón en al menos una evaluación, pero solo pocas mantenían el diagnóstico de trastorno por atracón con el tiempo²¹.

La mayoría de las investigaciones sobre el trastorno por atracón se han realizado en los Estados Unidos, donde el trastorno por atracón es prevalente en todos los grupos socioeconómicos (44). Problemas relacionados con el peso, burlas sobre el peso, insatisfacción corporal y dietas son factores de riesgo clave para el atracón (45). La

sobrevaloración del peso y la forma corporal está asociada con un mayor deterioro funcional relacionado con el trastorno por atracón(46). Además, las personas que han experimentado pobreza, violencia, eventos traumáticos, combates, inseguridad alimentaria o enfermedades mentales graves parecen tener un mayor riesgo de desarrollar trastorno por atracón(47). Varios informes, principalmente de EE. UU., sugieren que la prevalencia del trastorno por atracón podría ser mayor en las poblaciones negras y latinas(53,54) y entre minorías sexuales en comparación con la población general (56,57). Además, en EE. UU. y Australia, los inmigrantes recientes tienen un menor riesgo(59) y las personas indígenas tienen un riesgo igual o mayor de trastorno por atracón en comparación con la población general(69). El estigma y los estereotipos asociados con el género, la salud mental, el peso, la edad y diversas posiciones de desventaja, como la discapacidad y la falta de recursos, pueden disminuir la visibilidad del trastorno por atracón(61). Por esta razón, la prevención, detección y manejo del trastorno por atracón es una cuestión médica, pero también una cuestión de justicia social.

En los países occidentales, tanto los profesionales de la salud como el público en general a menudo no son conscientes de que el trastorno por atracón es un trastorno alimentario específico. Relacionado con esta brecha entre la investigación y la práctica, la difusión de información sobre la detección, prevención y manejo del trastorno por atracón y la práctica clínica asociada parece estar poco establecida en todo el mundo(121). Como se indicó anteriormente, el DSM-5 clasifica el trastorno por atracón como un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de ingestión de una cantidad inusualmente grande de comida en un período de tiempo breve, acompañados de una sensación de pérdida de control y de al menos tres de cinco características comunes⁶.

Estudios que han intentado cuantificar la cantidad ingerida durante un episodio de atracón reportan entre 3000 y 4500 kcal(123). El trastorno por atracón fue incluido en el sistema de diagnóstico CIE-11 en 2018. La clasificación del trastorno por atracón en el ICD-11 está en gran medida en consonancia con el DSM-5, excepto por el criterio temporal relacionado con la frecuencia de los atracones y el tamaño de los episodios, que son más liberales en el CIE⁷. Ha habido algunos cambios, especialmente en relación con el criterio temporal, durante el proceso de reconocimiento del trastorno por atracón como un diagnóstico oficial, lo que ha afectado las estimaciones de prevalencia y la transición entre diagnósticos de trastornos alimentarios(124). En el DSM-5, la frecuencia de los atracones se utiliza para determinar la gravedad del trastorno por atracón, clasificándola como leve (uno a tres episodios por semana), moderada (cuatro a siete episodios por semana), grave (ocho a trece episodios por semana) o extremadamente grave (catorce o más episodios por semana). La gravedad puede evaluarse como mayor si se consideran otros síntomas y el grado de deterioro funcional; por ejemplo, si un individuo tiene un deterioro significativo en su funcionamiento diario con tres episodios por semana, esto puede clasificarse como gravedad moderada en lugar de leve basada solo en la frecuencia de los atracones⁶. Los primeros estudios concluyen que este especificador de gravedad del DSM-5 es válido(125), mientras que otros proponen especificar la gravedad del trastorno por atracón según la sobrevaloración de la forma y el peso(126).

La remisión parcial del trastorno por atracón se considera alcanzada si, después de haber cumplido previamente con todos los criterios, la frecuencia de los atracones se reduce a menos de una vez por semana durante un período prolongado. El DSM-5 no especifica la duración de este período. Si ninguno de los criterios del DSM-5 para el trastorno por

atracción que anteriormente se cumplían ha sido satisfecho durante un período prolongado, la persona se considera en remisión completa según el DSM-5⁶. El CIE-11 no determina la gravedad ni la remisión parcial del trastorno por atracón⁷.

En cuanto al comportamiento de búsqueda de ayuda, los datos de EE. UU. sugieren que solo alrededor del 50% de las personas afectadas por trastorno por atracón buscan alguna vez ayuda para su trastorno alimentario, con tasas de búsqueda de ayuda más bajas en hombres y en grupos étnicos minoritarios²². Las barreras más comunes para buscar ayuda experimentadas por los pacientes son el estigma y la vergüenza²³. Las personas afectadas por trastorno por atracón a menudo buscan ayuda con el objetivo de perder peso y, en algunos casos, ni siquiera son conscientes de que tienen un trastorno alimentario, ya que la conciencia pública sobre el trastorno por atracón sigue siendo baja²⁴. Los niños y adolescentes a menudo no cumplen con todos los criterios para el trastorno por atracón, pero muestran "alimentación con pérdida de control", un concepto en el que la cantidad de comida ingerida se considera menos relevante, ya que los niños a menudo tienen acceso restringido a los alimentos o mayores dificultades para cuantificar la cantidad consumida²⁵.

Dado que los trastornos alimentarios, y el trastorno por atracón en particular, son trastornos comunes que a menudo no se reconocen ni se tratan adecuadamente, es esencial contar con herramientas de detección efectivas y estrategias de diagnóstico²⁶. Debido a la considerable superposición entre la obesidad y el trastorno por atracón, y a una mayor prevalencia del trastorno por atracón en poblaciones que buscan tratamiento para la pérdida de peso¹¹, la detección del trastorno por atracón es especialmente importante en estos grupos de riesgo.

La herramienta de detección más utilizada para trastornos alimentarios en la población general es el cuestionario SCOFF de 5 ítems (Sick, Control, One, Fat y Food)²⁷. Sin embargo, el trastorno por atracón no estaba definido cuando se desarrolló el SCOFF. Se han desarrollado otros instrumentos específicos de autoinforme y entrevistas con expertos que también incluyen el trastorno por atracón según el DSM-5. Las entrevistas clínicas estructuradas con expertos se consideran el estándar de oro para el diagnóstico del trastorno por atracón. Para pacientes con alto riesgo de trastorno por atracón, como aquellos con obesidad asignados a recibir cirugía para la pérdida de peso, se han publicado recomendaciones generales que sugieren combinar un instrumento de autoinforme establecido (como el EDE-Q) con una entrevista con expertos (EDE)²⁸.

La patogénesis del trastorno por atracón aún no se comprende completamente. Sin embargo, varios estudios han identificado mecanismos biológicos y neuronales asociados con la sintomatología del trastorno por atracón, sugiriendo que alteraciones en los procesos biológicos y circuitos neuronales están vinculadas a los episodios de atracones²⁹. Las vías que regulan la ingesta de alimentos podrían estar implicadas en la sobrealimentación en el trastorno por atracón. El hambre y la saciedad son regulados por el sistema gastrointestinal, endocrino y nervioso a través de la integración de señales hormonales, neuronales, metabólicas, conductuales y cognitivas³⁰. A nivel neuroendocrino, el hipotálamo es una estructura central para el control homeostático³¹. La grelina, secretada por el tracto gastrointestinal en condiciones de bajo nivel de nutrientes, aumenta la motivación para buscar alimentos, mientras que la leptina actúa en el sistema nervioso central mejorando las señales de saciedad³¹. Desde el estado de hambre hasta el de saciedad, una cascada de señales endocrinas, además de la grelina y la leptina, favorece la finalización de la comida mediante la liberación de hormonas

peptídicas como la colecistoquinina (CCK), el péptido similar al glucagón-1 (GLP-1) y el péptido YY (PYY)^{32,33}. Además, otros neurotransmisores como la dopamina, los opioides endógenos y los endocannabinoides modulan la ingesta de alimentos al regular los aspectos gratificantes de los alimentos, como aumentar la sensación orosensorial o la palatabilidad de los mismos.

Hasta la fecha, pocos estudios han evaluado las alteraciones neuroendocrinológicas en el trastorno por atracón u otras formas de sobrealimentación (como el picoteo). Sin embargo, en poblaciones con pérdida de control alimentario, una característica también presente en el trastorno por atracón, se han reportado disfunciones en el funcionamiento de las hormonas peptídicas, incluyendo niveles más bajos de grelina en ayunas, niveles más altos de leptina y concentraciones desreguladas de grelina después de las comidas³⁴. Se han descrito resultados mixtos en cuanto a las alteraciones postprandiales en CCK y péptido YY, con escasos estudios que informan sobre un aumento en la secreción tras la comida³⁵. Estas alteraciones podrían sugerir una resistencia a las señales de saciedad, lo que podría ser un factor de riesgo para desencadenar una ingesta descontrolada de alimentos en personas con atracones.

Revisiones sistemáticas han demostrado deterioros cognitivos en pacientes con trastorno por atracón cuando se evalúan mediante tareas neuropsicológicas³⁶. En términos de dominios cognitivos específicos afectados, los individuos con trastorno por atracón mostraron un rendimiento inferior en la toma de decisiones, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva, así como un sesgo atencional relacionado con la comida atenuado, en comparación con participantes sanos³⁶. Este bajo rendimiento también se ha observado en individuos con trastornos por consumo de sustancias, adicciones

conductuales o bulimia nerviosa, lo que sugiere un deterioro similar en la función ejecutiva prefrontal³⁷. El deterioro cognitivo en pacientes con trastorno por atracón se asoció con un IMC más alto³⁸, aunque también se informó una mayor impulsividad en personas con trastorno por atracón y peso normal³⁷. Además, el deterioro cognitivo se relacionó con una mayor gravedad del trastorno por atracón y una mayor psicopatología general (por ejemplo, síntomas de ansiedad y depresión)³⁸, así como con peores resultados terapéuticos³⁹. En términos generales, algunos de estos deterioros cognitivos parecen ser remediabiles⁴⁰. Sin embargo, algunos estudios han encontrado que la comorbilidad psicopatológica, en particular la sintomatología depresiva, tiene una mayor relevancia que la disfunción cognitiva en los resultados terapéuticos de individuos con trastorno por atracón⁴¹.

La toma de decisiones es un proceso cognitivo complejo que involucra componentes conscientes y habituales, y que finalmente resulta en la elección de un resultado sobre otras alternativas. Existen diferentes circunstancias de toma de decisiones, como aquellas que requieren elecciones bajo condiciones de ambigüedad. Los pacientes con trastorno por atracón toman decisiones más arriesgadas en tareas que implican la toma de decisiones bajo ambigüedad en comparación con personas con obesidad sin trastorno por atracón e individuos con peso normal⁴². Otra faceta de la toma de decisiones se refiere al descuento por demora, que comprende la capacidad de resistir una recompensa inmediata menor a favor de un incentivo mayor posterior. Investigaciones previas han encontrado que altas tasas de descuento por demora están asociadas con la sobrealimentación y su valor de recompensa, especialmente en el trastorno por atracón y la obesidad, pero también con rasgos de personalidad específicos, como la impulsividad, y otros trastornos psiquiátricos⁴³. La falta de

recompensa diferida se asoció con circuitos neuronales específicos relacionados con la activación del sistema límbico y la hipoactivación del control inhibitorio, mediada por la corteza prefrontal, específicamente la dmPFC⁴⁴. Elegir recompensas inmediatas sobre las diferidas, basándose en estados emocionales, es más común en individuos con trastorno por atracón que en controles sanos o en aquellos con trastornos caracterizados por altos niveles de restricción dietética, como la anorexia nerviosa⁴⁵. La hipoactivación en la ínsula anterior podría subyacer al aumento del descuento por demora en individuos con trastorno por atracón⁴⁴.

Los objetivos del tratamiento para el trastorno por atracón incluyen la reducción o cese de los episodios de atracones y la psicopatología asociada, mejoras en el estado de ánimo y otros síntomas psiquiátricos, mejora de los indicadores metabólicos (como la HbA1c) y mejora de la calidad de vida. Los objetivos de tratamiento relacionados con el peso, como la estabilización o reducción del mismo, son controvertidos en el contexto del trastorno por atracón.

Los tratamientos basados en la evidencia para el trastorno por atracón, recomendados por guías internacionales, incluyen terapias psicológicas (especialmente la terapia cognitivo-conductual) y farmacoterapia con antidepresivos de segunda generación, anticonvulsivos (topiramato y zonisamida), estimulantes del sistema nervioso central (lisdexanfetamina) y medicamentos contra la obesidad (orlistat)⁴⁶. Un metaanálisis de red evaluó la efectividad comparativa de los tratamientos para el trastorno por atracón, con un total de 28 comparaciones de tratamientos y solo una comparación farmacológica (antidepresivos de segunda generación frente a lisdexanfetamina)⁴⁷. Este metaanálisis encontró tres resultados contrastantes: tasas más altas de abstinencia en

personas tratadas con lisdexanfetamina en comparación con antidepresivos de segunda generación, menor frecuencia de atracones en aquellos tratados con TCC dirigida por un terapeuta en comparación con la pérdida de peso conductual, pero menor peso en aquellos tratados con pérdida de peso conductual. Se encontraron pocos otros beneficios en ensayos comparativos para cualquier tratamiento⁴⁷.

Las guías internacionales recomiendan la terapia psicológica basada en la evidencia como el tratamiento de primera línea para el trastorno por atracón, y para un subgrupo considerable, es suficiente para lograr la remisión del trastorno de atracones⁴⁶. Esta terapia generalmente se realiza en un entorno ambulatorio, pero también puede formar parte de programas hospitalarios parciales o completos con seguimiento ambulatorio⁴⁸. Tres terapias principales para el trastorno por atracón tienen evidencia de eficacia en ensayos controlados aleatorios: la terapia cognitivo-conductual (TCC)⁴⁹, la psicoterapia interpersonal (IPT)⁵⁰ y la terapia dialéctica conductual (TDC)⁵¹. Todas estas terapias están manualizadas y han sido probadas en formatos grupales e individuales. La TCC tiene la evidencia más amplia y adaptaciones a formas escalables, como la autoayuda guiada y pura, ambas con buenos resultados para el trastorno por atracón. La TDC también tiene una forma de autoayuda guiada.

Un metaanálisis de red de 81 estudios que incluyó a 7,515 participantes identificó 43 condiciones de terapia psicológica (de las cuales 36 eran TCC) y 14 enfoques estructurados de autoayuda (de los cuales 7 eran TCC guiada y 5 TCC pura) en los estudios incluidos⁵². La mayoría de los ensayos incluyeron un brazo de control en lista de espera, con participantes mayoritariamente mujeres (90% en los estudios) y edades promedio en los 40 años, con un IMC promedio superior a 35 kg/m². La duración media

del trastorno por atracón fue de 17.9 años y el número promedio de sesiones de terapia fue de 16.5 semanas. Este metaanálisis demostró tamaños de efecto moderados al final de la terapia para la reducción de los atracones (es decir, menos episodios de atracones), mejoría en la psicopatología de los trastornos alimentarios y mejoría del estado de ánimo en terapias completas y guiadas, y mejoras significativamente mayores en comparación con la lista de espera, pero sin mejoría en el IMC. Se reportaron hallazgos similares para las intervenciones de autoayuda. Las mejoras se mantuvieron generalmente en los seguimientos a 6 y 12 meses. De manera inusual, se encontró un pequeño pero significativo aumento en la tasa de pérdida de seguimiento en la condición de psicoterapia activa en comparación con los controles en lista de espera. Cabe destacar que las calificaciones de calidad fueron de bajas a muy bajas, principalmente debido a limitaciones en el diseño o ejecución del estudio (riesgo de sesgo), inconsistencia (como alta heterogeneidad), falta de evidencia directa e imprecisión (baja confianza).

La IPT ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del trastorno por atracón en ensayos controlados aleatorios en comparación con el tratamiento de pérdida de peso conductual, la autoayuda guiada⁵³ o la TCC⁵⁴. Un metaanálisis sobre la eficacia de la TDC en el trastorno por atracón resume que la TDC tiene mayor eficacia que el grupo de control para mejorar la desregulación emocional y la psicopatología de los trastornos alimentarios⁵⁵.

Se han reportado pocas comparaciones directas de terapias psicológicas para el trastorno por atracón⁵². En tres ensayos, la TCC redujo más los días de atracones en comparación con la terapia humanista (una terapia de apoyo activa que busca mejorar la autoestima), la IPT o la terapia focal psicodinámica, pero no se observaron otras

diferencias significativas⁵². En un ensayo controlado aleatorio, la TCC resultó en mayores mejoras en los atracones y otros síntomas de trastornos alimentarios en comparación con la TDC⁵⁶. Los resultados de la terapia psicológica no difirieron de los resultados con la terapia combinada psicológica y farmacológica, pero la tasa de abandono fue menor con la terapia psicológica sola⁵².

En general, aunque la mayoría de la evidencia para las terapias psicológicas en el trastorno por atracón es para la TCC, el riesgo de sesgo es alto en todos los ensayos de terapias psicológicas debido a la falta de cegamiento y el uso de grupos de control inactivos en lista de espera. Los tratamientos psicológicos para el trastorno por atracón pueden combinarse con tratamientos para condiciones comórbidas, como la depresión mayor. Además, el manejo de algunas comorbilidades puede integrarse en la terapia para el trastorno por atracón. En particular, la intolerancia al estado de ánimo y las habilidades de regulación emocional son una parte integral de la TCC mejorada (TCC-E)⁴⁹ y la TDC⁵¹. De manera similar, los déficits interpersonales son fundamentales en la IPT⁵¹ y, en menor grado, en la TDC(154) y la TCC-E⁴⁹.

En cuanto a los moderadores y predictores de los resultados del tratamiento en el trastorno por atracón, se requiere una síntesis específica de los estudios disponibles y los hallazgos han sido difíciles de replicar; sin embargo, las características asociadas con un mejor resultado incluyen una respuesta temprana a la terapia (reducción de los atracones en las primeras semanas), la ausencia de trastorno por consumo de sustancias, menor edad, menor IMC y buen funcionamiento interpersonal premórbido⁵². Además, los ensayos de TCC identificaron la baja preocupación por el peso como un predictor de remisión⁵⁷ y un historial de trauma como un predictor negativo del éxito del

tratamiento⁵⁸. En general, alrededor de la mitad de las personas con trastorno por atracón logran la abstinencia de los atracones, la cual se mantiene en un seguimiento de 12 meses; sin embargo, los resultados a largo plazo son menos claros⁵⁹.

En resumen, el trastorno por atracón es una condición alimentaria grave caracterizada por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de una sensación de pérdida de control y de malestar significativo¹. Este trastorno, que afecta a una parte considerable de la población, se asocia con diversas comorbilidades, incluyendo obesidad, depresión y trastornos de ansiedad², lo que subraya la urgencia de encontrar intervenciones terapéuticas efectivas.

Tradicionalmente, el tratamiento de este trastorno ha sido abordado mediante terapias individuales³, que permiten una atención personalizada y centrada en las necesidades específicas del paciente. Sin embargo, en los últimos años, las intervenciones grupales han ganado popularidad como una alternativa potencialmente más eficiente y accesible.

Las terapias grupales ofrecen un entorno en el que los pacientes pueden compartir experiencias, recibir apoyo de sus pares y beneficiarse de dinámicas grupales que pueden potenciar la efectividad del tratamiento. Además, estas intervenciones pueden ser más económicas y permitir la atención a un mayor número de personas, lo que es crucial en sistemas de salud con recursos limitados⁴. No obstante, aunque existen estudios que sugieren que las terapias grupales pueden ser efectivas para tratar el trastorno por atracón⁵, la evidencia aún es inconclusa y fragmentada, lo que dificulta la elaboración de directrices clínicas claras y basadas en la evidencia.

Por tanto, surge la necesidad de realizar una revisión sistemática que evalúe de manera rigurosa y comparativa la eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales

en el tratamiento del trastorno por atracón. Esta revisión permitirá no solo esclarecer la efectividad de ambos enfoques, sino también identificar posibles factores mediadores que puedan influir en la respuesta al tratamiento, lo que a su vez podría guiar la práctica clínica y mejorar los resultados terapéuticos para los pacientes que sufren esta condición.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Se ha planteado la siguiente hipótesis:

La terapia de grupo es igualmente o más efectiva que la terapia individual en la reducción de los episodios de atracón y en la mejora del bienestar psicológico en pacientes con trastorno por atracón.

El objetivo general del estudio es el siguiente:

Evaluar de manera sistemática la efectividad de la terapia de grupo en el tratamiento del trastorno por atracón, con el fin de determinar su impacto en la reducción de episodios de atracón y en la mejora del bienestar psicológico de los pacientes.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar la efectividad de la terapia de grupo en la disminución de la frecuencia y gravedad de los episodios de atracón en pacientes con trastorno por atracón.
2. Analizar el impacto de la terapia de grupo en la mejora del bienestar psicológico, incluyendo aspectos como la autoestima, la ansiedad y la depresión.
3. Describir la efectividad de la terapia de grupo en la adherencia al tratamiento.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de estudios sobre la efectividad de la terapia de grupo en el tratamiento del trastorno por atracón. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas y se han seguido los criterios de revisiones sistemáticas PRISMA⁶⁰.

3.2. Pregunta PICO

La pregunta de investigación se ha formulado a partir de los siguientes constructos que siguen el acrónimo PICO:

- P (población): pacientes diagnosticados con trastorno por atracón.
- I (intervención): terapia de grupo.
- C: terapia individual.
- O: remisión del trastorno, síntomas clínicos, adherencia al tratamiento, satisfacción con el tratamiento.

La pregunta de investigación se formular como sigue:

¿En pacientes diagnosticados con trastorno por atracón las terapias de grupo mejoran la sintomatología y aumentan la adherencia y la satisfacción con el tratamiento en comparación con la terapia individual?

3.3. Estrategia de búsqueda

La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos electrónicas:

- PubMed
- PsycINFO
- Psycodoc

Los descriptores utilizados fueron los siguientes: trastorno por atracón (Binge Eating Disorder) y terapia de grupo (Group Therapy).

Estos descriptores se combinaron mediante el operador booleano AND, dando lugar a la siguiente ecuación de búsqueda:

Binge Eating Disorder AND Group Therapy

La búsqueda se realizó en el período del mes de agosto de 2024.

3.4. Selección de estudios

Los criterios de inclusión fueron:

- a) población de pacientes con diagnóstico de trastorno por atracón;
- b) artículos experimentales o cuasi-experimentales que incluyen intervenciones de grupo;
- c) estudios que analicen resultados de efectividad clínica, adherencia al tratamiento y satisfacción con el tratamiento;

Los criterios de exclusión fueron:

- a) artículos no disponibles a texto completo;
- b) estudios en idiomas distintos al inglés o español.

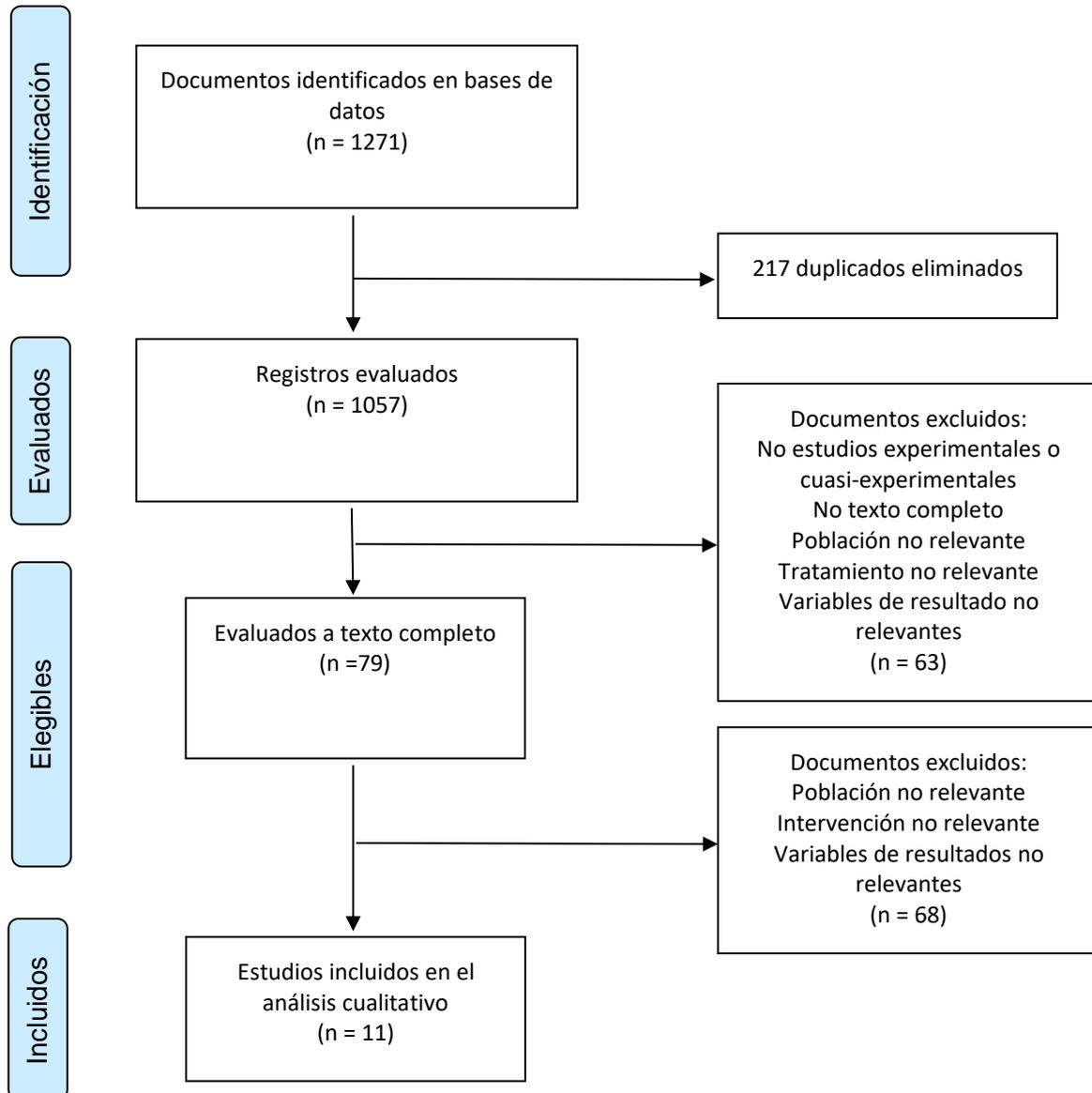
3.5. Resultados de la búsqueda

La búsqueda bibliográfica permitió identificar un total de 1271 documentos relevantes en las bases de datos seleccionadas. Tras la eliminación de 217 duplicados, quedaron 1057 registros para su evaluación inicial. Durante esta fase, se excluyeron 63 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos, tales como la falta de un diseño experimental o cuasi-experimental, la ausencia de texto completo, o una población y tratamiento no relevantes para el estudio. De los 1057 registros evaluados, 79 documentos fueron considerados elegibles para una evaluación a texto completo.

Al profundizar en estos 79 estudios, se identificaron 68 que no cumplían con los criterios específicos de inclusión por razones como la relevancia insuficiente de la población o la intervención, así como la falta de variables de resultado pertinentes. Finalmente, se incluyeron 11 estudios en el análisis cualitativo, los cuales proporcionaron información sobre la eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales en el tratamiento del trastorno por atracón.

En la Figura 1 se presenta el diagrama de flujo modelo PRISMA.

Figura 1. Diagrama de flujo modelo PRISMA



Fuente: elaboración propia

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales hallazgos de los estudios seleccionados (Tabla 1).

El estudio realizado por Lammers *et al.*⁶¹ tenía como objetivo evaluar la efectividad de la Terapia Dialéctico-Conductual para el Trastorno por Atracón (TCC-TA) en comparación con un programa intensivo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC+). La intervención incluyó a 42 participantes en el grupo TCC-TA y 133 en el grupo TCC+, ambos recibiendo tratamientos específicos para el trastorno. Los resultados mostraron que ambos tratamientos lograron mejoras significativas en la remisión de episodios de trastorno por atracón y en síntomas clínicos. TCC+ se destacó por lograr una reducción más rápida en la psicopatología del trastorno alimentario y en los síntomas depresivos, con diferencias significativas en estos aspectos al final del tratamiento y en el seguimiento. En términos de bienestar psicológico, TCC+ mostró un efecto medio significativo en la disminución de síntomas depresivos. La adherencia al tratamiento fue similar en ambos grupos, con tasas de abandono del 15% para TCC+ y 19% para TCC-TA, lo que sugiere que ambos enfoques son aceptables para los pacientes. En cuanto a la satisfacción, los participantes reportaron mejoras clínicas relevantes en ambos grupos, aunque TCC+ se destacó por la rapidez de los resultados. En conclusión, TCC-TA se considera una opción efectiva y viable en la práctica clínica para el tratamiento del trastorno por atracón.

Peterson *et al.*⁶² llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de diferentes formatos de tratamiento para el trastorno por atracón. Las intervenciones incluyeron terapia liderada por terapeuta, terapia asistida por terapeuta y autoayuda, comparadas con un grupo de lista de espera. Los resultados indicaron que los grupos de

terapia mostraron tasas de remisión más altas en episodios de atracones y una reducción significativa en síntomas clínicos, aunque no se observaron diferencias en bienestar psicológico, adherencia o satisfacción entre los grupos en el seguimiento. La terapia liderada por terapeuta tuvo la mayor tasa de abstinencia y menor tasa de abandono.

El estudio realizado por Pissetsky *et al.*⁶³ con el objetivo de determinar si las dinámicas grupales medidas al inicio del tratamiento predecían los resultados en adultos con trastorno por atracón tras un tratamiento de terapia cognitivo-conductual grupal (TCCg). La intervención consistió en un ensayo controlado aleatorio que comparó diferentes niveles de involucramiento del terapeuta en TCCg. Los resultados mostraron que una mayor participación y actitudes positivas hacia el grupo en las primeras sesiones se asociaron con una mejor remisión de episodios de atracón y una reducción de los síntomas clínicos a los 12 meses de seguimiento. Sin embargo, la adherencia y la satisfacción no mostraron diferencias significativas en relación con las dinámicas grupales, sugiriendo que otros componentes del tratamiento podrían ser más determinantes en el bienestar psicológico y la efectividad general del tratamiento.

Safer *et al.*⁶⁴ realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno por Atracón (TDC-TA) en comparación con una terapia de grupo activa (ACGT). La intervención incluyó sesiones de TDC-TA centradas en la regulación emocional y el tratamiento de los episodios de atracón, mientras que ACGT proporcionó un enfoque terapéutico general. Los resultados mostraron que el grupo TDC-TA alcanzó una tasa de abstinencia del 64% postratamiento, en comparación con el 36% del grupo ACGT. Aunque ambos grupos mostraron mejoras en los síntomas clínicos y el bienestar psicológico, las diferencias en la remisión de episodios de atracón y la

adherencia no fueron significativas a largo plazo. La satisfacción con el tratamiento fue alta en ambos grupos, pero no se observaron diferencias significativas en la adherencia entre ellos.

Con el objetivo de comparar la eficacia de la terapia dialéctica conductual adaptada para el trastorno por atracón (TDC-TA) con una terapia de comparación activa (ACGT) en adultos con trastorno por atracón, Safer y Joyce⁶⁵ llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado. La intervención consistió en sesiones grupales de TDC-TA para un grupo y sesiones de ACGT para el otro, con un total de 101 participantes (50 en TDC-TA y 51 en ACGT). Los resultados indicaron que los participantes en el grupo TDC-TA mostraron una mayor remisión de episodios de atracón y una reducción significativa en los síntomas clínicos en comparación con el grupo ACGT. Además, se observó un aumento en el bienestar psicológico y una mejor adherencia al tratamiento en el grupo TDC-TA. La satisfacción con el tratamiento también fue mayor entre los participantes de TDC-TA, lo que sugiere que esta intervención puede ser más efectiva para mejorar los resultados en personas con trastorno por atracón.

El objetivo del estudio realizado por Tantillo y Sanftner⁶⁶ en 2003 fue comparar la efectividad de la terapia relacional (RT) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) en mujeres con bulimia nerviosa y trastorno por atracón. La intervención consistió en un programa de 16 semanas, donde 10 participantes recibieron RT y 5 TCC. Los resultados indicaron que ambas terapias lograron una reducción significativa en los episodios de atracón y síntomas clínicos de depresión, mejorando el bienestar psicológico. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la adherencia y satisfacción entre los grupos.

En un estudio realizado por Eichen *et al.*⁶⁷ con el objetivo de evaluar la viabilidad y la aceptación de la terapia cognitivo-conductual mejorada con entrenamiento en función ejecutiva (EF-TCC) en comparación con la terapia cognitivo-conductual estándar (TCC-E) para adultos con trastorno por atracón, la intervención consistió en 16 sesiones de TCC o EF-TCC, donde la EF-TCC incorporó ejercicios de entrenamiento en función ejecutiva adaptados a los temas de TCC. Los resultados mostraron que ambos grupos lograron una reducción significativa en los episodios de pérdida de control (LOC) y síntomas clínicos como la depresión, con una adherencia alta y satisfacción reportada por los participantes. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en términos de remisión de episodios de trastorno por atracón, síntomas de ansiedad o cambios en el peso.

Mannan *et al.*⁶⁸ evaluaron la eficacia de HAPIFED, una intervención psicológica grupal, en comparación con la terapia cognitivo-conductual mejorada (TCC-E), en personas con episodios recurrentes de atracones y sobrepeso u obesidad. Ambas intervenciones consistieron en 30 sesiones, con HAPIFED enfatizando el asesoramiento nutricional y la regulación emocional. Los resultados indicaron que HAPIFED no fue superior a TCC-E en términos de remisión de episodios de trastorno por atracón y reducción de síntomas clínicos. Sin embargo, ambas intervenciones mostraron mejoras en el bienestar psicológico y la calidad de vida. La adherencia y satisfacción con el tratamiento variaron, sugiriendo la necesidad de explorar factores que influyen en la adherencia a tratamientos psicológicos.

El objetivo del estudio realizado por Hilbert *et al.*⁶⁹ fue examinar los efectos a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (IPT) en pacientes con

trastorno por atracón. La intervención consistió en 20 sesiones grupales de 90 minutos y tres sesiones individuales para cada tratamiento, con 45 participantes en cada grupo. Los resultados mostraron que la remisión de episodios de trastorno por atracón fue del 52.0% en el grupo TCC y del 76.7% en el grupo IPT. Además, ambos tratamientos mostraron mejoras significativas en los síntomas clínicos y el bienestar psicológico, con una alta tasa de adherencia y satisfacción entre los participantes.

Devlin *et al.*⁷⁰ evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y la fluoxetina en el tratamiento del trastorno por atracón. La intervención incluyó cuatro grupos: TCC individual con fluoxetina, TCC individual con placebo, solo fluoxetina y solo placebo. Los resultados mostraron que los participantes en el grupo de TCC y fluoxetina lograron una remisión significativa de los episodios de atracón, así como mejoras en los síntomas clínicos y el bienestar psicológico. La adherencia al tratamiento fue adecuada, y los participantes reportaron satisfacción con las intervenciones recibidas.

Por último, el estudio realizado por Alfonsson *et al.*⁷¹, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la activación conductual (AC) en pacientes con trastorno por atracón y obesidad, aplicó una intervención que consistió en un programa de AC de 10 semanas, comparado con un grupo de control. Los resultados indicaron que, aunque el AC no tuvo un efecto significativo en la remisión de episodios de atracón, sí se observó una mejora en la preocupación por el peso y una reducción en los síntomas depresivos. La adherencia y satisfacción con el tratamiento fueron adecuadas, aunque se sugirió que la duración del tratamiento podría ser insuficiente para abordar completamente los síntomas del trastorno por atracón.

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	Intervención	Resultados
Lammers et al. (2022)	Evaluar la efectividad de la Terapia Dialéctico Conductual en comparación con la Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno por Atracón en un entorno clínico real.	Cuasi-experimental controlado	175 participantes con trastorno por atracón: 42 en el grupo TDC-TA y 133 en el grupo TCC+.	1. TDC-TA: 42 participantes; 2. TCC+: 133 participantes. Ambos grupos recibieron tratamientos específicos para el Trastorno por Atracón, pero con enfoques diferentes, siendo TDC-TA basado en la Terapia Dialéctico-Conductual y TCC+ en la Terapia Cognitivo-Conductual.	Aunque TCC+ mostró mejoras más rápidas en la psicopatología y síntomas depresivos, TDC-TA también logró reducciones significativas. Ambos tratamientos presentaron tasas de abandono similares, sugiriendo que TDC-TA es una opción viable en la práctica clínica para el Trastorno por Atracón
Peterson et al. (2009)	Investigar la eficacia de diferentes enfoques de tratamiento para el trastorno por atracón, comparando la terapia grupal asistida por terapeuta, la terapia grupal y el autoayuda.	ECA	259 adultos, de los cuales 227 eran mujeres (87.6%) y 32 eran hombres (12.4%), todos diagnosticados con trastorno por atracón	Los participantes fueron asignados a cuatro grupos: 69 en el grupo de lista de espera, 67 en el grupo de autoayuda, 63 en el grupo de terapia asistida por terapeuta y 60 en el grupo de terapia liderada por terapeuta.	Los participantes en los grupos de terapia, tanto asistida como liderada por terapeuta, experimentaron una reducción significativa en los días de atracones en comparación con el grupo de lista de espera, evidenciando la eficacia de las intervenciones en el tratamiento del trastorno por atracón.
Pisetsky et al. (2015)	Investigar si las percepciones de la dinámica grupal al inicio del tratamiento predicen los resultados en adultos con trastorno por atracón que participan en terapia cognitivo-conductual grupal.	ECA	190 adultos diagnosticados con trastorno por atracón	Los participantes se asignaron a tres grupos: terapia grupal liderada por un terapeuta (TL), terapia grupal asistida por un terapeuta (TA) y autoayuda grupal (SH), con un total de 190 participantes en tratamiento activo.	La percepción de la dinámica grupal y la actitud hacia el grupo en las primeras sesiones de terapia estaban asociadas con mejores resultados en el tratamiento del trastorno por atracón, sugiriendo que la dinámica grupal puede ser menos influyente que otros componentes del tratamiento.
Safer et al. (2010)	Evaluar los efectos específicos de la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno por Atracón (DBT-BED) en comparación	ECA	101 adultos (50 en el grupo TDC-TA y 51 en el grupo ACGT), compuestos por 86% mujeres y 14%	Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: 50 recibieron Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno por Atracón (TDC-TA)	El grupo TDC-TA tuvo una tasa de abstinencia postratamiento del 64%, significativamente mayor que el 36% del grupo ACGT. Sin embargo, las diferencias en la eficacia no se mantuvieron a los 3, 6

Eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales en el trastorno por atracón

	con una terapia de grupo activa, controlando factores terapéuticos comunes.		hombres, que cumplían con los criterios del DSM-IV para el Trastorno por Atracón	y 51 participaron en la Terapia de Grupo Activa (ACGT).	y 12 meses de seguimiento, sugiriendo un impacto a corto plazo.
Safer y Joyce (2011)	Investigar la relación entre la respuesta rápida al tratamiento y la abstinencia del atracón en pacientes con trastorno por atracón, comparando la eficacia de la terapia dialéctica conductual y otra terapia activa.	ECA	101 adultos (50 en el grupo TDC-TA y 51 en el grupo ACGT), compuestos por 86% mujeres y 14% hombres, que cumplían con los criterios del DSM-IV para el Trastorno por Atracón	Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: 50 recibieron terapia dialéctica conductual adaptada para el trastorno por atracón (TDC-TA) y 51 participaron en la terapia de comparación activa (ACGT).	Los resultados mostraron una tendencia hacia una mayor expectativa de éxito en el grupo de TDC-TA en comparación con ACGT, aunque no significativa. Sin embargo, los respondedores rápidos mostraron expectativas significativamente más altas que los no respondedores, sugiriendo diferencias en la percepción del tratamiento entre estos grupos.
Tantillo y Sanftner (2003)	Investigar la efectividad de la terapia relacional en comparación con la terapia cognitivo-conductual en la reducción de síntomas bulímicos y depresivos en mujeres con trastornos alimentarios.	ECA	15 mujeres de entre 20 y 54 años, diagnosticadas con bulimia nerviosa (11 participantes) o trastorno por atracón (4 participantes).	Las intervenciones consistieron en terapia relacional (RT) y terapia cognitivo-conductual (TCC). De las 15 participantes, 10 fueron asignadas al grupo de RT y 5 al grupo de TCC.	Ambas terapias, RT y TCC, condujeron a disminuciones significativas en los síntomas de trastornos alimentarios y depresión entre las participantes, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la efectividad de las intervenciones.
Eichen et al. (2023)	Investigar la efectividad de una terapia cognitivo-conductual mejorada con entrenamiento en función ejecutiva para tratar el trastorno por atracón en individuos con sobrepeso u obesidad.	ECA	32 adultos con trastorno por atracón, sobrepeso u obesidad, y comorbilidad de ansiedad o depresión	Los participantes se dividieron en dos grupos: 16 en el grupo de terapia cognitivo-conductual (TCC) y 16 en el grupo de terapia cognitivo-conductual mejorada con entrenamiento en función ejecutiva (EF-TCC).	Ambos grupos mostraron una disminución significativa en la impacción clínica y la depresión desde la línea base hasta el post-tratamiento y el seguimiento de dos meses, sin diferencias significativas entre ellos. No se observaron cambios significativos en el peso ni en la ansiedad durante el estudio.
Mannan et al. (2021)	Investigar los factores predictivos de la adherencia a un tratamiento psicológico grupal en individuos con	ECA	100 individuos con episodios recurrentes de atracones relacionados con el	Se formaron diez grupos de diez participantes cada uno, donde cinco grupos recibieron la intervención experimental	Ambas intervenciones, HAPIFED y TCC-E, fueron efectivas en la reducción del peso y la mejora de los síntomas de trastornos alimentarios, así como en la calidad de

Eficacia de las intervenciones grupales frente a las individuales en el trastorno por atracón

	episodios recurrentes de atracones relacionados con el sobrepeso u obesidad.		sobrepeso u obesidad, distribuidos en diez grupos de diez personas cada uno	HAPIFED y los otros cinco grupos recibieron la terapia de control TCC-E.	vida relacionada con la salud, aunque se observaron diferencias en la adherencia y los efectos específicos de cada tratamiento.
Hilbert et al. (2012)	Investigar la eficacia a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual e interpersonal en el tratamiento del trastorno por atracón.	ECA	90 participantes diagnosticados con trastorno por atracón	Los participantes fueron asignados a dos grupos: 45 recibieron terapia cognitivo-conductual (TCC) y 45 terapia interpersonal (IPT), con un total de 90 participantes.	Ambos tratamientos, TCC e IPT, lograron una eficacia a largo plazo significativa en el tratamiento del trastorno por atracón, con tasas de recuperación del 52.0% para TCC y 76.7% para IPT, destacando la persistencia de mejoras en los síntomas a lo largo del tiempo.
Devlin et al. (2005)	Investigar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual y la fluoxetina como tratamientos adicionales en pacientes con trastorno por atracón durante un programa de control de peso.	ECA	116 individuos diagnosticados con trastorno por atracón, de los cuales 90 eran mujeres y 26 hombres, con una edad promedio de 43 años.	Los participantes fueron asignados a cuatro grupos: terapia cognitivo-conductual individual con fluoxetina (28), terapia cognitivo-conductual individual con placebo (25), solo fluoxetina (32) y solo placebo (31).	Los participantes que recibieron terapia cognitivo-conductual individual y fluoxetina experimentaron una reducción significativa en la frecuencia de los episodios de atracón en comparación con aquellos que recibieron placebo, destacando la efectividad de estas intervenciones en el tratamiento del trastorno por atracón.
Alfonsson et al. (2015)	Investigar la efectividad de la activación conductual en la reducción de síntomas de trastorno por atracón y mejorar el estado de ánimo en pacientes con obesidad severa.	ECA	100 pacientes con obesidad severa que cumplían con los criterios del DSM-5 para el trastorno por atracón	Los participantes se asignaron aleatoriamente a dos grupos: 50 en el grupo de activación conductual (AC) y 50 en el grupo de control, que no recibió intervención.	No hubo diferencias significativas en la reducción de días de atracones entre los grupos. Sin embargo, el grupo de activación conductual mostró una mejora significativa en la preocupación por el peso en comparación con el grupo de control.

5. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como propósito analizar la eficacia de las intervenciones terapéuticas grupales en el tratamiento del trastorno por atracón. Mediante una revisión sistemática de la literatura científica existente, se ha procurado analizar y sintetizar la evidencia disponible para determinar qué modalidad de intervención ofrece mejores resultados en términos de reducción de los episodios de atracón, mejora del bienestar psicológico y promoción de cambios sostenibles en el comportamiento alimentario.

La eficacia de estas terapias grupales sigue siendo un tema de debate en la literatura científica, debido a la variabilidad en los enfoques terapéuticos, la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y las diferencias en los criterios de evaluación de resultados.

En este estudio, se han evaluado diferentes tipos de terapias grupales, incluyendo la Terapia Cognitivo-Conductual grupal (TCCg)⁶³, la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada para el trastorno por atracón (TDC-TA)^{64,65} y la Terapia Relacional grupal (RT)⁶⁶.

Cada una de estas intervenciones ofrece un enfoque distinto para abordar los síntomas del trastorno por atracón. La TCCg, ampliamente utilizada, se centra en modificar los patrones de pensamiento y comportamiento desadaptativos relacionados con la alimentación. La TDC-TA, por su parte, integra estrategias de regulación emocional, lo que la hace especialmente relevante para pacientes con comorbilidades emocionales⁷².

La RT, aunque menos común, pone énfasis en las relaciones interpersonales y en cómo estas influyen en los comportamientos alimentarios⁷³.

Sin embargo, la comparación directa entre estos tipos de terapias presenta algunos problemas. Por ejemplo, la heterogeneidad en la implementación de las terapias, la

variabilidad en las habilidades de los terapeutas y las diferencias en la composición de los grupos pueden afectar los resultados. Además, la adherencia al tratamiento y la satisfacción de los pacientes son factores críticos que pueden influir en la eficacia de las terapias grupales, pero estos aspectos no siempre se evalúan de manera consistente en los estudios.

En general, se puede afirmar que las terapias grupales han demostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno por atracón según los resultados obtenidos en la revisión sistemática. Los estudios incluidos muestran que diferentes tipos de terapias grupales, como la TCCg⁶³ y la TDC-TA^{64,65}, han logrado reducciones significativas en la frecuencia de los episodios de atracón, así como mejoras en el bienestar psicológico de los pacientes. Además, estas terapias han mostrado tasas aceptables de adherencia y satisfacción entre los participantes, lo que sugiere que son intervenciones bien recibidas y potencialmente sostenibles en entornos clínicos. Aunque los resultados varían entre estudios, la evidencia en su conjunto apoya la eficacia de las terapias grupales como una opción viable para el tratamiento del trastorno por atracón.

En relación con el impacto de la terapia grupal en el bienestar psicológico de los pacientes, los hallazgos indican que las terapias grupales, especialmente la TCC-TA, pueden tener un efecto positivo significativo en la regulación emocional de los pacientes, mejorando aspectos clave como la ansiedad, la depresión y la autoestima. La integración de estrategias de regulación emocional dentro del marco de la TCC-TA parece ser particularmente útil para aquellos pacientes que presentan comorbilidades emocionales, lo cual se alinea con estudios que han señalado la importancia de abordar la regulación emocional en el tratamiento de trastornos alimentarios. Sin embargo, no

todos los estudios incluidos en la revisión muestran un impacto homogéneo en el bienestar psicológico, lo que sugiere que otros factores, como la experiencia del terapeuta o la cohesión del grupo, pueden jugar un papel crucial en los resultados. La investigación sugiere que la calidad de la interacción terapéutica y la percepción de apoyo dentro del grupo son determinantes clave en la efectividad de la terapia grupal para mejorar el bienestar psicológico.

En cuanto a la evaluación de la adherencia de los pacientes al tratamiento grupal, los resultados indican que, en general, la terapia grupal es bien aceptada por los pacientes, con tasas de adherencia comparables a las observadas en terapias individuales. Sin embargo, la satisfacción del paciente con el tratamiento y su percepción de la utilidad de la terapia son factores que influyen significativamente en la adherencia. Algunos estudios han reportado que los pacientes se sienten más comprometidos y motivados cuando perciben que el grupo les ofrece un apoyo significativo y cuando se sienten identificados con los otros miembros del grupo. En contraste, en grupos donde la cohesión es baja o donde los pacientes no sienten una conexión fuerte con el terapeuta, las tasas de abandono pueden ser más altas. Estos hallazgos destacan la importancia de la dinámica grupal y la calidad de la interacción dentro del grupo para fomentar la adherencia al tratamiento. Además, la variabilidad en la adherencia sugiere que la terapia grupal puede no ser igualmente efectiva para todos los pacientes, lo que subraya la necesidad de una evaluación cuidadosa al seleccionar candidatos para este tipo de intervención.

No obstante, hay que tener en cuenta las limitaciones de este estudio. En primer lugar, se encuentra la heterogeneidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática. Las variaciones en los diseños de estudio, las metodologías utilizadas y las características

de las muestras dificultan la comparación directa entre los diferentes enfoques terapéuticos. Además, la falta de uniformidad en la implementación de las terapias grupales y en la calidad de la interacción terapéutica puede haber influido en los resultados, lo que plantea dudas sobre la generalización de los hallazgos. Otra limitación importante es la posible presencia de sesgo de publicación, ya que los estudios con resultados positivos tienden a ser más publicados que aquellos con resultados negativos o nulos. Asimismo, la mayoría de los estudios incluidos se centraron en poblaciones específicas, como mujeres de mediana edad, lo que limita la aplicabilidad de los resultados a otras poblaciones, como hombres o adolescentes. Por último, la variabilidad en los criterios de evaluación y en la duración del seguimiento entre los estudios dificulta la evaluación del impacto a largo plazo de las terapias grupales en el tratamiento del trastorno por atracón, lo que sugiere la necesidad de investigaciones futuras con metodologías más estandarizadas y poblaciones más diversas.

También hay que tener presentes las fortalezas del estudio. En primer lugar, la revisión sistemática proporciona un análisis exhaustivo de la literatura disponible, lo que permite una evaluación integral de la eficacia de las terapias grupales en el tratamiento del trastorno por atracón. Al incluir estudios de diferentes enfoques terapéuticos, como la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal (TCCg) y la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada para el trastorno por atracón (TDC-TA), el estudio ofrece una visión amplia de las opciones terapéuticas disponibles y sus impactos en distintos contextos clínicos. Además, la revisión sigue las directrices PRISMA, lo que garantiza una metodología rigurosa y transparente en la selección y evaluación de los estudios incluidos. Otra fortaleza es la consideración de diversos resultados clínicos, incluyendo la reducción de los episodios de atracón, la mejora del bienestar psicológico y la adherencia al

tratamiento, lo que proporciona una evaluación multifacética de la efectividad de las intervenciones. Finalmente, al identificar tanto los beneficios como las limitaciones de las terapias grupales, el estudio ofrece valiosas recomendaciones para la práctica clínica y para futuras investigaciones.

Los hallazgos de este estudio tienen importantes aplicaciones clínicas para el tratamiento del trastorno por atracón. En primer lugar, la eficacia demostrada de las terapias grupales, como la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal (TCCg) y la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada para el trastorno por atracón (DBT-BED), sugiere que estos enfoques pueden ser implementados como opciones de primera línea en entornos clínicos, especialmente cuando los recursos son limitados. La naturaleza grupal de estas terapias no solo permite tratar a un mayor número de pacientes simultáneamente, sino que también ofrece un espacio de apoyo mutuo, lo que puede mejorar la adherencia y la satisfacción con el tratamiento. Además, las mejoras en la regulación emocional y en la reducción de los episodios de atracón observadas en los pacientes que participan en estas terapias destacan la importancia de considerar intervenciones que aborden tanto los aspectos cognitivos como emocionales del trastorno. Estos hallazgos también sugieren que las terapias grupales pueden ser especialmente beneficiosas para pacientes con comorbilidades emocionales, como la ansiedad o la depresión. Por tanto, los profesionales de la salud mental deberían considerar la integración de estas terapias grupales en sus planes de tratamiento para maximizar los resultados terapéuticos y ofrecer una atención más holística y accesible a los pacientes con trastorno por atracón.

6. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática ha confirmado la eficacia de las terapias grupales en el tratamiento del trastorno por atracón, destacando su capacidad para reducir la frecuencia y gravedad de los episodios de atracón, mejorar el bienestar psicológico de los pacientes y fomentar una mayor adherencia al tratamiento. A pesar de las limitaciones inherentes a la heterogeneidad de los estudios y la variabilidad en la implementación de las terapias, los resultados sugieren que las intervenciones grupales, como la Terapia Cognitivo-Conductual Grupal (TCCg) y la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada para el trastorno por atracón (TDC-TA), son opciones viables y efectivas que pueden ser integradas en la práctica clínica para mejorar los resultados terapéuticos en esta población.

Los hallazgos de la revisión indican que las terapias grupales son efectivas en la reducción de la frecuencia y gravedad de los episodios de atracón. La Terapia Cognitivo-Conductual Grupal y la Terapia Dialéctico-Conductual adaptada han demostrado ser particularmente eficaces en modificar los patrones de pensamiento y comportamiento desadaptativos, contribuyendo a una disminución significativa de los episodios de atracón en los pacientes.

En cuanto al impacto en el bienestar psicológico, las terapias grupales han mostrado ser beneficiosas, especialmente la TDC-TA, que ha demostrado mejorar significativamente la regulación emocional, la ansiedad y la depresión en los pacientes. Estos resultados refuerzan la importancia de las intervenciones que aborden tanto los aspectos cognitivos como emocionales del trastorno por atracón.

Finalmente, en relación con la adherencia al tratamiento, las terapias grupales han mostrado tasas aceptables de adherencia y satisfacción entre los participantes. La dinámica grupal y la percepción de apoyo mutuo han sido factores clave para mantener el compromiso de los pacientes con el tratamiento, lo que subraya el valor de las intervenciones grupales en la práctica clínica.

7. REFERENCIAS

1. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, et al. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Mar 17;8(1):16. doi: 10.1038/s41572-022-00344-y
2. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, Guerdjikova AI, Keck PE Jr, McElroy SL. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2017 Mar;22(1):13-26. doi: 10.1007/s40519-016-0313-5
3. Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*. 2015 Apr 3;15:70. doi: 10.1186/s12888-015-0445-6
4. Rutan JS. Reasons for Suggesting Group Psychotherapy to Patients. *Am J Psychother*. 2021 Jun 1;74(2):67-70. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20200032
5. Grenon R, Schwartz D, Hammond N, Ivanova I, Mcquaid N, Proulx G, et al. Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2017 Sep;50(9):997-1013. doi: 10.1002/eat.22744
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM 5. Barcelona: Masson; 2014.
7. World Health Organization. CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª rev.). 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/>
8. Kober H, Boswell RG. Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment. *Clin Psychol Rev*. 2018 Mar;60:32-44. doi: 10.1016/j.cpr.2017.12.004

9. Holland LA, Bodell LP, Keel PK. Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *Eur Eat Disord Rev.* 2013 Sep;21(5):405-10. doi: 10.1002/erv.2241
10. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 2016 Nov;29(6):340-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278
11. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA.* 2016 Jan 12;315(2):150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118
12. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet.* 2016 Apr 2;387(10026):1377-1396. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X
13. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet.* 2016 Apr 2;387(10026):1377-1396. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X
14. Crompton DW. World Health Organ Tech Rep Ser. (*No Title*); 2010.
15. 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 Apr;8(4):320-328. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00040-7

16. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol.* 2013 May;122(2):445-57. doi: 10.1037/a0030679
17. 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 May 1;73(9):904-14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
18. Keski-Rahkonen A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 2021 Nov 1;34(6):525-531. doi: 10.1097/YCO.0000000000000750
19. Mitchison D, Mond J, Bussey K, Griffiths S, Trompeter N, Lonergan A, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychol Med.* 2020 Apr;50(6):981-990. doi: 10.1017/S0033291719000898
20. Olsen EM, Koch SV, Skovgaard AM, Strandberg-Larsen K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort-A study of prevalence, correlates, and impact. *Int J Eat Disord.* 2021 Apr;54(4):492-505. doi: 10.1002/eat.23458
21. Glazer KB, Sonnevile KR, Micali N, Swanson SA, Crosby R, Horton NJ, et al. The Course of Eating Disorders Involving Bingeing and Purging Among Adolescent Girls: Prevalence, Stability, and Transitions. *J Adolesc Health.* 2019 Feb;64(2):165-171. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.09.023

22. Coffino JA, Udo T, Grilo CM. Rates of Help-Seeking in US Adults With Lifetime DSM-5 Eating Disorders: Prevalence Across Diagnoses and Differences by Sex and Ethnicity/Race. *Mayo Clin Proc.* 2019 Aug;94(8):1415-1426. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.02.030
23. Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2017 Jan;50(1):9-21. doi: 10.1002/eat.22598
24. Reas DL. Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. *Nutrients.* 2017 Nov 21;9(11):1267. doi: 10.3390/nu9111267
25. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019 Oct;28(4):549-555. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.003
26. Citrome L. Binge eating disorder revisited: what's new, what's different, what's next. *CNS Spectr.* 2019 Aug;24(S1):4-13. doi: 10.1017/S1092852919001032
27. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 1999 Dec 4;319(7223):1467-8. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1467
28. Parker K, Brennan L. Measurement of disordered eating in bariatric surgery candidates: a systematic review of the literature. *Obes Res Clin Pract.* 2015 Jan-Feb;9(1):12-25. doi: 10.1016/j.orcp.2014.01.005
29. Donnelly B, Touyz S, Hay P, Burton A, Russell J, Caterson I. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review. *J Eat Disord.* 2018 Feb 20;6:3. doi: 10.1186/s40337-018-0187-1

30. Strubbe JH, Woods SC. The timing of meals. *Psychol Rev.* 2004 Jan;111(1):128-41. doi: 10.1037/0033-295X.111.1.128
31. Berthoud HR, Morrison C. The brain, appetite, and obesity. *Annu Rev Psychol.* 2008;59:55-92. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093551
32. Rosenbaum M, Leibel RL. 20 years of leptin: role of leptin in energy homeostasis in humans. *J Endocrinol.* 2014 Oct;223(1):T83-96. doi: 10.1530/JOE-14-0358
33. Müller TD, Finan B, Bloom SR, D'Alessio D, Drucker DJ, Flatt PR, et al. Glucagon-like peptide 1 (GLP-1). *Mol Metab.* 2019 Dec;30:72-130. doi: 10.1016/j.molmet.2019.09.010
34. Yu Y, Fernandez ID, Meng Y, Zhao W, Groth SW. Gut hormones, adipokines, and pro- and anti-inflammatory cytokines/markers in loss of control eating: A scoping review. *Appetite.* 2021 Nov 1;166:105442. doi: 10.1016/j.appet.2021.105442
35. Hernandez D, Mehta N, Geliebter A. Meal-Related Acyl and Des-Acyl Ghrelin and Other Appetite-Related Hormones in People with Obesity and Binge Eating. *Obesity (Silver Spring).* 2019 Apr;27(4):629-635. doi: 10.1002/oby.22431
36. Iceta S, Rodrigue C, Legendre M, Daoust J, Flaudias V, Michaud A, Bégin C. Cognitive function in binge eating disorder and food addiction: A systematic review and three-level meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021 Dec 20;111:110400. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110400
37. Oliva R, Morys F, Horstmann A, Castiello U, Begliomini C. Characterizing impulsivity and resting-state functional connectivity in normal-weight binge eaters. *Int J Eat Disord.* 2020 Mar;53(3):478-488. doi: 10.1002/eat.23212

38. Grant JE, Chamberlain SR. Neurocognitive findings in young adults with binge eating disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2020 Mar;24(1):71-76. doi: 10.1080/13651501.2019.1687724
39. Lucas I, Miranda-Olivos R, Testa G, Granero R, Sánchez I, Sánchez-González J, et al. Neuropsychological Learning Deficits as Predictors of Treatment Outcome in Patients with Eating Disorders. *Nutrients.* 2021 Jun 23;13(7):2145. doi: 10.3390/nu13072145
40. Schag K, Leehr EJ, Meneguzzo P, Martus P, Zipfel S, Giel KE. Food-related impulsivity assessed by longitudinal laboratory tasks is reduced in patients with binge eating disorder in a randomized controlled trial. *Sci Rep.* 2021 Apr 15;11(1):8225. doi: 10.1038/s41598-021-87231-w
41. Dingemans AE, van Son GE, Vanhaelen CB, van Furth EF. Depressive symptoms rather than executive functioning predict group cognitive behavioural therapy outcome in binge eating disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2020 Nov;28(6):620-632. doi: 10.1002/erv.2768
42. Mestre-Bach G, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Potenza MN. Decision-Making in Gambling Disorder, Problematic Pornography Use, and Binge-Eating Disorder: Similarities and Differences. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2020 Sep;7(3):97-108. doi: 10.1007/s40473-020-00212-7
43. Tang J, Chrzanowski-Smith OJ, Hutchinson G, Kee F, Hunter RF. Relationship between monetary delay discounting and obesity: a systematic review and meta-regression. *Int J Obes (Lond).* 2019 Jun;43(6):1135-1146. doi: 10.1038/s41366-018-0265-0

44. Miranda-Olivos R, Steward T, Martínez-Zalacaín I, Mestre-Bach G, Juaneda-Seguí A, Jiménez-Murcia S, et al. The neural correlates of delay discounting in obesity and binge eating disorder. *J Behav Addict*. 2021 Apr 26;10(3):498–507. doi: 10.1556/2006.2021.00023
45. Steward T, Mestre-Bach G, Vintró-Alcaraz C, Agüera Z, Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F. Delay Discounting of Reward and Impulsivity in Eating Disorders: From Anorexia Nervosa to Binge Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev*. 2017 Nov;25(6):601-606. doi: 10.1002/erv.2543
46. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugden L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Nov;48(11):977-1008. doi: 10.1177/0004867414555814
47. Peat CM, Berkman ND, Lohr KN, Brownley KA, Bann CM, Cullen K, et al. Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2017 Sep;25(5):317-328. doi: 10.1002/erv.2517
48. Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 21;1(1):CD010827. doi: 10.1002/14651858.CD010827.pub2
49. Fairburn C. G. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. London: Guilford Press; 2008.
50. Wilfley DE, Mackenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM *Interpersonal Psychotherapy for Group*. New York: Basic Books; 2008.

51. Safer DL, Telch CF, Chen EY. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. London: Guilford Press; 2009.
52. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2019 Jan;87(1):91-105. doi: 10.1037/ccp0000358
53. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Jan;67(1):94-101. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170
54. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, Wilfley DE. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry.* 2012 Mar;200(3):232-7. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664
55. Wilson GT, Zandberg LJ. Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: effectiveness and scalability. *Clin Psychol Rev.* 2012 Jun;32(4):343-57. doi: 10.1016/j.cpr.2012.03.001
56. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *J Eat Disord.* 2020 Jun 10;8(1):27. doi: 10.1186/s40337-020-00299-z
57. Grilo CM, Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, Franko DL. Clinical moderators and predictors of cognitive-behavioral therapy by guided-self-help versus therapist-led for binge-eating disorder: Analysis of aggregated clinical trials. *Int J Eat Disord.* 2021 Oct;54(10):1875-1880. doi: 10.1002/eat.23601

58. Hazzard VM, Crosby RD, Crow SJ, Engel SG, Schaefer LM, Brewerton TD, et al. Treatment outcomes of psychotherapy for binge-eating disorder in a randomized controlled trial: Examining the roles of childhood abuse and post-traumatic stress disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2021 Jul;29(4):611-621. doi: 10.1002/erv.2823
59. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2020 Sep;53(9):1353-1376. doi: 10.1002/eat.23297
60. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
61. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *Int J Eat Disord.* 2022 Jul;55(7):902-913. doi: 10.1002/eat.23750
62. Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry.* 2009 Dec;166(12):1347-54. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030345
63. Pisetsky EM, Durkin NE, Crosby RD, Berg KC, Mitchell JE, Crow SJ, Wonderlich SA, Peterson CB. Examination of early group dynamics and treatment outcome in a randomized controlled trial of group cognitive behavior therapy for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2015 Oct;73:74-8. doi: 10.1016/j.brat.2015.07.013
64. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted

- for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther.* 2010 Mar;41(1):106-20. doi: 10.1016/j.beth.2009.01.006
65. Safer DL, Joyce EE. Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behav Res Ther.* 2011 May;49(5):339-45. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.
66. Tantillo M, Sanftner J. The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression, and therapeutic change in group. *Eat Behav.* 2003 Jan;3(4):349-64. doi: 10.1016/s1471-0153(02)00077-6
67. Eichen DM, Strong DR, Twamley EW, Boutelle KN. Adding executive function training to cognitive behavioral therapy for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Eat Behav.* 2023 Dec;51:101806. doi: 10.1016/j.eatbeh.2023.101806
68. Mannan H, Palavras MA, Claudino A, Hay P. Baseline Predictors of Adherence in a Randomised Controlled Trial of a New Group Psychological Intervention for People with Recurrent Binge Eating Episodes Associated to Overweight or Obesity. *Nutrients.* 2021 Nov 21;13(11):4171. doi: 10.3390/nu13114171
69. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, Wilfley DE. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry.* 2012 Mar;200(3):232-7. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664
70. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S, et al. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obes Res.* 2005 Jun;13(6):1077-88. doi: 10.1038/oby.2005.126

71. Alfnsson S, Parling T, Ghaderi A. Group behavioral activation for patients with severe obesity and binge eating disorder: a randomized controlled trial. *Behav Modif.* 2015 Mar;39(2):270-94. doi: 10.1177/0145445514553093
72. Vakili M, Bagherzadeh Golmakani Z, Bolghan-Abadi M. The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-blame and mental rumination in binge-eating patients. *J Psycho Sci.* 2024;23(140):1973-91. doi: 10.52547/JPS.23.140.1973
73. Ayton A. Advancements in intensive eating disorder treatments: the benefit of CBT-E and integrated care models. *Trends Mol Med.* 2024 Jul 29:S1471-4914(24)00193-X. doi: 10.1016/j.molmed.2024.07.007