



ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

¿Qué relación existe entre el Trastorno por Atracón y la obesidad?

Autor/a: Rosa Hernández Mayoral

Director/a: Alfonso Méndez

Madrid

2022/2023

Índice

Resumen	3
Abstract	3
Introducción	4
Justificación, motivos y objetivos	6
Metodología	8
Marco teórico	9
Concepto, criterios diagnósticos del trastorno por atracón.	9
Concepto y características de la obesidad.	12
Prevalencia del trastorno por atracón y la obesidad.	14
Comorbilidad del Trastorno por Atracón y la obesidad.	15
Relación y diferencias entre el Trastorno por Atracón y la obesidad.	17
Consecuencias del Trastorno por Atracón y de la obesidad.	17
Etiología y factores relacionados con su aparición.	19
El impacto de la pandemia en los trastornos de la conducta alimentaria.	22
Abordaje multidisciplinar: papel del psicólogo y demás profesionales implicados	23
Discusión y conclusiones	25
Referencias	28

Resumen

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, el más prevalente y desconocido es el trastorno por atracón, caracterizado por el consumo de grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo, vividos con un gran descontrol y con sentimientos muy negativos. Dicho trastorno presenta una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y está muy relacionado con la obesidad. Es por ello por lo que con este trabajo se pretende estudiar la relación entre el trastorno por atracón con la obesidad y cómo influye el mismo en dicha población haciendo referencia tanto a su etiología como a las consecuencias tanto médicas como psicológicas. A su vez, dado los efectos de la pandemia que ha tenido, sobre todo en lo que respecta a la salud mental, se consideró importante mencionar cómo la pandemia ha afectado, en concreto, a los trastornos de la conducta alimentaria y a su vez a la obesidad. Además, también resulta importante destacar el abordaje multidisciplinar, en el que se aborde y entienda ambas patologías desde una visión multidimensional en la que estén implicados los profesionales de la salud.

Palabras clave: trastorno por atracón, obesidad, atracón, trastornos de la conducta alimentaria, DSM, comorbilidad, relación.

Abstract

Among eating disorders, the most prevalent and unknown is binge eating disorder, characterized by the consumption of large amounts of food in a short period of time that are experienced as highly uncontrolled and with very negative feelings. This disorder has a high comorbidity with other psychiatric disorders and is closely associated with obesity. For this reason, the aim of this work is to study the relationship between binge eating disorder and obesity and how it influences this population, with reference to both its etiology and its medical and psychological consequences. At the same time, given the effects the pandemic has had on mental health in particular, it was considered important to mention how the pandemic has affected eating disorders and obesity in particular. In addition, it is also important to highlight the multidisciplinary approach, in which both issues are approached and understood from a multi-causal viewpoint involving appropriate health professionals.

Keywords: binge eating disorder, obesity, binge eating, eating disorders, DSM, comorbidity, relationship.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales muy graves y multifactoriales que implican cambios en el comportamiento alimentario, teniendo repercusiones muy graves e incluso que pueden ser permanentes tanto en el área física, social como en la psicológica. Por lo general, las personas que sufren de alguno de los trastornos de la conducta alimentaria tienen una mala relación con la comida, así como con su propia imagen corporal. De ahí se derivan todos los síntomas alimenticios, que pueden ser la restricción, la purga, los atracones y la alteración de la imagen corporal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), los trastornos de la conducta alimentaria son considerados uno de los problemas más relevantes en la actualidad, teniendo una de las tasas más altas de mortalidad dentro de los trastornos de salud mental, lo que supone una gran relevancia sociosanitaria, pues debido a su alta incidencia, gravedad y la tendencia a la cronificación, siendo sobre todo más predominante en población adolescente y en mujeres. Además, es uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población, siendo en el caso de España, alrededor de 400.000 personas las que sufren alguno de ellos (Dueñas., et al, 2015). Del mismo modo, estos trastornos pueden afectar a todos los géneros, edades, razas, formas de cuerpo y peso y son un grupo muy heterogéneo de trastornos recogiendo uno u otro nombre en función de cómo estén presentes dichos síntomas alimentarios. Estos están recogidos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR) en el capítulo que hace referencia a los “*trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*”. Los más conocidos suelen ser, por un lado, la anorexia, caracterizado por la restricción alimenticia, el miedo intenso a subir de peso y la distorsión de la imagen corporal; y, por otro lado, la bulimia, caracterizado por episodios de atracones de comida seguidos de comportamientos compensatorios, ya sea, entre otros, mediante la purga, el uso de laxantes o la realización de ejercicio físico excesivo. Sin embargo, el más prevalente y desconocido y en el que nos centraremos en el presente trabajo es en el trastorno por atracón o también conocido como BED (binge eating disorder). Consiste en la presencia de episodios recurrentes de atracones que debe caracterizarse por el consumo de elevadas cantidades de comida, durante un periodo abreviado de tiempo, experimentados con un inmenso descontrol sobre lo que se consume durante el episodio. Asimismo, hay otros síntomas que deben estar presentes como comer de una forma muy rápida, continuar comiendo aún sin hambre, sentir culpa, vergüenza o

malestar tras los episodios y, además, estos, tienen que darse al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses (García, 2014).

En cuanto a la prevalencia, aunque es difícil conocer las cifras con exactitud, se estima que afecta entre un 1% y un 5% de la población general, sin embargo, está más presente de lo que realmente se considera, pues se estima que en torno a un 30-40% de las personas que padecen obesidad en España sufren de un trastorno por atracón, por lo que ambas patologías parecen tener mucha relación dada su alta prevalencia comórbida (Baile y González, 2016). Es por ello por lo que resulta de vital importancia tener en cuenta que, por un lado, el peso de una persona no determina que presente o no un trastorno de la conducta alimentaria, al igual que una persona con exceso de peso no significa que esté enfermo. Es importante tener en cuenta que el trastorno por atracón no es exclusivo de personas con sobrepeso u obesidad. El estigma que se tiene en torno a esta idea solo lleva a realizar conclusiones erróneas de lo que vemos en un tipo de cuerpo, porque no se puede saber si una persona tiene o no un trastorno de la conducta alimentaria en función de su peso.

Ahora bien, la obesidad es una patología, al igual que los trastornos de la conducta alimentaria, muy grave, multifactorial y con consecuencias muy severas para la salud. Se trata de una enfermedad que va en aumento, pues se encuentra entre una de las principales causas de mortalidad, afectando aproximadamente en nuestro país al 20-22% de la población adulta y alrededor de un 14% de los menores (SECO, 2021). Sin embargo, a pesar de los datos alarmantes se trata de una enfermedad que está subestimada y a la que no se le da la importancia que realmente se merece. En este sentido, a pesar de que se ha demostrado que ambas problemáticas están relacionadas, aún es complicado determinar qué fue primero, si el trastorno por atracón o la obesidad, es decir, si una persona tiene obesidad porque padece un trastorno por atracón o una persona tiene un trastorno por atracón porque padece obesidad (Baile y González, 2016).

Dada la alta prevalencia y gravedad de esta problemática, fue en el año 2013 cuando el DSM incluyó este trastorno en el apartado de “*trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*”, pues previamente figuraba como un trastorno de la conducta no especificado (Escandón y Garrido, 2020), pudiendo de esta forma, llevar a cabo un diagnóstico concreto y adecuado. Además, son muchos los factores que

convergen interactúan y contribuyen a la aparición y mantenimiento de dicho trastorno, influyendo de una manera muy exagerada tanto los cánones de belleza impuestos por la sociedad, como las redes y medios de comunicación, ya que condicionan y perjudican de una forma muy negativa, pues estas muestran una realidad completamente distorsionada.

Resulta de vital importancia mencionar el grave impacto que ha tenido la pandemia del COVID-19, pues según la Fundación Fita, los casos de trastornos de la conducta alimentaria han aumentado un 20%, siendo también muy relevante los casos de recaídas. Ello se debe en gran parte al confinamiento durante un largo periodo de tiempo y a la continua exposición a las redes sociales, internet o televisión que han ofrecido mensajes aludiendo a la importancia del ejercicio y de la comida saludable como forma de no “descuidarse” durante el confinamiento. Del mismo modo, también ha influido e impactado en el aumento de peso en la población española, pues alrededor de un 49% había ganado peso durante este periodo (SECO, 2021), afectando sobre todo a la población infantil y adolescente.

A pesar de la gravedad, de la relevancia que tiene en nuestra sociedad ambas patologías, de la complejidad de las mismas, de las graves consecuencias que conllevan, de la evidente relación que existe entre ambas y del aumento de los casos tras la pandemia, aunque el diagnóstico suele resultar muy complicado, una vez que se tiene, el tratamiento, a partir de un abordaje multidisciplinar e individualizado en el que se tengan en cuenta todas las áreas necesarias y el contexto de la persona, resulta muy efectivo a la hora de reducir los episodios de atracones de los pacientes con esta problemática, mejorando así su relación con la comida, con su peso, con ellos mismos y con su salud.

Justificación, motivos y objetivos

El motivo por el que he decidido escoger este tema para llevar a cabo el Trabajo de Fin de Grado es debido a que tanto la obesidad como el trastorno por atracón son dos patologías que afectan a nivel mundial a miles de personas y que tienen un gran impacto tanto en la salud de las personas que lo padecen como en su calidad de vida. Es más, estas patologías van en aumento alcanzando datos muy preocupantes y alarmantes. Sin embargo, no se les da la visibilidad ni la importancia que realmente merecen, debido entre muchas razones, al estigma que se tiene en torno a estas enfermedades. Es por ello

por lo que he decidido orientar mi trabajo de fin de grado en torno a estas patologías ya que son un tema con el que estoy muy sensibilizada y que considero muy necesario poder abordar y profundizar porque es importante comprender y conocer cómo están relacionados ambas patologías para de esta forma, poder abordar de una manera efectiva en todo lo que tiene que ver con la prevención y al tratamiento.

En muchas ocasiones, el trastorno por atracón se toma muy a la ligera a pesar de ser el más prevalente en la población, al tener la creencia de que no tiene efectos o complicaciones tan perjudiciales como las hay en la anorexia o en la bulimia, que suelen ser los más conocidos. Sin embargo, todas las consecuencias derivadas son muy graves tanto para la propia persona que lo padece, como para los de su alrededor y, más aún si además sufren de obesidad y sobrepeso, el cual resulta ser un obstáculo a la hora de dar el paso para pedir ayuda, pues se trata de una enfermedad que, desgraciadamente, muchas personas sufren en silencio bien por vergüenza o porque verdaderamente no son conscientes del mismo e incluso, porque en muchas ocasiones, los profesionales de la salud, no tienen en cuenta el contexto de la persona pues se centran únicamente en pautar y no ahondan en la causa raíz de lo que realmente puede estar ocurriendo, es decir, no se plantean otras causas o motivos, como pueden ser los psicológicos, de base que pueda estar repercutiendo.

Por tanto, el objetivo general de este trabajo es el estudio de la relación entre la obesidad y el trastorno por atracón tratando de dar una respuesta contemplando y destapando también los prejuicios que se tienen sobre esta parte de la población, ya que el estigma con respecto al peso lleva a creencias erróneas sobre el hecho de que la obesidad es resultado y responsabilidad de quien lo padece, culpabilizando así a la persona, sin tener en cuenta la multitud de factores que influyen, tanto por su incomprensión como por pura ignorancia, provocando que la situación de las personas que lo sufren empeore por el rechazo, la exclusión y el estigma al que se ven sometidos, afectando, entre otras cosas a su salud mental. Es por ello que con este trabajo pretendo investigar, indagar y profundizar acerca de esta problemática centrándome sobre todo en aquella parte de la sociedad que es ignorada y estigmatizada como es la población que sufre de obesidad, concienciando y sensibilizando de esta grave enfermedad que afecta a millones de personas a nivel mundial y, con ello, tratar de averiguar la posible relación que existe entre ambas problemáticas, fomentando el desarrollo de habilidades y estrategias que tengan que ver con la elección de una alimentación consciente,

equilibrada y saludable con la que logren tener una buena relación con la comida y en la que se potencie la aceptación de la propia imagen corporal. Asimismo, otro de los objetivos perseguidos es crear conciencia y sensibilizar acerca de estas enfermedades promoviendo su conocimiento para tratar de prevenirlas y para también llevar un tratamiento lo más adecuado, individualizado y oportuno que requiera en cada caso cada paciente.

Metodología

En cuanto a la metodología para la realización de este trabajo tan complejo, se ha llevado a cabo un estudio de ambas problemáticas de una manera exhaustiva y profunda a través de una revisión bibliográfica con la ayuda de diversas fuentes y documentos publicados, con la finalidad de encontrar toda la información necesaria para la realización de dicho trabajo.

Las bases de datos más utilizadas han sido Google Scholar, PsycInfo, Dialnet, PubMed, Medline, Elsevier y Scielo, además de contar con el apoyo de otras fuentes, artículos y documentos que han sido necesarios para ahondar del todo en dichas patologías. Para ello, se ha llevado a cabo la búsqueda a través de palabras claves como “obesidad”, “relación”, “trastorno por atracón”, “trastorno de la conducta alimentaria”, “obesity”, “binge eating disorder”, “atracon”. Además, para conocer las cifras de estos fenómenos en España se buscaron datos publicados por páginas oficiales de diferentes organizaciones como de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Instituto Nacional de Estadística, incluso de publicaciones periódicas y revistas clínicas e institutos y centros dedicados a los trastornos de la conducta alimentaria. También he contado con el apoyo de publicaciones de Instagram de diferentes especialistas dedicadas a la psicología o a la nutrición y, en concreto, a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Psiconutrición. Asimismo, de diversos Podcast realizados por profesionales de la salud en la que abordan ambas patologías. Todo ello me ha servido para poder estructurar el trabajo y para comprender de una forma fehaciente ambas enfermedades y poder plasmar los conceptos adquiridos de una manera clara, concisa y correcta en dicha revisión. Asimismo, a través de diferentes publicaciones periódicas de internet, conseguí contactar con una persona con la que tuve el placer de poder tener un encuentro vía online en la que me relató su experiencia con dicho trastorno pudiendo así adentrarme en un caso real y cuyo encuentro me aportó mucha información muy útil y

valiosa para poder plasmarlo a lo largo de todo el trabajo y que me ha servido para clarificar conceptos y sobre todo, para sensibilizarse todavía más y estar más cerca de esta realidad que afecta a un elevado número de personas.

Una vez seleccionada toda la documentación pertinente y necesaria, se realizó un análisis exhaustivo de toda la documentación relacionada con las respectivas problemáticas para dar comienzo y contexto al desarrollo del trabajo.

Marco teórico

Desde hace no demasiado tiempo, se ha comenzado a investigar la relación que existe entre el Trastorno por Atracón con la obesidad, pues hasta entonces no se pensaba que estuviesen vinculadas. De hecho, muy frecuentemente, el Trastorno por Atracón se encuentra como génesis de una obesidad o sobrepeso, pero en otras ocasiones, es la obesidad o el sobrepeso lo que termina generando un Trastorno de la Conducta Alimentaria, siendo el trastorno por atracón el más representativo en dicha problemática, ya que, el hecho de comer grandes cantidades de comida incrementa la probabilidad de tener un peso por encima de lo que corresponde (Alebuena, et al., 2016). Sin embargo, no hay una dirección fija y no tienen porqué estar relacionados, puesto que hay pacientes que presentan obesidad y que no sufren trastorno por atracón y viceversa.

Es por ello por lo que es importante comenzar describiendo ambas patologías tratando así de clarificar el concepto, significado, características y consecuencias de cada una, para después, abordar la verdadera relación que existe entre el trastorno por atracón con la obesidad. Además, resulta imprescindible hacer mucho énfasis en la evaluación del problema tanto para su diagnóstico como para su tratamiento debido especialmente a la presentación comórbida de ambas problemáticas (Baile, 2014).

Concepto, criterios diagnósticos del trastorno por atracón.

En 1959 uno de los primeros autores en investigar la presencia de este trastorno fue gracias al psiquiatra Albert Stunkard; pues identificó a un grupo de pacientes que padecían obesidad y que mantenían un patrón de ingesta nocturna, caracterizados por la realización de atracones durante la noche seguidos de restricción matutina, de ahí que él mismo lo definiese como el “síndrome de alimentación nocturna” (Gempeler, 2005, p. 243). A partir de ese momento, la clasificación de este trastorno ha requerido un largo camino hasta que ha adquirido un diagnóstico con entidad propia detallado en el

DSM-V-TR (García, 2014), pues anteriormente se encontraba clasificado como uno de los Trastornos de Conducta No Especificados (TCANE), al no cumplir con los criterios diagnósticos específicos que se requerían para la anorexia o la bulimia. Es más, fue en el año 2013 cuando se incluye por primera vez en el DSM-V dentro de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos. Dicho trastorno está caracterizado por la presencia de episodios de atracones que tienen que estar presentes al menos una vez a la semana durante tres meses, los cuales son experimentados con un alto descontrol y malestar y los cuales no se intentan contrarrestar mediante conductas compensatorias como el vómito, el ejercicio físico, el uso de laxantes o diuréticos o el ayuno, como ocurre en la bulimia nerviosa (criterio diferenciador). La característica fundamental que define este trastorno es la pérdida de control con respecto a lo que se consume, es decir, la persona no tiene el control sobre la conducta que se está llevando a cabo en ese momento, puesto que no elige cuándo empezar a comer ni cuándo parar, no hay una decisión consciente y deliberada de que el atracón se produzca. Algunos de sus síntomas son la sensación de no poder parar, comer a una velocidad muy rápida, comer grandes cantidades de comida de una forma muy desorganizada (mezclando alimentos dulces y salados, fríos y calientes, lo que encuentre en ese momento concreto), comer a solas y a escondidas y sentir culpa, vergüenza o malestar. Según manifiesta Baile “en un atracón un paciente puede llegar a ingerir una cantidad enorme de calorías, alcanzando en algunos casos las 20.000 kcal” (2014, p.128).

Uno de los cambios significativos con respecto al DSM-IV-TR y el DSM-V se refiere al criterio temporal, pues anteriormente la temporalidad que se requería para llevar a cabo un diagnóstico de dicho trastorno requería la presencia de atracones dos veces por semana en los últimos 6 meses y actualmente precisa que estén presentes al menos una vez a la semana durante tres meses. Además, algo que incluye el DSM-V que no estaba presente en el DSM-IV-TR es la presencia de especificaciones de gravedad y remisión (García, 2014), que tienen que ver con la cantidad y frecuencia con la que se manifiestan los atracones a lo largo de una semana. En el DSM-V, aparecen explicados los criterios diagnósticos que se deben cumplir para poder hablar de dicho trastorno:

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

- 1. Ingestión, en un período determinado (p.ej., de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la*

mayoría de las personas ingerían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

- 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).*

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

- 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.*
- 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.*
- 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.*
- 4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.*
- 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.*

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

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

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o anorexia nerviosas.

Para concluir el diagnóstico es necesario especificar si:

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

En remisión total: *Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.*

También hay que especificar la gravedad actual:

Leve: *1-3 atracones a la semana.*

Moderado: *4-7 atracones a la semana.*

Grave: *8-13 atracones a la semana.*

Extremo: *14 o más atracones a la semana.*

En conclusión, los atracones de comida tienen que ver con la vía de la saturación a través de la ingestión de una enorme cantidad de alimentos. Con esta definición, muchas personas se pueden sentir identificados y auto diagnosticarse con que sufren un

trastorno por atracón, sin embargo, no todos los comportamientos tienen el significado mismo de atracón. Por ello, es imprescindible explorar e indagar en la definición que puede tener cada persona, puesto que pueden confundir la sobre ingesta alimentaria, es decir, con que en algún momento puntual uno puede comer grandes cantidades de comida sin llegar a ser excesivas y con una sensación de descontrol y que son diferentes de lo que resulta en sí un trastorno por atracón, que implica comer excesivas cantidades con una sensación de descontrol y malestar muy intenso, que suele ocurrir a escondidas, con una sensación de conciencia alterada, mostrándose agitadas y comiendo de forma muy rápida. Además, es importante tener en cuenta que la frecuencia y la gravedad de este trastorno tiene un impacto muy negativo y significativo en la vida de las personas que lo sufren, repercutiendo en diferentes áreas de la persona, como la social, física, psicológica, académico-laboral, etc.

Concepto y características de la obesidad.

La obesidad se trata de una “enfermedad crónica, multifactorial, muy compleja y socialmente estigmatizante” (Milione, 2022, p.81) definida por el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) como una enfermedad crónica, caracterizada por una acumulación excesiva de grasa que acarrea multitud de patologías no solo físicas, sino también psíquicas y que afecta a una gran parte de la población sin distinción de edad, sexo o condición social y, además, repercute en la salud y calidad de vida de las personas que lo padecen. Además, debido a su alta prevalencia y al crecimiento desmesurado de los datos en todo el mundo, se considera toda una epidemia que, además, ocasiona un gran coste económico a nivel mundial, debido a los tratamientos que dicha enfermedad requiere (Consenso SEEDO, 2007).

La definición de obesidad y sobrepeso aportada por la OMS “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”, es una definición muy escasa, sin embargo, la que aportan Pasca y Montero (2014) “enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica, multideterminada por la interrelación entre lo genético y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal (en relación con la suficiencia del organismo para alojarla), que conlleva mayor riesgo de morbilidad”, es una definición que abarca toda la problemática de la obesidad, es decir, todos aquellos factores que están relacionados y que agravan esta patología.

Para poder hacer un diagnóstico de obesidad, el indicador más utilizado es el del índice de masa corporal (IMC), que relaciona la altura y el peso de una persona y se obtiene dividiendo el peso entre el cuadrado de su altura en metros (kg/m^2). Por tanto, para que se pueda hablar de obesidad, el IMC tiene que ser igual o superior a 30. Cuanto mayor sea el IMC de una persona mayor riesgo correrá su salud debido a toda la serie de complicaciones y de enfermedades comórbidas asociadas, aumentando además el riesgo de mortalidad. Asimismo, existe una clasificación con respecto al grado de obesidad en el que se utiliza el IMC como indicador, los cuales son: obesidad de clase I (IMC entre 30 y 34,9), obesidad de clase II (IMC entre 35 y 39,9) y obesidad de clase III o también conocida como obesidad mórbida ($\text{IMC} > 40$). Este último tipo es el que mayor riesgo tiene para la salud de una persona. Asimismo, según cómo se distribuya y se localice el exceso de grasa en el cuerpo, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2007), ha propuesto otra clasificación definiendo tres tipos de obesidad. En primer lugar, la obesidad central, abdominal o androide (en forma de manzana), en la que el exceso de grasa se localiza en el abdomen, la cara y el tórax y es más frecuente que aparezca en hombres. Este tipo se relaciona con un mayor riesgo a desarrollar diversas complicaciones y enfermedades, así como un mayor riesgo de mortalidad. En segundo lugar, la obesidad periférica o ginoide (en forma de pera), donde la acumulación de grasa se localiza en la zona de la cadera y de los muslos y es más habitual en mujeres. Por último, la obesidad de distribución homogénea, que, como su nombre indica, la localización del exceso de grasa no destaca en ninguna zona del cuerpo en concreto, sino que se distribuye por todo el cuerpo de una forma más o menos parecida (Rodríguez, 2011; Serrano, 2018).

Ahora bien, es importante tener en cuenta que la utilización del criterio IMC es bastante inespecífica puesto que dicho valor no diferencia entre el porcentaje de tejido graso del no graso (% grasa total) y tampoco tiene en cuenta la edad, el sexo o la actividad física que se realiza. Una posible alternativa para tener una evaluación más profunda y así poder realizar un diagnóstico más específico sobre la obesidad es la ecuación de Deurenberg y se obtiene calculando $1,2 \times (\text{IMC}) + 0,23 \times (\text{edad}) - 10,8 \times (\text{sexo})$, en el caso de hombres = 1 y 0 para mujeres) - 5,4 (Cortez, et al., 2020). Con este criterio se puede hacer una estimación del porcentaje de grasa corporal, que varía de hombres a mujeres, siendo para hombres un valor adecuado entre el 12 y 20% y para mujeres entre el 20 y 30% (Salas-Salvadó, et al., 2007). Resulta muy importante conocer el porcentaje de

grasa corporal, puesto que a mayor porcentaje, mayor riesgo correrá la salud de una persona.

Existen otras formas de medir la grasa corporal, como las básculas de bioimpedancia eléctrica o la medición de los pliegues cutáneos, sin embargo, la medida que más se aplica y conoce es el IMC por su fácil aplicación, por su bajo coste económico y porque está al alcance de todas las personas (Cortez, et al., 2020). Ahora bien, es importante tener en cuenta que el peso no lo es todo, puesto que dos personas pueden tener el mismo peso y altura y por ende tener el mismo índice de masa corporal, pero, sin embargo, tener distinta composición corporal (distinto porcentaje de grasa distribuido), lo que implica que clasificar a las personas únicamente en base al resultado obtenido del IMC no resulta adecuado para evaluar el riesgo que corre su salud. Es más, la persona con obesidad no tiene por qué estar enfermo/a, igual que una persona con normopeso no tiene por qué estar sana, dado que se puede tener un normopeso y tener todas las consecuencias asociadas a tener una mala alimentación y unos malos hábitos. De igual modo que se puede tener un exceso de grasa y tener salud. Por tanto, lo único importante no es el peso, no se puede estimar la salud de una persona teniendo en cuenta únicamente el peso. Sin embargo, se relaciona la obesidad con un exceso de grasa patológica, por lo que antes de valorar si una persona está más o menos gorda o tiene más o menos exceso de grasa, hay que tener realmente en cuenta los riesgos y consecuencias patológicas asociadas. La obesidad no aparece de repente en una persona, como ocurre con las enfermedades infecciosas, sino que en función de las circunstancias personales, más allá de lo biológico y lo orgánico, es una enfermedad que se va desarrollando a lo largo del tiempo (Kaufer y Pérez, 2022).

Prevalencia del trastorno por atracón y la obesidad.

A pesar de que el Trastorno por Atracón es el menos conocido es el más prevalente de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y puede estar presente tanto en personas con un peso normal o en personas que tengan sobrepeso u obesidad. Sin embargo, aunque exista una relación de este trastorno con la obesidad, esto no implica que la mayoría realicen atracones de una forma frecuente (García, 2014), en cambio, este sí parece agravar el pronóstico de un cuadro de obesidad (Cuadro y Baile, 2015). Asimismo, dicho trastorno suele aparecer en la adolescencia o en la edad adulta, aunque la media

de edad suele ser superior con respecto a los sujetos afectados por anorexia o bulimia (García 2014).

Ahora bien, a pesar de que resulta complicado conocer cuál es la prevalencia real de este trastorno debido a que en muchas ocasiones las personas lo sufren en silencio o incluso no son diagnosticadas, se estima que afecta entre un 1% y un 5% de la población general (Baile y González, 2016). Un aspecto muy llamativo es que no existen prácticamente diferencias en lo que respecta a la prevalencia entre hombres y mujeres, siendo esta mucho menos pronunciada que la que se da en la anorexia o en la bulimia, cuyas diferencias son mucho más llamativas. En concreto, la prevalencia se encuentra alrededor del 2,1% y el 3,5% en mujeres, mientras que en hombres afecta entorno al 0,9% y el 2% (García, 2014; Baile y González, 2016; Hernández y Ledón, 2018; Agüera, et al., 2021).

Con respecto a la obesidad, según el informe europeo realizado por la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de obesidad y sobrepeso se estima que está presente en un 60% de los adultos de la Unión Europea (OMS, 2022, p.21). En el caso de España, según la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO), “la obesidad afecta a 8,4 millones de personas y a 1,5 millones de niños pudiendo aumentar un 60% en los próximos 10 años, alcanzando cifras alarmantes, los 250 millones en el año 2030”. En concreto, según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, “un 16,5% de hombres de 18 y más años y un 15,5% de mujeres padecen obesidad”. A pesar de estas cifras tan alarmantes y de ser una de las enfermedades más prevalentes y relevantes a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, es una de las patologías menos tratadas y diagnosticadas puesto que el abordaje con respecto a esta enfermedad se basa actualmente en paliar los efectos, consecuencias orgánicas, complicaciones, problemas derivados y no se centran en la problemática en sí misma ni en el contexto u origen (Cañizares, 2022). Es más, esta patología está muy subestimada y a la que no se le da la importancia que realmente se merece, pues a pesar de que se ha demostrado que va en aumento, como lo va haciendo de forma silenciosa o paulatina y los efectos que tiene suelen ser a largo plazo no es una prioridad ni tratarla ni prevenirla como se requiere. Según la OMS, actualmente mueren más personas a causa de la obesidad o sobrepeso que por la desnutrición (OMS 2017), y aun así y aunque los datos lo demuestran, esto no produce ningún efecto, impacto, ni conciencia social.

Teniendo estos datos en cuenta y según afirman Baile y González, “la prevalencia de trastorno por atracón es mucho más alta en personas que presentan sobrepeso u obesidad, alcanzando tasas del 30% entre aquellas que se someten a algún tipo de tratamiento” (2012, p.12). Es más, además recalcan que muchos pacientes que sufren obesidad suelen darse atracones los cuales juegan un papel fundamental con respecto al problema con su peso y su salud. Es por ello por lo que tener presente la relación que existe entre ambas problemáticas es imprescindible para llevar a cabo una evaluación, diagnóstico y tratamiento lo más ajustado y conveniente para el individuo.

Comorbilidad del Trastorno por Atracón y la obesidad.

El Trastorno por Atracón presenta una alta comorbilidad con respecto a otros trastornos, afectando en particular a sujetos que además presentan obesidad en comparación con los sujetos con trastorno por atracón que no sufren obesidad (Baile y González, 2016). Además, según manifiesta García “la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad” (2014, p.72).

Por un lado, entre los principales trastornos comórbidos del trastorno por atracón, según los diferentes estudios e investigaciones realizadas, es importante destacar el papel que tienen los trastornos afectivos, concretamente el trastorno depresivo mayor es el más prevalente afectando a un alto porcentaje de pacientes con esta patología; los trastornos de ansiedad también son muy frecuentes en dicha problemática; el trastorno por estrés postraumático es relativamente prevalente sobre todo en mujeres; los trastornos de personalidad también tienen una alta prevalencia entre los pacientes con trastorno por atracón, como es el trastorno evitativo, el trastorno límite o el trastorno obsesivo compulsivo y, por último, también existe una alta prevalencia de trastorno por consumo de sustancias en pacientes con trastorno por atracón (García, 2014; Cuadro y Baile, 2015; Baile y González, 2016).

Por otro lado, en cuanto a la comorbilidad psicopatológica entre los pacientes con obesidad con trastorno por atracón a diferencia de los sujetos que sufren únicamente de obesidad, se diferencian en que los primeros presentan mayor riesgo a desarrollar diferentes trastornos mentales, como la ansiedad o depresión, además de una mayor presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva, sin embargo, esto no tiene por qué cumplirse, es decir, no tienen por qué presentar una mayor alteración psicopatológica que los sujetos únicamente con obesidad. También muestran niveles más altos de miedo en cuanto a la ganancia de peso, una baja autoestima, un concepto muy negativo de su

imagen corporal, con un nivel de insatisfacción corporal muy elevado evaluando de una forma muy negativa su calidad de vida (Baile y González, 2016; Martos-Moreno, 2018), lo que tiene mucha similitud con respecto a lo que ocurre a los individuos con trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, se ha comprobado el predominio en la desregulación emocional de los individuos con obesidad, como la alexitimia, anhedonia, la impulsividad y la dependencia interpersonal, así como la presencia de rasgos de personalidad evitativos, antisociales y dependientes (Méndez, 2019).

A pesar de que la dirección entre ambas problemáticas parece ser bidireccional, aún existe mucha polémica con respecto a si el trastorno por atracón debe ser visto como previo, consiguiente o comórbido a la obesidad (Cuadro y Baile, 2015). Ahora bien, es importante tener en cuenta, como bien expresan Baile y González que “el trastorno por atracón se presenta en un alto porcentaje de forma comórbida con el sobrepeso y la obesidad, hasta el punto de que se estima que uno de cada tres pacientes obesos en tratamiento podría sufrir el trastorno, sin que se pueda establecer claramente cuál de los puede ser causa del otro” (2016, p.55).

Es por ello, como se ha mencionado anteriormente, por lo que hay que tener muy en cuenta la evaluación y el diagnóstico a la hora de poner en marcha un tratamiento lo más adecuado, eficaz e individualizado posible.

Relación y diferencias entre el Trastorno por Atracón y la obesidad.

Se ha podido comprobar y evidenciar que existe una alta relación entre el trastorno por atracón y la obesidad dada la alta prevalencia que existe entre ambas patologías, debido a que un alto porcentaje de la población con obesidad tiene un desorden en la conducta alimentaria relacionada con los atracones de comida, lo que conlleva, entre otras muchas cosas, a una ganancia de peso, sin embargo, tampoco se debe perder de vista que el mismo también puede estar presente en personas con un peso normal. Existe mucha confusión a la hora de diferenciar aquellos pacientes que presentan tanto trastorno por atracón como obesidad de aquellos que presentan obesidad sin sufrir además de un trastorno por atracón. Para ello, existen una serie de indicaciones que ayudan a poder distinguir ambos casos. En primer lugar, los atracones propios del trastorno por atracón son vividos con mucha angustia y descontrol, por lo que tener una alimentación desproporcionada o desequilibrada no denota el diagnóstico de trastorno por atracón. En segundo lugar, como se ha mencionado en el apartado que hace referencia a la comorbilidad, las personas con trastorno por atracón que además sufren

obesidad, muestran niveles de comorbilidad psicopatológicos más altos y una preocupación por su peso mucho mayor que los que presentan únicamente obesidad, por lo que resulta importante hacer una evaluación exhaustiva y profunda de las áreas más importantes del individuo, incluso la física, social y mental. En tercer lugar, la probabilidad de éxito en la recuperación en los pacientes con trastorno por atracón es mayor que en los pacientes con obesidad (Baile y González, 2016).

Consecuencias del Trastorno por Atracón y de la obesidad.

Según Valverde y Navarro (2021) “las personas que padecen dicho trastorno muestran significativamente menor calidad de vida y una alta angustia psicológica comparada con la población obesa sin este trastorno” (p.1). En concreto, dicho trastorno puede generar sentimientos de tristeza, arrepentimiento, problemas con los demás y con el trabajo y otras consecuencias como pensamientos suicidas o autolesiones. Asimismo, “como este trastorno no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio, el sobrepeso corporal o la obesidad es una de las consecuencias que puede aparecer en estos casos, repercutiendo así en su salud, en la calidad de vida y peores resultados en los tratamientos de pérdida de peso” (Hernández y Ledón, 2018, p.8). También pueden aparecer otras consecuencias tanto a nivel psicológico, como problemas de ansiedad, bajo estado de ánimo, alteraciones en los patrones de sueño, aislamiento social por miedo a perder el control en presencia de otras personas, trastorno bipolar o incluso trastorno por consumo de sustancias; como a nivel físico, repercutiendo tanto a nivel digestivo, cardíaco, respiratorio, hepático, incluso causando problemas en las articulaciones y en los músculos y también puede verse alterada la menstruación.

La obesidad es una enfermedad muy grave que conlleva problemas y consecuencias de salud tanto a corto como a largo muy importantes y un alto riesgo de mortalidad, pues cada año, “como mínimo, 2,8 millones de adultos fallecen por las consecuencias de la obesidad sobre la salud” (Bueno., et al, 2022). Esta patología, además de tener una mayor probabilidad de muerte prematura para quienes la padecen, puede desencadenar multitud de complicaciones y consecuencias para la salud, como hipertensión arterial, con el riesgo de padecer accidente cerebrovascular, colesterol alto, complicaciones en el embarazo, alteraciones en la menstruación, alteraciones en determinados tipos de hormonas que tienen una gran actividad metabólica lo que causa problemas de resistencia celular provocando menor intolerancia a la glucosa lo que da lugar a la diabetes tipo II, enfermedades en la vesícula y a nivel cardíaco, problemas digestivos,

ciertos tipos de cánceres (páncreas, colon, esófago, mama), trastornos psicológicos como la depresión o ansiedad, sentimientos de inferioridad, baja autoestima y problemas en el entorno social, mayor riesgo a padecer COVID-19, dolor en las articulaciones, enfermedades respiratorias como la apnea del sueño, disminución de la fertilidad, entre otras (Serrano, 2018; Díaz, 2018; Méndez, 2019; Kaufer y Pérez, 2022). Según muestran la evidencia y diversas investigaciones con respecto a la obesidad, es que se incrementa el riesgo en 5,4 veces la mortalidad total en la vida adulta (Cortez, et al, 2020).

Asimismo, es importante mencionar el estigma, la discriminación, la exclusión, el rechazo y la forma negativa con la que se evalúa a las personas que padecen obesidad, pues resulta ser un obstáculo y tiene consecuencias y repercusiones tanto para su salud física como emocional, dificultando muchos aspectos de la vida de la persona, tanto a la hora de relacionarse, interaccionar e integrarse con los demás, en su bienestar, como a su calidad de vida general. Es por ello por lo que es importante luchar contra el estigma de la obesidad y de los trastornos de salud mental, en este caso en concreto, con respecto al trastorno por atracón, de forma que se trabaje y se promueva una cultura de apoyo y aceptación a todas las personas. Para ello, es necesario educar a la sociedad sobre todas las causas y complicaciones que estas patologías acarrearán, en los que los profesionales de la salud tienen un papel fundamental y fomentar políticas públicas que promuevan tanto la prevención como el tratamiento de estas patologías (Smith, 2018; Escandón- Nagel y Garrido-Rubilar, 2020; Benítez., et al, 2021). Además, no hay que olvidar que la obesidad es un grave problema de salud pública a nivel mundial, entre otras cosas, debido tanto al alto riesgo de mortalidad asociada a esta patología como a los altos costes de recursos tanto para prevenir como para tratar todas aquellas consecuencias y complicaciones derivadas y asociadas directa o indirectamente de esta enfermedad, influyendo además que la calidad de vida de las personas con obesidad es significativamente reducida (Herrera, 2020).

Etiología y factores relacionados con su aparición.

A la hora de hablar de la etiología, resulta complejo hablar de una sola causa en ambas patologías, puesto que se tratan de enfermedades multicausales que surgen de la interacción de diversos factores que en su conjunto, afectan a su desarrollo y predisposición.

Por un lado, según Baile y González (2016), existen tres factores que al interaccionar entre sí contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno por atracón. En primer lugar, los factores predisponentes son aquellos que tienen que ver con el individuo, el entorno social, la familia, lo psicológico, como por ejemplo, algunos modelos educativos, antecedentes o ciertas dinámicas familiares, una baja autoestima, experiencias personales adversas (bullying o abuso) o incluso diferentes rasgos de personalidad como el hecho de ser muy perfeccionista, la inadecuada gestión de las emociones, el impacto que puede tener las redes sociales o el grupo de pares, la presión social para adaptarse y encajar, etc. En segundo lugar, los factores desencadenantes son aquellos que pueden explicar y dar a conocer el posible origen o inicio del trastorno y, además influyen sobre los factores predisponentes, como son las emociones negativas (aburrimiento, irritabilidad, depresión, estrés, ansiedad, soledad), las relaciones sociales negativas o la realización de diferentes dietas, tras muchos fracasos. Y, en tercer lugar, los factores mantenedores son aquellos que tienen que ver con las consecuencias a corto y largo plazo que dichas conductas generan en las personas y se corresponden con reforzadores positivos y negativos que favorecen que esa conducta vuelva a suceder.

Es por ello por lo que es importante comprender el ciclo del atracón, pues nos permite entender el o los motivos por los que una persona tiende a mantener esa conducta a pesar de conocer las consecuencias negativas, puesto que, los reforzadores negativos tienen un papel fundamental en esta conducta, pues es lo que mantiene el atracón. El refuerzo hace referencia al hecho de que debido a las consecuencias que produce la conducta aumenta la probabilidad de que esta vuelva a tener lugar y lo negativo hace referencia a la eliminación de algo, que en este caso, tiene que ver con la eliminación de algo que es desagradable para la persona, por ejemplo, la ansiedad, cualquier emoción negativa o una situación de conflicto. Por tanto, al llevar a cabo un atracón lo que genera es la eliminación de esa ansiedad, lo que favorece un aumento de la probabilidad de emitir la conducta de atracón, por lo que cada vez que el sujeto experimente ansiedad, tienda a utilizar el atracón como forma de gestión emocional. Este círculo vicioso, debido a la insatisfacción que tiene una persona con su cuerpo y con ello, con el deseo de estar delgada, suele comenzar por una restricción, es decir, la persona puede evitar una gran cantidad de alimentos o siguen dietas muy estrictas. El problema de la restricción es que conlleva impulsividad aumento del apetito y sentimientos negativos lo que provoca un aumento de la ansiedad y para aliviar la misma, se pretende reducir a

través de la ingesta de grandes cantidades de comida, de que se lleve a cabo un atracón. Tras el atracón, llegan los sentimientos, pensamientos y emociones negativas de culpa, frustración y aumenta el malestar, dado que lo que sucede es que la persona no se siente capaz de conseguir los objetivos que se ha planteado y se siente incapaz de ejercer el control. El riesgo de esto tiene que ver con que la persona normalmente volverá a la restricción pero de una forma mucho más exigente para volver a sentir ese control, colocando la restricción como una forma de alivio de malestar. Es un ciclo muy peligroso, porque funciona, puesto que el cerebro entiende la alimentación y la relación con la comida como una forma de alivio de la ansiedad, entonces, cuando la persona experimenta ansiedad, el cerebro lanza esta idea del atracón porque anteriormente ha sido útil para aliviar la ansiedad, estableciendo entonces el atracón como parte de un repertorio de conducta alimentaria y de gestión de las emociones (Baile y González, 2016). Cuando se accede a la alimentación desde la búsqueda del placer, se pierde el placer del alimento. En el momento en el que se tiene esta forma de alimentación, el cerebro genera un pico de dopamina muy parecido al que se produce con el de las drogas, es por ello que en muchas investigaciones se ha tratado de asociar la adicción a la comida con este trastorno por las tendencias genéticas y neurobiológicas que llevan a una persona a presentar este trastorno.

Por otro lado, en cuanto a la obesidad, a pesar de que se tiende a pensar que es un problema con la mala alimentación y con la falta de actividad física, y aunque está claro que eso indudablemente influye de forma imperante, esta patología va mucho más allá, pues se trata de una enfermedad crónica en la que se deben tener en cuenta múltiples factores que están relacionados y que tienen una gran influencia en su desarrollo. Estos factores pueden ser tanto genéticos, fisiológicos, psicológicos, como ambientales, puesto que no hay un único causante. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre todas las calorías que se consumen y las que se gastan, es decir, una persona consume mucho más de lo que gasta. Esta concepción de la obesidad es demasiado simplista ya que la obesidad es una patología heterogénea en su origen en el que están implicados los factores antes mencionados entre sí. Cuando se habla o se observa a una persona obesa se la culpa de su patología, se le responsabiliza y culpabiliza de su problema, de su enfermedad, sin embargo, cuando vemos a una persona con cáncer, esto no ocurre, entonces, ¿por qué a una persona con obesidad se la

culpabiliza de su patología? En cualquier caso, la causa no está en la persona, en lo que come o deja de comer o en lo que se mueve o no se mueve, sino que más mucho más allá de lo que se tiende a pensar. La genética es uno de los factores que predisponen a padecer esta patología, pues hay genes que si se expresan, pueden ser un disparador, pero estos tienen que activarse y para ello, influye el entorno condicionando tanto los hábitos como la forma de alimentación. Es más, según manifiesta Quiroga (2017) “se han identificado once genes relacionados con los productos que interactúan en el complejo sistema del comportamiento alimentario, cuya mutación es causa de obesidad extrema, hereditaria, no sindrómica” (p.89). Por ejemplo, la leptina es uno de estos genes que participan en todo lo que tiene que ver en el comportamiento alimentario. De entre las funciones que desempeña, el control del apetito y del peso es una de ellas. Ahora bien, de forma sencilla, lo que ocurre en los individuos con obesidad es que tienen un exceso de leptina dando lugar a una resistencia de esta (no se inhibe el apetito), lo que lleva a una persona a no poder dejar de comer puesto que no se inhibe el apetito una vez que se ha comido, repercutiendo radicalmente sobre el peso (Quintanar y Salinas, 2022). Asimismo, la obesidad también puede tener un origen orgánico, siendo el origen también la genética, en concreto “se han identificado más de 25 causas sindrómicas de obesidad” (Quiroga, 2017, p.89), como por ejemplo el síndrome de Prader-Willi, el de Bardet-Biedl, el síndrome de Cohen o el de Wilson-Turner. Lo que ocurre en estos síndromes es que la obesidad se debe a un aumento de la ingesta calórica, debido a la falta de saciedad, asociada con cambios en alguno de los factores que actúan sobre el hipotálamo para regular la ingesta causada por una alteración en alguno de los cromosomas (Quiroga, 2017). Sin embargo, este tipo de obesidades representa un pequeño porcentaje del total de casos de obesidad, siendo mucho más representativas las causas ambientales, sociales, culturales o económicas (Méndez, 2017). Otros factores relacionados que predisponen a un mayor riesgo de padecer obesidad son los factores que tienen que ver con lo ambiental, como son los hábitos alimentarios, las formas de ocio o los cambios en el estilo de vida de una persona, debido tanto a la modernización como al desarrollo de nuevas tecnologías por todo lo que ello implica, dando lugar a una disminución de la actividad física y por ende a un aumento de peso. También determinadas condiciones económicas y sociales son factores que influyen, pues muchas personas, dada su situación económica y social no se pueden permitir comprar productos frescos, fruta o verdura, optando por productos más económicos y de bajo coste, como son los ultra procesados, influyendo de esta

forma al riesgo de padecer obesidad. (Perachimba., et al, 2022). Asimismo, altos niveles de estrés, no dormir suficientes horas, la toma de ciertos tipos de medicamentos (antidepresivos, píldoras anticonceptivas, antipsicóticos), determinadas alteraciones hormonales (hipotiroidismo, el síndrome de ovario poliquístico o el síndrome de Cushing) son igualmente factores que pueden predisponer, influir o aumentar el riesgo de padecer obesidad (National Heart, Lung and Blood Institute (2022)).

Es por ello por lo que tener en cuenta y valorar todos los factores que pueden interferir e interactuar en ambas patologías es fundamental para poder atender y hacer frente a las mismas de una forma eficiente y con éxito.

El impacto de la pandemia en los trastornos de la conducta alimentaria.

La pandemia provocada por la COVID-19 ha dejado secuelas y consecuencias a todos los niveles, en lo económico, en la sociedad, en el trabajo, hasta en la salud tanto física como mental. Se ha demostrado que la pandemia ha tenido un gran impacto en la salud mental tanto de niños como de adultos, acentuándose sobre todo tipo de patologías, teniendo una gran repercusión y un impacto muy significativo en aquellas personas con obesidad y trastorno por atracón.

Debido a todas las restricciones implementadas y a las medidas de aislamiento y distanciamiento social, las personas se han tenido que adaptar a una nueva forma de vida debido a la importancia de quedarse en casa. Al vivir con tantas emociones, incertidumbre, miedo, ansiedad o estrés y la limitación en cuanto a los recursos de apoyo, tratamiento y actividades a causa de esta situación, ha influido en la forma de manejar de un modo adecuado las propias emociones. Todo ello ha repercutido y contribuido e incluso ha podido influir de forma muy negativa en la vulnerabilidad de las personas con estas patologías, en sus patrones de alimentación y en lo que tiene que ver a la realización de ejercicio físico agravando y empeorando los síntomas del trastorno por atracón y de la obesidad (Carrada., et al, 2021). Es más, a causa de toda esta situación, un alto porcentaje de la población española aumentó de peso y los casos de trastornos de conducta alimentaria también han incrementado de forma alarmante e incluso han empeorado la complejidad de los casos ya diagnosticados y que estaban en tratamiento. Asimismo, debido al aislamiento social junto con el uso de las redes sociales y de la exposición continua a los medios de comunicación se han convertido en

una de las principales herramientas de distracción y en un factor de riesgo para el desarrollo de patologías mentales, por lo que también han repercutido de una forma muy negativa en ambas patologías, sobre todo al hacer un mal uso de las mismas, por el hecho de seguir consejos erróneos sobre dietas restrictivas, consejos nutricionales o comportamientos que tienen que ver con el culto al cuerpo, el estar constantemente comparándose con celebridades, los cánones e ideales de belleza orientados a la delgadez y a los cuerpos musculados, las publicaciones de recetas o rutinas de ejercicio incentivando de esta manera la preocupación, la insatisfacción y la obsesión por la imagen corporal, aumentando de esta forma la vulnerabilidad de las personas a padecer un trastorno de la conducta alimentaria y con ello a un aumento de los síntomas de depresión y ansiedad y también a un aumento de peso (García, 2021; Rivera, 2022).

Abordaje multidisciplinar: papel del psicólogo y demás profesionales implicados

El abordaje para llevar un adecuado tratamiento de ambas patologías, al tratarse de enfermedades multidisciplinarias, en donde intervienen multitud de factores que pueden interactuar entre sí, es muy complejo, sin embargo, lo primero que hay que tener en cuenta es la importancia de una intervención multidisciplinar, además de que sea individualizado para cada paciente y en el que se tenga en cuenta todo el contexto de la persona. Para ello, es importante contar con un equipo de especialistas tanto de psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, endocrinólogos, que trabajen de una forma coordinada, donde cada uno tenga en cuenta y valore los aspectos propios de su especialidad como los de los otros especialistas para que el tratamiento sea el más apropiado e indicado. Asimismo, dado que los trastornos de la conducta alimentaria son muy diversos en cuanto a los diferentes tipos y manifestaciones, los profesionales dedicados al tratamiento de estas patologías deben tener conocimientos especializados donde cada uno lleve a cabo sus funciones y que además sea de una forma coordinada en el que el intercambio de información y la comunicación entre unos y otros se lleve a cabo de forma eficaz y continuada para de esta forma, llevar a cabo un tratamiento lo más adecuado con el paciente en cada caso (Gómez., et al, 2018). Sin embargo, aunque se requiera de este tipo de abordaje, en la práctica no siempre se lleva a cabo, puesto que muchos de los pacientes con obesidad que acuden a consulta para perder peso o debido a las consecuencias que en sí mismas tiene esta enfermedad, el tratamiento únicamente está enfocado en la pérdida de peso llevando a cabo una dieta restrictiva y la realización de actividad física y no se tiene en cuenta otras áreas que pueden ser las que

verdaderamente están repercutiendo y afectando directamente en el desarrollo de esta patología, como es todo lo que tiene que ver con la salud mental. Es por ello por lo que el papel del psicólogo es imprescindible a la hora de poder identificar el trastorno, incluso de conocer todas aquellas causas subyacentes de una persona que han originado y favorecido desembocar en ese punto tan extremo de sufrir obesidad. El objetivo del tratamiento no debería estar enfocado únicamente en la pérdida de peso y en la realización de dietas, sino que hay que valorar y profundizar en qué factores, síntomas, causas y enfermedades están influyendo en el individuo, es decir, es imprescindible hacer un diagnóstico profundo y completo para de esta forma poder comprender el comportamiento de la persona pudiendo determinar qué es lo que hay detrás de cada caso y así favorecer y hacer efectivo un tratamiento que sea lo más conveniente para cada caso en particular (Gómez., et al, 2018). Es más, como bien manifiestan Gómez., et al (2018) “los objetivos del tratamiento en los pacientes con TCA deben ser individualizados, realistas y adaptados al contexto y situación clínica del paciente” siendo los pilares fundamentales la psicoterapia, el soporte médico y el abordaje nutricional” (p.491).

Sin embargo, el estigma social y la creencia de que con dieta, ejercicio físico y fuerza de voluntad con respecto a la obesidad y el trastorno por atracón, son la clave para lograr una pérdida de peso y así, porque como ya se ha visto, las causas no sólo dependen de la persona y culpar y responsabilizar a la persona lo único que provoca es que muchas personas no estén dispuestas a pedir ayuda por la culpa, vergüenza y malestar que todo ello les genera, siendo una barrera muy importante a la hora de buscar apoyo y de recibir un tratamiento, por lo que algo fundamental a la hora de abordar estas patologías es desmitificar esa creencia irracional que se tiene muy arraigada y dejar los prejuicios que se tienen con respecto a estas patologías, siendo la prevención y la promoción de la salud uno de los aspectos clave para conseguir buenos resultados. Todo ello imposibilita que se lleve a cabo un abordaje adecuado y que los pacientes no reciban una atención adecuada por parte de los profesionales de la salud.

El papel de los profesionales de la salud en el abordaje de estas patologías es fundamental, y tiene que ser multidisciplinar y no debe estar centrado ni en el peso ni en un menú estricto, sino más bien basado en una educación nutricional en el que se pierda el miedo a ciertos alimentos dejando que la persona decida qué comer promoviendo de esta manera la adherencia al tratamiento. Además, como ya se ha mencionado, en estos

casos, la psicoterapia tiene un papel fundamental ya que un psicólogo puede ayudar a identificar el papel que juega la alimentación en su vida, ayudando a que aprendan a regular sus emociones y estrés para no enfocar todo el malestar en la comida; mientras que un nutricionista puede fomentar que los pacientes puedan desarrollar una relación sana con la comida, desarrollando hábitos y fomentando el ejercicio físico saludable y trabajando los diferentes obstáculos y dificultades que puede estar teniendo la persona (Baile y González, 2016; Merino, 2020).

Al fin y al cabo que no se lleve a cabo un tratamiento del tipo multidisciplinar puede conllevar a continuas recaídas empeorando todavía más el problema, puesto que desde un primer momento no se ha evaluado adecuadamente el contexto de la persona.

Discusión y conclusiones

El objetivo general del presente trabajo consiste en estudiar la relación entre la obesidad y el trastorno por atracón tratando de indagar, investigar y profundizar acerca del concepto, las características, las consecuencias, factores de riesgo de ambas patologías para de esta forma, promover el conocimiento y sensibilización de estas enfermedades para de esta forma, tratar de prevenirlas y para también llevar un tratamiento lo más adecuado, individualizado y oportuno que requiera en cada caso para cada paciente. Una vez llevada a cabo la revisión de diferentes artículos en relación con estas patologías, es evidente que existe una relación entre el trastorno por atracón y la obesidad, habiendo un alto porcentaje de personas con trastorno por atracón que sufren obesidad, aun así, no hay que pasar por alto aquellas personas que sufren de obesidad que no padecen trastorno por atracón, pues esta patología está influida por otros muchos factores desencadenar.

El trastorno por atracón es un desorden de la conducta alimentaria que se caracteriza por una ingesta compulsiva y una falta de control en la cantidad de alimentos consumidos. Las personas que sufren este desorden alimenticio pueden comer grandes cantidades de alimentos hasta sentirse desagradablemente llenos o comer sin la sensación de hambre. Durante estos episodios suelen comer más rápido de lo normal por lo que tienden a comer en soledad y más tarde se sienten muy disgustados consigo mismo, deprimidos, avergonzados por lo que se vincula con poco control emocional, ansiedad o impulsividad. Uno de los factores de riesgo que es importante tener en cuenta al hablar de este trastorno es la obesidad, por lo que ambas patologías están interrelacionadas y

suponen un problema de salud y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial (Sánchez., et al, 2020)

Actualmente se escucha hablar mucho sobre los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, el trastorno por atracón está muy invisibilizado, tiene muchos mitos y estigmas, al igual que la obesidad, impidiendo que las personas pidan ayuda y que lo hagan a tiempo, que lo hagan sin sentir culpa o vergüenza y que puedan vivir el trastorno desde un lugar más natural y compasivo. Desgraciadamente vivimos en un mundo y en una sociedad en el que se idealizan los cuerpos delgados y esbeltos y en el que estamos siendo constantemente bombardeados por anuncios, publicidad, propaganda con relación a productos o medicamentos para perder peso, publicaciones en las redes sociales distorsionadas y retocadas, ideales de belleza, en los que se da una importancia a la imagen corporal, creando mucha presión y expectativas engañosas a las personas. Todo ello genera e influye en la percepción de las personas en lo que respecta a su cuerpo, repercutiendo e impactando de una forma muy negativa.

No debemos juzgar a nadie por su peso porque no conocemos las causas que han llevado a esa persona a padecer obesidad y cómo eso le puede estar afectando tanto física como psicológicamente. Es por ello por lo que es importante conocer los hábitos del paciente en cuanto a su comportamiento alimentario, por ejemplo, en qué momento se presentan los atracones y ante qué situaciones o emociones son más probables que se den. Una de las recomendaciones sería trabajar con el paciente en que lleve a cabo un registro de sus alimentos basado en sus emociones y así ayudarle a poner límites y a que identifique qué momentos pueden ser de riesgo para que lleve a cabo la conducta de atracón.

Es innegable que a todos y cada uno de nosotros nos preocupa la estética y encajar en esta sociedad, tenemos complejos con los que lidiar cada día y la mayoría de las personas no se sienten a gusto con su cuerpo. Por todo ello es importante que estas patologías son muy complejas y multifactoriales y no tiene nada que ver con que las personas no tengan fuerza de voluntad o les falte autocontrol, es mucho más complicado que esa convicción que se tiene en torno a estas enfermedades. Para poder abordar de una manera adecuada y poder frenar los datos que van en aumento, es necesario que la sociedad adopte una mirada compasiva, empática y apoye a estas personas para poder fomentar su salud, bienestar y calidad de vida con un tratamiento adecuado, eficaz y personalizado. Para ello, desempeña una función fundamental hacer efectivo un plan

que priorice la educación en el que se sensibilice, conciencie e impulse la aceptación e inclusión en las que todas las personas, independientemente de su peso, de forma que sean respetadas y tratadas con dignidad. Además, en este sentido, aunque poco a poco está teniendo su impacto, el sector de la moda debe seguir promoviendo y fomentar tanto la inclusión, aceptación y la publicación de todos los cuerpos independientemente de su tamaño, forma o color

Me gustaría terminar con esta frase que dijo Ibai Llanos (un streamer) en The Wild Projet, un podcast de Jordi Wild, que representa muy bien lo que quiero reflejar con este trabajo "Adelgazar es más difícil de lo que parece. Peleas contra tus inseguridades, contra el espejo, los dolores, los comentarios de la gente y a veces no es fácil tío". "Hay mucha gente que lo pasa mal mirándose al espejo y yendo al gimnasio".

Referencias

- Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatric*, 35(2):57-67. DOI: 10.1007/s40211-020-00346-w
- Alebuena, D., Andrada, J., Larrondo, M. E., Saporiti, D., & Belén, L. (2016). Trastorno por atracón en mujeres adultas.
- American psychiatric association. Trastorno de atracones. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Ed. Panamericana. 2013. p. 194-195
- Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, et al. Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016;69(6):579–587
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68(7):724-731
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Ed. Washington: APA; 2014.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013 (p.194-195).
- Bacete, S., Felix, M. P., Banzo, C., Ugalde, B., Rincon, M. G. y Quintero, J. (2019). Obesidad, ¿es un trastorno mental?. *Bariátrica & Metabólica Iberoamericana*, 9(2)
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*, 142(1), 128-129.
- Baile, J. I. y González, M. J. (2016). *Trastorno por atracón. Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.

- Benítez Brito, N., Pérez-López, A., Camacho-López, S., Fernández-Villa, T., Petermann-Rocha, F., Valera-Gran, D., ... & Navarrete Muñoz, E. M. (2021). Estigmatización de la obesidad: un problema a erradicar. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(1), 5-7.
- Bueno, S., Arnaudas, S., Candala, A., Oriol, R., Cegoñino, E., Giral, E., y Gracia, M. (septiembre, 2022). Epidemiología de la obesidad en España. *Revista Sanitaria de Investigación*. Disponible en:
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/epidemiologia-de-la-obesidad-en-espana/>
- Cabrera Ojeda, S.B. (2022). Las complicaciones médicas del trastorno alimenticio por atracones en “Los panecitos de san Nicolás». *El Palma De La Juventud*, 4(4), 203–219 <https://doi.org/10.31381/epdlj.v4i4.4881>
- Cañizares, F. (junio, 2022). El tremendo peso de la obesidad en España. *El País*. Disponible en <https://elpais.com/sociedad/el-peso-de-la-salud/2022-06-23/el-tremendo-peso-de-la-obesidad-en-espana.html>
- Carrada, L., Roncero, M., & Alcántara, A. I. (2021). Impact of COVID-19 on binge eating disorder and obesity. *Nutrients*, 13(4), 1255. doi: 10.3390/nu13041255.
- Carvajal, D. P., Mezones, T. N. P., Delgado, K. P., & Pincay, Y. D. (2022). Obesidad como factor desencadenante de comorbilidad. *MQRInvestigar*, 6(3), 1259-1279
- Centro de Nutrición y Obesidad. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Adulto. Trastorno por Atracón o Binge Eating Disorder (BED). Clínica Las Condes [homepage en Internet]; 2015 [citado 22 de febrero de 2023]. Disponible en:
<http://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Nutricion/Trastornos-de-la-conducta-alimentaria/Trastorno-por-Atracon-o-Binge-Eating-Disorder-%28BED.aspx>
- Centro Tiban (2021). Formación en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad.
- Cortez, E. A. G., Ríos, E. D. S. G., & Reyes, E. L. (2020). Definición de obesidad: más allá del índice de masa corporal. *Revista Médica Vallejana*, 9(1), 61-64.

- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.
- de la Torre, M. L., Bellido, D., Monereo, S., Lecube, A., Sánchez, E., & Tinahones, F. J. (2020). Ganancia de peso durante el confinamiento por la COVID-19; encuesta de la Sociedad Española de Obesidad. *BMI*, 10(2), 2774-2781.
- Delgado, A. F., & Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 1(2), 71- 80.
- Díaz BYO, Torres VY, Despaigne PC, et al. La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud. *RIC*. 2018;97(3):680-690.
- Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE-MSCBS. INE (Instituto Nacional de Estadística). Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020. Disponible en https://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf.
- Escandón-Nagel N. (2016). Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutrición hospitalaria*, 33(6), 1470–1476. <https://doi.org/10.20960/nh.428>
- Escandón-Nagel, N. y Garrido-Rubilar, G. (2020). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(4), 108-115. Disponible en: <http://doi.org/10.12873/404escandon>
- Foraster, L. (2021). Los trastornos alimentarios se disparan durante la pandemia. *El País*. Recuperado de: <https://elpais.com/sociedad/salud/2021-10-18/los-trastornos-alimentarios-se-disparan-durante-la-pandemia.html>
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 893-900.
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. Binge eating disorder in the DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría*, (110), 70-74.
- García, M. (3 de enero de 2021). La pandemia del COVID dispara los casos de anorexia y bulimia. Redacción Médica. Recuperado el 3 de abril de 2023 de

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/covid-pandemiadispara-casos-anorexia-bulimia--7162>

- Gempeler Rueda, J., (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (2), 242-250.
- Gissela Betsaide, P. C. (2021). *Caracterización del trastorno por atracón y calidad de vida en pacientes con obesidad* (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo)
- Gómez Candela, C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., & Martín Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE1), 49-97.
- Gómez-Pérez, D., S Ortiz, M., & L Saiz, J. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1160-1164.
- Hernández, J., y Ledón, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1-15.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532018000200009
- Herrera, J. T. G. (2020). Causas y consecuencias sistémicas de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Educação e Humanidades*, 1(2, jul-dez), 157-179.
- International Obesity Task Force (IOTF). Consultado el 25 de enero de 2023.
Disponible en: <https://www.worldobesity.org/>
- Kaufer-Horwitz, M., & Pérez Hernández, J. F. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina*, 10(26), 147-175.
- Marina (2022, noviembre). Trastorno por atracón: qué es y tratamiento. Somos Estupendas [episodio de podcast, 103].

<https://open.spotify.com/episode/1L90WmmWTWPb7ZO3VHSZFu?si=90bc835bfe614737>

- Martos-Moreno. (2018). Assessment of obesity in children and adolescents. *J Clin Res Pediatr*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5718657&pid=S1870-3925201300020000600026&lng=es
- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X., & Bulik, C. M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite* <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.03.005>
- Méndez, A (17 octubre, 2019). ¿Es la obesidad un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? *Cómete el mundo*.
- Merino, M (23 septiembre, 2020). Comiendo con María (Nutrición). Episodio de podcast 840. Tratamiento de la obesidad.
- Milione, H. (2022). La Obesidad es una Enfermedad. *Revista Argentina de Medicina*, 10(1).
- Monje Valverde, F., & García Navarro, D. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EL TRASTORNO DE ATRACONES Y OBESIDAD.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Morillo, H., & Campayo, J. G. (2017). Alimentación consciente. *Psicosomática y Psiquiatría*, (2).
- National Heart, Lung and Blood Institute. (24 marzo, 2022). Sobre peso y Obesidad. Causas y factores de riesgo. *NIH*. Disponible en <https://www.nhlbi.nih.gov/health/overweight-and-obesity/causes>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pasca, A. J., & Montero, J. C. (2014). El corazón del obeso.
- Perachimba Carvajal, D., Palma Mezones, T. N., Pincay Delgado, K., & Duran Pincay, Y. (2022). Obesidad como factor desencadenante de comorbilidad. *MQR Investigar*, 6(3), 1259–1279. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.6.3.2022.1259-1279>

- Quiroga-de Michelena, M. I. (2017, April). Obesidad y genética. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 2, pp. 192-195). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Redondo, F. J. M., Brito, N. B., Robayna, B. P., Fariña, Y. R., & Flores, C. D. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 23(1), 130-131.
- Rivera, A (28 diciembre, 2022). Cómo las redes sociales están trayendo de vuelta la delgadez extrema de los años 90. *Compromiso Atresmedia*. Recuperado de https://compromiso.atresmedia.com/levanta-la-cabeza/lineas-accion/cambios-habitos/como-redes-sociales-estan-trayendo-vuelta-delgadez-extrema-anos-90_2022122863ac9147e6e6b80001ce446e.html
- Rodríguez Artalejo, F. (2011). Epidemiología de la obesidad en España: Estudio ENRICA. *V Convención NAOS. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en red Epidemiología y Salud Pública*.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., Moreno, B., & de la SEEDO, G. C. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica*, 128(5), 184-196. DOI: 10.1016/S0025-7753(07)72531-9
- Sánchez, A., Martínez, M. P., Roncero, M., & Alcántara, A. I. (2020). Binge eating disorder and obesity: A complex relationship. *Nutrients*, 12(8), 2293. doi: 10.3390/nu12082293.
- Serrano, J. A. (2018). La obesidad infantil y juvenil. *Quaderns de polítiques familiars*.
- Smith, J. (2018). El estigma de la obesidad: consecuencias para la salud y el bienestar. *Revista de Psicología de la Salud*, 24(2), 45-67.
- Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (2021). Disponible en https://www.seco.org/Portal-de-noticias_es_-1.html
- Somos estupendas. Disponible en <https://somosestupendas.com/profesionales/#encuentros>
- Thomas, J. J., Mickley, D. W., Derenne, F. J. L., Klibanski, F. A., Murray, H. B., & Eddy, K. T. Puntos clave Incidencia. Los trastornos de la conducta alimentaria

son prevalentes en mujeres jóvenes, pero pueden aparecer en distintas edades y poblaciones. Epidemiología.

- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Vital, S. L. (2020). El hambre emocional y su relación con el sobrepeso y la obesidad. *Psic-Obesidad*, 10(37), 18-26.
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
- World Health Organization. (2022). *WHO European regional obesity report 2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Youdim, A (2021). Obesidad. Manual Consulting Version (MSD). Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/obesidad-y-s%C3%ADndrome-metab%C3%B3lico/obesidad>