

Identificación y consecuencias de la edorexia

Identification and consequences of binge eating disorder

José Hernández Rodríguez¹
Loraine Ledón Llanes²
Jorge Mendoza Choquetilla¹

¹ Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

² Instituto de Neurología y Neurocirugía. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: Mediante la comprensión de los procesos biopsicosociales que subyacen a la ingesta excesiva de alimentos, se desea encontrar la solución a la epidemia de la obesidad. La edorexia constituye un síndrome psicológico en el que las personas que lo presentan tienen un apetito desproporcionado y excesivo. El diagnóstico diferencial de la edorexia se debe hacer con algunos de los trastornos de la conducta alimentaria y la hiperfagia inducida por fármacos.

Objetivo: Realizar una breve revisión sobre la edorexia, sus aspectos conceptuales, algunas dimensiones con las que se relaciona, y su repercusión en la salud del ser humano.

Método: Se utilizó como buscador de información científica Google Académico. Se emplearon como palabras clave: edorexia, trastornos de la conducta alimentaria, obesidad. Fueron evaluados artículos de revisión e investigación que, en general, tenían menos de 10 años de publicados. La búsqueda se realizó en idioma español, portugués e inglés. Los artículos seleccionados están indexados en diferentes bases de datos (PubMed, LILACS, Cochrane y SciELO), así como páginas web. Fueron excluidos aquellos que no cumplieron con los objetivos y criterios enunciados, lo que permitió el estudio de 60 documentos, de los cuales, 33 fueron referenciados.

Conclusiones: Edorexia, o "comer por apetito", enfatiza las conductas problemáticas asociadas a la obesidad, y se compone de 4 elementos fundamentales: la dependencia, la evitación, el componente emocional y el déficit de bienestar

psicológico. Es causa de frecuentes secuelas físicas y psicológicas. Se debe prevenir e identificar precozmente, para realizar su adecuado tratamiento y así evitar la afectación de la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: edorexia; trastornos de la conducta alimentaria; obesidad.

ABSTRACT

Introduction: A solution to the obesity epidemic is intended to be found by understanding the biopsychosocial processes underlying excessive food intake. Binge eating disorder (BED) is a psychological syndrome in which sufferers have excessive, disproportionate appetite. A differential diagnosis should be made between binge eating disorder and other eating disorders as well as drug-induced hyperphagia.

Objective: Conduct a brief review about binge eating disorder, its conceptual aspects, some dimensions with which it relates, and its impact on human health.

Method: Scientific information was obtained from the search engine Google Scholar using the key words binge eating disorder, eating disorders and obesity. Most of the reviews and research studies evaluated had been published in the past 10 years. The search was conducted in Spanish, Portuguese and English. The papers selected were indexed on various databases (PubMed, LILACS, Cochrane, SciELO) and webpages. After excluding papers not meeting the stated aims and criteria, the sample was composed of 60 documents of which 33 were referenced.

Conclusions: Binge eating disorder, aka compulsive overeating, enhances the problem behavior associated to obesity, and consists of 4 main elements: dependence, avoidance, the emotional component and psychological well-being deficit. On the other hand, it is the cause of frequent physical and psychological disorders. Early prevention and identification as well as indication of the appropriate treatment are all fundamental so that the quality of life of patients is not affected.

Keywords: binge eating disorder; eating disorders; obesity.

INTRODUCCIÓN

Aunque la anorexia nerviosa (AN), la bulimia (BL) y el trastorno por "atacón" (TPA) son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) más conocidos y estudiados por su frecuencia¹ y repercusión en el estado de salud de las personas que las padecen, existen otros trastornos que son dignos de ser estudiados por sus consecuencias psicoemocionales, orgánicas y psicosociales, entre ellos, la edorexia (ED).

Mediante la comprensión de los procesos biopsicosociales que subyacen a la ingesta excesiva de alimentos, se desea encontrar la solución a la epidemia de la obesidad (OB), lo cual se reconoce como especialmente complejo debido a la multifactorialidad de su etiología, y a la consideración de que la sobrealimentación o el exceso de adiposidad causan la emergencia de procesos que mantienen la sobrealimentación.² Todo ello ha despertado un interesante debate, pues algunos expertos del campo de la psicología opinan que la comida pudiera considerarse una

sustancia tóxica, cuya adicción y abuso, provocaría un exceso de peso.³ En consecuencia, se puede entender la OB como un problema de control de estímulos.

⁴ No obstante, algunos investigadores describen la existencia de personas con diagnóstico de adicción a la comida, que se encuentran en estado de normopeso e, incluso, presentan un peso insuficiente.⁵

El parecido entre los síntomas alimentarios de los TCA y los síntomas expresados por individuos con trastornos de uso de sustancias, pudiera reflejar el involucramiento de sistemas neurales similares, incluyendo aquellos implicados en el autocontrol regulatorio y la gratificación; sin embargo, la relativa contribución de factores diferentes y compartidos en ambas problemáticas, aún permanece insuficientemente comprendida.⁶ *Corwin et al.*⁷ vinculan la posibilidad de atribuir el desencadenamiento de la adicción a cualquier alimento en condiciones específicas, por ejemplo, la experiencia y el consumo repetitivo.

Un estudio realizado por el Centro de Investigación Nacional del Consumidor de Estados Unidos, en el que se entrevistaron más de 1 300 psicólogos que tratan las dificultades de las personas para perder peso, arrojó como la principal barrera para lograr esta meta el "comer emocional" (43 %).⁸ El 92 % de los entrevistados opinó que cuando existe un aumento de peso también subyace algún problema emocional, de modo que plantearon que la clave para lograr con más probabilidad el objetivo propuesto es conseguir un mayor autocontrol sobre las conductas y las emociones relacionadas con la alimentación.⁸

Dentro de este amplio contexto, la ED constituye un síndrome psicológico desconocido por gran parte de la población, incluso por quien la padece. Las personas que lo presentan tienen un apetito desproporcionado y excesivo, al ser incapaces de autocontrolar el deseo por comer,⁹ lo que puede desembocar en problemas de ganancia ponderal, a pesar de la visión negativa que los edoréxicos tienden de la OB, al realizar un consumo excesivo de alimentos poco calóricos, los que, al final, pueden inducir el temido aumento de peso.

Para *López Morales et al.*, el apetito excesivo debido al déficit de control es la verdadera causa de la OB, lo cual ubica a la ED como un asunto de salud central.¹⁰ Por la importancia que representa identificar este proceso nosológico de forma precoz, el propósito de este trabajo es realizar una breve revisión sobre la ED y sus aspectos conceptuales, algunas dimensiones con las que se relaciona, y su repercusión en la salud del ser humano.

MÉTODOS

Fueron evaluados artículos de revisión e investigación provenientes de diferentes bases de datos (PubMed, LILACS, Cochrane y SciELO, así como páginas web). Se utilizó como motor de búsqueda a Google Académico. Las palabras claves empleadas fueron: edorexia, trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Se incluyeron artículos que en general, tenían menos de 10 años de publicados, en idioma español, portugués o inglés. Fueron excluidos aquellos que no cumplieron con los objetivos y criterios enunciados, lo cual permitió referenciar 33 de los 60 artículos revisados.

RESULTADOS

La ED resulta de la combinación de los vocablos edo y orexis, que significan "comer" y "apetito", respectivamente. Es un término muy sugerente interpretado como "comer por apetito".¹⁰

La ED, reconocida por algunos¹¹ como síndrome de ED, se considera un problema de salud mental, causante de hábitos nutricionales inadecuados y de dificultades para establecer hábitos saludables,¹² que involucra la situación de algunas personas que sienten un impulso incontrolable de comer -que no tiene relación con las demandas reales del organismo en cada momento- o de evitar algunos alimentos, aunque no pueden controlar la ingesta de estos.

La ED es un síndrome o trastorno que ha suscitado reciente interés en autores e investigadores, sobre todo, del campo de la Psicología y la Nutrición, aunque todavía no ha sido incluido dentro del Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales en su última edición (DSM-V, por sus siglas en inglés).⁶ No obstante, resulta de gran relevancia considerar y comprender esta entidad, la cual se expresa en un consumo o absorción alterada de la comida, y en deterioro de la salud física o del funcionamiento psicosocial.⁶

Si se considera el modelo integrador, comprensivo y multidisciplinar de la OB, que destaca como aspectos centrales en su desarrollo y mantenimiento a los hábitos adquiridos, el apetito y las pautas de comportamiento asociadas a la ingesta, la ED como concepto, adquiere aún mayor relevancia.³

Puede considerarse como funcional comer ocasionalmente en relación con los estados emocionales como la tristeza y la ansiedad, por ejemplo; o tener preferencias por ciertos alimentos (como aquellos con alto contenido calórico), sin olvidar que el apetito tiene un objetivo biológico y homeostático. El problema de la ED comienza cuando el apetito y su expresión en conductas alimentarias y estados psicoemocionales provoca limitaciones y problemas de salud.¹¹

¿Por qué se presenta la ED?

La ED engloba los factores y conductas relacionados con la alimentación por apetito, que provocan, por sí mismas, un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y que puede eventualmente conducir a sobrepeso o a la OB.^{3,10}

En este caso, el apetito estimula las conductas de riesgo, y establece los distintos aspectos o componentes que predominan e integran algunos casos de OB: el apetito por distrés, por depresión o ansiedad y por adicción a la comida. Se concibe la ED como un trastorno en el que el aprendizaje es fundamental.^{3,10} El déficit de control, presente en este caso, resulta ser semejante a un problema de control de impulsos,¹² en vez de una dependencia a una sustancia presente en un alimento determinado.¹⁰

La ansiedad, la depresión e, incluso, la adicción a la comida, pueden contribuir al aumento del apetito. Se ha afirmado que factores medioambientales, como el alto nivel de distrés crónico, afecta la elección de alimentos y la conducta alimentaria a través de la modificación del control conductual.

El síndrome de edorexia se relaciona con una disminución de estabilidad emocional, control emocional y reevaluación positiva, así como con un aumento de la

aceptación y resignación. Además, los individuos con este síndrome se relacionan con la realización de dietas, privación de alimentos, realización de actividad física y el consumo sin necesidad.¹²

Existe una gran variedad de respuestas ante las situaciones en las que vive una persona. El hecho que decida ingerir más alimentos es consecuencia de la dimensión cognitivo-social en la que se desarrolla el individuo, y constituye uno de los mecanismos de acción por el cual la sociedad influye en la conducta alimentaria.¹³

¿Qué elementos nos permite hacer el diagnóstico del síndrome de ED?

- La detección de ciertas alteraciones psicosociales y de los componentes del síndrome (anexo 1) permite hacer el diagnóstico de ED. Resulta importante realizar una evaluación psicológica para el diagnóstico y diferenciación según sus tipos de gravedad:
- Leve, no presenta alteraciones psicosociales.
- Moderada, presenta alteraciones psicosociales.
- Grave, presenta alteraciones psicosociales y los 4 componentes que aparecen señalados en el cuadro.

También se debe tener en cuenta el número y dimensiones predominantes en el cuadro clínico del paciente: evitación, dependencia, déficit de bienestar psicológico y componente emocional,¹¹ lo cual permite tener una idea más exacta de la magnitud del problema. Las dimensiones descritas están presentes en todos los individuos y constituyen respuestas adaptativas cuando facilitan la supervivencia.¹³

Diagnóstico diferencial de la ED

Es importante poder establecer el diagnóstico diferencial entre la ED y los TCA, estos últimos son enfermedades psiquiátricas, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos, generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo,¹⁴ y que pueden compartir algunos síntomas, signos y consecuencias comunes con la ED, entre los que se señalan:

- AN: La AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo. El individuo rechaza mantener un peso superior al peso saludable para su altura, lo que motiva la adopción de medidas inadecuadas para prevenir el aumento de peso. Ocasionalmente se ha observado que la AN puede estar asociada a atracones de comida y/o conductas purgativas, por lo que se reconoce como AN del tipo bulímico.^{14,15}
En el periodo en el que predomina el exceso de ingesta pudiera confundirse con los TCA; sin embargo, en la ED no existe una distorsión de la imagen corporal, aunque frecuentemente existe aumento de peso. No obstante, debe señalarse que, en el síndrome de ED, al igual que en la AN, puede haber miedo a engordar, y las personas pueden emplear el deporte para contrarrestar la OB, así como realizar restricciones calóricas, pero no realizan purgas -como se observa en la AN- para de esta forma evitar el aumento de peso.¹⁶
- BL nerviosa: En ambos casos -BL y ED- se produce una sobrealimentación con episodios de ingesta compulsiva; sin embargo, la diferencia se encuentra en el volumen y frecuencia de los episodios. Los individuos con síndrome de ED no tienen episodios de "atracon" o de ingesta compulsiva, sino un consumo excesivo, caracterizado por comer pequeñas cantidades de alimento frecuentemente (sin llegar a ser un "atracon"), o una ingesta

excesiva de raciones. Por otro lado, no se producen purgas en los casos de ED, lo cual sí se ve en la BL.¹⁶

- Trastorno por "atracón": En el TPA la persona afectada come frecuentemente grandes cantidades de comida, más allá del punto en el que tienen sensación de plenitud, y a la vez pierden el control sobre su forma de comer. Estas personas se alimentan de forma compulsiva, con una frecuencia de atracones más de 3 veces por semana durante 6 meses o más, a pesar de que existen otros criterios referidos a la frecuencia, lo que resulta en un aumento de peso, sin emplear conductas para "compensar" el exceso de alimentación.^{17,18,19,20}

El diagnóstico diferencial se establece debido a que en la ED el individuo siempre tiene hambre, por lo que come frecuentemente, no alcanza la sensación de plenitud, pero no existe un episodio real de "atracón" o de ingesta compulsiva. Además, no todos los pacientes con ED son obesos, lo que sí sucede generalmente con los que padecen TPA.

- Ortorexia: En la ortorexia se restringen los alimentos por su calidad, mientras que los individuos con síndrome de ED tienen restricciones con ciertos tipos de alimentos para controlar la ingesta excesiva de calorías, de ahí que puedan exagerar la ingesta de alimentos poco calóricos, y así tratar de evitar la OB. Además, en la ED, no se produce ningún ritual o patrón de comportamiento en la elaboración o en la presentación de los alimentos, tal y como ocurre en la ortorexia.¹⁶
- Hiperfagia como consecuencia de diversos tratamientos farmacológicos: En este caso se encuentran personas que usan antihistamínicos, corticoides, tiazolidindionas, algunos psicofármacos, sulfonilureas, insulina, entre otros.^{21,22,23,24} El antecedente recogido en la historia de la enfermedad actual de la ingestión de dichos productos hace sospechar esta posibilidad, así como la disminución y/o normalización del apetito al suspenderlos confirma dicha presunción.

¿Qué consecuencias tiene el Síndrome de ED?

Las personas con síndrome de ED frecuentemente se caracterizan por tener secuelas físicas en forma de exceso de peso (sobrepeso u OB); sin embargo, también se pueden presentar secuelas psicológicas, tanto en la población obesa/con sobrepeso, como en la población en un estado de delgadez/normopeso. Algunas de estas alteraciones son: ¹¹

- Pérdida de control ante alimentos
- aislamiento, evitación de eventos sociales;
- ansiedad;
- distrés;
- anhedonia;
- alteración en el estado de ánimo;
- alteración en la memoria y en la concentración;
- alteración en el sueño;
- obsesiones sobre los alimentos y la alimentación; y
- disminución del rendimiento laboral.

La OB como consecuencia de la ED

Los mecanismos involucrados en los patrones de consumo alimentario que pueden conducir a sobrepeso y OB son complejos, diversos, multifactoriales y de carácter

biopsicosocial. En este sentido, deben ser considerados aspectos como los hábitos y estilos de vida que se promueven en diferentes contextos sociales, los valores que se reproducen desde distintas culturas, los procesos de mercadeo, publicidad y globalización de productos y los estilos de alimentación. Igualmente, otros mecanismos involucrados serían la reproducción de significados de salud, que en algunos contextos igualan la ganancia de peso, la robustez y la ingestión indiscriminada y no regulada de alimentos, o todo lo contrario, a definiciones de ser sano/a.

Para que un individuo gane peso de forma exógena es necesaria la existencia de ciertos elementos.^{10,19} Desde una perspectiva multidisciplinaria, aunque discutible, la OB se entiende como una consecuencia de un apetito desproporcionado y descontrolado que conlleva a una sobrealimentación y a la posterior acumulación de grasa. Por tanto, la incapacidad de control de estos impulsos puede determinar el exceso alimentario y la propia OB,¹⁶ la cual es una enfermedad crónica, fruto de la interacción entre el genotipo y el ambiente, y donde intervienen factores fisiológicos y conductuales que varían en los individuos.^{6,25}

En países desarrollados la OB afecta a un gran porcentaje de la población, en todas las edades, condiciones sociales y ambos sexos. Su prevalencia ha aumentado y continúa aumentando alarmantemente, sobre todo, en países de economía en transición, hasta adquirir proporciones epidémicas.^{3,26,27}

Aunque la OB no se considera en sí misma como un trastorno mental, existen fuertes lazos de ella con la salud mental. Las investigaciones han mostrado robustas asociaciones entre la OB y los trastornos mentales, como el TPA, los trastornos depresivos, bipolares y la esquizofrenia.⁵ Los efectos secundarios de varios medicamentos psicotrópicos contribuyen de forma importante al desarrollo de la OB, y ella, a su vez, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales, como la depresión.⁵

El modelo integrador de la OB destaca el apetito como el principal problema, así como el equilibrio entre los factores que intervienen, entre ellos: el aporte calórico (asimilación de energía), el gasto energético (incluye el gasto metabólico), el mecanismo homeostático energético (regulador del peso corporal, integrado por el hipotálamo y el sistema límbico) y la vulnerabilidad genética (predisposición a la acumulación de grasa).^{10,12,25}

El comer por apetito y el déficit de control sería uno de los problemas presentes en la sociedad y en las diferentes facetas de la vida de los individuos, que desencadenan el exceso de peso.^{10,12} Ello refuerza la relevancia de considerar los comportamientos de riesgo para la OB, tales como: el alto consumo de alimentos, la falta de actividad física, las situaciones distresantes¹² y, también, la presencia del síndrome de ED como un factor esencial (aunque no único o definitorio),¹⁰ por las vulnerabilidades que representa para la salud física, mental y la expresión social.

No se deben soslayar las políticas de salud y de alimentación de contextos, países y regiones: la alimentación no es un asunto meramente de elección individual, también se vincula con accesos, economías, disponibilidades y oportunidades; y en este sentido, la existencia de programas y políticas de planificación alimentaria a corto, mediano y largo plazo, y la existencia, en especial de programas contextualizados de promoción de alimentación saludable, de actividad física y deporte, y de salud mental, realmente posibles y sostenibles, que resultan vitales en este campo.

La OB y sus implicaciones para la salud

Los aspectos psicológicos presentes en la OB, y en particular algunos de sus componentes (ansiedad, depresión, distrés o adicción a la comida), promueven el exceso de peso,¹⁰ el cual constituye un serio problema de salud, por ser frecuente, creciente y por aumentar la morbilidad y mortalidad de aquellos que lo padecen. Además, desde el punto de vista social, la OB aumenta los costos sanitarios y afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes.^{28,29}

El tejido adiposo no solo actúa como almacén de moléculas grasas, sino que sintetiza y libera a la sangre numerosas hormonas relacionadas con el metabolismo de principios inmediatos y la regulación de la ingesta. Asimismo, la OB se asocia a numerosos factores de riesgo cardiovasculares, como: dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, marcadores inflamatorios, así como un estado protrombótico.³⁰

La morbilidad y mortalidad asociada a la OB es motivo de estudio por la comunidad científica, debido a su repercusión en la salud. La pérdida de peso puede evitar la progresión de muchas de sus consecuencias, las cuales aparecen en el anexo 2.^{27,31,32,33} Prevenir el desarrollo de la ED, identificarla y tratarla precozmente, repercutirá positivamente en la salud y en la calidad de vida.

En conclusión, ED o "comer por apetito", enfatiza las conductas problemáticas asociadas a la obesidad y se compone de 4 elementos fundamentales: la dependencia, la evitación, el componente emocional y el déficit de bienestar psicológico. Es causa frecuente de secuelas físicas y psicológicas, por este motivo se debe prevenir e identificar precozmente, para realizar su adecuado tratamiento y así evitar la afectación de la calidad de vida del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 2012;35(6):483-90.
2. Yokum S, Stice E. Cognitive regulation of food craving: effects of three cognitive reappraisal strategies on neural response to palatable foods. *International Journal of Obesity*. 2013;37(12):1565-70.
3. López JL, Garcés de los Fayos EJ. Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*. 2012;27(6):1810-6.
4. Demos KE, Heatherton TF, Kelley WM. Individual differences in nucleus accumbens activity to food and sexual images predict weight gain and sexual behavior. *J Neurosci* 2012;32:5549-52.

5. Pelchat M. Food addiction in humans. *The Journal of Nutrition*. 2009;139(3):620-2.
6. American Psychiatric Association. Feeding and Eating disorders. En: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 329-54.
7. Corwin RL, Grigson PS. Symposium overview. Food addiction: Fact of fiction? *The Journal of Nutrition*. 2009;139(3):1S-3S.
8. Consejo General de la Psicología de España. Según un estudio, las emociones son el principal obstáculo para la pérdida de peso [homepage en Internet]; Infocop online, 2013 [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4397
9. Europa Press. Investigadores de la UMU descubren un trastorno psicológico de la alimentación derivado del apetito "excesivo" [homepage en Internet]; 2015 [citado 3 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.europapress.es/murcia/noticia-investigadores-umu-descubren-trastorno-psicologico-alimentacion-derivado-apetito-excesivo-20130511121513.html>
10. López JL, Garcés EJ. Edorexia y deporte: Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *CPD*. 2012;12(1):139-42.
11. López JL, Garcés EJ. Síndrome de edorexia: evaluación y diagnóstico. *Salud Pública de México*. 2014;56(3):242-3.
12. López JL. Análisis del comportamiento alimentario y sus factores psicológicos en población universitaria no obesa. *Anales de Psicología*. 2018;34(1):1-6.
13. López JL. Síndrome de Edorexia: Definición y análisis de variables psicosociales asociadas. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos [homepage en Internet]; Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, 2013 [citado 4 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/36678/1/S%C3%ADndrome%20de%20Edorexia.pdf>
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. p. 866.
15. Herpertz B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18(1):31-47.
16. Hollmann M, Pleger B, Villringer A, Horstmann A. Brain imaging in the context of food perception and eating. *Current Opinion Lipidol*. 2013;24(1):18-24.
17. Centro de información de salud de la Cleveland. El Trastorno por Atracón [homepage en Internet]; The Cleveland Clinic, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/doc/s12249.pdf>
18. CAT-Barcelona. ¿Qué es el trastorno por atracón? Adicciones y Problemas Psíquicos [homepage en Internet]; Centro de asistencia médica de Barcelona, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-trastorno-por-atracon>

19. Centro de Psicología y Psicoterapia. Obesidad y Trastorno por Atracón [homepage en Internet]; Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://psicologiaypsicoterapia.com/obesidad-y-trastorno-por-atracon/>
20. Centro de Nutrición y Obesidad. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Adulto. Trastorno por Atracón o Binge Eating Disorder (BED) [homepage en Internet]; Clínica Las Condes, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. 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>
21. Sánchez AJ. Psicofarmacología de la depresión. [homepage en Internet]; CM de Psicobioquímica, 2013 [citado 30 de agosto de 2015]:. 2:37-51. Disponible en: http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/04.pdf
22. Núñez VJ, Vargas EA, Sánchez J, Jaramillo E, Martínez J, Nava A. Nociones sobre fisiología del apetito. *Apetito y hambre. El residente*. 2014;9(1):15-9.
23. Pinson E. Obesidad en Pediatría. *CCAP*. 2013;7(3):37-51.
24. Kellermann V. Farmacoterapia oral para el manejo de diabetes mellitus en el embarazo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2012;69(602):219-24.
25. López JL, Garcés EJ. Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Psicología del Deporte*. 2012;12(1),139-142.
26. OMS. Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria-estudio. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2015:365-8.
27. OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311 [homepage en Internet]; 2015 [citado 11 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
28. OMS. Datos y cifras sobre obesidad infantil [homepage en Internet]; 2015 [citado 9 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
29. Atalah E. Epidemiología de la obesidad en Chile. *Rev Med Clin Condes*. 2012;23(2):117-23.
30. Zugasti A, Moreno B. Obesidad como factor de riesgo cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2005;22(1):32-6.
31. Zuluaga NA. Enfoque clínico y tratamiento integral de la obesidad en niños y adolescentes. *Ciru Pediatr*. 2013;3(1):11-33.
32. García T, Villalobos JA. Malnutrición en el anciano. Parte II: obesidad, la nueva pandemia. *Med Int Mex*. 2012;28(2):154-61.
33. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B y Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(5):184-96.

Anexo 1. Criterios diagnósticos del síndrome de edorexia

A. Alteraciones psicosociales: presenta episodios edoréxicos recurrentes, caracterizados por impulsos incontrolables, definidos como la pérdida de control del consumo y/o evitación de los alimentos. I. El consumo de alimentos se caracteriza por una ingesta constante fuera de las horas habituales de la comida y/o un volumen excesivo de alimentos, teniendo como referencia las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos. II. Evitación de los alimentos para impedir la pérdida de control en el consumo de alimentos, obesidad y sus complicaciones.
B. Componentes del síndrome de edorexia: I. Cuidado extremo de los hábitos para impedir las consecuencias adversas o permitirse excesos, provocando un aumento de la ingesta o malestar psicológico (evitación). II. Normalización del volumen de la ingesta y/o necesidad psicológica de consumir alimentos. Puede estar acompañada de respuestas ansiosas en la disminución del volumen de estos (dependencia). III. Consumo de alimentos con la finalidad de restablecer los niveles óptimos de satisfacción o de recompensa (déficit de bienestar psicológico). IV. Asociación de emociones positivas y/o negativas con las conductas alimentarias o la OB (componente emocional).
C. Los episodios edoréxicos provocan una interferencia en la salud física y/o áreas personal, social y laboral del individuo.

Fuente: *López y Garcés*¹¹

Anexo 2. Consecuencias la obesidad^{27,31,32,33}

- Enfermedad vascular arteriosclerótica:
 - o cardiopatía isquémica
 - o enfermedad cerebrovascular.
- Otras alteraciones cardiorrespiratorias:
 - o insuficiencia cardíaca congestiva
 - o insuficiencia ventilatoria
 - o síndrome de apnea obstructiva durante el sueño.
- Alteraciones metabólicas:
 - o resistencia a la insulina
 - o diabetes mellitus tipo 2

- o hipertensión arterial
 - o dislipidemia aterógena e hiperuricemia.
- Alteraciones reproductivas de la mujer:
 - o disfunción menstrual
 - o síndrome de ovarios poliquísticos
 - o Infertilidad
 - o aumento del riesgo perinatal
- Alteraciones genitourinarias:
 - o incontinencia urinaria
- Alteraciones digestivas:
 - o colelitiasis
 - o esteatosis hepática
 - o esteatohepatitis no alcohólica
 - o cirrosis
 - o reflujo gastroesofágico
 - o hernia de hiato
- Alteraciones osteo articulares:
 - o artrosis,
 - o lesiones articulares
 - o deformidades óseas
- Alteraciones cutáneas:
 - o estrías,
 - o acantosis nigricans
 - o hirsutismo
 - o foliculitis
 - o intertrigo.
- Alteraciones psicológicas y psicosociales:
 - o disminución de la calidad de vida
 - o o trastornos del comportamiento alimentario
- Otras alteraciones:
 - o insuficiencia venosa periférica
 - o enfermedad trombo embólica
 - o cáncer (mujer [vesícula y vías biliares, mama y endometrio en la posmenopausia]; varón [colon, recto y próstata])
 - o hipertensión endocraneal benigna.

Recibido: 1 de noviembre de 2017.

Aprobado: 2 de marzo de 2018.

Autor para la correspondencia. *José Hernández Rodríguez*. Centro de Atención al Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología. Calle 17 esquina a D, # 509, Vedado, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: pepehdez@infomed.sld.cu