



<https://doi.org/10.24245/mim.v41i8.10015>

Adicción a los alimentos y trastornos alimenticios: reflexiones acerca de su repercusión en la salud

Food addiction and eating disorders: Reflections on their impact on health.

Daniela Guzmán Covarrubias,¹ Geovani López Ortiz²

Resumen

La adicción a los alimentos es una conducta persistente y recurrente de ingesta compulsiva y descontrolada de alimentos altos en calorías, grasas y sales. Este comportamiento adictivo es el resultado de diversos factores biopsicosociales que influyen en el deseo de consumir esos alimentos. Los trastornos alimenticios, como la anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, son enfermedades crónicas recurrentes que afectan a una parte significativa de la población. Estas afecciones se distinguen por cambios extremos en los hábitos alimenticios, que pueden variar desde una ingesta excesiva hasta una restricción intensiva de alimentos. Pueden desencadenar el aumento y disminución del índice de masa corporal, según la naturaleza específica del padecimiento. La adicción a los alimentos y los trastornos alimenticios están estrechamente relacionados con diversos problemas médicos crónicos: obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos gastrointestinales y deficiencias nutricionales.

PALABRAS CLAVE: Adicción a los alimentos; trastornos alimenticios; ingesta compulsiva; salud.

Abstract

Food addiction is a persistent and recurrent disorder that manifests itself in eating patterns characterized by compulsive and uncontrolled intake, predominantly of high-calorie foods. These addictive behaviors are usually the result of the interaction of different biological, psychological and social factors, which increase the desire to consume certain foods. Eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder are chronic recurrent diseases that affect a significant portion of the population and manifest themselves in extreme changes in eating habits, which can include both excessive intake and severe food restriction. Likewise, they can lead to both an increase and a decrease in body mass index, depending on the specific nature of the condition. Food addiction and eating disorders are closely related to several medical problems: obesity, type 2 diabetes, cardiovascular disease, hypertension, gastrointestinal disorders and nutritional deficiencies.

KEYWORDS: Food addiction; Eating disorders; Binge eating; Health.

¹ Estudiante de Medicina. Programa de Apoyo y Fomento a la Investigación Estudiantil (AFINES).

² Coordinador de investigación, profesor asociado C, Subdivisión de Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

Recibido: 29 de agosto 2024

Aceptado: 11 de marzo 2025

Correspondencia

Geovani López Ortiz
geovani.lorz@fmposgrado.unam.mx

Este artículo debe citarse como:
Guzmán-Covarrubias D, López-Ortiz G. Adicción a los alimentos y trastornos alimenticios: reflexiones acerca de su repercusión en la salud. Med Int Méx 2025; 41 (8): 512-519.



ANTECEDENTES

En el decenio de 1950 Theron Randolph utilizó por primera vez el término adicción a los alimentos, quien planteó que la exposición constante al consumo de ciertos alimentos incrementaba la afinidad de una persona por ellos, con síntomas similares a los observados en las adicciones a sustancias.^{1,2,3} A pesar de las contribuciones de Randolph a la comprensión de patrones alimentarios adictivos, los esfuerzos por sistematizar esa adicción se consolidaron con el desarrollo de la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS) por Gearhardt y colaboradores.¹ Esta escala se creó con el objetivo de evaluar la adicción a los alimentos, que toma como referencia los criterios de dependencia a sustancias establecidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV* (DSM-IV), adaptados para aplicarse en el contexto de la conducta alimentaria.⁴ Con la publicación del DSM-5, la YFAS se revisó y actualizó y tuvo como resultado la versión YFAS 2.0.^{1,5} Este cuestionario ofrece dos calificaciones: una escala continua que mide de 0 a 11 criterios diagnósticos y un diagnóstico de la intensidad de la adicción a los alimentos, basada en la cantidad de síntomas y el grado de deterioro clínico o angustia experimentado por los individuos afectados.⁴

Si bien ha habido avances respecto de la caracterización de la adicción a los alimentos, el término ha sido objeto de discusión, debido a que en la práctica clínica no existe un diagnóstico formal de adicción. En su lugar el DSM-5 permite el uso de este término para una descripción de trastornos graves por consumo de sustancias.⁶ No obstante, en los últimos años, se ha indagado más acerca del tema de adicción a los alimentos como posible causa del sobrepeso y la obesidad.^{7,8}

En términos neurológicos, se ha propuesto que esta afección comparte características con las adicciones a sustancias porque ambas activan

mecanismos de refuerzo positivo y el sistema de recompensa dopaminérgica.⁹⁻¹³ Además, se considera un trastorno crónico y recurrente, caracterizado por comportamientos alimentarios desregulados y compulsivos, centrados en alimentos altos en calorías, grasas y sales, cuya alta palatabilidad potencia el deseo y la compulsión por consumirlos. Estos comportamientos “alivian” estados emocionales o físicos negativos e incrementan la sensación de placer o energía, lo que refuerza aún más los circuitos de recompensa, con ello se perpetúa el ciclo adictivo.^{7,14}

Trastornos alimenticios

Los trastornos alimenticios son uno de los problemas de salud más comunes en la población, éstos representan alteraciones graves y complejas en la ingesta.^{15,16} Estas alteraciones se manifiestan a través de cambios significativos en los hábitos alimenticios y pueden incluir la ingesta excesiva y la restricción rigurosa de alimentos.^{17,18} Estas afecciones son particularmente graves porque repercuten en la salud física y mental, con deterioro en la calidad de vida y aumento del riesgo de mortalidad.¹⁵⁻¹⁹

En el contexto de estos problemas, los términos trastornos de la conducta alimentaria y trastornos alimentarios suelen utilizarse de manera indistinta, aunque, en realidad, tienen diferencias significativas. Mientras que los trastornos de la conducta alimentaria se refieren, específicamente, a trastornos mentales diagnosticados, clasificados en manuales como el DSM-5, los trastornos alimentarios abarcan cualquier problema relacionado con la alimentación que repercuta en la salud.^{20,21} Ambos tipos de trastornos pueden afectar a personas de cualquier edad, origen racial o étnico y sexo, pero son más comunes en adolescentes.^{18,22,23}

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, la última clasificación publicada en el DSM-5 identifica como los más frecuentes a la

anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.^{19,24} Estos trastornos comparten características centrales: patrones disfuncionales de la ingesta alimentaria y una preocupación intensa por el peso y la figura corporal; sin embargo, cada uno de ellos tiene manifestaciones clínicas distintas y un tratamiento específico.^{25,26}

Cuadro 1

Además de éstos, existen otras formas atípicas de manifestación, denominadas trastornos de la conducta alimentaria especificados, que se caracterizan por un cuadro clínico con angustia o deterioro social, sin cumplir con los criterios de los trastornos de la conducta alimentaria típicos. Estas formas atípicas incluyen la anorexia nerviosa atípica, la bulimia nerviosa atípica, el trastorno por atracón de frecuencia baja o duración limitada, el trastorno de purgas y el

síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Además, se describe una categoría residual denominada trastornos de la conducta alimentaria no especificados que abarcan todos los trastornos que no se clasifican en las demás categorías.¹⁹ **Figura 1**

En general, todos los trastornos de la conducta alimentaria comparten síntomas decisivos: alteración de los hábitos alimenticios, de la conducta de control de peso y un deterioro clínicamente significativo de la salud física o el funcionamiento psicosocial. Estas alteraciones no son secundarias a ningún trastorno médico o psiquiátrico distinto.²² Sin embargo, a pesar de las similitudes clínicas, estos trastornos tienen una gran variabilidad en su manifestación y gravedad, lo que exige un tratamiento individualizado y multidisciplinario.^{27,28}

Cuadro 1. Trastornos de la conducta alimentaria típicos

Afección	Descripción
Anorexia nerviosa	Enfermedad psicológica compleja caracterizada por la restricción extrema de alimento, miedo intenso a ganar peso y percepción distorsionada del cuerpo, que conducen a un índice de masa corporal bajo. Tiene dos subtipos: restrictivo (sin episodios de atracones), purgativo (episodios de atracones seguidos de comportamientos purgativos)
Bulimia nerviosa	Trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de atracones seguidos de comportamientos purgativos para evitar el aumento de peso. A diferencia de la anorexia nerviosa, en la bulimia nerviosa suele mantenerse un peso normal o, incluso, mayor del peso promedio
Trastorno por atracón	Trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en un corto periodo, acompañados de una sensación de pérdida de control sobre la alimentación durante el episodio. A diferencia de la bulimia nerviosa, en el trastorno por atracón no hay comportamientos compensatorios purgativos

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas con un alto riesgo de recurrencia y una amplia variedad de factores de riesgo que

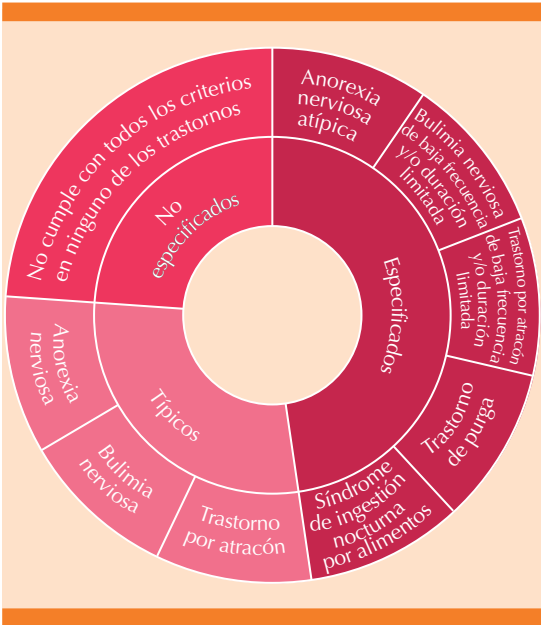


Figura 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-5.

pueden generar trastornos psicosociales. Estos factores de riesgo se dividen en ambientales e individuales. Los ambientales incluyen patrones familiares y socioculturales, mientras que los individuales están relacionados con patrones de conducta, actividad cerebral, función neurofisiológica o características biológicas genéticas.²⁹

Figura 2

Aunado a lo anterior, los trastornos de la conducta alimentaria pueden coexistir con afecciones psiquiátricas y médicas que pueden complicar el tratamiento y aumentar el riesgo de mortalidad.²⁸ Los padecimientos psiquiátricos más comunes son los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos, el déficit de atención-hiperactividad, el abuso de sustancias y el consumo de alcohol.^{17,19}

Adicción a los alimentos, trastornos alimenticios y su repercusión en la salud

La intersección entre la adicción a los alimentos y los trastornos alimenticios es de particular interés porque ambos pueden coexistir y exacerbar sus efectos adversos. La adicción a los alimentos puede precipitar o perpetuar comportamientos alimenticios desordenados, mientras que los trastornos alimenticios pueden incluir componentes

de dependencia hacia ciertos alimentos. Estos trastornos pueden llevar a una serie de complicaciones médicas: malnutrición, desequilibrios electrolíticos y problemas gastrointestinales, así como trastornos psiquiátricos, como depresión y ansiedad.^{8,11,30} **Figura 3**

La adicción a los alimentos se distingue por una combinación de compulsión por consumir ciertos alimentos y dependencia de patrones de comportamiento específicos, que pueden confundirse o enmascarse con otros padecimientos. Se ha identificado que el deseo intenso por determinados alimentos está estrechamente ligado a los episodios de atracones, un comportamiento que implica consumir grandes cantidades de comida en poco tiempo, acompañado de una sensación de falta de control. Estos episodios pueden incluir comer rápidamente, continuar a pesar de sentirse incómodamente lleno, hacerlo en solitario por vergüenza y experimentar sentimientos de culpa o depresión después de haber comido en exceso, incluso sin tener hambre.^{1,7,29,31} La complejidad de la adicción a los alimentos radica en que integra elementos de trastornos alimentarios, como la falta de control en la ingesta, características de un trastorno por consumo de sustancias, como la persistencia en comer a pesar de las



Figura 2. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

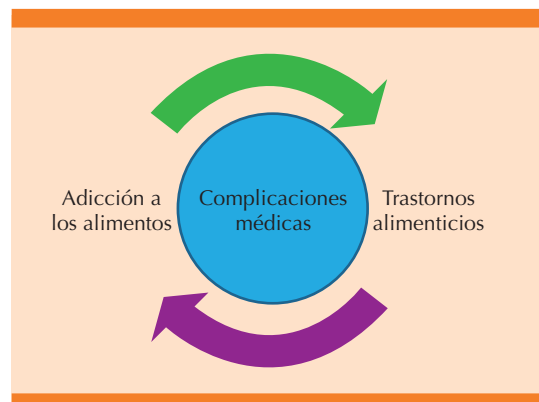


Figura 3. Interacción entre la adicción a los alimentos y los trastornos alimenticios.

consecuencias negativas, así como rasgos impulsivos y obsesivo-compulsivos, reflejados en pensamientos intrusivos relacionados con la comida.^{32,33,34}

Se ha identificado una estrecha relación entre el trastorno por atracón y el debido a abuso de sustancias convencionales.³³ Esto se debe a que ambos comparten sistemas neurofisiopatológicos que regulan la sensibilidad a la recompensa; como resultado, los intentos de contener estas conductas, a menudo, resultan en recaídas, lo que contribuye al deterioro futuro de la función cognitiva. Además, en ambas afecciones se observa una propensión al déficit de atención e, incluso, se experimenta una creciente sensación de pérdida de control frente al alimento o a las sustancias.^{11,12,35}

Aunado a lo anterior, la dependencia hacia los alimentos está vinculada con diversos problemas de salud que afectan distintas esferas del ser humano. En el ámbito psicológico y psiquiátrico se manifiesta a través de ansiedad, depresión y dependencia emocional hacia los alimentos.³⁶ En el somático se traduce en consecuencias de sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Además, repercute en el ámbito social, con desatención a compromisos sociales y un temor constante a la estigmatización. Este conjunto de factores contribuye, significativamente, a la disminución de la calidad de vida y al deterioro funcional de quienes enfrentan esta adicción alimentaria.^{32,37}

Implicaciones clínicas

La adicción a los alimentos ha cobrado relevancia como una enfermedad, aunque no esté oficialmente reconocida por instancias como el CIE-11, debido a la coexistencia de síntomas: ansia por alimentos, dificultad para controlar la ingesta y desapego a compromisos sociales y personales.^{37,38}

A pesar de esta falta de reconocimiento, la adicción a los alimentos y los trastornos de la conducta alimentaria están estrechamente vinculados con una gama de problemas médicos, la obesidad es el más destacado, aunque no el único. A menudo son subdiagnosticados debido a que diversos padecimientos están directamente relacionados con incremento en el IMC, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión y la dislipidemia.^{39,40,41} Aunado a ello, se ha observado que la adicción a los alimentos y los comportamientos asociados con los trastornos alimentarios están relacionados con una variedad de otros problemas de salud: asma, síntomas y trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño, dolores crónicos y, en las mujeres, disfunción menstrual, síndrome de ovario poliquístico, complicaciones durante el embarazo e hipertensión intracraneal.^{42,43} **Figura 4**

El tratamiento de las complicaciones médicas asociadas con la adicción a los alimentos y los trastornos alimentarios es decisivo no solo para la salud física a corto y largo plazo, sino para fomentar una comprensión y motivación adecuada en los pacientes, quienes, a menudo, pueden mostrar confusión o resistencia al tratamiento.⁴⁴ El tratamiento psicofarmacológico del trastorno alimentario debe considerarse secundario al tratamiento médico de las complicaciones, así como al tratamiento nutricional, la psicoterapia y la atención de comorbilidades psiquiátricas cuando éstas no son consecuencia directa del trastorno alimentario.⁴⁵ En la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón los antidepresivos desempeñan un papel importante como tratamiento complementario de los enfoques de atención escalonada. Además, en el trastorno por atracón, los psicoestimulantes también son opciones terapéuticas complementarias.

CONCLUSIONES

La adicción a los alimentos y los trastornos alimenticios no solo contribuyen al incremento

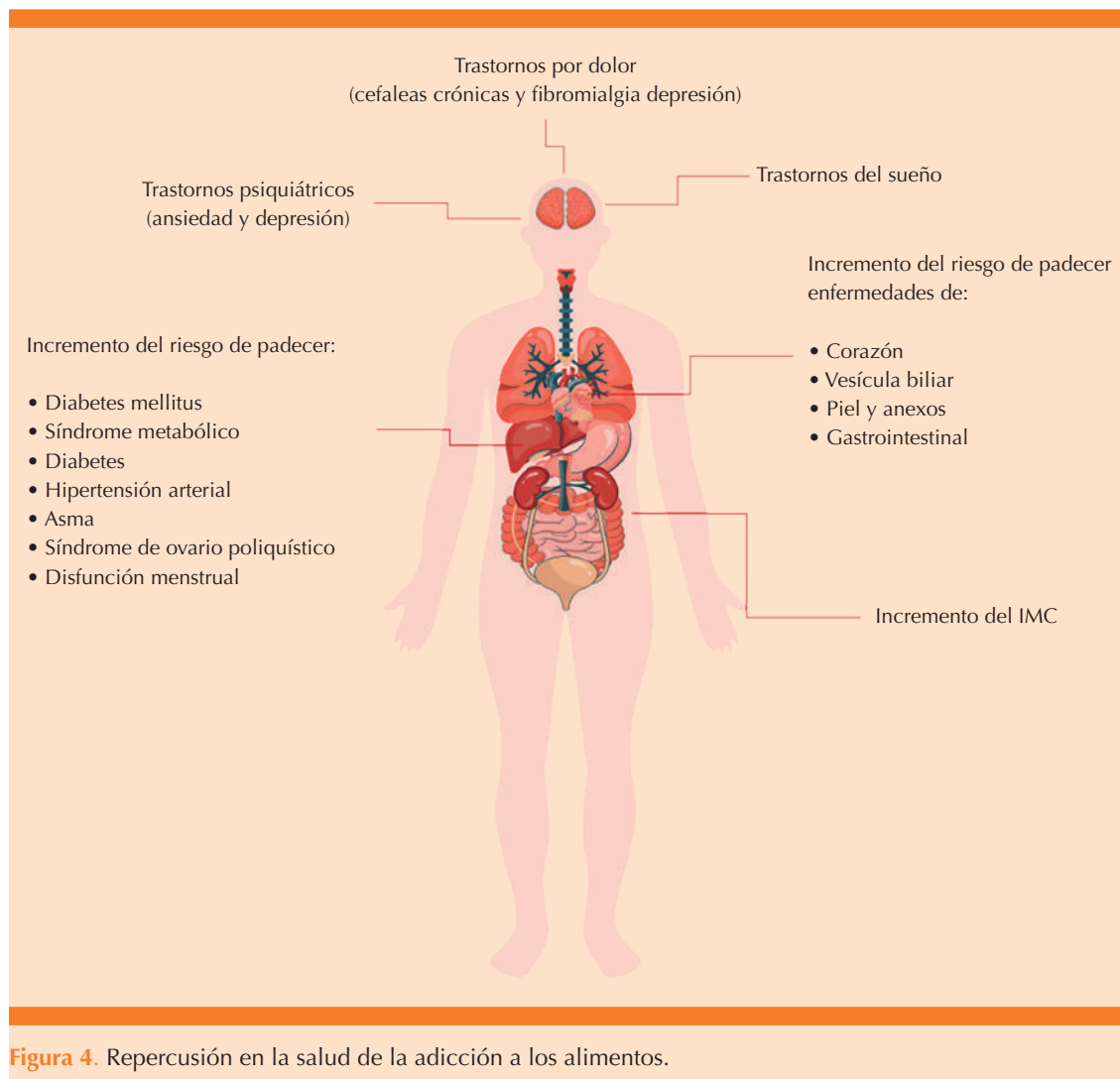


Figura 4. Repercusión en la salud de la adicción a los alimentos.

o disminución del índice de masa corporal, dependiendo del tipo de padecimiento, también son desencadenantes de diversas afecciones que repercuten, negativamente, en la salud. Entre las complicaciones más comunes están la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, la hipertensión arterial, los trastornos del sueño, los trastornos por dolor crónico y diversas afecciones psiquiátricas. Estas asociaciones subrayan la urgencia de desarrollar e implementar estrategias eficaces en los distintos niveles de atención médica. Es fundamental diseñar protocolos específicos para

la identificación y tratamiento de la adicción a los alimentos debido a las consecuencias adversas para la salud. Estas estrategias deben integrarse en todos los niveles de atención, desde la atención primaria hasta el segundo y tercer nivel, lo que permitirá la detección temprana y el tratamiento integral. Este enfoque es decisivo para mitigar el efecto negativo en la salud poblacional y mejorar los resultados a largo plazo. La conciencia y la acción proactiva en el ámbito clínico son decisivas para resolver esta problemática creciente y compleja.

REFERENCIAS

1. Brewerton TD. Food addiction as a proxy for eating disorder and obesity severity, trauma history, PTSD symptoms, and comorbidity. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* 2017; 22 (2): 241-247. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0355-8>
2. Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, et al. "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci Biobehav Rev* 2014; 47: 295-306. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016>
3. Buscher D, Theron G, Randolph, MD, 1906-1995. *J Nutr Environ Med*. 1996;6(2):245-246.
4. Valdés-Moreno MI, Rodríguez-Márquez MC, Cervantes-Navarrete JJ, et al. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. *Análisis factorial. Salud Ment* 2016; 39 (6): 295-302.
5. Hauck C, Schipfer M, Ellrott T, Cook B. The relationship between food addiction and patterns of disordered eating with exercise dependence: in amateur endurance athletes. *Eat Weight Disord* 2020; 25 (6): 1573-1582. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00794-6>
6. Gordon E, Ariel-Donges A, Bauman V, Merlo L. What is the evidence for "food addiction?" a systematic review. *Nutrients* 2018; 10 (4): 477. <https://doi.org/10.3390/nu10040477>
7. Hauck C, Cook B, Ellrott T. Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proc Nutr Soc* 2020; 79 (1): 103-112. <https://doi.org/10.3390/books978-3-03936-359-9>
8. Gearhardt AN, Boswell RG, White MA. The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eat Behav* 2014; 15 (3): 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.05.001>
9. Fletcher PC, Kenny PJ. Food addiction: a valid concept? *Neuropsychopharmacology* 2018; 43 (13): 2506-2513. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0203-9>
10. Mendoza J. Food intake and addictive-like eating behaviors: Time to think about the circadian clock(s). *Neurosci Biobehav Rev* 2019; 106: 122-132. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.003>
11. Romero X, Agüera Z, Granero R, et al. Is food addiction a predictor of treatment outcome among patients with eating disorder? *Eur Eat Disord Rev* 2019; 27 (6): 700-711. <https://doi.org/10.1002/erv.2705>
12. Schreiber LRN, Odlaug BL, Grant JE. The overlap between binge eating disorder and substance use disorders: Diagnosis and neurobiology. *J Behav Addict* 2013; 2 (4): 191-198. <https://doi.org/10.1556/JBA.2.2013.015>
13. Gupta A, Osadchiv V, Mayer EA. Brain-gut-microbiome interactions in obesity and food addiction. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2020; 17 (11): 655-672. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0341-5>
14. Imperatori C, Fabbriatore M, Vumbaca V, et al. Food addiction: definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Riv Psichiatr* 2016; 51 (2): 60-65. <https://doi.org/10.1708/2246.24196>
15. Owens RA, Attia E, Fitzpatrick JJ, et al. Eating disorders: Identification and management in general medical and psychiatric settings. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2023; 29 (3): 241-251. <https://doi.org/10.1177/1078390321999713>
16. Martínez-Magaña JJ, Hernández S, García AR, et al. Genome-wide analysis of disordered eating behavior in the Mexican population. *Nutrients* 2022; 14 (2): 394. <https://doi.org/10.3390/nu14020394>
17. Méndez JP. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2008; 65.
18. Chew KK, Temples HS. Adolescent eating disorders: early identification and management in primary care. *J Pediatr Health Care* 2022; 36 (6): 618-27. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.06.004>
19. Arijia-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, et al. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta Alimentaria. *Nutr Hosp* 2022; 39 (2): 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
20. Hilbert A. Binge-eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2019; 42 (1): 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
21. Monteleone AM, Pellegrino F, Croatto G, et al. Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev* 2022; 142: 104857.
22. Grave RD. Eating Disorders: Progress and Challenges. *Eur J Intern Med* 2011; 22 (2): 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
23. Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26 (6): 529-531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365b656>
24. Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *Int J Eat Disord* 2007; 40 (S3): S123-9. <https://doi.org/10.1002/eat.20436>
25. Erzegovesi S, Bellodi L. Eating disorders. *CNS Spectr* 2016; 21 (4): 304-309.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
27. Gómez-Candela C, Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutr Hosp* 2018; 34 (5): 489-494. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
28. Long CG, Blundell JE, Finlayson G. A systematic review of the application and correlates of YFAS-diagnosed 'food addiction' in humans: are eating-related 'addictions' a cause



- for concern or empty concepts? *Obes Facts* 2015; 8 (6): 386-401. <https://doi.org/10.1159/000442403>
29. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, et al. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie* 2021; 35 (2): 57-67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>.
 30. Miranda-Olivos R, Agüera Z, Granero R, Jiménez-Murcia S, et al. The role of food addiction and lifetime substance use on eating disorder treatment outcomes. *Nutrients* 2023; 15 (13): 2919. <https://doi.org/10.3390/nu15132919>
 31. Şengör G, Gezer C. Food addiction and its relationship with disordered eating behaviours and obesity. *Eat Weight Disord* 2019; 24 (6): 1031-1039. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00662-3>
 32. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J* 2020; 50 (1): 24-29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
 33. Di Giacomo E, Aliberti F, Pescatore F, et al. Disentangling binge eating disorder and food addiction: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2022; 27 (6): 1963-1970. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01354-7>
 34. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, et al. Definition of substance and non-substance addiction. In: Zhang X, Shi J, Tao R, editors. *Substance and non-substance addiction. Advances in Experimental Medicine and Biology*. Singapore: Springer; 2017; 1010: 21-41.
 35. Davis C, Mackew L, Levitan RD, et al. Binge eating disorder (BED) in relation to addictive behaviors and personality risk factors. *Front Psychol* 2017; 8: 579. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00579>
 36. Horsager C, Færk E, Lauritsen MB, Østergaard SD. Food addiction comorbid to mental disorders: A nationwide survey and register-based study. *Int J Eat Disord* 2021; 54 (4): 545-560. <https://doi.org/10.1002/eat.23472>
 37. Ho D, Verdejo-Garcia A. Interactive influences of food, contexts and neurocognitive systems on addictive eating. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021; 110: 110295. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110295>
 38. Finlayson G. Food addiction and obesity: unnecessary medicalization of hedonic overeating. *Nat Rev Endocrinol* 2017; 13 (8): 493-498. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.61>
 39. Bray GA. Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89 (6): 2583-2589. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-0535>
 40. Meléndez-Diego KS, Mendiola-Pastrana IR, López-Ortiz E, et al. Food addiction and metabolic diseases. *Revista de la ALAD* 2022; 12 (1): 9-14.
 41. Guzmán-Covarrubias D, López-Ortiz G. Food addiction in the family medicine context. *Aten Fam* 2024; 25 (1): 1-2. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187136>
 42. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, et al. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2017; 22 (1): 13-26. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0313-5>
 43. Dakanalis A, Clerici M. The nature of the association between binge-eating severity and metabolic syndrome. *Eat Weight Disord* 2017; 22 (3): 553-554. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0386-9>
 44. Voderholzer U, Haas V, Correll CU, Körner T. Medical management of eating disorders: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2020; 33 (6): 542-553. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000653>
 45. Garber AK. A few steps closer to answering the unanswered questions about higher calorie refeeding. *J Eat Disord* 2017; 5 (1): 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0139-1>

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello, es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.