



Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad *Prevention of eating disorders in obesity*

Rocío Campos del Portillo¹, Pilar Matía Martín², María José Castro Alija³, Miguel A. Martínez Olmos⁴, Carmen Gómez Candela⁵

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. ³Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Universidad de Valladolid. Valladolid. ⁴Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. ⁵Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Resumen

La obesidad constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia y elevada morbimortalidad. La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la obesidad está ampliamente establecida.

Es importante que el profesional que atiende a personas con obesidad tenga en cuenta una serie de premisas que minimicen el riesgo de aparición de un trastorno alimentario en el transcurso del tratamiento para perder peso.

La cirugía bariátrica (CB) constituye un tratamiento efectivo a largo plazo en los pacientes adecuadamente seleccionados con obesidad grave. Por un lado, la elevada prevalencia de los TCA en este colectivo hace imprescindible la detección de estos trastornos en el preoperatorio. Por otro lado, la presencia de los TCA después de la cirugía y su posible relación en cuanto a peores resultados hace fundamental el cribado durante el seguimiento tras la intervención. Desde el punto de vista preventivo, la realización de una terapia cognitivo-conductual antes de la CB podría influir positivamente en los resultados posoperatorios y su empleo después podría mejorar la eficacia en cuanto a pérdida de peso y disminuir los atracones y el "grazing".

Desde una perspectiva más global en relación a la prevención, son muchos quienes apuestan por un enfoque integrador para la obesidad y los TCA. Para ello es fundamental identificar los factores de riesgo y los protectores que tengan relevancia en ambos trastornos.

Palabras clave:

Trastornos de la conducta alimentaria. Prevención. Obesidad. Cirugía bariátrica.

Abstract

Obesity is a public health problem due to its high prevalence, high morbidity, and high mortality. The relationship between eating disorders (ED) and obesity is widely established.

A healthcare professional that cares for people with obesity must take into account a series of best practices to minimize the risk of developing an ED in the course of treatment for weight loss.

Bariatric surgery (BS) is an effective, long-term treatment in selected patients with severe obesity. During the preoperative period, it is essential to detect any ED due to its high prevalence in this group. After surgery, the presence of a post-op ED and its possible relationship in terms of poorer outcomes make screening during follow-up after surgery essential. From a preventive perspective, cognitive-behavioral therapy before BS could positively influence postoperative results, and its use after BS could improve weight loss efficacy and reduce binge eating and grazing.

From a more holistic preventive perspective, many believe in an integrative approach to both obesity and ED. In order to be successful, it is essential to identify any relevant risk and protective factors for both disorders.

Keywords:

Eating disorders. Prevention. Obesity. Bariatric surgery.

Conflicts of interest: los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés relacionado con este artículo.

Campos del Portillo R, Matía Martín P, Castro Alija MJ, Martínez Olmos MA, Gómez Candela C. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 2):121-127

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04187>

Correspondencia:

Rocío Campos del Portillo. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/ Joaquín Rodrigo, 1. 28222 Majadahonda, Madrid
e-mail: rocio.cdp@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un trastorno multifactorial de carácter crónico, definido por un exceso de grasa corporal que perjudica el estado de salud. El exceso de peso supone hoy en día un verdadero problema de salud pública no solo por su elevada prevalencia sino por la elevada morbimortalidad que conlleva (1) y los altos costes que genera (2). Es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, en las consultas de dietistas-nutricionistas, de endocrinología y nutrición y de pediatría.

La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la obesidad es bidireccional. Un estudio objetivó que el 14 % de las adolescentes con obesidad tenían prácticas alimentarias disfuncionales (como vómitos, uso de pastillas para adelgazar, uso de laxantes o diuréticos) comparado con el 7 % de las adolescentes sin exceso de peso (3). Además, sabemos que más del 30 % de los pacientes que consultan a un especialista para adelgazar presentan un trastorno por atracón (TA) (4), y que el 40 % de los pacientes con TA y el 32 % de los pacientes con bulimia nerviosa (BN) tienen obesidad (5). Si entendemos hacer “dieta” como sinónimo de restringir la alimentación para controlar el peso, encontramos que se trata de una práctica habitual en la población general, incluso entre aquellos sin problemas de exceso de peso, promovido por la insatisfacción con la imagen corporal. Hay estudios que demuestran que la realización de una dieta para controlar el peso es un factor de riesgo para la ganancia de peso y la aparición de sobrepeso a medio plazo en los adolescentes (6,7).

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Teniendo en cuenta la frecuencia y las implicaciones clínicas tanto de la obesidad como de los TCA y su fuerte asociación, se hace imprescindible que el profesional que brinda tratamiento a pacientes con obesidad preste especial atención a prevenir la aparición de un TCA en el transcurso del manejo de este colectivo. Aunque hay trabajos que evidencian que, cuando los programas de pérdida de peso en adolescentes con sobrepeso se llevan a cabo por profesionales, no hay mayor riesgo de TCA (8), es importante que el profesional tenga en cuenta una serie de premisas (especialmente en los adolescentes) que minimicen el riesgo de aparición de un trastorno alimentario durante el tratamiento de la obesidad (9,10) (Tabla I).

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La cirugía bariátrica (CB) o cirugía de la obesidad representa, según la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad y de las Enfermedades Metabólicas (SECO) y la Sociedad Española para

Tabla I. Consejos para minimizar el riesgo de aparición de un trastorno alimentario durante el tratamiento de la obesidad (9,10)

- Interrogar y desalentar sobre la práctica de conductas no saludables para el control del peso (como, por ejemplo, saltarse comidas, empleo de medicaciones para perder peso, vómitos).
- Desalentar la realización de dietas restrictivas e informar de que pueden resultar contraproducentes. En su lugar, promover una alimentación y ejercicio físico saludables que puedan mantenerse a lo largo del tiempo.
- No utilizar la insatisfacción corporal como motivación para perder peso. Por el contrario, promover una imagen corporal positiva y fomentar la autoestima.
- Emplear con los pacientes un lenguaje adecuado no hiriente, ya que puede influir en su estigmatización y motivación.
- Animar a las familias a tener comidas regulares juntos en un entorno agradable.
- Recomendar a las familias que eviten hablar sobre el peso, incluso cuando los comentarios sean bien intencionados.

el Estudio de la Obesidad (SEEDO), “la única posibilidad terapéutica efectiva que a largo plazo ha demostrado una reducción en la morbilidad y en la mortalidad en pacientes con obesidad grave” (11). Señalando que la CB tiene como objetivo “reducir la mortalidad ligada a la obesidad grave, controlar las enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida, a través de una pérdida de peso suficiente y mantenida en el tiempo, y con un mínimo de complicaciones, sin necesidad de alcanzar el peso ideal” (11).

Tras la CB, los pacientes no solo presentan mejoría de las comorbilidades médicas relacionadas con el exceso de peso (diabetes, hipertensión, dislipemia, apnea del sueño, etc.) sino que la mayoría presentan mejoría de los síntomas de depresión, ansiedad, imagen corporal y función sexual (12).

Los factores psicológicos y, en particular, los TCA pueden tener un papel relevante en el éxito de la cirugía. En relación con la asociación de la CB y los TCA cabe diferenciar dos momentos: antes y después de la cirugía bariátrica.

PREVENCIÓN DE LOS TCA ANTES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La prevalencia de los TCA en los pacientes obesos candidatos a CB se ha llegado a cifrar hasta en un 32,5 % (13). El trastorno por atracón es el segundo diagnóstico psiquiátrico más frecuente tras la depresión (14) en los pacientes que esperan este tipo de cirugía. La evaluación del paciente candidato a CB es multidisciplinar y permite establecer la idoneidad y ausencia de contraindicaciones de la cirugía. Desde el punto de vista psiquiátrico deben evaluarse la motivación y las expectativas del paciente, la presencia de adicciones y enfermedades psiquiátricas, y la presencia de TCA (15). Las herramientas más empleadas para la evaluación de los trastornos alimentarios en pacientes candidatos a

CB son (15): *Eating Disorder Examination* (EDE), *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26), *Binge Eating Scale* (BES) y *Questionnaire of Eating and Weight Patterns*. Cabe señalar que es frecuente que el paciente candidato a CB, sabiendo que la evaluación psiquiátrica es fundamental para establecer la idoneidad de la cirugía, muestre en las entrevistas un perfil más favorable y minimice sus síntomas psicopatológicos (16).

Existe unanimidad en considerar la BN como contraindicación absoluta para la realización de una CB (17,18). En relación al TA, aunque no existen criterios consensuados, lo habitual es considerar que no constituye per sé un impedimento (19,20), siendo los criterios de inclusión y las técnicas quirúrgicas utilizadas las mismas que para la población obesa sin TCA, pero pudiendo estar el momento de la indicación quirúrgica sujeto a los logros conseguidos respecto al trastorno alimentario (15,21). Es controvertida la relación entre los hábitos y las conductas alimentarias previas a la cirugía y el éxito en cuanto a pérdida de peso tras la CB (15,22), siendo más relevantes según los expertos la conducta y los hábitos alimentarios posoperatorios (15,22,23). No obstante, está descrito que los pacientes con TA candidatos a CB que responden a la terapia cognitivo-conductual (TCC) prequirúrgica presentan mejores resultados en cuanto a pérdida de peso al año de la intervención (24).

Desde el punto de vista preventivo se han encontrado los siguientes trabajos en pacientes candidatos a CB:

- *Abiles y cols.* (25) llevaron a cabo un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes candidatos a CB y se compararon dos grupos de estudio de acuerdo con su participación o no en una TCC realizada antes de la CB (durante 3 meses en 12 sesiones de 2 horas cada una). Para valorar los resultados se clasificó a los pacientes en éxito (E) frente a no éxito (NE) de acuerdo con el exceso de peso perdido (EPP): si lograron perder > 50 % del exceso de peso o menos, respectivamente. De los pacientes intervenidos con seguimiento posoperatorio, 16 recibieron TCC antes de la CB y 14 no la recibieron; 17 pacientes (59 %) se clasificaron como E y 13 (41 %) como NE. De los pacientes catalogados como E, el 94 % habían recibido TCC ($p < 0,05$), presentando menor comorbilidad psicológica (menor estrés y mayor autoestima), menor pérdida de control sobre la ingesta alimentaria y menos sentimiento de culpa comparados con los NE. Los autores concluyen que la TCC podría influir positivamente en los resultados posoperatorios.
- *Gade y cols.* (26), en una muestra de candidatos a CB, aleatorizaron a 80 pacientes para recibir TCC (10 semanas) o educación nutricional estándar. Aunque la mejoría en el grupo con TCC fue más precoz que en el grupo de control, al año de la intervención quirúrgica ambos grupos presentaban mejoría en cuanto a conductas alimentarias (*Three-Factor Eating Questionnaire*), ansiedad y depresión, sin diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la pérdida de peso, tampoco hallaron diferencias (pérdida del 30,2 % en el grupo con TCC y del 31,2 % en el grupo de control ($p = 0,82$)).
- *Ogden y cols.* (27) evaluaron el impacto de un "servicio de rehabilitación bariátrica" (SRB) guiado por psicólogos frente

a la práctica habitual en un grupo de 184 pacientes intervenidos de CB. El grupo SRB recibió 3 sesiones individuales de 50 minutos 2 semanas antes de la cirugía, inmediatamente después (antes del alta hospitalaria) y a los 3 meses. La pérdida de peso al año de la CB no mostró diferencias. No se evaluó ninguna variable psicopatológica.

PREVENCIÓN DE LOS TCA TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Tras la CB aparecen cambios en la conducta alimentaria derivados de la propia alteración anatómica de la cirugía, de las pautas alimentarias que los pacientes deben seguir y de las complicaciones intercurrentes que se han considerado como posibles causas para el desarrollo de un TCA tras la CB y que, además, dificultan su diagnóstico en este contexto. Evitar determinados alimentos (en base a la tolerancia), trocear muy bien la comida, masticar adecuadamente cada bocado o disminuir el tamaño de las raciones son consejos que recuerdan a los rituales y conductas propias de las pacientes con anorexia nerviosa (AN) (28) pero que resultan comunes en este colectivo. La frecuente presencia de vómitos o síndrome de *dumping* tras la CB complica su interpretación en aquellos pacientes que los "utilizan" para favorecer aún más la pérdida de peso como conducta compensatoria (28). El "miedo a ganar peso" refleja más una realidad que el paciente debe vigilar, especialmente en el largo plazo, y no necesariamente un síntoma inequívoco de TCA. Desde un punto de vista técnico existe una dificultad añadida en cuanto al diagnóstico del TCA tras la CB con los criterios habituales, pues no permiten contemplar presentaciones atípicas derivadas de la cirugía. Así, por ejemplo, si se atiende a la definición del DSM-5 de TA ("episodios recurrentes de atracones") (29), en la que el atracón se define por la "ingesta en un periodo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas, junto con la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere", no es de extrañar que "una gran cantidad de alimentos" sea un criterio difícil de cumplir debido a la disminución de la capacidad del estómago para recibir alimentos como consecuencia lógica de la propia cirugía. Otro ejemplo se da con los criterios diagnósticos de AN, donde el origen de una "restricción excesiva de la ingesta" es a veces difícil de diferenciar si es secundaria a la propia CB o sus complicaciones o se da en el contexto de un TCA. La consideración exacta de lo que significa "un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y estado de salud" tras la cirugía de la obesidad es un tema no aclarado.

Conceição propone centrar el diagnóstico de los TCA tras la CB en la "falta de control sobre la ingesta", de tal forma que si esta se asocia a una "ingesta de gran cantidad de alimentos" hablamos de TA; si la ingesta es de pequeña cantidad de alimentos se habla de "subjective binge eating"; y si la ingesta es de pequeñas cantidades de alimentos pero muy repetidas a lo largo del día y de forma no planificada (ni atendiendo a las señales de hambre/saciedad), se trata de "*grazing*" (picoteo o "pastoreo") (22).

Tabla II. Análisis DAFO sobre la prevención de los TCA en la obesidad

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> – Escaso conocimiento por parte de algunos profesionales de la relación entre TCA y obesidad. – La prevalencia de los TCA tras la CB es probable que aumente a medida que transcurre el tiempo desde la cirugía, por lo que se requiere tiempo de seguimiento prolongado para detectar su aparición. – Limitación para aplicar los criterios diagnósticos de los TCA tras la CB. – La evidencia de la utilidad de algunos estudios sobre prevención de los TCA en la cirugía bariátrica se basa en trabajos observacionales y con tamaño muestral pequeño. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manejo de la obesidad por parte de personal no cualificado cuyas prácticas puedan favorecer la aparición de TCA. – Dificultad para identificar un TCA previo a la cirugía bariátrica por la tendencia de algunos pacientes a minimizar estos síntomas en la evaluación prequirúrgica. – Limitados recursos humanos y financieros tanto en la práctica asistencial como en la prevención.
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> – Evidencia de la relación entre obesidad y TCA. – Valoración psiquiátrica de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. – Evidencia de la utilidad de algunos programas preventivos en los resultados de la cirugía bariátrica. – Existencia de programas de prevención que incluyen TCA y obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> – La detección de un TCA antes de la CB puede mejorar la atención de estos pacientes, así como los resultados de la cirugía. – Instauración de programas de prevención y tratamiento con un enfoque integrador de los TCA y la obesidad que evite mensajes contradictorios, un posible efecto iatrogénico cuando los programas se instauran por separado y que ahorre costes.

TCA: trastornos de la conducta alimentaria; CB: cirugía bariátrica.

La justificación de esta aproximación se basa en estudios donde se sugiere que la falta de control sobre la ingesta, independientemente de la cantidad de alimentos ingeridos, puede ser el indicador más importante para definir los atracones (30).

El *grazing*, picoteo o "pastoreo" merece especial mención pues debe diferenciarse y no confundirse con las pautas de alimentación recomendadas tras la CB (28). Después de la cirugía se aconseja un patrón de comidas planificado y repartido en varias tomas de pequeña cantidad a lo largo del día. La planificación y la presencia de cierta consciencia respecto a las sensaciones de hambre y saciedad es lo que lo diferencia del *grazing* (31). El *grazing* es más frecuente después de la CB que en los pacientes no operados, con una prevalencia según Colles y cols. del 38 % tras la CB (32). En un estudio reciente, la presencia de *grazing* en el posoperatorio de la CB fue un factor predictor de peores resultados en cuanto a pérdida de peso (33).

Se ha reportado una disminución de los TCA tras la CB respecto a la situación precirugía (32,34-36). En su estudio, Colles y cols. objetivaron que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de TA antes de la CB se recategorizaron tras la intervención hacia distintas formas de "ausencia de control sobre la ingesta" (especialmente *grazing*) (32). En un estudio longitudinal a lo largo de 7 años, la prevalencia del TA y la pérdida de control sobre la ingesta disminuyó inicialmente tras la CB con nadir al año de la intervención (34). El TA pasó de presentar una prevalencia del 12,7 % al 2,1 % al año, comenzando a aumentar progresivamente desde entonces hasta llegar al 4 % a los 84 meses (34). Casi la mitad de aquellos con TA que remitieron tras la intervención pasaron a presentar otras formas de "pérdida de control sobre la ingesta" (34). Respecto a la pérdida de control sobre la ingesta,

un 35 % la presentaron antes de la intervención, disminuyendo el porcentaje hasta el 24,6 % al año, aumentando a partir del segundo año y manteniéndose estable hasta los 60 meses (34).

En resumen, aunque, a priori, la prevalencia de conductas alimentarias disfuncionales disminuye en los primeros meses tras la CB, pueden aparecer casos *de novo* a lo largo del seguimiento y, en cualquier caso, la interpretación de esta menor prevalencia debe tener en cuenta 3 aspectos: 1) que la prevalencia pre-CB esté infraestimada, ya que es frecuente que el paciente candidato a CB, sabiendo que la evaluación psiquiátrica es fundamental para establecer la idoneidad de la cirugía, muestre en las entrevistas un perfil más favorable y minimice los síntomas psicopatológicos (16); 2) que la prevalencia aumente a medida que transcurre el tiempo (34); 3) que exista una recategorización de un tipo de TCA en otro (donde este último carezca de criterios o escalas de medición estandarizadas) (32).

Respecto a la aparición de TCA *de novo*, en un estudio, el 25,6 % y el 4,8 % de los pacientes intervenidos de CB desarrollaron pérdida de control sobre la ingesta y TA de nueva aparición, respectivamente (34). Los diagnósticos clásicos de BN y AN se han reportado a través de series de casos (37,38), siendo la prevalencia desconocida. El 12 % de los pacientes sometidos a *bypass* gástrico (BPG) presentaron, entre los 18 y los 36 meses tras la cirugía, vómitos motivados por problemas en relación a la silueta corporal y con el fin de perder peso (39). Los factores que podrían favorecer la aparición de un TCA tras la CB son (37): la rápida pérdida de peso; la restricción alimentaria que implica la cirugía; los vómitos que pueden ocurrir tras la CB, y la presión por parte de los profesionales para el control de la calidad y cantidad de los alimentos, y para evitar la ganancia ponderal a largo plazo.

Desde el punto de vista preventivo de TCA, encontramos los siguientes trabajos en pacientes operados de CB:

- *Sockalingam y cols.* (40), en su estudio piloto sobre 19 pacientes intervenidos mediante BPG, buscaron determinar la viabilidad y la eficacia de una intervención telefónica con TCC (Tele-TCC) en la mejoría de la conducta alimentaria (medida mediante BES y *Emotional Eating Scale* - EES), síntomas depresivos (*Patient Health Questionnaire-9*) y de ansiedad (*Generalized Anxiety Disorder 7-item*). Para ello, 19 pacientes recibieron 6 sesiones de Tele-TCC de 55 minutos cada una, iniciándose en el sexto mes tras el BPG. El 73,7 % completaron las sesiones siendo ambos grupos (los que completaron y los que no) comparables entre sí, salvo en la pérdida de peso a los 6 meses de la cirugía, donde el grupo que no completó el estudio presentó un porcentaje de pérdida de peso menor. La Tele-TCC demostró mejoría significativa en los atracones, la alimentación emocional, los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad. El escaso tamaño de la muestra y la ausencia de grupo de control limitan la interpretación de los resultados del estudio, sin poder saber si la mejoría se debió a la intervención o al curso natural tras la CB.
- En el estudio de *Sarwer y cols.* (41) se evaluó la pérdida de peso en pacientes sometidos a CB tras recibir consejo nutricional por parte de un dietista entrenado en comparación con no recibir dicha educación nutricional (atención estándar). Secundariamente analizaron cambios en la conducta alimentaria a través del *Eating Inventory*, así como la ingesta calórica y de macronutrientes. Aleatorizaron a 84 pacientes a recibir asesoramiento dietético (15 minutos semanales durante los primeros 4 meses post-CB) frente a la atención posoperatoria estándar, y realizaron un seguimiento de 2 años. Los pacientes que recibieron consejo nutricional presentaron una mayor pérdida de peso a lo largo del seguimiento, aunque sin alcanzar significación estadística. El grupo de intervención presentó mayor puntuación en la subescala de restricción del *Eating Inventory* en los meses 4, 6, 12 y 18, aunque no a los 24 meses, y una reducción significativa en el mes 4 de la sensación de hambre. También consiguieron una mayor reducción en la desinhibición, un menor consumo de calorías, dulces y grasas, y un consumo proteico mayor, aunque sin alcanzar resultados significativos en ninguno de dichos resultados.
- En el *Project HELP (Healthy Eating and Lifestyle Post-surgery)* (42) se estudiaron la viabilidad y la eficacia preliminar de una “terapia de aceptación” administrada a través de una plataforma de *e-learning* acompañada de apoyo telefónico cada 15 días para resolver dudas y proporcionar mayor *feedback* en pacientes intervenidos de CB con regañancia de peso tras la intervención. De los 20 pacientes que iniciaron el estudio, el 60 % completaron al menos 8/10 módulos de unos 26 minutos de duración cada uno. La aceptabilidad y la satisfacción general del programa fue buena. Más del 90 % se estabilizaron o perdieron peso durante la intervención. Presentaron una pérdida de peso durante la inter-

vención del $3,9 \pm 5,0$ % y $4,4 \pm 5,8$ kg ($p = 0,01$), que se mantuvo a los 3 meses de seguimiento. De hecho, los participantes mostraron una pérdida de peso adicional 3 meses tras la finalización del programa del $0,6 \pm 2,7$ %. Respecto a los cambios en las conductas alimentarias, hubo mejoría en las subescalas de desinhibición, restricción e ingesta interna del *Eating Inventory*. La prevalencia del *grazing* pasó del 36,4 % previo a la intervención al 9,1 % después del programa. El porcentaje de pacientes con pérdida del control sobre la ingesta pasó del 63,6 % al 27,3 %.

- *Papalazarou y cols.* (43) aleatorizaron a 30 mujeres con obesidad mórbida, intervenidas mediante gastroplastia vertical anillada, a recibir el tratamiento de intervención de modificación del estilo de vida (MEV) (educación dietética, actividad física y modificación de la conducta) frente a la práctica clínica habitual por parte de un dietista entrenado, realizando un seguimiento durante 3 años. Al finalizar el estudio, el grupo con MEV presentó una mayor eficacia en cuanto a mayor pérdida de peso y mayores niveles de actividad física, así como menores puntuaciones en la *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ).

Tras la CB, no todos los centros disponen de seguimiento psicológico/psiquiátrico sistemático, aunque sería lo recomendable (22). La presencia de TCA poscirugía (en forma de TA u otras formas de pérdida de control sobre la ingesta) y su posible relación con peores resultados (menor pérdida de peso y/o una mayor recuperación ponderal) (33,44,45) hacen fundamental el *screening* periódico de los TCA durante el seguimiento tras la CB, para así poder realizar una detección temprana (45).

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA OBESIDAD: ENFOQUE INTEGRADOR

Desde el punto de vista más global de la prevención, son muchos quienes apuestan por un enfoque integrador para la obesidad y los TCA (46-48) y, si bien los cambios ambientales y sociales son necesarios para la prevención de estas entidades, estos deben complementarse con enfoques educativos que no sean confusos para la población y que funcionen tanto en los TCA como en la obesidad.

Irving y cols. (46) realizaron una revisión sobre las razones y limitaciones de adoptar un enfoque integrador para la prevención del espectro de problemas relacionados con la alimentación (obesidad, TCA y prácticas poco saludables de pérdida de peso). En su trabajo, especula que, a pesar de que la obesidad y los trastornos alimentarios se cultivan en el mismo contexto cultural (un entorno “tóxico” con respecto a la comida y el peso), se consideran distintos en cuanto a los enfoques de prevención o tratamiento, y reflexiona sobre la adopción de un enfoque integrador en su prevención. Argumenta que, desde el punto de vista económico, resulta menos costoso un mismo programa que contemple ambas entidades (comparado con realizarlo por separado) y que prevenir los problemas alimentarios es más

fácil y rentable que tratarlos (46). Otro motivo que alega para integrar ambos problemas a nivel preventivo es evitar mensajes contradictorios y el posible efecto iatrogénico de los programas por separado. Esto último se refleja en la posibilidad de que las estrategias para prevenir la obesidad podrían promover involuntariamente un exceso de preocupación por el peso y la silueta corporal (46). De hecho, uno de los desafíos del desarrollo de programas de prevención integradores es que ciertos objetivos de tratamiento o conductas en la obesidad con respecto a los TCA resultan contradictorios. Así, algunos comportamientos habituales en el manejo de la obesidad, como el control del peso, el registro de la ingesta y actividad o las restricciones alimentarias, pueden considerarse síntomas de los TCA (48).

Un reto importante para desarrollar intervenciones que puedan prevenir tanto la obesidad como los TCA es la identificación de aquellos factores de riesgo y protectores que tengan relevancia en ambos trastornos. Respecto a los factores de riesgo comunes a ambos trastornos, Haines y Neumark-Sztainer analizan de forma exhaustiva algunos, como son: la realización de dietas, la exposición a la televisión, la baja satisfacción corporal y las burlas relacionadas con el peso (49). Como posibles factores protectores comunes a ambas enfermedades se han propuesto comer en familia y la presencia de patrones de comidas regulares (50).

Desde un punto de vista práctico, Neumark-Sztainer propone una serie de objetivos compartidos de prevención en la obesidad y los TCA en adolescentes (48):

- Realizar comidas de forma regular y evitar patrones de comida erráticos o de omisión de comidas.
- Aprender a prestar atención a las señales corporales de hambre y saciedad, en lugar de ignorarlos y dejar de comer o comer en exceso en respuesta al hambre emocional o los estímulos externos.
- Disfrutar de la actividad física reduce el riesgo de hacer demasiado o muy poco.
- Se debe trabajar hacia un entorno que facilite una alimentación saludable y la actividad física, sin caer en la estigmatización de las personas con sobrepeso ni en potenciar el culto al cuerpo y la delgadez.

Un buen ejemplo a nivel nacional que apuesta por la prevención integrada lo encontramos en la “Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso” de Cantabria (51).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Ramiro JJ, Álvarez-Martín E, Gil-Prieto R. Mortalidad atribuible al exceso de peso en España. *Med Clin (Barc)* 2014;142(12):526-30. DOI: 10.1016/j.medcli.2013.04.047
2. Hernández Á, Zomeño MD, Dégano IR, Pérez-Fernández S, Goday A, Vila J, et al. Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud. *Rev Española Cardiol* 2018;72(11):916-24. DOI: 10.1016/j.recesp.2018.07.009
3. Neumark-Sztainer D, Story M, Falkner NH, Beuhring T, Resnick MD. Sociodemographic and Personal Characteristics of Adolescents Engaged in Weight Loss and Weight/Muscle Gain Behaviors: Who Is Doing What? *Prev Med (Baltim)* 1999;28(1):40-50. DOI: 10.1006/pmed.1998.0373
4. Castro Coronado AL, Brenes Ramírez LA. Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracción en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública* 2013;22(22):20-6.
5. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013;73(9):904-14. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
6. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? *J Am Diet Assoc* 2006;106(4):559-68. DOI: 10.1016/j.jada.2006.01.003
7. Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003;112(4):900-6. DOI: 10.1542/peds.112.4.900
8. Butryn ML, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders? *Int J Eat Disord* 2005;37(4):285-93. DOI: 10.1002/eat.20098
9. Neumark-Sztainer D. Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *J Adolesc Health* 2009;44(3):206-13. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.11.005
10. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Parental Perceptions of Weight Terminology That Providers Use With Youth. *Pediatrics* 2011;128(4):e786-93. DOI: 10.1542/peds.2010-3841
11. Casanueva F, De la Cruz Vigo F, Goday A, Ruiz de Adana J, Monereo S, Villalonga R, et al. Declaración SECO-SEEDO sobre el tratamiento actual de la obesidad grave en España; 2015.
12. Sarwer DB, Allison KC, Wadden TA, Ashare R, Spitzer JC, McCuen-Wurst C, et al. Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2019;15(4):650-5. DOI: 10.1016/j.soard.2019.01.029
13. Dahl JK, Eriksen L, Vedul-Kjelsås E, Strømme M, Kulseng B, Mårvik R, et al. Prevalence of all relevant eating disorders in patients waiting for bariatric surgery: a comparison between patients with and without eating disorders. *Eat Weight Disord* 2010;15(4):e247-55. DOI: 10.1007/BF0325306
14. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery. *JAMA* 2016;315(2):150. DOI: 10.1001/jama.2015.18118
15. McAlpine DE, Frisch MJ, Rome ES, Clark MM, Signore C, Lindroos AK, et al. Bariatric surgery: a primer for eating disorder professionals. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(4):304-17. DOI: 10.1002/erv.1012
16. Ambwani S, Boeka AG, Brown JD, Byrne TK, Budak AR, Sarwer DB, et al. Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9(2):300-5. DOI: 10.1016/j.soard.2011.06.019
17. Montt D, Koppmann A, Rodríguez M. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Rev Hosp Clínico Univ Chile* 2005;16(4):282-8.
18. Rubio MA, Martínez C, Vidal O, Larrad Á, Salas-salvado J, Pujol J. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes* 2004;4:223-49.
19. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, et al. Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2016;165(6):409-20. DOI: 10.7326/M15-2455
20. Ramacciotti CE, Coli E, Marazziti D, Segura-García C, Brambilla F, Piccinni A, et al. Therapeutic options for binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2013;18(1):3-9. DOI: 10.1007/s40519-013-0003-5
21. Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Cohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracción y otros. *Nutr Hosp* 2017;34(5):49-97. DOI: 10.20960/nh.1562
22. Conceição EM, Goldschmidt A. Disordered eating after bariatric surgery: clinical aspects, impact on outcomes, and intervention strategies. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32(6):504-9. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000549
23. Sarwer DB, Wadden TA, Moore RH, Baker AW, Gibbons LM, Raper SE, et al. Preoperative eating behavior, postoperative dietary adherence, and weight loss after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4(5):640-6. DOI: 10.1016/j.soard.2008.04.013
24. Ashton K, Heinberg L, Windover A, Merrell J. Positive response to binge eating intervention enhances postoperative weight loss. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7(3):315-20. DOI: 10.1016/j.soard.2010.12.005
25. Abilés V, Abilés J, Rodríguez-Ruiz S, Luna V, Martín F, Gándara N, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on weight loss after two years of bariatric surgery in morbidly obese patients. *Nutr Hosp* 2013;28(4):1109-14. DOI: 10.3305/nh.2013.28.4.6536

26. Gade H, Friberg O, Rosenvinge JH, Småstuen MC, Hjelmsæth J. The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. *Obes Surg* 2015;25(11):2112-9. DOI: 10.1007/s11695-015-1673-z
27. Ogden J, Hollywood A, Pring C. The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomised Control Trial. *Obes Surg* 2015;25(3):500-5. DOI: 10.1007/s11695-014-1428-2
28. Conceição EM, Utzinger LM, Pisetsky EM. Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23(6):417-25. DOI: 10.1002/erv.2397
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Fifth Edit. American Psychiatric Pub; 2013. 991 p.
30. Mond JM, Latner JD, Hay PH, Owen C, Rodgers B. Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: Another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behav Res Ther* 2010;48(7):661-9. DOI: 10.1016/j.brat.2010.03.020
31. Zunker C, Karr T, Saunders R, Mitchell JE. Eating behaviors post-bariatric surgery: a qualitative study of grazing. *Obes Surg* 2012;22(8):1225-31. DOI: 10.1007/s11695-012-0647-7
32. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(3):615-22. DOI: 10.1038/oby.2007.101
33. Pinto-Bastos A, de Lourdes M, Brandão I, Machado PPP, Conceição EM. Weight loss trajectories and psychobehavioral predictors of outcome of primary and reoperative bariatric surgery: a 2-year longitudinal study. *Surg Obes Relat Dis* 2019;15(7):1104-12. DOI: 10.1016/j.soard.2019.04.018
34. Smith KE, Orcutt M, Steffen KJ, Crosby RD, Cao L, Garcia L, et al. Loss of Control Eating and Binge Eating in the 7 Years Following Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2019;29(6):1773-80. DOI: 10.1007/s11695-019-03791-x
35. Devlin MJ, King WC, Kalarchian MA, White GE, Marcus MD, Garcia L, et al. Eating pathology and experience and weight loss in a prospective study of bariatric surgery patients: 3-year follow-up. *Int J Eat Disord* 2016;49(12):1058-67. DOI: 10.1002/eat.22578
36. Sarwer DB, Dilks RJ, Spitzer JC, Berkowitz RI, Wadden TA, Moore RH, et al. Changes in Dietary Intake and Eating Behavior in Adolescents After Bariatric Surgery: an Ancillary Study to the Teen-LABS Consortium. *Obes Surg* 2017;27(12):3082-91. DOI: 10.1007/s11695-017-2764-9
37. Conceição E, Vaz A, Bastos AP, Ramos A, Machado P. The Development of Eating Disorders After Bariatric Surgery. *Eat Disord* 2013;21(3):275-82. DOI: 10.3390/nu13072396
38. Conceição E, Orcutt M, Mitchell J, Engel S, Lahaise K, Jorgensen M, et al. Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *Int J Eat Disord* 2013;46(3):274-9. DOI: 10.1002/eat.22074
39. de Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremer L, Simonich H, Lancaster K, Howell LM, et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2010;6(1):79-85. DOI: 10.1016/j.soard.2009.08.011
40. Sockalingam S, Cassin SE, Wnuk S, Du C, Jackson T, Hawa R, et al. A Pilot Study on Telephone Cognitive Behavioral Therapy for Patients Six-Months Post-Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2017;27(3):670-5. DOI: 10.1007/s11695-016-2322-x
41. Sarwer DB, Moore RH, Spitzer JC, Wadden TA, Raper SE, Williams NN. A pilot study investigating the efficacy of postoperative dietary counseling to improve outcomes after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8(5):561-8. DOI: 10.1016/j.soard.2012.02.010
42. Bradley LE, Forman EM, Kerrigan SG, Goldstein SP, Butryn ML, Thomas JG, et al. Project HELP: a Remotely Delivered Behavioral Intervention for Weight Regain after Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2017;27(3):586-98. DOI: 10.1007/s11695-016-2337-3
43. Papalazarou A, Yannakoulia M, Kavouras SA, Komesidou V, Dimitriadis G, Papakonstantinou A, et al. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. *Obesity* 2010;18(7):1348-53.
44. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev* 2014;22(2):87-91. DOI: 10.1002/erv.2273
45. Conceição E, Mitchell JE, Vaz AR, Bastos AP, Ramalho S, Silva C, et al. The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eat Behav* 2014;15(4):558-62. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.010
46. Irving LM, Neumark-Sztainer D. Integrating the Prevention of Eating Disorders and Obesity: Feasible or Futile? *Prev Med (Baltim)* 2002;34(3):299-309. DOI: 10.1006/pmed.2001.0997
47. Sharif Ishak SIZ, Chin YS, Mohd. Taib MN, Mohd. Shariff Z. School-based intervention to prevent overweight and disordered eating in secondary school Malaysian adolescents: a study protocol. *BMC Public Health* 2016;16(1):1101. DOI: 10.1186/s12889-016-3773-7
48. Neumark-Sztainer D. Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *Int J Eat Disord* 2005;38(3):220-7. DOI: 10.1002/eat.20181
49. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res* 2006;21(6):770-82. DOI: 10.1093/her/cyl094
50. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *Am J Prev Med* 2007;33(5):359-69.e3. DOI: 10.1016/j.amepre.2007.07.031
51. Gómez del Barrio J, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castaneda S, Vázquez-Barquero J. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla M de S de E y C de S del G de C, editor. Santander: Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria; 2011.