

Incluye



Menores, jóvenes y adicciones

JOSÉ ANTONIO GARCÍA CASTILLO
FRANCISCO LEGAZ CERVANTES
(DIRECTORES)

JOSÉ RAMÓN LÓPEZ LÓPEZ
JOSÉ JUAN PARDO VIDAL
(COORDINADORES)

PRÓLOGO
LINDA MONTANARI



III ARANZADI

er, B., Greene, S., & Anderson,
ventions for children of divorce:
15), 1874-1881. <https://doi.org/>

., & Hall, W. (2025). The adverse
galisation in Canada and the USA.

l., Jiang, Y., & Leatherdale, S.
; youth in Canada post-legaliza-
ital health symptoms. *Addictive*

Capítulo 13

La adicción a la comida: efectos y estrategias de intervención

DRA. CRISTINA RECHE-GARCÍA Y DR JUAN JOSÉ HERNÁNDEZ-MORANTE
Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Murcia (UCAM)

Resumen:

La adicción a la comida se diagnostica cuando una persona, durante más de doce meses, presenta una falta de control de impulsos con la comida, ingiriendo alimentos en cantidades cada vez mayores y durante más tiempo del previsto; pese a la reducción de placer que va apareciendo, y sufriendo repetidos intentos fallidos de reducir su ingesta, con malestar clínicamente significativo a nivel biopsicosocial. Los alimentos asociados con mayores problemas son los ultraprocesados, ricos en grasas, azúcares, sal y aditivos, y las bebidas azucaradas. Alimentos con alto contenido energético y baja densidad nutricional que comparten con las drogas de abuso un potencial adictivo.

La adicción a la comida puede aparecer en distintas franjas de edad, de forma independiente o paralela a otros trastornos clásicos como el trastorno por atracón, la bulimia nerviosa o la obesidad.

En el presente capítulo pretendemos revisar los signos y síntomas de la adicción a la comida, su diagnóstico y los posibles tratamientos. Así como los efectos de la adicción a la comida en los sistemas de recompensa, factores emocionales, conductuales, cognitivos, y sociales implicados.

Palabras clave:

Adicción a la comida, sintomatología, YFAS, intervención, trastorno, prevalencia.

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN. II. PREVALENCIA. III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA. IV. PERFIL DE LAS PERSONAS ADICTAS A LA COMIDA. I. *Trastornos comórbidos*. V. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. VI. CONCLUSIONES. VII. REFERENCIAS.

I. INTRODUCCIÓN

La adicción a la comida es un trastorno del comportamiento que se caracteriza por síntomas relacionados con la pérdida de autocontrol, el consumo excesivo o la ingesta continua de alimentos muy apetecibles incluso sin tener hambre real o estando llenos, pese a problemas que genera a nivel físico como emocional (Gearhardt et al., 2011).

Si bien la adicción a la comida aún no está reconocida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría, está presente en la literatura científica y cada vez hay mayor grado de evidencia acerca de la misma. En las bases de datos encontramos estudios de evaluación, epidemiológicos, de relaciones con sintomatología de salud mental y de intervención para su tratamiento. Además, se ha estudiado la relación de la adicción a la comida con otros parámetros como las funciones cognitivas, rendimiento académico, etc.

Se puede decir que el proceso adictivo de la comida desde una perspectiva clínica y de investigación es un área de interés emergente.

La adicción a la comida es una conducta alimentaria compleja y desadaptativa que incluye similitudes conductuales con los trastornos adictivos: pérdida de control, abstinencia, ansia, sensibilización y sensibilización cruzada. El cerebro se adapta a la adicción a través del sistema dopaminérgico mesolímbico, opioides y receptores endógenos, equilibrio de acetilcolina y dopamina, y adaptaciones de la serotonina en la neuroanatomía.

La herramienta que mide los patrones alimentarios relacionados con la adicción a la comida (YFAS) se operacionaliza según los criterios del DSM V para el trastorno de sustancias modelándolos en relación con las conductas alimentarias, por ejemplo: «Consumo de sustancias en grandes cantidades y durante periodos más largos de lo previsto; Deseo persistente o repetidos intentos fallidos de dejar de consumir; Exceso de tiempo o actividad para obtener, consumir o recuperar alimentos; Abandono o reducción de actividades sociales, laborales

o recreativas importantes; Consumo continuado a pesar del conocimiento de las consecuencias adversas (p. ej., incumplimiento de la obligación de rol, consumo cuando es físicamente peligroso); Tolerancia (aumento marcado de la cantidad; disminución marcada del efecto); Síntomas de abstinencia característicos; Consumo de sustancias para aliviar la abstinencia».

Los alimentos altamente procesados, aquellos que tienen un alto contenido tanto de carbohidratos refinados (como azúcar y harina blanca) como de grasas agregadas y/o nutrientes como el sodio, son reforzadores especialmente fuertes, y desencadenan una hiperactividad en los sistemas biológicos destinados a promover el consumo de alimentos con el propósito de sobrevivir. Estos en combinación con diferencias individuales e influencias ambientales pueden activar el sistema de recompensa del cerebro y producir cambios neuroquímicos en distintas áreas asociadas con el placer, desencadenando y reforzando conductas alimentarias como la alimentación adictiva en personas susceptibles (Pursey et al., 2022). De esta forma pueden convertirse en hiperpalatables y se consuman en exceso. Se trata de alimentos como el chocolate, helado, pizza y papas fritas, pero también los aditivos como potenciadores del sabor y emulsionantes como el jarabe de maíz con alto contenido de fructosa. Se incluyen en esta categoría de alimentos con alto poder adictivo las bebidas azucaradas (Reche et al., 2022).

Es importante señalar que no hay consenso nosológico en cuanto a si la adicción a la comida es un subtipo emergente de trastorno alimentario, o del control de impulsos (adicción comportamental). Visto desde la perspectiva de un trastorno de la conducta alimentaria se trata de un trastorno que produce alteraciones en el peso corporal y en los hábitos alimentarios conducente a múltiples complicaciones psiquiátricas y somáticas, las cuales, en ocasiones, pueden ocasionar la muerte de la persona. Visto desde una adicción comportamental se entiende como la necesidad de consumir ciertos tipos de alimentos más allá de los requerimientos energéticos homeostáticos, cuya ausencia causa síntomas de carácter fisiológicos y/o psicológicos, que acarrear consecuencias negativas clínicamente significativas, como la pérdida de control, tolerancia y síntomas de abstinencia.

II. PREVALENCIA

La prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha aumentado del 3,5 % para el período 2000-2006 al 7,8 % para el período 2013-2018 (Galmiche et al., 2019). Estos datos nos muestran cómo evolucionan estos trastornos y su capacidad de presencia cada vez mayor entre nuestra población unido al aumento de disponibilidad y consumo de comida ultra procesada, independientemente del nivel socioeconómico, tanto en países desarrollados como subdesarrollados (Wang et al., 2021).

En el caso de la adicción a la comida los estudios más recientes sobre prevalencia indican una tasa de diagnóstico del 20% en la población general, siendo más alta en adultos (Práxedes et al., 2021); mayor en muestras clínicas, particularmente en personas diagnosticadas con un TCA (Pursey et al., 2014; Oliveira et al. 2021); y en personas con sobrepeso y obesidad alcanzando un 25% (Davis et al., 2014).

Los TCA suelen aparecer durante la adolescencia o la adultez temprana, etapa particularmente vulnerable para el desarrollo de este tipo de psicopatologías (Solmi et al., 2022). En el caso de la adicción a la comida según un estudio de revisión con metaanálisis aparece en un 12 % en población adolescente y niños/as (Yekaninejad et al., 2021), con aumento en aquellos/as diagnosticados/as con un TCA. Sin embargo, se señalan cifras algo menores en población española de entre 12-18 años de edad, con una prevalencia del diagnóstico del 8,8% (Reche et al., 2022) y entre universitarios/as españoles del 6.4% (Romero-Blanco et al., 2021); pudiendo indicar que, con la edad adulta, entre los/as estudiantes españoles, los síntomas de adicción a la comida podrían encontrarse disminuidos.

En cuanto a las diferencias por sexo en el contexto español, no se identifican variaciones significativas en población adolescente (Reche et al., 2023), ni en universitaria (Escrivá et al., 2023), cuestión que parece diferir según contextos, pues sí se encuentran entre universitarios/as estadounidenses, con presencia de un 12% en mujeres frente al 4% en hombres.

Finalmente, y siguiendo un metaanálisis reciente, aparece una prevalencia mayor en adultos; en hombres en general, aunque fueron solo dos estudios los que evaluaron únicamente a hombres (Práxedes et al., 2021). Estudio que contradice una revisión sistemática precedente que nos dice que es entre mujeres donde se encuentra una mayor prevalencia (Pursey et al., 2014).

Es así que podemos concluir que es necesario de mayor investigación sobre las diferencias por sexo, con mayor inclusión de hombres en los estudios y muestras equilibradas, para poder conocer sobre la existencia de diferencias reales entre hombres y mujeres.

III. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Para la evaluación de la adicción a la comida existe un amplio consenso científico del uso de la Escala de adicción a la comida (YFAS), desarrollada por el grupo de investigación de Gearhardt y colaboradores de la Universidad de Yale (Gearhardt et al., 2009). Este cuestionario se basa en los criterios del DSM-IV (p. ej., abstinencia, tolerancia, uso continuado a pesar de problemas y vulnerabilidad en actividades sociales) para trastornos relacionados con sustancias y adictivos, y otras escalas para evaluar adicciones conductuales (ejercicio, juego

y sexo); y está diseñado específicamente para evaluar las conductas alimentarias adictivas relacionadas con el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares durante el último año mediante autoinforme, preguntando por síntomas centrales, como trastornos cognitivos, ansiedad, abstinencia y tolerancia.

Por un lado, la escala YFAS permite un recuento de síntomas y por otro el «diagnóstico» de adicción a la comida.

En su versión original el YFAS 1.0 contiene 16 ítems, evaluados con escala Likert, en relación a conductas que pueden presentarse en personas con problemas de adicción y 8 ítems con puntuación dicotómica que preguntan por problemas de consumo de alimentos más severos; y un ítem tipo Likert adicional, que expresa el número de veces en el último año que la persona ha tratado de reducir o dejar de comer ciertos alimentos. Además, el cuestionario incluye una sección con 26 alimentos de alto poder adictivo (tipo helado, chocolate, patatas chips, refrescos, ...) y se pregunta por los problemas concretos con alguno de ellos.

Más adelante, el YFAS 1.0 se perfecciona en una nueva versión (YFAS 2.0; Gearhardt et al., 2016), donde se actualizan los criterios diagnósticos de TCA y de abuso de sustancias adictivas del manual DSM-5 (elementos relacionados con el deseo, el abuso combinado y ciertos criterios de dependencia).

La YFAS 2.0 consta de 35 ítems, cada uno puntuado en una escala Likert de ocho niveles, que van desde 0 = nunca hasta 7 = todos los días. Se evalúa a las personas participantes en función del número de síntomas presentes (al menos dos) y del deterioro clínico o malestar significativo autoinformado. La gravedad de la adicción a la comida se clasifica de la siguiente manera: leve (2-3 síntomas), moderada (4-5 síntomas) y grave (6-11 síntomas). Se establece el diagnóstico de adicción a la comida cuando las personas participantes cumplen el criterio de «deterioro o malestar clínicamente significativo» junto con al menos un síntoma adicional en un periodo de 12 meses (APA, 2022):

- Tolerancia (aumento de la cantidad con la correspondiente disminución del efecto).
- Abstinencia (síntomas físicos o psicológicos negativos que surgen tras la privación de una sustancia en particular).
- Pérdida de control (casos de consumo de una cantidad mayor a lo largo del tiempo y durante un período más prolongado del previsto).
- Deseo persistente o intentos fallidos repetidos de dejar de consumir la sustancia.
- Tiempo excesivo dedicado a obtener, consumir o recuperarse de sus efectos.

- Reducción de las actividades sociales, recreativas o laborales debido al consumo de la sustancia.
- Consumo continuado a pesar del conocimiento de sus consecuencias adversas;
- Ansias intensas.
- Consumo continuado a pesar de los problemas interpersonales debido al consumo de la sustancia.
- Consumo continuado a pesar de los problemas para cumplir con las obligaciones de la función debido al consumo de la sustancia.
- La sustancia se utiliza en situaciones que la hacen físicamente peligrosa.

La escala YFAS ha sido ampliamente validada en diferentes países europeos, entre ellos Portugal, Italia, Alemania y Francia, en población clínica y no clínica, encontrándose propiedades psicométricas adecuadas en cada uno de los lugares donde fue testeada, con cierta sensibilidad a los hábitos y preferencias culturales de los alimentos (Rojas-Jara et al., 2020). La versión en español de la prueba fue adaptada por Granero et al. (2018) y demostró una consistencia interna de $\alpha = 0,95$.

YFAS también tiene una versión abreviada (mYFAS) y una adaptación para niños/as y adolescentes (YFAS-C). Este último es un cuestionario de 25 preguntas, 18 de ellas tienen una puntuación con escala tipo Likert (nunca, rara vez, a veces, a menudo y siempre) y 7 ofrecen puntuación dicotómica (sí/no). Tres preguntas no se puntúan actuando como control. Además, la escala también incluye dos preguntas adicionales que evalúan el deterioro o la angustia de manera clínicamente significativa. En población no adulta es interesante el recuento de los síntomas más que el diagnóstico, ya que es menos probable que cumplan con los criterios de diagnóstico completos para los trastornos alimentarios.

IV. PERFIL DE LAS PERSONAS ADICTAS A LA COMIDA

La adicción a la comida, trastorno psicológico/nutricional, aparece en distintas franjas de edad (con distinta presencia), más frecuentemente en adultos jóvenes que en adolescentes, en mujeres que en hombres, mayor en muestras clínicas, y en participantes con sobrepeso u obesidad (Pursey et al., 2014).

Las personas adictas a la comida poseen un patrón de alimentación que se asocia con una disociación entre las señales de apetito y las señales nutricionales, y se asocia frecuentemente con alimentos altamente procesados con pro-

propiedades adictivas (ricos en grasas y azúcares), que son accesibles, atractivos y consumidos frecuentemente por personas con factores de riesgo asociados, como antecedentes familiares de adicción, depresión o impulsividad (Gearhardt, 2021); pero también obesidad o sobrepeso en la infancia (Rojas-Jara et al., 2020); introducción temprana al consumo regular de alimentos hiperpalatables (Alonso-Alonso et al., 2015); abuso infantil o violencia doméstica (Fling et al., 2014); y desregulación emocional, menor autodeterminación y niveles bajos de calidad de vida (Rojas-Jara et al., 2020).

El perfil dietético de las personas con adicción a la comida se ha asociado con una mayor ingesta de grasas totales, proteínas, carbohidratos, azúcar y alimentos procesados o de alto contenido energético (Leary et al., 2024; Reche-García et al., 2022). Además, las personas con adicción a la comida tienden a consumir mayores cantidades de ciertos micronutrientes, como sodio, calcio y ácidos grasos omega-3 y omega-6, entre otros (Pedram y Sun, 2015). Si bien estas diferencias dietéticas están bien documentadas, se ha prestado menos atención al papel de las preferencias alimentarias alteradas en la configuración de la ingesta de nutrientes y los patrones dietéticos, especialmente en personas con peso normal.

Más allá de las propiedades intrínsecas de los alimentos, como su composición, disponibilidad y palatabilidad, múltiples factores influyen en el apetito y, por lo tanto, en la conducta alimentaria, incluidos factores ambientales (sociales, culturales y educativos), influencias biológicas (genética y regulación hormonal de la ingesta) y aspectos cognitivos personales (percepción sensorial, preferencias alimentarias, estrés y estado de ánimo) (Irani et al., 2024; Stover et al., 2023).

En cuanto a los rasgos psicológicos que contribuyen al desarrollo de la adicción a la comida se encuentran la impulsividad, la alexitimia y el neuroticismo, lo que puede representar uno de los principales desafíos en su manejo (Brunault et al., 2018).

Además, se ha observado en personas con adicción a la comida alteraciones de los circuitos neuronales, con una menor conectividad estructural entre la ínsula, el córtex cingulado anterior y la región ventromedial del córtex prefrontal (Peng-Li, 2020). También se ha descrito cómo los endocannabinoides podrían influir activando el sistema de recompensa... alterando las preferencias alimentarias induciendo adicción a la comida (Morales-Basto et al., 2021).

1. TRASTORNOS COMÓRBIDOS

La adicción a la comida aparece de forma independiente o paralela a otros trastornos. Entre los trastornos comórbidos más estudiados en la adicción a la comida se encuentran los trastornos alimentarios (atracción, la bulimia nerviosa

o la obesidad) (Hauck et al., 2020); la adicción a sustancias, la ansiedad y la depresión (Gearhardt, 2021); y/o el trastorno de estrés postraumático (Fling et al., 2014). Los síntomas relacionados con estos trastornos pueden impulsar a las personas a buscar recompensas a través de la comida, lo que facilita el desarrollo de la adicción a la comida (Burrows et al., 2017a). Sin embargo, la adicción a la comida también podría inducir cambios en la neurotransmisión dopaminérgica en el núcleo accumbens (NAcc), la amígdala y la corteza prefrontal, lo que lleva a comportamientos compulsivos e impulsivos de forma similar a la adicción a las drogas (Krupa et al., 2024). No obstante, aún no está claro si los trastornos comórbidos en la adicción a la comida son una causa o una consecuencia.

V. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

En la literatura científica encontramos un impacto positivo de las diferentes intervenciones disponibles sobre la sintomatología de la adicción a la comida en adultos con sobrepeso u obesidad. Aparece efectividad en distintos enfoques, siendo las intervenciones quirúrgicas bariátricas-metabólicas las que muestran el efecto más significativo, seguidas de las intervenciones farmacológicas y comportamentales (psicosociales, dietéticas y/o nutricionales), respectivamente (Reche et al., 2024).

Sin embargo, hay que destacar el escaso número de estudios basados en intervenciones farmacológicas y quirúrgicas bariátricas-metabólicas, junto con la baja calidad general de los estudios conductuales. Se trata de estudios en su mayoría preliminares o piloto, estudios sin grupo control, transversales, e inconsistentes en adultos; y todos ellos con personas con sobrepeso y con carencia de evaluaciones psiquiátricas en el marco de la atención. Todo ello justifica una interpretación cautelosa (Reche et al., 2024).

A la falta de rigurosidad de estos estudios hay que añadir que son escasos los estudios de tratamiento que atienden a la población adolescente y nulos en personas normopeso.

Decir que, ante este panorama, urge conocer la intervención más adecuada, especialmente en la adolescencia, ya que la patología asociada a la adicción no ha ofrecido mejoría sintomática con ninguno de los tratamientos previamente revisados para este grupo de edad (Leary et al., 2021).

Es sabida la vulnerabilidad psicológica y neurobiológica en adolescentes, que unida a una adicción comportamental y/o de sustancia facilitan el deterioro en el funcionamiento cognitivo y académico de las personas. De hecho, recientemente se ha encontrado un rendimiento académico disminuido entre las personas adolescentes diagnosticadas con adicción a la comida frente a las que no alcanzan los criterios diagnósticos (Reche et al., 2022). En concreto, aquellos/as estudiantes con adicción a la comida en general y específicamente a

las bebidas azucaradas mostraron un rendimiento académico mucho más bajo que sus pares sin sintomatología adictiva (Reche et al., 2022).

Aunque tenemos necesidad de poder aplicar programas para prevenir o tratar los síntomas relacionados con la adicción a la comida, la verdad es que carecemos de un programa aplicable y efectivo para todas las franjas de edad, peso y condición. Sin embargo, gracias a recientes investigaciones tenemos indicadores útiles para la detección temprana del riesgo de adicción a la comida entre universitarios/as españoles, tales como déficits en la ingesta de vitamina D y mayor consumo de bebidas no lácteas (como café, alcohol o bebidas energéticas), sin un aumento significativo en la ingesta calórica o de grasas. Además, se ha observado una mayor circunferencia de la cintura (Díaz-Soler, Reche-García & Hernández-Morante, 2025). Variables no revisadas previamente y que podrían explicar la sintomatología relacionada con la adicción a la comida frente a otras que sí han sido estudiadas ampliamente y que no facilitan una posible detección, como son el IMC, el consumo de drogas y la frecuencia de la actividad física (Díaz-Soler, Reche-García & Hernández-Morante, 2025). La inclusión de herramientas de cribado basadas en estas variables podría facilitar intervenciones más específicas de tipo comportamental (psicosociales, dietéticas y/o nutricionales).

VI. CONCLUSIONES

Investigaciones neurobiológicas han proporcionado información acerca de cómo el consumo excesivo crónico de alimentos altamente procesados puede alterar la función cerebral de forma similar a las drogas adictivas tradicionales.

Se precisa más investigación para determinar las consecuencias a largo plazo de las dietas ricas en azúcar, sal y grasas en el sistema límbico y en el comportamiento humano. Solo así se podrá valorar la necesidad de políticas y legislación dirigidas a modificar un entorno alimentario dominado por estas sustancias (ejemplos de las mismas son el chocolate, el helado, la pizza, las patatas fritas; pero también los aditivos como potenciadores del sabor y emulsionantes como el jarabe de maíz con alto contenido de fructosa; y las bebidas azucaradas).

En cuanto a la prevalencia se observa un aumento en todos los grupos de edad y una presencia mayor en adultos y en población clínica, particularmente en personas diagnosticadas con un TCA, con sobrepeso u obesidad.

Aparece una homogeneidad en la evaluación del trastorno de adicción a la comida lo que nos permite avanzar considerablemente en el conocimiento del mismo.

La adicción a la comida aparece de forma independiente o paralela a otros trastornos como el trastorno por atracón, la bulimia nerviosa o la obesidad; la

adicción a sustancias, la ansiedad, el trastorno de estrés post traumático y la depresión.

Los factores de riesgo que favorecen el trastorno de adicción a la comida tienen que ver con antecedentes familiares de adicción, depresión o impulsividad; pero también obesidad o sobrepeso en la infancia; introducción temprana al consumo regular de alimentos hiperpalatables; abuso infantil o violencia doméstica; desregulación emocional, falta de autodeterminación y niveles bajos de calidad de vida.

El perfil dietético de las personas con adicción a la comida se ha asociado con una mayor ingesta de grasas totales, proteínas, carbohidratos, azúcar y alimentos procesados o de alto contenido energético. Además del consumo de sodio, calcio y ácidos grasos omega-3 y omega-6, entre otros.

La contribución al desarrollo de la adicción a la comida tiene que ver con factores biopsicosociales de diversa índole.

En cuanto al tratamiento de la adicción a la comida en la evidencia científica aparecen intervenciones farmacológicas, quirúrgicas, y comportamentales (siendo las quirúrgicas bariátricas metabólicas las que ofrecen mejores resultados), pero tenemos que tener una interpretación cautelosa por la censurable calidad de los estudios. Además, señalar la carencia de intervenciones tratamentales en población adolescente, su nula efectividad, y la falta de estudios en personas normopeso.

Actualmente, carecemos de un programa aplicable y efectivo para personas diagnosticadas con adicción a la comida. Sin embargo, gracias a recientes estudios tenemos indicadores útiles para su detección temprana y herramientas de cribado que pueden facilitar futuras intervenciones más específicas de tipo comportamental (psicosociales, dietéticas y/o nutricionales).

VII. REFERENCIAS

Alonso-Alonso, M., Woods, S. C., Pelchat, M., Grigson, P. S., Stice, E., Farooqi, S., ... Beauchamp, G. K. (2015). Food reward system: Current perspectives and future research needs. *Nutrition Reviews*, 73(5), 296-307. doi:nutrit/nuv002

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; Text Rev.* American Psychiatric Association: Washington, DC, USA.

Brunault, P., Ducluzeau, P. H., Courtois, R., Bourbao-Tournois, C., Delbanchian, I., Réveillère, C., & Ballon, N. (2018). Food addiction is associated with higher neuroticism, lower conscientiousness, higher impulsivity, but lower

extraver:
misuse, 5

Burro
Differenc
lian Adu
doi.org/1

Collir
quality-o
report. Jo
10.1111/j

Coop
ders. ed.

Davis
Food cra
motor sti
psycholog

Díaz-
ropometr
Addiction
https://do

Escriv
nández-A
its relatic
dents. Jou

Fling,
Rimm, E.
aged and
doi:10.39

Galmi
valence o
review. T
doi.org/10

Gearh
science. A

Gearh
dation of t
10.1016/j.

extraversion in obese patient candidates for bariatric surgery. *Substance use & misuse*, 53(11), 1919-1923.

Burrows, T., Hides, L., Brown, R., Dayas, C. V., & Kay-Lambkin, F. (2017). Differences in Dietary Preferences, Personality and Mental Health in Australian Adults with and without Food Addiction. *Nutrients*, 9(3), 285. <https://doi.org/10.3390/nu9030285>

Collins, R., Skinner, J., Leary, M., & Burrows, T. L. (2024). Dietary and quality-of-life outcomes of the FoodFix intervention for addictive eating: a short report. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 37(3), 815-822. <https://doi.org/10.1111/jhn.13300>

Cooper R. Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders. ed. Karnac Books; 2014.

Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Kennedy, J. L., & Carter, J. C. (2014). Food cravings, appetite, and snack-food consumption in response to a psychomotor stimulant drug: The moderating effect of «food-addiction». *Frontiers in psychology*, 5, 403. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00403>

Díaz-Soler, A., Reche-García, C., & Hernández-Morante, J. J. (2025). Anthropometric, Nutritional, and Lifestyle Factors Involved in Predicting Food Addiction: An Agnostic Machine Learning Approach. *Diseases*, 13(8), 236. <https://doi.org/10.3390/diseases13080236>

Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Herrero, R., Rodríguez-Arias, M., Fernández-Aranda, F., Gearhardt, A. N., & Baños, R. M. (2023). Food addiction and its relationship with other eating behaviours among Spanish university students. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 60.

Fling, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A. E., & Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 578-586. [doi:10.3945/ajcn.113.068965](https://doi.org/10.3945/ajcn.113.068965)

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Gearhardt, A. N., & Schulte, E. M. (2021). Is food addictive? A review of the science. *Annual Review of Nutrition*, 41(1), 387-410.

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale food addiction scale version 2.0. *Psychology of addictive behaviors, 30*(1), 113. <https://doi.org/10.1037/adb0000136>

Gearhardt, A., White, M., & Potenza, M. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Current drug abuse reviews, 4*(3), 201-207. <https://doi.org/10.2174/1874473711104030201>

Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Sauchelli, S., Islam, M. A., ..., & Fernández-Aranda, F. (2014). Food addiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data. *European Eating Disorders Review, 22*(6), 389-396. <https://doi.org/10.1002/erv.2311>

Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Gearhardt, A. N., Agüera, Z., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., ..., & Fernández-Aranda, F. (2018). Validation of the Spanish version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) and clinical correlates in a sample of eating disorder, gambling disorder, and healthy control participants. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 208.

Hauck, C., Cook, B., & Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society, 79*(1), 103-112.

Irani, H., Abiri, B., Khodami, B., Yari, Z., Lafzi Ghazi, M., Hosseinzadeh, N., & Saidpour, A. (2024). Effect of time restricted feeding on anthropometric measures, eating behavior, stress, serum levels of BDNF and LBP in overweight/obese women with food addiction: A randomized clinical trial. *Nutritional Neuroscience, 27*(6), 577-589.

Jara, C. R., Carrasco, R. P., Montenegro, C., Morales, C., Retamal, K., Rivano, N., & Sepúlveda, J. (2020). Adicción a la comida: Una revisión sobre el concepto, sus características y medición. *Cuadernos de Neuropsicología, 14*(1), 142-151.

Krupa, H., Gearhardt, A. N., Lewandowski, A., & Avena, N. M. (2024). *Food Addiction. Brain sciences, 14*(10), 952. <https://doi.org/10.3390/brainsci14100952>

Leary, M., Pursey, K. M., Verdejo-Garcia, A., & Burrows, T. L. (2021). Current intervention treatments for food addiction: a systematic review. *Behavioral Sciences, 11*(6), 80.

Leary, M., Skinner, J. A., Pursey, K. M., Verdejo-Garcia, A., Collins, R., Collins, C., ..., & Burrows, T. L. (2024). The effectiveness of the TRACE online nutrition intervention in improving dietary intake, sleep quality and physical activity levels for Australian adults with food addiction: a randomised controlled trial. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 37*(4), 978-994. <https://doi.org/10.1111/jhn.13312>

Morale
Diego Aleja
tiago, Aguc
ción entre
exploratori
Epub 17 de

Oliveir:
correlates
Obesity rese

Pedran
human sub

Peng-L
structural
symptoms.

Praxed
doso, K. S.
Bueno, N.
Addiction
European e
30(2), 85-9

Pursey
L. (2014).
tion Scale:
10.3390/nu

Reche-
les-Moren
to worse a
Health ana

Reche-
M., Piuvez
metabolic
symptoms
3475-3492

Reche
A., & Her
without fo
tion, 41(8)

- 2016). Development of *dictive behaviors*, 30(1), 1-10.
- . Binge eating disorder 01-207. <https://doi.org/>
- S., Sauchelli, S., Islam, on in a Spanish sample ntiation and validation <https://doi.org/10.1002/>
- güera, Z., Aymamí, N., alidation of the Spanish) and clinical correlates healthy control partici-
- iction, eating addiction , 79(1), 103-112.
- , M., Hosseinzadeh, N., n anthropometric mea- and LBP in overweight/ l trial. *Nutritional Neu-*
- rales, C., Retamal, K., :: Una revisión sobre el *Neuropsicología*, 14(1),
- ena, N. M. (2024). *Food* 3390/brainsci14100952
- Burrows, T. L. (2021). stematic review. *Beha-*
- Garcia, A., Collins, R., ss of the TRACE *online* ep quality and physical a randomised controlled 978-994. <https://doi.org/>
- Morales Basto, Juan Pablo, Burgos Castro, Evelin Dayana, Fandiño Sánchez, Diego Alejandro, Porras Galindo, Luis Felipe, Rodríguez Munevar, Daimar Santiago, Agudelo Cañas, Samantha, & Poveda Espinosa, Elpidia. (2021). La relación entre el sistema endocannabinoide y la adicción a la comida: una revisión exploratoria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 212-226. Epub 17 de enero de 2022. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1153>
- Oliveira, J., Colombarolli, M. S., & Cordas, T. A. (2021). Prevalence and correlates of food addiction: Systematic review of studies with the YFAS 2.0. *Obesity research & clinical practice*, 15(3), 191-204.
- Pedram, P., & Sun, G. (2014). Hormonal and dietary characteristics in obese human subjects with and without food addiction. *Nutrients*, 7(1), 223-238.
- Peng-Li, D., Sørensen, T. A., Li, Y., & He, Q. (2020). Systematically lower structural brain connectivity in individuals with elevated food addiction symptoms. *Appetite*, 155, 104850.
- Praxedes, D. R. S., Silva-Júnior, A. E., Macena, M. L., Oliveira, A. D., Cardoso, K. S., Nunes, L. O., Monteiro, M. B., Melo, I. S. V., Gearhardt, A. N., & Bueno, N. B. (2022). Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: A systematic review with meta-analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 30(2), 85-95. <https://doi.org/10.1002/erv.2878>
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590. <https://doi.org/10.3390/nu6104552>
- Reche-García, C., Martínez, P. S., Díaz, M. G., Guillén-Martínez, D., Morales-Moreno, I., & Morante, J. J. H. (2022). Food addiction features are related to worse academic performance in adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00724-7>
- Reche-García, C., Piernas, C., García-Vizcaíno, E. M., Lorente-Gallego, A. M., Piuvezam, G., Frutos, M. D., & Hernández Morante, J. J. (2024). Bariatric-metabolic surgery is the most effective intervention in reducing food addiction symptoms: a systematic review and Meta-analysis. *Obesity Surgery*, 34(9), 3475-3492. <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07107-6>
- Reche-García, C., Piernas, C., Martínez-Rodríguez, A., Sánchez-Guerrero, A., & Hernández-Morante, J. J. (2022). Dietary intakes among people with vs without food addiction: A systematic review and meta-analysis. *Clinical nutrition*, 41(8), 1770-1780. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.06.033>

Romero-Blanco, C., Hernández-Martínez, A., Parra-Fernández, M. L., Onieva-Zafra, M. D., Prado-Laguna, M. d. C., & Rodríguez-Almagro, J. (2021). Food Addiction and Lifestyle Habits among University Students. *Nutrients*, *13*(4), 1352. <https://doi.org/10.3390/nu13041352>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ..., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, *27*(1), 281-295.

Stover, P. J., Field, M. S., Andermann, M. L., Bailey, R. L., Batterham, R. L., Cauffman, E., ..., & Angelin, B. (2023). Neurobiology of eating behavior, nutrition, and health. *Journal of Internal Medicine*, *294*(5), 582-604.

Wang, L., Martínez Steele, E., Du, M., Pomeranz, J. L., O'Connor, L. E., Herrick, K. A., et al. (2021). Trends in Consumption of Ultraprocessed Foods Among US Youths Aged 2-19 Years, 1999-2018. *JAMA*, *326*(6), 519-530. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.10238>

Yekaninejad, M. S., Badrooj, N., Vosoughi, F., Lin, C. Y., Potenza, M. N., & Pakpour, A. H. (2021). Prevalence of food addiction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *22*(6), e13183. <https://doi.org/10.1111/obr.13183>