

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 49

USOS DEL METAVERSO PARA LA COMUNICACIÓN

2º TRIMESTRE, ABRIL 2025 | SECCIÓN ABIERTA | PP. 267-280

RECIBIDO: 5/8/2024 – ACEPTADO: 27/3/2025

<https://doi.org/10.65598/rps.5593>

ACERCAMIENTO CUALITATIVO AL TRASTORNO POR ATRACÓN: DEL AFRONTAMIENTO AL ESTIGMA SOCIAL

QUALITATIVE APPROACH
TO BINGE EATING DISORDER:
FROM COPING TO SOCIAL STIGMA

ALEXANDRA AINZ GALENDE / ALEXANDRAINZ@UAL.ES

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA, ESPAÑA

MARÍA JOSÉ TORRES HARO / MTH748@UAL.ES

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA, ESPAÑA



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

Este artículo aborda cuestiones vinculadas a uno de los trastornos alimenticios más desconocidos y estigmatizados: el Trastorno Por Atracón. Una vez explicado y acotado el fenómeno, se busca comprender las experiencias subjetivas que tienen las personas diagnosticadas con este trastorno, enfocándose en lo vinculado principalmente a cómo lo afrontan, como lo viven y las posibles consecuencias que el mismo pueda tener en sus vidas.

Metodología: se llevaron a cabo dos grupos focales de personas diagnosticadas con Trastorno Por Atracón. Resultados: Del análisis de los discursos emergieron tres dimensiones (consciencia del padecimiento de Trastorno Por Atracón, consecuencias del trastorno en la vida de las personas que lo padecen e implicaciones del desconocimiento social del trastorno) con siete correspondientes subdimensiones. Conclusión: La gran dificultad de detección del Trastorno Por Atracón, así como su afrontamiento, tiene que ver con el desconocimiento, los estereotipos y la banalización que existe de este. Sobre las consecuencias del trastorno en las personas que lo padecen son significativas a nivel personal, familiar y social. Uno de los principales hallazgos de esta investigación parece indicar, en contra de mucha de la literatura existente, que sí existen actitudes compensatorias en este trastorno dado que todas las personas participantes las tenían.

PALABRAS CLAVE

Trastorno Por Atracón; estigma; TCA; gordofobia; imagen corporal.

ABSTRACT

This article addresses issues related to one of the most unknown and stigmatized eating disorders: Binge Eating Disorder. Once the phenomenon has been explained and delimited, the aim is to understand the subjective experiences of people diagnosed with this disorder, focusing on how they cope with it, how they live it and the possible consequences it may have on their lives.

Methodology: two focus groups of people diagnosed with Binge Eating Disorder were carried out. Results: Three dimensions emerged from the analysis of the discourses (awareness of Binge Eating Disorder, consequences of the disorder in the lives of the sufferers and implications of social ignorance of the disorder) with seven corresponding sub-dimensions. Conclusion: The great difficulty in detecting Binge Eating Disorder, as well as in coping with it, has to do with the lack of knowledge, stereotypes, and the trivialization of the disorder. The consequences of the disorder on the people who suffer from it are significant at a personal, family, and social level. One of the main findings of this research seems to indicate, contrary to much of the existing literature, that compensatory attitudes do exist in this disorder since all the participants had them.

KEYWORDS

Binge Eating Disorder; stigma; ED; fatphobia; body image.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se asiste a un incremento en las tasas de prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA) especialmente en el colectivo de personas que atraviesan la adolescencia (Zavala & Sosa, 2024). La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) define a los mismos como alteraciones de la conducta relacionadas con la ingesta de alimentos como consecuencia de los esfuerzos por controlar el peso y la silueta.

En diversos estudios se ha puesto de manifiesto la influencia que tienen en el florecimiento de estos trastornos los medios de comunicación, las redes sociales y lo cultural vinculado a la imagen corporal (Fernández & Morales, 2022). Sin embargo, se observa que, de los Trastornos de Conducta Alimenticia, el Trastorno Por Atracón es uno de los grandes desconocidos por la población en general y menos tratados en literatura científica (Castañeda-Quirama & Restrepo, 2024) obviándolo hasta hace poco y aglutinándolo dentro de la categoría "trastornos alimenticios no específicos" (TCAN) (Cruzat et al., 2010).

Es tal el desconocimiento de dicho trastorno que no aparece en el DSM-5 (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) hasta la edición de 2013 (APA, 2014). Esto es así, a pesar de que Stunkard, ya en 1959, había observado en pacientes con obesidad la incidencia de atracones alertando de esta cuestión. De hecho, fue este autor quien vincula por primera vez la obesidad con lo que en la actualidad se denomina Trastorno Por Atracón (Casado, 2013). Sin embargo, no es hasta años más recientes que empieza a consolidarse su conceptualización. Concretamente fue Spitzer quien propuso el nombre de "Trastorno Por Atracón" después de estudiar a una muestra de personas con sobrepeso que no podían salir de la dinámica "atración-dieta-atracón" (Citrome, 2017). Dicho trastorno, se caracteriza como recogen diversos autores (Hudson et al., 2007; Palacios, 2014), por comer grandes cantidades de comida en poco tiempo y por tener una marcada pérdida de control sobre lo que se come y cómo se come. Este trastorno también está caracterizado por el malestar persistente que estas situaciones de ingesta compulsiva y pérdida de control generan, así como por la supuesta ausencia de conductas compensatorias (Baldares, 2013). Cuestión esta última, que se discutirá más adelante. Dichas características compensatorias (como pueda ser el vómito auto inducido) se asocian a otros trastornos de la conducta alimenticia como la bulimia/ bulimia nerviosa o la anorexia.

Otras características que señalan autores como Fairburn (1998) sobre los atracones es que momentáneamente dicha forma de ingesta por atracón produce sensaciones placenteras y positivas vinculadas por ejemplo a la calma o el alivio, pero una vez finalizado el mismo, se genera frustración, disgusto, decepción, ansiedad intensa y mucha culpa fruto, en gran medida, de la incapacidad para poder parar o frenar la ingesta. De forma general se recoge que estos atracones se llevan a cabo en soledad, o "a escondidas" debido en gran medida a la vergüenza que los mismos generan en la persona (Gallardo, 2021). En cuanto a la duración y frecuencia de los atracones, los autores y las autoras que trabajan en esta cuestión no llegan a un acuerdo, pero sí coinciden al exponer que lo que determina la gravedad del problema y lo que preocupa es cómo el atracón interfiere en la calidad de vida de las personas afectadas. En lo referido a la tipología de alimentos que se ingieren en los atracones, todo parece indicar que son los restringidos, prohibidos o los que la persona evita comer precisamente, los que come de manera compulsiva en los episodios de atracones. Otra cuestión interesante es lo que

denominan algunos autores que tienen los pacientes como la sensación de tener la conciencia alterada (Hanras et al., 2022). Las personas suelen hablar de los momentos de atracón como momentos de trance (experiencia disociativa) en los que la vida se congela y solo existe ellos, la comida y su compulsión.

En la investigación realizada el primer objetivo es analizar la percepción de las personas con Trastorno Por Atracón sobre el trastorno en sí mismo. El segundo, se centra en el análisis de las posibles implicaciones que tiene el Trastorno Por Atracón en la vida de estas personas. El tercer objetivo, estudia si el desconocimiento social sobre este trastorno influye en las personas que lo padecen.

2. DISEÑO Y MÉTODO

El diseño metodológico se basa en la investigación cualitativa. Derivado de este posicionamiento se han podido recoger y analizar las experiencias subjetivas de las personas que declaran padecer Trastorno Por Atracón atendiendo a tres cuestiones fundamentales: La primera, como se construye la percepción de estas personas de que tienen un trastorno, la segunda, que consecuencias e implicaciones tiene (o no) el Trastorno Por Atracón en la vida de estas personas y la tercera, estudiar de qué manera influye (o no) el desconocimiento a nivel social que se tiene de este trastorno en la vida de las personas que lo padecen.

En el presente estudio han participado 12 personas. Las 12 personas estuvieron divididas en dos grupos focales. Como único criterio de selección de la muestra se recogía el de que las personas que participasen estuvieran diagnosticadas por un especialista por Trastorno Por Atracón.

La selección de las y los participantes fue muy compleja y se puede constatar que esta puede considerarse una de las grandes fortalezas del presente estudio. La misma, se llevó a cabo a partir de continuas y persistentes interacciones por diferentes redes sociales, concretamente en espacios dentro de las mismas, destinados a informar, visibilizar y concienciar de la existencia y consecuencias del Trastorno Por Atracón. En estas páginas las personas suelen ser muy activas e interaccionan significativamente. Fue a partir de esas interacciones donde se aprovechaba a interactuar con ellas/os y a pedirles si tenían a bien de participar en el estudio.

Así, los grupos focales se realizaron on-line porque cada persona participante vivía en zonas geográficas distintas. Una cuestión importante por mencionar es que, si se observa la muestra, los integrantes de esta no están proporcionalmente seleccionados en función del sexo. Esto es así debido a que, aunque se considera que puede ser interesante estudiar variabilidades entre hombres y mujeres con Trastorno Por Atracón, por un lado, la accesibilidad ha sido mucho mayor al colectivo de mujeres por participar en mayor proporción y, por otro lado, se prestaron más fácilmente a colaborar en el estudio.

Pese al tamaño reducido de la muestra, se alcanzó la saturación teórica, ya que los discursos comenzaron a presentar recurrencias significativas y no emergieron categorías nuevas en los últimos tramos de los grupos focales. Esto sugiere que la información recopilada fue suficiente para responder a los objetivos planteados.

No obstante, es importante señalar que este estudio presenta ciertas limitaciones. Al tratarse de una muestra cualitativa reducida y reclutada a través de redes sociales, los hallazgos deben

interpretarse dentro de su contexto. Los resultados no son generalizables a toda la población con Trastorno Por Atracón, aunque sí ofrecen claves significativas para comprender mejor la experiencia subjetiva de quienes lo padecen. Asimismo, podría existir un sesgo de autoselección, dado que las personas participantes mostraban una alta implicación en comunidades digitales sobre el TPA, lo que puede no representar a quienes viven este trastorno de manera más silenciosa o aislada.

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se llevaron a cabo, como se indicó previamente, dos grupos focales (uno a finales de noviembre de 2023 y el otro la primera semana de diciembre del mismo año) y la duración de ambos fue aproximadamente de 60 minutos. Como se indicaba, las interacciones se llevaron a cabo a través de internet. Concretamente se utilizó el programa Google Meet para establecer la comunicación. Para la consecución de los grupos, se diseñó un guion de preguntas teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. En la tabla nº1 se presentan algunas de las preguntas dirigidas directamente a obtener información sobre los objetos de estudio que se presentan. Las sesiones fueron grabadas (únicamente el audio) y posteriormente se trascibieron con el consentimiento informado (oral y escrito) de las personas que participaron en los grupos focales. (García-Calvente & Mateo, 2000).

Tabla 1. Algunas de las preguntas del guion del grupo focal.

¿Desde cuándo tienes Trastorno Por Atracón?
¿En qué momento eres consciente de que padeces Trastorno Por Atracón?
¿El Trastorno Por Atracón tiene implicaciones en vuestra vida?
¿El desconocimiento social que existe de este trastorno tiene algún tipo de repercusión en tu vida personal?

En la presente investigación, se empleó el programa Atlas.Ti6 como gestor para la codificación y creación de diferentes códigos sobre los que se aplicó el método de la comparación constante. Método que consiste en la búsqueda de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos (Trinidad et al., 2006). El análisis del discurso de las y los participantes estuvo fundamentado en una serie de etapas (Hamuy & Varela, 2013). Primero, se procedió a transcribir los grupos focales, para después hacer las lecturas correspondientes por parte del personal investigador implicado y poder, de esta manera, extraer las unidades de significado más significativas de los distintos discursos. La siguiente etapa del procedimiento vinculada a la extracción de las unidades de significado más relevantes implicó reagrupación de estas en dimensiones/categorías que engloban las unidades de significado antes mencionadas. Para finalizar se procedió a la interpretación de los contenidos de las dimensiones.

En cuanto a las consideraciones éticas se han seguido a este respecto los principios bioéticos de la declaración de Helsinki manteniéndose a lo largo de todo el proceso la confidencialidad y el anonimato de las y los involucrados.

Además, se ha informado de manera verbal y escrita el objetivo del estudio y de la posterior publicación de los resultados. En cualquier caso, las transcripciones de las intervenciones se han

protectora en función de la normativa relativa a la protección oficial de datos garantizándose el absoluto anonimato de las quienes han participado en el estudio.

4. RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 12 participantes con una edad media de 34 años. En la tabla nº2, se describen las principales características sociodemográficas de las/os participantes que se han considerado relevantes para este tramo específico de investigación.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes

Participantes (P)	Edad	Sexo	Año de diagnóstico	Edad aproximada inicio TCA (años)
1	26	M	2022	12
2	27	M	2023	14
3	29	M	2023	16
4	31	M	2023	10
5	32	M	2022	13
6	32	M	2022	20
7	34	M	2023	25
8	35	M	2023	10
9	37	M	2023	12
10	42	H	2022	35
11	45	M	2023	13
12	47	H	2022	7

Tras el análisis de los discursos de las personas emergieron tres dimensiones o unidades de significado con dos subdimensiones. Cada una de ellas pertenece a una categoría más amplia que tiene que ver con la vivencia y el impacto del Trastorno Por Atracón en las personas que lo padecen. Tal como indica la tabla nº3, específicamente las tres dimensiones con las que se trabajan son: Conocimientos del Trastorno Por Atracón por las personas que lo padecen, consecuencias del trastorno en la vida de las personas que lo padecen e implicaciones y consecuencias del desconocimiento/invisibilización del Trastorno Por Atracón.

Tabla 3. Experiencias subjetivas: Dimensiones y subdimensiones.

Dimensiones	Subdimensiones
Consciencia del padecimiento de Trastorno Por Atracón	Descubrimiento Afrontamiento
Consecuencias del Trastorno Por Atracón (en la vida de las personas que lo padecen)	A nivel individual A nivel familiar
	A nivel social
Implicaciones del desconocimiento social del Trastorno Por Atracón	Estereotipos Estigmatización

1. Consciencia del padecimiento de Trastorno Por Atracón

a) Descubrimiento

Aquí ha de señalarse una cuestión muy interesante y es que hay una diferencia significativa entre cuándo se descubre que se tiene un trastorno, es decir, como señala una de las entrevistadas “cuándo se le pone nombre” al mismo, y los momentos en los que se recuerda haber tenido

comportamientos vinculados o derivados del padecimiento de Trastorno Por Atracón. Si se pone atención en la tabla nº3 el diagnóstico lo obtienen en su mayoría en los años 2022 y 2023, sin embargo, la tabla recoge, del mismo modo que los discursos de las y los entrevistados, que estas personas conviven con el trastorno desde hace años.

“Recuerdo a los 12 años aproximadamente comer chocolate de manera compulsiva. En mi casa no había, pero yo lo compraba y a escondidas lo comía. Era capaz de comerme dos tabletas yo sola y me recuerdo muy, muy pequeña. Yo sabía que me pasaba algo, pero no sabía ponerle nombre, sabía que comer a escondidas estaba mal y era mentir, pero era mi secreto”. P1

“Más o menos sé que fue a los siete años que recuerde y era una comida familiar. Lo tengo grabado por eso, porque mi madre me regañó mucho porque yo cogía de todos los platos y comía muy rápido. Mi madre, la pobre, me llamó la atención y yo a partir de ese momento entendí que no podía comer así, de esa manera y pienso que desde entonces...fíjate, desde entonces, me avergüenzo y me escondo para comer con personas que no son mi familia”. P12

b) Afrontamiento

Las y los entrevistados señalan que les resultó muy complejo afrontar la cuestión del trastorno por varias razones. Primero, porque no tenían información sobre el mismo:

“Yo sentía que no podía controlar al comer, pero claro, yo no vomitaba, entonces bulimia no era, y eso me aliviaba porque yo no vomitaba y no tenía el problema “de moda” entre mis compañeras, yo estaba sana, aunque gorda (risas), pero yo no tenía nada de eso que hablaban en clase, mis amigas o la tele. Ni anorexia, ni bulimia.”. P2

“Yo era el glotón, el comilón en mi familia, sin más, y de hecho pues para ellos lo sigo siendo. Tienen recuerdos graciosos sobre mí y sobre mi glotonería, cuando lo comentan lo hacen de manera simpática, pero no conocen el infierno...” P10

Y segundo, es complicado el afrontamiento porque cuando empiezan a disponer de información, “minimizaban” el problema y no asumían que eso pudiera identificarse como un trastorno de conducta alimenticia.

“Empecé a descubrir información por internet sobre este tema, pero no creas, fue hace más o menos tres o cuatro años y decía ¿puede ser que yo tenga esto? Pero dejaba de buscar y seguía intentando con dietas. He intentado mil dietas empeñada en que debía tener fuerza de voluntad. Hasta que me di cuenta de que esta mierda no funciona así que no es algo de que yo sea incapaz o que no tenga fuerza de voluntad y que tenía que buscar un psicólogo”. P4

2. Consecuencias del trastorno en las personas que lo padecen

Las consecuencias que declaran tener estas personas que padecen Trastorno Por Atracón tienen implicaciones a nivel individual y personal, pero también familiar y social, ya que el trastorno mediatiza y condiciona sus relaciones de pareja, familiares, amistades, etc.

a) Consecuencias personales

Las consecuencias personales que declaran tener las personas entrevistadas es la obsesión y premiación con el tema de la comida y por extensión con el peso. Señalan vivir durante años con el tema constante y reiterativo de su corporalidad en la cabeza, las dietas y los atracones.

"Desde que me levanto pienso en comida: "hoy lo voy a hacer bien" creo que es la frase que más repito, pero a lo largo del día si hago algo mal, si como algo que no pensaba que de alguna manera me he prohibido, entro en bucle y ya empiezo a auto descalificarme. Odiarme. Odiarme y castigarme.". P9

A su vez, esto incide en su imagen corporal y en la autopercepción que tienen de sí mismas/os:

"Yo he pensado desde pequeñas cosas de estas como "seré feliz cuando adelgace", "seré deseable cuando pese menos" o "no les gusto porque estoy gorda". Con el tiempo me he dado cuenta de que todo mi valor dependía de mi peso, bueno, eso creía. Entonces he sentido que nunca he valido nada porque nunca he podido estar delgada. Me sentía incapaz" P11

Por otro lado, y al no poder controlar los atracones, lo que influye directamente en su peso en la mayoría de los casos y como consecuencia, en su imagen corporal, las personas entrevistadas señalan que tratan de compensarlos con dietas restrictivas, deporte o uso de laxantes.

"Hubo un tiempo que asumí normal los atracones. Entonces tenía que hacer cosas para no engordar. ¿Por qué crees que soy notable en mi deporte? porque me puse como un animal. Si comía tanto y no podía controlar eso, sí podía sacrificarme en otros campos. Y así he ido llevando todo el tema del peso, la verdad". P10

"He hecho dietas muy duras y he pasado días sin comer, pero creo que eso me llevaba a más atracones. He hecho barbaridades, incluso tomar laxantes después de atiborrarme, pero con el tiempo he visto que eso me llevaba a más atracones porque ni las dietas extremisísimas, ni los ayunos nada podían parar eso." P6

b) Consecuencias familiares

En lo relativo a las familias se detectan varias problemáticas reseñables: Por un lado, por parte de algunos/as entrevistados/as que no tienen pareja, está el anhelo de formar una familia que coexiste con el miedo a ser rechazados/as por su físico.

Por otro lado, está la situación de que algunas participantes en el estudio tienen parejas, pero sienten que de alguna manera la misma está limitada y condicionada en varios aspectos: Primero, porque algunas de las personas entrevistadas se autolimitan en lo relativo a hacer ciertas actividades sociales, lo cual, repercute a la pareja al completo, como se puede advertir en esta intervención:

"Soy consciente de que a veces debe ser un suplicio estar conmigo. Sobre todo, cuando anulo cosas porque me encuentro mal, fea, gorda o porque me entra el miedo a que me vean comer y que me juzguen, no sé. Y mi pareja se queda conmigo. A veces se enfada, cada vez tiene menos paciencia. Es normal. No sé."

Y por otro lado porque al tener una imagen corporal negativa, declaran que esto afecta a la intimidad y relaciones íntimas y/o sexuales:

“Nunca he dejado que mi pareja me vea desnuda: Llevamos siete años de relación. Y eso nos pesa a ambos y lo sé por mucho que no se hable del tema.” P8

c) Consecuencias sociales

Todas las personas entrevistadas señalan que el trastorno tiene implicaciones en su vida social. Por un lado, señalan que limitan mucho sus salidas o las actividades que hacen, y a este respecto estos tres fragmentos son muy ilustrativos:

“Un día de mala imagen corporal puede hacer que en vez de salir con mis amigos me quede en casa. Eso implica que tus amistades se hartén y al final quieras salir, pero nadie cuente contigo.” P3

“Yo en verano no voy a la piscina, me siento muy gorda y pesada y horrible. Tampoco a la playa, claro. Hace siglos que no piso la arena y eso que siempre me ha encantado. Pero tampoco me pongo manga corta, ni pantalón corto, voy de negro...” P6

“Trato de evitar a toda costa quedar para comer, cenar, desayunar o merendar. No puedo, solo de pensar en reuniones en torno a la comida, me da ansiedad” P5

3. Implicaciones del desconocimiento del Trastorno Por Atracón por parte de la sociedad.

Como se ha evidenciado el Trastorno Por Atracón es un trastorno de la conducta que se está visibilizando desde hace relativamente poco tiempo. Así pues, incluso a las propias personas afectadas les ha costado mucho etiquetar su trastorno y ponerse a trabajar para poner solución y mejorar su vida de forma significativa. De esto se deduce que el entorno social de estas personas, ajenas personalmente a este trastorno, también, en su mayoría desconozcan o no tengan información certera sobre el mismo. Cuando se les pregunta a las personas con Trastorno Por Atracón si el desconocimiento de las personas de su alrededor sobre el trastorno tiene implicaciones en sus vidas, nos responden que rotundamente sí. Por un lado, hablan de estereotipos y prejuicios y por otro lado hablan de estigmatización.

a) Estereotipos

En lo relativo a los estereotipos todas las personas entrevistadas señalan dos estereotipos principales con los que se les asocia:

1. El mito del gordo/a despreocupado/a y feliz:

Tres entrevistadas aluden al mito de “gordo/a feliz” señalando que en ocasiones le han hecho referencia a esta cuestión de forma directa o indirecta insinuándoles que estar gordo/a es fruto de su indiferencia, e incluso “pasotismo” hacia su propia imagen. Dejándoles claro que lo que piensan es que ignoran los convencionalismos sociales.

"A mí me hizo polvo mi hermano, ojo, mi hermano, el día que me dijo que yo pasaba de todo, que me daba igual tragar lo que sea y que me admiraba mucho por pasar de mi peso y que no me importase estar gordo". P12

2. El mito del gordo que está gordo porque quiere:

"Lo más repetido es que tienes que cerrar el pico y que tienes que echarle fuerza de voluntad. Y no les culpo, porque eso pensaba yo también hasta que empecé la terapia, pero te avasallan y te frustran mucho con eso. No saben que no se trata de fuerza de voluntad y no paran de machacarte con eso". P2

"Mi abuela me decía; déjate de tonterías y ponte a dieta. "Ponerse un puntito en la boca es lo que hace falta" es lo que decía. Pero no entienden que a mí solo me faltó graparme la boca, que no es dejar de comer, que yo puedo, es lo que viene después. Cuanto más dejas de comer, peor el atracón que viene después. Atracón me refiero a momentos que duran días, semanas y hasta meses". P3

b) Estigmatización

De las 12 personas involucradas en el estudio: 8 se declaran obesas, dos declaran tener sobrepeso y otras dos dicen que su peso está dentro de los parámetros recomendables de peso-altura. Respecto a estas dos últimas personas hay que señalar que declaran de manera consciente que en este momento no tienen sobrepeso porque están compensando los atracones con dieta y deporte con el fin de no estar gordas y no ser estigmatizadas.

"Como he dicho hago dieta, aunque sé que esto puede traer consecuencias, pero estoy en un buen momento. Y también hago mucho deporte. Corro de lunes a viernes, no descanso a no ser que sea por fuerza mayor, camino lo que puedo y tres días a la semana hago pesas. Todo esto de la obsesión con la comida y el ejercicio viene de atrás, de muy atrás, a raíz de que mis amigos me pusieron de mote "XXXX el gordo" Yo ya no era XXXX era XXXX el gordo, era como mi apellido. Es horrible. Tanto es así que yo a veces me llamo así a mí mismo, por dentro de mí, si no cumple con los entrenos o si tengo un día que me veo mal en el espejo". P12

A este otro respecto es muy ilustrativa la siguiente intervención

"El otro día empecé en un gimnasio nuevo y resulta que me aplaudieron por hacer una actividad que me resulta muy sencilla, ¡me aplaudieron todos! Me vieron y asumieron que por gorda no iba a ser capaz de hacer ese ejercicio o deporte. No voy a volver, me dio mucha vergüenza. Para mi ir al gimnasio nuevo era un reto y no pienso volver. Me aplaudieron por gorda ¿entiendes?". P7

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después del análisis de los discursos se extraen varias conclusiones significativas.

La primera es que el afrontamiento del Trastorno Por Atracón se hace complicado debido al desconocimiento que hay a nivel social de este trastorno y debido a los múltiples estereotipos que existen a este respecto y que tienen en un primer momento las personas afectadas por el mismo, así como el entorno de estas ("Si están gordos/as es porque quieren", "adelgazar es cuestión de fuerza de voluntad", etc.).

En lo referente a las consecuencias de tener este atracón en las personas, se observado que, a nivel personal, la comida y el cuerpo son temáticas de rumiación constante que las acompañan en el día a día. Enfocando así, continuamente sus actividades, bien a controlar las ingestas o bien a cómo compensar las mismas. Uno de los principales hallazgos de esta investigación, es precisamente, que en contra de lo que dice gran parte de la literatura científica (Guisado & Vaz, 2001; Baile, 2014; Palacios, 2014; Olmedilla, 2020; Torres, 2024) sí existen conductas compensatorias como en otros trastornos como la anorexia o la bulimia y que, además, en algunos casos, son precisamente estas compensaciones lo que genera más ansiedad que dan lugar a atracones. Una de las participantes lo explicaba de forma muy ilustrativa: "Soy capaz de hacer dieta estricta durante meses, comer lo mínimo, adelgazar, pero se me antoja algo, rompo la rutina y ya no puedo parar, son días, semanas y meses de atracón tras atracón, tras atracón. Cuantas más restricciones he tenido, después más me cuesta parar. Es un bucle sin fin (P7)" Algunos/as participantes dicen compensar haciendo deporte de manera extrema, otras personas declaran pasar periodos de ayuno o hacer dietas estrictas e incluso utilizan laxantes y otro tipo de pastillas supuestamente adelgazantes.

La única diferencia que se encuentra con la bulimia a este respecto es que las personas con Trastorno Por Atracón no se autoinducen el vómito, sin embargo, si tienen otras formas de compensar la ingesta compulsiva de comida. Estas compensaciones están asociadas a solventar las consecuencias negativas que para las y los entrevistados tienen los atracones, concretamente vinculadas al aumento de peso y a la percepción de una mala imagen corporal. Todas las personas que han participado en el estudio perciben estar gordo/a como algo negativo e indeseable y declaran tener una mala imagen de su cuerpo - tengan o no sobrepeso u obesidad-, tener miedo a engordar o, como declara una de las entrevistadas, a "ser gorda".

Así pues, tanto los atracones como sus efectos tienen consecuencias significativas en la vida de las personas que padecen este trastorno, tanto a nivel individual como social. Viéndose así su vida familiar y social claramente coaccionada, limitada y condicionada negativamente por el trastorno, lo que repercute en su calidad de vida y en la de sus familiares cercanos.

Conclusiones

Sin querer reducir las particularidades individuales de cada persona que ha participado en el presente estudio, se debe afirmar, atendiendo a la arista social del mismo, que vivimos en una sociedad gordofóbica. Sociedad, con unos patrones muy estandarizados sobre el ideal estético y de belleza donde la apariencia del cuerpo, más que su salud, se sitúa en el centro del éxito.

En la línea de otras investigaciones realizadas los testimonios apuntan que el concepto de gordofobia tiene que ver con el rechazo y miedo a la gordura ajena, pero también a la propia. En este sentido, incluso las personas que participan en el trabajo de investigación, paradójicamente, no quedan fuera de esta conceptualización: ellas también son o han sido gordofóbicas. Esto es así dado que en los grupos focales admiten ese rechazo ("autoodio") por considerarse gordas y la existencia de pánico a engordar. Este miedo se refleja en la discriminación a las corporalidades gordas, siendo los cuerpos delgados privilegiados por la cultura. Las personas que se desmarcan de ese supuesto privilegio de habitar en un cuerpo delgado, como se ha visto, además de la confrontación constante consigo mismas, se exponen al rechazo, al juicio y a la censura social. Cuestiones que complican aún más la situación de las personas que tienen trastornos de conducta vinculados a la alimentación generándoles más frustración, culpa y vergüenza y dificultándoles una vida social plena.

Sobre esta cuestión, se cree imperante la difusión de la información y concienciación vinculada a los trastornos de conducta alimenticia, especialmente del gran desconocido que es el Trastorno Por Atracón. Además, se pone de manifiesto una necesidad de deconstruir el concepto de gorda/gordo quitándole la carga despectiva vinculada al insulto, así como visibilizar y normalizar la diversidad corporal. Según lo leído y los discursos estudiados, es también imprescindible romper con la cultura de la dieta tal y como se entiende y quizás comenzar a hablar de alimentación integral y saludable. Apostando de esta manera por situar racionalmente la salud y el bienestar en el centro de nuestras sociedades. Superando así, por un lado, los dictámenes arbitrarios y subjetivos asociados a la tiranía estética, y por otro, los intereses económicos de una industria lucrativa sustentada en el ideal de delgadez y en la obsesión por el adelgazamiento. Como posible línea futura de investigación, este estudio plantea la exploración del concepto de "pesocentrismo social", entendido como la presunción de que el valor de una persona se encuentra vinculado a su peso corporal (una hipótesis que requiere verificación empírica). En este sentido, se sugiere la existencia de una lógica simbólica invertida: cuanto menos se pesa, mayor es el valor atribuido. O lo que es lo mismo: cuánto menos pesas, más vales.

6. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed.). Editorial Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.). Editorial Panamericana.
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142(1), 138–142. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475–482.
- Casado, M. I. (2013). Obesidad y trastorno por atracón. Grupo 5.
- Castañeda-Quirama, T., & Restrepo, J. E. (2024). Mujeres con riesgo de trastorno por atracón que van al gimnasio: Esquemas mal adaptativos, afrontamiento del estrés y trastornos emocionales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2024.1.784>
- Cruzat, C., Aspíllaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psykhe*, 19(1), 3–17. <https://doi.org/10.7764/psykhe.19.1.3>
- Fairburn, C. G. (1998). La superación de los atracones de comida: Cómo superar el control. Paidós.
- Fernández, N., & Morales, I. (2022). Relación entre el uso de redes sociales y los problemas alimentarios adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(177), 3–17. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.6879>
- Gallardo, A. M. (2021). Gordofobia: Una deuda en el campo de la psicología. *Revista Perspectivas*, 31(1), 151–168. <https://doi.org/10.29344/07171714.31.1.2671>
- García-Calvente, M., & Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: Diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181–186. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235–260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Guisado, J. A., & Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(77), 27–32. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352001000100003>
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55–60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)

- Hanras, E., Boujut, E., Ruffault, A., Messager, D., Rives-Lange, C., Barsamian, C., Carette, C., Lucas-Martini, L., Czernichow, S., & Dorard, G. (2022). Binge eating disorder: What are the differences in emotion regulation, impulsivity, and eating behaviors according to weight status? *Obesity Medicine*, 36, 100462. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100462>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Olmedilla, S. T. (2020). Efectos del ejercicio físico en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 97–113. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.358>
- Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70–74.
- Zavala, J. J. C., & Sosa, A. C. C. (2024). Anorexia nerviosa, ansiedad y cutting en la adolescencia. *Psicología y Salud*, 34(2), 197–202. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2900>