

## Comunicaciones Breves

Medwave 2018 Ene-Feb;18(1):e7171 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7171

# Adicción alimentaria en Latinoamérica

Food addiction in Latin America

**Autores:** Joel Figueroa-Quiñones[1], Julio Cjuno[1]

**Filiación:**

[1] Centro de Estudios de Población, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Ancash, Perú

**E-mail:** [joelfq.13@gmail.com](mailto:joelfq.13@gmail.com)

**Citación:** Figueroa-Quiñones J, Cjuno J. Food addiction in Latin America. *Medwave* 2018 Ene-Feb;18(1):e7171 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7171

**Fecha de envío:** 5/1/2017

**Fecha de aceptación:** 9/1/2018

**Fecha de publicación:** 27/2/2018

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: food addiction, Latin America

## Resumen

La adicción alimentaria es un trastorno que se caracteriza por un deseo incontrolable de ingerir alimentos con alto contenido de grasas y azúcares. Esta dependencia se debe en parte, a que dichos alimentos activan el sistema de recompensa cerebral de manera similar a las drogas. Ello genera la liberación de neurotransmisores como la dopamina y oxitocina, lo cual desencadena una necesidad de repetir la conducta. En países desarrollados (en Europa, Asia y Norteamérica), existen reportes de adicción alimentaria en niños, adolescentes, estudiantes universitarios, grupos de minorías sexuales, mujeres y población adulta que padecen obesidad y/o sobrepeso. En Latinoamérica, estudios realizados en Chile reportan que 10% de estudiantes universitarios sufren adicción alimentaria, mientras que en Brasil 4% de adultos tienen el mismo trastorno. Los estudios sobre prevalencias de adicción alimentaria son escasos. Asimismo, se requieren validaciones de instrumentos de diagnóstico y estudios sobre la efectividad de la psicoterapia para modificar conductas en este trastorno.

## Abstract

Food addiction is a disorder characterized by an uncontrollable desire to eat foods high in fats and sugars. These foods activate the brain reward system in a similar way to drugs generating the release of neurotransmitters such as dopamine and oxytocin which trigger a need to repeat the behavior. In developed countries in Europe, Asia, and North America, there are reports of food addiction in children, adolescents, university students, sexual minorities, women and the adult population that suffer from obesity or overweight. In Latin America, studies conducted in Chile report that 10% of university students suffer food addiction, while in Brazil 4% of adults have the same disorder. There are few studies on the prevalence of food addiction. Likewise, validations of diagnostic instruments and studies on the effectiveness of psychotherapy are required to modify behaviors in this disorder.

## Introducción

En 2016, 39% (N = 1900 millones) de la población mundial adulta mayor de 18 años de edad tenía sobrepeso, mientras que 13% (N = 650 millones) padecía de obesidad. Así también, en los últimos 41 años la prevalencia de este trastorno ha crecido de 4% en 1975 a más de 18% en 2016 [1]. En Latinoamérica, 58% de la población tiene sobrepeso

y 23% padece de obesidad, afectando más a mujeres y niños [2].

Cada año a nivel mundial, 2,8 millones de muertes se atribuyen al sobrepeso y obesidad, pues se sabe que estos son factores clave en la aparición de enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer [1],[3]. El incremento de la

obesidad y sobrepeso en los últimos años parece deberse al cambio de los patrones alimenticios, con la preferencia de comida con alto contenido de grasas y azúcares, así como la disminución de actividades físicas, sedentarismo, globalización, migración (rural a urbana), entre otros factores [2].

Estudios recientes sugieren que la adicción alimentaria es la causante principal de la obesidad y sobrepeso [4]. Según trabajos previos, la adicción alimentaria es aquel comportamiento persistente o de esfuerzos infructuosos para reducir o controlar la ingesta de alimentos, principalmente aquellos que tienen alto contenido de grasas y azúcares. Además, existen síntomas y criterios como la tolerancia y abstinencia similares al trastorno relacionado con sustancias y adictivos [5],[6],[7].

Los alimentos con alto contenido en azúcares y grasas tienen un carácter adictivo en la persona que los ingiere, debido a que activan el sistema de recompensa cerebral de manera similar a las drogas. Ello genera la liberación de neurotransmisores como la dopamina, lo que activa regiones mesolímbicas como la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior y la amígdala. Todo esto causa una sensación de placer y bienestar, reforzando la conducta de consumo, que tiende a repetirse [8].

### Criterios de diagnóstico

Pese a que ya se han identificado las poblaciones que son vulnerables para la adicción alimentaria, en la actualidad no existen criterios de diagnóstico establecidos para este trastorno en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para

Enfermedades Psiquiátricas, V edición (DSM-V). Sin embargo, existen diversos instrumentos que han sido contruidos sobre la base de las características propias de la adicción alimentaria y de los criterios de los trastornos por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) propuestos en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, V edición (DSM-V) [9],[10],[11].

Uno de estos instrumentos es la Addiction-like Eating Behaviour Scale validado recientemente en Reino Unido [12]. Otra herramienta es la denominada Yale Food Addiction Scale Version 2.0 publicada en 2016. Se trata de un auto informe de 31 ítems que clasifica el trastorno en leve, moderado y grave. Este instrumento es el más usado en diferentes países, puesto que fue creado con la finalidad de brindar una medida validada sobre el comportamiento alimenticio adictivo, basado en los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias según el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, V edición (DSM-V) [13].

En Latinoamérica existen otros instrumentos traducidos al castellano que evalúan la adicción alimentaria o deseo por comer (Tabla 1). En México se validó la versión en español del cuestionario sobre ingesta alimentaria, el cual evalúa los hábitos y actitudes asociadas a la obesidad y sobrepeso [14]. Además existen otros instrumentos utilizados para analizar un problema similar a la adicción alimentaria [15]. No obstante, es necesaria una mejor traducción y validación de instrumentos para estudiar específicamente la adicción alimentaria.

Instrumento (país)	Población
Validación de la escala YFAS (México) [16].	Personas de 14 a 37 años, con IMC normal, sobrepeso y obesidad.
Validación del instrumento YFAS (Chile) [10].	Adultos con IMC clasificado como "obeso".
Validación de la escala YFAS (Brasil) [11].	Adultos

YFAS: Yale Food Addiction Scale.

IMC: índice de masa corporal.

**Tabla 1.** Instrumentos para medir adicción alimentaria, validados en Latinoamérica.

### Poblaciones afectadas por la adicción alimentaria en el mundo

En adolescentes de Alemania (N = 51) con obesidad y sobrepeso, un estudio reportó que 38% calificaba con un diagnóstico de adicción alimentaria [5]. Otro trabajo realizado en estudiantes universitarios de Holanda (N = 1495), mostró al menos un síntoma de adicción alimentaria y 12% cumplía los criterios para ser diagnosticado como tal [17].

Por otra parte, un estudio realizado en Estados Unidos con 356 participantes de las minorías sexuales (gay, lesbiana y bisexuales), mostró que estas personas tienen el doble de prevalencia de adicción a los alimentos en relación a los heterosexuales. Además a dicha población, al experimentar

mayores síntomas de adicción alimentaria, en este estudio se le consideró como una población en riesgo [18].

Un trabajo de revisión sistemática con adultos y niños sobre prevalencia de la adicción a los alimentos, analizó 25 estudios con un total de 196 211 participantes predominantemente femeninos, con sobrepeso/obesos (60%). A través del metanálisis se encontró que 19,9% calificaba para adicción a los alimentos, con la puntuación más alta en población adulta mayor de 35 años, mujeres y participantes con sobrepeso/obesos [19].

Las consecuencias de padecer adicción alimentaria, como en el reporte de un estudio realizado en más de 200 niños israelíes, mostró que la adicción alimentaria se asocia significativamente a una alta prevalencia de obesidad [20].

Este mismo año, en Estados Unidos una investigación con 150 niños determinó que la adicción alimentaria se vincula a la obesidad y a prácticas alimentarias como restricción y presión para comer [21].

### Primeros reportes de prevalencias en Latinoamérica

En 2016 en México, un estudio con (N=160) adultos para validar la escala de adicción a los alimentos de Yale mostró un  $\alpha$  de Cronbach = 0,7963 [16]. Sin embargo, este trabajo no presentó datos descriptivos acerca de la prevalencia de adicción alimentaria.

En Brasil en 2017, un estudio con (N=7639) adultos reportó que la adicción alimentaria se presentó en 4% de aquella población, siendo las mujeres un grupo vulnerable. Además, se asociaron a este problema la presencia de un episodio depresivo mayor, el trastorno de bipolaridad y el trastorno de la piel [11].

Por su parte en Chile, un estudio transversal realizado en 2015 con estudiantes universitarios (N = 292), reportó que 10% de los participantes cumplieron con los criterios diagnósticos para adicción alimentaria. Las mujeres obesas fueron quienes tenían una mayor prevalencia. Sin embargo, aún existe escasa información y desconocimiento sobre este tema [22].

### Tratamiento

Al no poseer una caracterización para su diagnóstico específico, evidentemente carece también de tratamiento específico.

No obstante lo anterior, uno de los tratamientos contra la adicción alimentaria es la psicoterapia de motivación. Esta terapia brinda mejoría clínica a través de aquellos factores que podrían ocasionar vulnerabilidad en el paciente, tratando la impulsividad y la regulación emocional [6].

Asimismo, la terapia de aceptación y compromiso se ha empleado en personas adultas obesas con altos niveles de adicción alimentaria. No obstante, se requieren más estudios para garantizar su efectividad, pues debe incluir el manejo de tolerancia a la angustia psicológica y control de emociones. Esto porque dichos pensamientos favorecen el seguir comiendo y desarrollar el auto control en la alimentación [23].

Las técnicas de la terapia cognitivo conductual han mostrado resultados satisfactorios a corto plazo, reduciendo los síntomas de la adicción alimentaria [24]. Un estudio realizado con pacientes con comportamientos de atracones y obesidad, refleja que la exposición a una realidad virtual usada como una alternativa de exposición *in vivo*, reduce las ansias por ingerir alimentos con alto contenido calórico [25].

Una revisión sistemática sobre la estimulación transcranial de corriente directa para tratar adicciones comportamentales, señala que siete estudios reportan que este método reduce el antojo de alimentos [26]. De igual manera, el ejercicio físico como caminatas, correr y otras

actividades deportivas, representan una valiosa manera de hacer frente a la adicción alimentaria [27]. Sin embargo, en la actualidad no existe algún tratamiento farmacológico autorizado para tratar este trastorno [6].

Si bien es cierto que estas terapias han brindado resultados favorables en la mejoría clínica de la adicción alimentaria, hasta la fecha no hemos encontrado estudios como ensayos clínicos o revisiones sistemáticas realizadas en Latinoamérica que avalen la efectividad y significancia clínica de estos tratamientos.

### Conclusiones

Podemos concluir que en América Latina son escasos los estudios que evalúan las prevalencias y terapias para la adicción alimentaria y obesidad. Esta situación es preocupante, debido a que no hay suficiente información científica que respalde la adicción alimentaria. Hasta ahora creemos que esta enfermedad es causada por factores como el sedentarismo, globalización, migración y otros, conocimiento que no está equivocado pues hay estudios que así lo demuestran. Sin embargo, aún no se ha explorado la adicción a algunos alimentos con alto contenido en grasas y azúcares, sobre todo en países latinoamericanos [8].

Queda claro que la adicción alimentaria se encuentra presente en niños, adolescentes, jóvenes, población de minorías sexuales, mujeres y adultos en general, cuya característica principal es padecer de obesidad y/o sobrepeso.

La terapia cognitivo conductual ha mostrado brindar mejoría inmediata, puesto que modifica los pensamientos y sentimientos originados en los pacientes con adicción alimentaria [24]. A pesar de ello, hasta la fecha no hemos encontrado ningún ensayo clínico aleatorio y controlado realizado en Latinoamérica, que evidencie estudios sobre la efectividad de alguna psicoterapia para la adicción alimentaria. Por tal motivo, aún no existiría un tratamiento clínico o terapéutico sustentado por este tipo de investigaciones científicas.

Lo anterior podría complicar seriamente a los pacientes que padecen de adicción alimentaria. Esto porque al no tener claro un diagnóstico específico y un tratamiento avalado por la ciencia, podríamos estar realizando tratamientos equivocados cuyos resultados no serían nada favorables para la salud pública latinoamericana y mundial.

En consecuencia, los profesionales latinoamericanos dedicados a la salud mental tienen un rol protagónico en el trastorno de adicción alimentaria, puesto que deben desarrollar criterios de diagnóstico específicos para esta enfermedad. Ello permitirá identificar este trastorno de manera más eficiente. Además, es importante el diseño de nuevos tratamientos basados en el entrenamiento del autocontrol y manejo de emociones implicadas en la adicción alimentaria [13]. Asimismo, deben explorar la efectividad de terapias que ayuden en la mejoría clínica, junto con brindar un trato humano.

En aras de mejorar las políticas de salud pública, los investigadores y universidades deben promover a “la adicción alimentaria” como línea de investigación para conocer su prevalencia en la población latinoamericana ya que, hasta la fecha, se desconoce este dato.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

## Referencias

1. OMS. Obesidad y sobrepeso. WHO 2016.[on line]. | [Link](#) |
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. El sobrepeso y la obesidad aumentan en América Latina y el Caribe según informe de la FAO y la OPS. WHO 2017. | [Link](#) |
3. Jokinen E. Obesity and cardiovascular disease. *Minerva Pediatr.* 2015 Feb;67(1):25-32. | [PubMed](#) |
4. Latner JD, Puhl RM, Murakami JM, O'Brien KS. Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite.* 2014 Jun;77:77-82. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Meule A, Hermann T, Kübler A. Food addiction in overweight and obese adolescents seeking weight-loss treatment. *Eur Eat Disord Rev.* 2015 May;23(3):193-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Cathelain S, Brunault P, Ballon N, Réveillère C, Courtois R. [Food addiction: Definition, measurement and limits of the concept, associated factors, therapeutic and clinical implications]. *Presse Med.* 2016 Dec;45(12 Pt 1):1154-1163. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell K. Hoja de instrucciones para la escala de adicción a los alimentos de Yale. n.d. [on line]. | [Link](#) |
8. Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 Aug;68(8):808-16. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. American Psychiatry Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5th ed. Chicago, E.E.U.U; 2014. | [Link](#) |
10. Díaz Marín C. Validación del instrumento del YFAS para medir adicción a la comida. Universidad de Chile, 2014. [on line]. | [Link](#) |
11. Nunes-Neto PR, Köhler CA, Schuch FB, Solmi M, Quevedo J, Maes M, et al. Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. *J Psychiatr Res.* 2018 Jan;96:145-152. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Ruddock HK, Christiansen P, Halford JCG, Hardman CA. The development and validation of the Addiction-like Eating Behaviour Scale. *Int J Obes (Lond).* 2017 Nov;41(11):1710-1717. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychol Addict Behav.* 2016 Feb;30(1):113-21. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Meza Peña C, Moral de la Rubia J. Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas. *Rev Intercont Psicol Y Educ* 2012;14(2):73-96. | [Link](#) |
15. Aguera Z, Wolz I, Sánchez IM, Sauvaget A, Hilker I, Granero R, et al. La adicción a la comida: Un constructo controvertido. *C Med Psicossom* 2005:383-94.
16. Valdés-Moreno MI, Rodríguez-Márquez MC, Cervantes-Navarrete JJ, Camarena B, de Gortari P, Valdés-Moreno MI, et al. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. *Salud Ment* 2016;39:295-302. | [CrossRef](#) |
17. Markus CR, Rogers PJ, Brouns F, Schepers R. Eating dependence and weight gain; no human evidence for a 'sugar-addiction' model of overweight. *Appetite.* 2017 Jul 1;114:64-72. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Rainey JC, Furman CR, Gearhardt AN. Food addiction among sexual minorities. *Appetite.* 2018 Jan 1;120:16-22. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients.* 2014 Oct 21;6(10):4552-90. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Kaufman-Shriqui V, Aviram-Friedman R, Shahar DR. MON-P230: Is Food Addiction the Missing Link to Overweight and Obesity In Israeli Preschoolers? *Clin Nutr* 2017;36:S263. | [CrossRef](#) |
21. Burrows T, Skinner J, Joyner MA, Palmieri J, Vaughan K, Gearhardt AN. Food addiction in children: Associations with obesity, parental food addiction and feeding practices. *Eat Behav.* 2017 Aug;26:114-120. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Obregón A, Fuentes J, Pettinelli P. [Association between food addiction and nutritional status in Chilean college students]. *Rev Med Chil.* 2015 May;143(5):589-97. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Cattivelli R, Pietrabissa G, Ceccarini M, Spatola CA, Villa V, Caretti A, et al. ACTonFOOD: opportunities of ACT to address food addiction. *Front Psychol.* 2015 Apr 9;6:396. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
24. Hilker I, Sánchez I, Steward T, Jiménez-Murcia S, Granero R, Gearhardt AN, et al. Food Addiction in Bulimia Nervosa: Clinical Correlates and Association with Response to a Brief Psychoeducational Intervention. *Eur Eat Disord Rev.* 2016 Nov;24(6):482-488. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
25. Ferrer-García M, Gutiérrez-Maldonado J, Pla J. Cue-elicited anxiety and craving for food using virtual reality scenarios. *Stud Health Technol Inform.* 2013;191:105-9. | [PubMed](#) |
26. Sauvaget A, Trojak B, Bulteau S, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Wolz I, et al. Transcranial direct

current stimulation (tDCS) in behavioral and food addiction: a systematic review of efficacy, technical, and methodological issues. *Front Neurosci.* 2015 Oct 9;9:349. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

27.Codella R, Terruzzi I, Luzi L. Sugars, exercise and health. *J Affect Disord.* 2017 Dec 15;224:76-86. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

**Correspondencia a:**

[1] Jirón Tumbes 247  
Casco Urbano Chimbote  
Ancash  
Perú  
CP: 02800



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.