

LA ADICCIÓN A LA COMIDA¹

Francisco Alonso-Fernández²
Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

Se definen las enfermedades adictivas en función de cinco criterios. La adicción a la comida es uno de los géneros más importantes de las llamadas «nuevas adicciones» o «adicciones sociales». Las principales modalidades de la adicción a la comida son los episodios bulímicos, las adicciones hiperfágicas y la adicción monoalimentaria. Se describen aquí los aspectos más importantes de la bulimia: los factores de riesgo, los síntomas y la terapia, y se pone especial énfasis en distinguirla de la bulimia nerviosa, que es la bulimia asociada a la anorexia. La bulimia adictiva tiene una prevalencia puntual de 1% en la población femenina. Las adicciones hiperfágicas se asocian casi siempre con sobrepeso y siguen el modelo de comer con voracidad según tres modalidades: el tipo neurótico infantil, el tipo depresivo y el tipo ansioso/psicosomático. Su tratamiento comprende ciertos medicamentos, también usados contra los episodios bulímicos, las normas conductuales en relación con el régimen de comidas y los remedios específicos para cada uno de los tipos. Finalmente, se exponen los rasgos generales de la adicción al chocolate, que es la adicción monoalimentaria mejor conocida y su ansia (*craving*) tiende a asociarse con el periodo premenstrual.

PALABRAS CLAVE: *Enfermedad adictiva, trastornos alimentarios, bulimia, obesidad, conducta alimentaria voraz.*

Abstract

Addictive diseases are defined according to five criteria. In particular eating addiction is one of the most important of the so called «new addictions» or «social addictions». Eating addiction is divided into three significant modalities: bulimic episodes, addictive hyperphagia and monoalimentary addiction. The most central features of pure bulimia are described: overall risk factors, symptoms and

1 Este artículo constituye un resumen actualizado de conjunto del capítulo 8, «La adicción al alimento o fagoadicción», del libro F. Alonso-Fernández (2003). *Las nuevas adicciones* (pp. 81-114). Madrid: TEA Ediciones y del capítulo 3, «La dependencia del cibo», del libro F. Alonso-Fernández (1999), *Le altre droghe* (pp. 53-87). Roma: Edizione Universitaria Romana.

2 *Correspondencia:* Francisco Alonso Fernández, Catedrático emérito de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Ciudad Universitaria, 28040 Madrid (España). E-mail: alonso-fernandez@biopsicologia.net

therapy, and special attention is paid to the differential diagnosis with bulimia nervosa, that is, bulimia associated with anorexia. The punctual prevalence of addictive bulimia is 1% among female people. The addictive excessive eating is associated almost always with overweight and characterized by «binge eating», distributed in three patterns: the infantile neurotic type, the depressive type and the psychosomatic anxious type. Its therapy includes certain medicaments used also against the bulimic episodes, behaviour modifications in relation to food and specific treatment in order each type. Finally, the chocolate addiction is underlined as the best known monoalimentary addiction, being chocolate craving often associated with the premenstrual period.

KEY WORDS: *Addictive disease, eating disorders, bulimia, obesity, binge eating disorder.*

Introducción

La adicción a la comida es uno de los géneros de las denominadas «nuevas adicciones» que alcanza un nivel de más alta morbilidad, y sobre todo, un mayor calado sociocultural al vincularse con los modernos hábitos de alimentación y el modelado de la figura del cuerpo propio.

La figura corporal es un problema personal que sólo resulta convenientemente atendido mediante el mantenimiento de una orientación correcta en las vías de cierta restricción alimentaria, sin necesidad de atenerse a una dieta determinada, y la práctica de un nivel de movimientos (paseos y carreras) suficiente. Debe llamarse la atención de que una dieta restrictiva no acompañada de una movilidad física suficiente, conduce a perder más masa muscular que grasa, con lo que el nuevo organismo adquirido potenciará más que antes la tendencia a acumular masa adiposa como consecuencia del descenso experimentado por el metabolismo energético. Por tanto, el seguimiento de una dieta restrictiva sin salir del sedentarismo resulta contraproducente a medio plazo a efectos de perder masa corporal.

La orientación correcta bifronte más recomendable en las sociedades opulentas y de consumo es esforzarse en inclinar el platillo de la comida hacia abajo y el del ejercicio físico hacia arriba. Esta doble exigencia simultánea se ha convertido en un postulado primordial de salud que permite prolongar la expectativa de vida y elevar su calidad, y al tiempo, tomar una línea estética acorde con el espíritu actual. La preocupación de siglos anteriores por comer *suficiente* se ha transmutado en la preocupación por comer *demasiado*.

Los trastornos alimentarios (anorexia, dieta restrictiva, bulimia, comida incontrolada) han tomado una extensión inusitada en las sociedades occidentales. Y en una proporción del 90% afectan a la población femenina (Raeburn, 2002).

Las adicciones a la comida, casi siempre representadas en exclusiva por la bulimia, suelen incluirse en los catálogos de enfermedades tipo DSM entre los trastornos alimentarios, conjuntamente con las conductas anoréxicas y otras alteraciones. Esta adscripción inespecífica constituye un tremendo error clasificatorio, ya que las adicciones forman un cuadro nosográfico independiente, todavía escasamente reconocido. «Los dos sistemas clasificatorios de enfermedades mentales más exten-

didados, el estadounidense DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su cuarta y última edición) y el de la Organización Mundial de la Salud conocido como ICD-10 (*International Classification of Diseases*, en su décima y más reciente versión), no contemplan la serie de las enfermedades adictivas como un círculo patológico autónomo, ni siquiera hacen mención del término adicción» (Alonso-Fernández, 2003).

La matriz patológica específica de las adicciones mórbidas o patológicas es la absoluta subordinación del individuo a un objeto que hace la función de un elemento totalitario. Este nexo psicopatológico se monta sobre un deseo irrefrenable que implica la pérdida de la libertad frente al objeto, puesto que la voluntad de estimulación alcanza un nivel excesivo y la voluntad de freno o de autocontrol no funciona de un modo proporcional. La adicción a la comida es un trastorno que se estructura en torno a una absoluta subordinación del sujeto a cierta clase de alimentos o a todos, con un carácter episódico, persistente o continuo. El objeto alimentario domina entonces al sujeto, convertido en un pelele o un tanto afectado por la regresión infantil en lo que respecta a sus hábitos de alimentación.

Sobre esta matriz mórbida se erigen los cinco criterios psicopatológicos definidores de la enfermedad adictiva (Alonso-Fernández, 2002, 2003): a) la organización existencial centrada en la preocupación por la comida y la excesiva apetencia de ella; b) la entrega a ingerir alimento de un modo paroxístico o continuo mediante un acto no autocontrolado de tipo impulsional (un impulso con un antes y un después, o sea la existencia adictiva y las recompensas); c) el logro de recompensas de tipo negativo, en forma de disolución de la tensión previa, y de tipo positivo, con un sentido de autorrealización, acompañadas de una descarga de dopamina en el sistema límbico; d) la repetición de la conducta impulsiva con intervalos no demasiado largos y, e) la acumulación de efectos de índole nociva sobre la salud del individuo.

En el mismo texto citado, yo mismo proponía el término *fagoadicción* para designar la adicción a la comida. Tal neologismo resulta legitimado por el uso de la partícula *fago*, raíz del vocablo griego «éphagon» (comer), para formar muchas palabras corrientes, como esófago, antropófago y fagocito.

Si bien las adicciones a la comida se adscriben de por sí al género de las adicciones sociales, algunas de sus variantes ofrecen la particularidad de situarse en el espacio intermedio entre las adicciones sociales y las químicas. Tal ocurre cuando la selección de los alimentos objeto de la adicción alimentaria se verifica en función de ingerir aquéllos que facilitan la obtención de un efecto neuroquímico rápido, como puede ser la liberación de endorfinas o de serotonina.

Modalidades

Las principales modalidades de la adicción a la comida se agrupan en tres series: a) adicción paroxística, tipo bulimia pura; b) adicciones hiperfágicas, con o sin obesidad y, c) adicciones monoalimentarias.

La bulimia pura

La palabra bulimia significa «hambre de buey o de perros». Se deriva del antiguo término griego *boulimos* (*bous*, buey y *limos*, hambre). Es una adicción casi exclusivamente femenina, puesto que por cada diez adictas puede haber un adicto. Afecta al 1% de la población femenina contemporánea en los países occidentales.

ETIOLOGÍA

Suele comenzar entre los límites de la adolescencia media (de 16 a 20 años) y la juventud (tercera década de la vida). Los factores de riesgo individuales para contraer el trastorno bulímico se distribuyen entre los antecedentes infantiles, la personalidad, la historia alimentaria, la situación y los datos psicopatológicos.

El antecedente infantil de más fuerza determinante para la bulimia consiste en un contexto sociofamiliar disfuncional que ha conducido a la niña a la pérdida de seguridad (Wallen, 1993). Este influjo determinante se potencia a menudo con el abuso físico o sexual. Es tal la acumulación del abuso sexual en los antecedentes de las enfermas bulímicas, que algunos autores llegaron a otorgarle un papel causal específico. Sin embargo, este postulado no resulta plausible, toda vez que las mujeres bulímicas suelen desplegar una conducta sexual bastante madura.

Los rasgos de personalidad previos que más se acumulan entre las bulímicas son la baja autoestima y el deficiente control de impulsos. Los trastornos de personalidad identificados como los más frecuentes son la personalidad insegura y neurótica y el trastorno límite (González Macías, Unikel, Cruz, Caballero, 2003).

En su historia alimentaria figuran con frecuencia una excesiva preocupación por la imagen corporal, a menudo en forma de una insatisfacción hacia ella (Kaye, Lilenfeld y Plotnikov, 1996) y el seguimiento de una dieta restrictiva o el empleo de otros recursos para evitar el aumento de peso (Alonso-Fernández, 2003). Otros factores predisponentes de esta serie son la tendencia a engordar y la excesiva preocupación familiar hacia el peso o el modo de alimentarse.

Las situaciones de soledad, sobrecarga de estrés y vacío existencial, son igualmente propicias para facilitar la irrupción de la bulimia o la recidiva. Estas circunstancias, conjuntamente con los elementos de personalidad señalados, intervienen en la determinación de otros trastornos psiquiátricos que ocupan la comorbilidad asociada con mayor frecuencia a la adicción bulímica. Existen varios casos con bulimia presentados después de una cirugía bariátrica (Vargas, Rojas, Sánchez y Salín, 2003).

La comorbilidad alcanza una inusitada frecuencia en las mujeres bulímicas. Casi resulta raro que una mujer bulímica no esté afectada por otro trastorno psiquiátrico. La serie de trastornos mentales citados por orden de frecuencia es la siguiente: la depresión —según comentaremos a continuación—; otras formas de adicción social, en particular las de la compra y el juego, y en un lugar más discreto la promiscuidad sexual y la cleptomanía, y el abuso de sustancias químicas con o sin adicción, sobre todo del alcohol o la cocaína. Queda señalado, pues,

que la bulimia forma parte con frecuencia de un *trastorno poliadictivo* (Alonso-Fernández, 2003).

La depresión asociada a la bulimia puede ser causa o consecuencia de ella. Algunas enfermas depresivas tienen una conducta bulímica sintomática y otras tratan de compensar con una entrega a la orgía alimentaria bulímica, los sentimientos de desesperanza, vacío y soledad propios de la depresión, mediante la sensación de saciedad alimentaria y/o la vivencia de conexión con el exterior. Por su parte, el mundo bulímico, al estar impregnado de fracaso y de culpa, sensaciones reactivadas por cada episodio voraz, es muchas veces la antesala de un estado depresivo.

La bulimia adictiva, además de mantener una alta comorbilidad con el síndrome depresivo, ofrece la peculiaridad de compartir con este síndrome los dos índices biológicos de mayor valor diagnóstico: en primer lugar, el acortamiento del tiempo de latencia del sueño rápido o sueño REM, y, en segundo lugar, la tasa plasmática alta de cortisol que no cede a la administración dexametasona.

Como el sustrato biológico genérico más importante de las adicciones, con la repercusión consiguiente sobre la farmacoterapia, se impone la función hipodopaminérgica (Lingford-Hughes y Nutt, 2003).

SÍNTOMAS

La bulimia se presenta en crisis o accesos de comienzo rápido o brusco y duración breve, durante los cuales la enferma se entrega a devorar con fruición el alimento, a ser posible en soledad, con preferencia dulces u otros productos de alto valor calórico y, en último caso, cualquier comida disponible. Son verdaderos ataques de hambre voraz e incontenible, apoyados por una fuerte tensión de ansiedad.

Algunas veces la enferma se prepara para el acceso con la previsión de comprar o acumular alimento para ello. Su hora de presentación preferente es a la caída de la tarde. La ingestión se produce de una manera veloz y sin discontinuidad en forma de un acto estereotipado, vivido con inmenso goce, como si fuera una orgía solitaria, practicada las más de las veces en el propio domicilio y a escondidas. El atracón suele concluir cuando se ha terminado el alimento o a causa de la llegada de otra persona o de la presentación de fuertes dolores abdominales o sensación de plenitud. El consumo por crisis oscila entre 1.500 y 5.000 calorías, nunca por debajo de 300, y puede llegar a alcanzar las 20 ó 25 mil calorías, un volumen de alimentos suficientes para cubrir las exigencias de siete u ocho personas adultas durante 24 horas. Los dolores abdominales agudos consiguientes o el estado de *shock* instaurado en plena crisis o a raíz de ella, han obligado alguna vez a practicar la extracción alimentaria mediante succión nasal gástrica. La dilatación aguda de estómago ha sido el factor responsable de algunos fallecimientos.

La postcrisis está dominada por el malestar general y las sensaciones físicas desagradables (cefalea, dolores gástricos, sensación de replección, fatiga, somnolencia) y mentales (sentimiento de culpa o de vergüenza, autorreproches, autodepreciación). La enferma puede tratar de protegerse contra una posible reincidencia mediante estrategias preventivas como la de dejar el dinero en casa, ocupar el

tiempo en otras actividades, permanecer en locales públicos o hacerse acompañar por otras personas.

El miedo a engordar conduce a defenderse con la provocación inmediata de vómitos, que con el tiempo toman una presentación automática. También puede recurrirse al empleo de laxantes, diuréticos u otros medicamentos con el mismo propósito.

La imagen del cuerpo motiva a veces preocupaciones exageradas, pero sin llegar nunca a la distorsión masiva de la percepción corporal propia como ocurre habitualmente en la anorexia. El peso suele mantenerse normal o con un ligero sobrepeso.

La frecuencia de las crisis es muy variable, por lo general una o dos por semana. En el llamado «estado de mal bulímico» se han llegado a presentar 15 crisis por día. El sentimiento de culpa o las limitaciones externas prolongan a veces los intervalos de una manera considerable. La repetición de las crisis puede producirse de un modo autóctono o mediante la activación inducida por un viaje o una emoción negativa.

La conducta bulímica se desarrolla en complicidad con ciertos mecanismos neuroquímicos, entre los que destacan el funcionamiento insuficiente de los sistemas cerebrales de la noradrenalina, la dopamina y la serotonina, y la alteración de la tasa plasmática de las moléculas periféricas más importantes que intervienen en la regulación del apetito o la saciedad. Entre estos datos anómalos sobresalen la tasa elevada del neuropéptido Y, un potente estimulador del apetito, y las concentraciones séricas disminuidas de los inhibidores del apetito más importantes, la bombesina y la colecistoquinina, y del agente estimulador de la saciedad denominado leptina. Estas alteraciones suelen estar presentes también en la bulimia nerviosa (Brewerton, Lesen, Kennedy, Garvey, 2000).

DIAGNÓSTICO

Es primordial mantener la delimitación entre el cuadro aquí descrito como bulimia pura o adictiva y la conducta bulímica asociada a la delgadez anoréxica o a la obesidad hiperfágica. Para ello debe considerarse precisamente a la conducta bulímica como una especie de complejo sintomático que puede formar parte de entidades nosológicas antagónicas, como son la anorexia y la obesidad hiperfágica, además de integrar la entidad autónoma descrita como bulimia pura o adictiva.

Si bien las formas adictivas citadas de bulimia y de hiperfagia se dejan diferenciar habitualmente con claridad, algunos episodios hiperfágicos agudos, con ingestión voraz, pueden interpretarse como cuadros de transición entre la bulimia pura y la hiperfagia adictiva. Una de las características más notables de las crisis bulímicas sintomáticas de los obesos hiperfágicos es la de acompañarse de placer del principio al fin. La presencia de goce incluso en la postcrisis es un factor reforzante de la entrega a la conducta alimentaria desorbitada, mientras que la culpabilidad presente por lo común en la postcrisis de la bulimia adictiva y otros abusos alimen-

tarios actúa a la vez como un mecanismo frenador de la bulimia y como un factor depresógeno.

La delimitación de la bulimia adictiva con la bulimia anoréxica, bulimarexia o bulimia nerviosa, entendida como la asociación de bulimia y anorexia (Russel, 1977), es el problema de diagnóstico diferencial más importante. A menudo se estudian ambas especies de bulimia conjuntamente, como si constituyeran un trastorno unitario, lo cual siembra la confusión conceptual de un modo lamentable.

Las diferencias más importantes entre la bulimia adictiva y la bulimarexia se especifican en la tabla 1. La consignación de estos datos diferenciales en mayor número y detalles figuran en Alonso-Fernández (2003).

Tabla 1

Rasgos diferenciales entre la bulimia adictiva (BAD) y la bulimarexia (BAN)

RASGOS CLÍNICOS	BAD	BAN
Asociación a la anorexia	Ausente	Presente
Actitud mórbida ante el alimento	Ansia paroxística	Rechazo fóbico
Rasgos obsesivos	Ausentes	Presentes
Alimentos preferidos en los atracones	Dulces	Salados
Peso	Normal o excesivo	Delgadez
Empleo de medicamentos contra el aumento de peso (laxantes, etc.) y otros recursos compensatorios (vómitos, etc.)	Ausente o discreto	Máximo

TRATAMIENTO

Los dos medicamentos idóneos para cada enfermo se seleccionarán entre estos seis: la fluoxetina a altas dosis (entre 80 y 100 mg.), fármaco proserotoninérgico; la desipramina o la imipramina, de acción noradrenérgica selectiva; la reboxetina, de acción pronoradrenérgica; el bupropión, de acción prodopaminérgica; la naltrexona, un antagonista opiáceo de acción antiadictiva en general, y el topiramato, de acción psicorreguladora. Cuando la bulimia se acompaña de depresión, el tratamiento debe tomar un enfoque prioritario antidepressivo.

La psicoterapia idónea para los bulímicos es la práctica individual de una integración de los métodos cognitivo-conductual, existencial o comprensivo e interpersonal. La acción cognitivo-conductual tratará de corregir las actitudes alimentarias erróneas y romper el círculo establecido entre las sobreingestas y las restricciones, además de aportar un cambio en el régimen de vida con vistas a suprimir los factores favorables para la entrega a los atracones. El establecimiento de una relación personal comprensiva es un requisito imprescindible en todo momento. A medida que avance el tratamiento se irá prestando más atención a introducir los cambios pertinentes en el sector de las relaciones con otras personas.

La reorganización del estilo de vida obtenida por la psicoterapia se complementa con un tipo de socioterapia que atiende a planificar de un modo equilibrado la vida en sus cuatro grandes espacios: las relaciones sociofamiliares, el trabajo, el descanso y el tiempo libre.

Adicciones hiperfágicas, con o sin obesidad (conducta alimentaria incontrolada)

El vínculo adictivo al alimento, responsable de una ingestión voraz, toma en las hiperfagias una presencia regular durante las comidas y a veces en los intervalos entre ellas. De modo que la adicción hiperfágica se caracteriza por la entrega voraz habitual a la sobreingesta y abunda más entre los obesos que entre los individuos normoponderales. Sus tres modalidades básicas están condicionadas por factores neuróticos, psicosomáticos y depresivos. Todas ellas suelen cumplir al menos tres de estos cuatro criterios: comer voraz, o al menos mucho más rápido de lo normal; comer grandes cantidades de alimento sin sentir hambre física; comer hasta sentir una sensación de plenitud desagradable; sentirse depresivo, culpable o disgustado consigo mismo después de la sobreingesta.

HIPERFAGIA ADICTIVA NEURÓTICA

Suele establecerse en la edad escolar (6 a 13 años) y ya precozmente acompañarse de obesidad en forma permanente o de brotes. Algo más frecuente en niños que en niñas. Es un trastorno generado por un mecanismo neurótico de ansiedad, relacionado casi siempre con el ambiente familiar.

La mayor parte de los casos incide en un medio familiar sobreprotector ansioso que dedica una particular atención al cuidado de la alimentación entre los niños y adolescentes. Para estas criaturas sobreprotegidas por una familia cariñosa y preocupada por las comidas, el alimento toma un significado simbólico de amor. Consiguientemente, los infantes se convierten en dóciles consumidores o devoradores de todo el alimento que los familiares le ofrecen como si fuese una donación de ternura. El alimento que adquiere para ellos un sentido más espiritualizado, suele ser, para desgracia suya, los pasteles, pastas, bollos de leche y helados, o sea carbohidratos de metabolización rápida, con el consiguiente efecto de rebote. La necesidad inicial de amor materializado en el alimento cuaja gradualmente en un estado corporal sobrecargado de grasa, acompañado del desequilibrio neuroquímico provocador del establecimiento de una adicción alimentaria habitual infantil. Suelen contraer estos infantes un estado de obesidad (índice de masa corporal* superior a 30) no más tarde de la edad escolar o la adolescencia inicial.

El hábito de sobrealimentación infantil comporta el alto riesgo de originar un exceso de adipocitos, las células receptoras de grasa. La acumulación de un número exagerado de adipocitos (hiperplasia) hace que la obesidad sea más difícil de corre-

* El índice de masa corporal es el resultado de dividir el peso en kilos por la talla en metros elevada al cuadrado.

gir que cuando obedece a un aumento de su tamaño (hipertrofia) como es común entre las demás formas de obesidad.

HIPERFAGIA ADICTIVA PSICOSOMÁTICA

Se caracteriza por estar determinada por acontecimientos estresantes o sucesos infortunados. Su mecanismo operativo se establece, pues, en cada momento, a partir de una experiencia de ansiedad o frustración. Con la denominación de *adicción de circunstancias* se subraya su condición de cuadro fagoadictivo inestable. Mucho más frecuente en la población femenina que en la masculina. Es un modo de reaccionar alimentario contrapuesto al habitual. «Como tostadas porque soy muy desdichado», exclamaba un personaje de una pieza teatral de Oscar Wilde, sembrando el desconcierto en su entorno.

Cuando se acumulan las experiencias aflictivas, el adicto hiperfágico psicossomático por estrés gana peso de forma progresiva hasta adentrarse en el campo de la obesidad. El sentido de la entrega a la sobrealimentación adictiva de tipo psicossomático es la búsqueda de una modificación neuroquímica inmediata que bloquee la tensión emocional displacentera o la ansiedad.

Por ello, los alimentos preferidos por estos adictos son los productos lácteos y los hidrocarbonados de metabolización rápida, que estimulan la liberación de endorfinas y de serotonina. Se conducen ante el alimento como si fuese una droga. Se les ha apodado «toxicómanos del alimento». Sus manifestaciones suelen exacerbarse en las mujeres durante la segunda fase del ciclo menstrual, marco cronológico ya de por sí predispuesto a un mayor consumo de sustancias azucaradas.

HIPERFAGIA ADICTIVA DEPRESIVA

Hay un 10% de enfermos depresivos que ganan peso, alcanzando el límite de la obesidad la mitad de ellos. La importante elevación del apetito y el peso en este 5% de depresivos suele apoyarse en la activación del mecanismo psicossomático referido en el apartado anterior, disparado por el tremendo sufrimiento proporcionado por la enfermedad depresiva.

Este intento de autorregular el estado depresivo entregándose a una sobreingesta de carbohidratos tiene su forma más nítida en la depresión breve recurrente de presentación premenstrual, un cuadro denominado antes «síndrome premenstrual» y ahora *disforia premenstrual*. La depresión premenstrual es muy sensible a la administración de un fármaco antidepressivo estimulante del sistema serotoninérgico, con lo que queda puesto de relieve que el alivio subjetivo proporcionado a estos depresivos por los carbohidratos de metabolización rápida podría deberse al incremento de la actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central.

Hay dos formas especiales de depresión caracterizadas por acompañarse de hiperfagia y obesidad (Alonso-Fernández, 2001): la *depresión de Kleine-Lewin*, propia de los adolescentes, y la *depresión estacional*, ubicada en el tránsito del otoño al invierno que afecta con particular preferencia a las mujeres a partir de la edad de

30 años. Para evitar los efectos hiperfágicos del rebote, merece la pena incorporar a la terapia de muchos episodios depresivos, en especial los juveniles, los estacionales y los premenstruales, la contraindicación de consumir alimentos dulces. Y es que el alivio producido en el malestar depresivo por los carbohidratos refinados da paso, con relativa rapidez, al fenómeno contrario, integrando una especie de acción bifásica, que a la larga se convierte en una vía adictiva.

GUÍA TERAPÉUTICA PARA LAS HIPERFAGIAS ADICTIVAS

Dada su propensión genérica a asociarse con la obesidad, hay que dedicar una particular atención a la corrección de la sobrecarga ponderal. El tratamiento de la obesidad adictiva se orienta en forma de un programa individualizado, a tenor de los rasgos de la personalidad del sujeto y de los factores que han condicionado su fagoadicción, enmarcado en una estrategia que engloba la administración de medicamentos, la intervención psicoterapéutica y el modelado del estilo de vida. Hay que resolver previamente si existe morbilidad depresiva o ansiosa, ya que en caso afirmativo hay que otorgar la atención terapéutica prioritaria a la administración de productos antidepressivos o ansiolíticos.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento de la obesidad en sí (orlistat, sibutramina, fenfluramina), suelen proporcionar resultados mediocres a medio y largo plazo. Más eficaces son aquellos fármacos que tratan de corregir el ansia alimentaria y que coinciden con los seis incluidos en la terapia de la bulimia (fluoxetina, naltrexona, reboxetina, desipramina, bupropión y topiramato).

La modificación del estilo de alimentación es una tarea necesaria e imprescindible, siguiendo las pautas conductuales siguientes: a) hacer tres comidas al día con un horario fijo, mientras se conversa con otras personas, sin lectura ni radio ni televisión; b) realizar la ingestión en bocados pequeños y en platos de tamaño reducido; c) dejar algo de alimento en el plato; d) procurar prolongar las comidas con el consumo de alimentos de ingestión lenta, como las alcachofas; e) levantarse de la mesa tan pronto como haya concluido la comida; f) atenerse a una dieta hipocalórica, con importantes variaciones de unos días a otros; y entre los carbohidratos preferir las pastas y el arroz, por no inducir una fuerte elevación glicémica, con el rebote consiguiente; g) programar la actividad física adecuada, recurriendo de forma preferente a la marcha, la carrera o la práctica de algún deporte, no sólo con objeto de elevar el gasto calórico, sino por implicar placer, elevación de la autoestima y una serie de efectos favorable fisiológicos y neuroquímicos.

En los casos de hiperfagia neurótica la terapia de base cognitivo-conductual debe asociarse de modo sistemático a una técnica analítica breve, tipo French-Alexander o Adler.

Adicciones monoalimentarias

El único alimento responsable en una casuística apreciable de adicciones de tipo monoalimentario es el chocolate.

La apetencia específica por el chocolate opera a través de dos mecanismos: primero, el gusto al paladar propio de una sustancia dulce, de fuerte olor aromático y de textura entre pastosa y cremosa; segundo, el efecto farmacológico inducido por sus múltiples componentes, entre los que destacan como elementos estimulantes la cafeína y la feniletilamina (Schuman, Gitlin y Fairbanks, 1987). Y no olvidemos que la cafeína es la sustancia psicoactiva más ampliamente usada en el mundo (Orford, 2001).

En la génesis de la adicción al chocolate suele intervenir un mecanismo mixto, en forma de la gratificación oral y la estimulación psíquica. Resulta difícil precisar en cada caso la magnitud adictiva correspondiente a cada factor.

Si bien los adictos al chocolate no forman una población homogénea, la mayor parte de ellos se atiene al perfil siguiente: mujer de mediana edad; consumo preferente de bombones o tabletas de chocolate con leche; ingestión del producto solitaria y secreta; acoso del sentimiento de culpa; asociación con un estado depresivo como antecedente o consecuente (Hetherington y Mac-Diarmid, 1993).

Entre los jóvenes polidrogadictos de éxtasis y otras sustancias no es raro la presencia del chocolate como objeto adictivo o de consumo abusivo. Los accesos chocolateros prevalecen entre ellos por temporadas (Schifano y Magnostic, 1994). El chocolate es una de las exorfinas que utiliza el sistema nervioso para fabricar *endorfinas*, acción compartida con los compuestos de gluten y caseína a los que recurren los hiperfágicos adictivos psicósomáticos con objeto de amortiguar la sobretensión emocional.

La ingestión excesiva habitual de chocolate llega a determinar los fenómenos definidores de la dependencia, o sea tolerancia y abstinencia, y en la mitad de los consumidores abusivos interfiere el curso habitual de su vida (Orford, 2001).

Las orientaciones formuladas en la guía terapéutica para las hiperfagias adictivas son válidas, *mutatis mutandi*, para terapia de la adicción al chocolate.

Referencias

- Alonso-Fernández, F. (1999). *Le altre droghe*. Roma: Edizione Universitaria Romana.
- Alonso-Fernández, F. (2001). *Claves de la depresión*. Madrid: Cooperación Editorial.
- Alonso-Fernández, F. (2002). El síndrome de las adicciones sociales: sus tipos y sus límites. *Psicopatología*, 22, 173-187.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- Brewerton, T.D., Lesen, M.D., Kennedy, A. y Garvey, WT. (2000). Reduced plasmic leptin concentrations in bulimia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 7, 649-658.
- González Macías, L., Unikel, C., Cruz, C. y Caballero A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26, 1-8.
- Hetherington, M.M y MacDiarmid, J.I. (1993). Chocolate addiction a preliminary study of its description and its relationship to problem of eating. *Appetite*, 21, 223-246.
- Kaye, W.H., Lilienfeld, L.R. y Plotnikov, K. (1996). Bulimia nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcohol, Clinical Experimental Research* 20, 878-881.
- Lingford-Hughes, A. y Nutt, D. (2003). Neurobiology of addiction and implications for treatment. *British Journal of Psychiatry* 182, 97-100.

- Orford, J. (2001). *Excessive appetites*. Chichester: Wiley.
- Raeburn, S.D. (2002). Women and eating disorders. En S. Straussner y S. Brown (dirs.), *The handbook of addiction treatment for women*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Russell, G.F.M. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-367.
- Schifano, F. y Magui, G. (1994). MDMA («ecstasy») abuse: Psycho-pathological features and craving for chocolate: A case series. *Biological Psychiatry*, 36, 763-767.
- Schuman, M., Gitlin, M.J. y Fairbanks, L. (1987). Sweets, chocolate, and atypical depressive traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 491-495.
- Vargas, A., Rojas, M., Sánchez, S. y Solín R. (2003). Development of bulimia nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patients. *Salud Mental*, 26, 28-32.
- Wallen, G. (1993). Sexual abuse and eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 163, 771-775.