

# CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS Y DESÓRDENES DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Humberto L. Persano; Adrián D. Ventura; David A. Gutnisky; Carlos D. Kremer  
hpersano@gmail.com

**Unidad Docente Hospital Borda.** Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

## **Abstract**

Existe una contundente evidencia en la clínica que manifiesta la co-ocurrencia entre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y abuso de alcohol y otras sustancias, siendo entre éstas, las más consumidas marihuana y cocaína.

Más del 30% de los pacientes con TCA puede exhibir un problema de abuso de sustancias concurrente, particularmente los pacientes que padecen bulimia nerviosa (BN), lo cual establece una relación de dependencia entre las características de impulsividad y la organización de la personalidad. Hemos encontrado una relación de dependencia significativa entre BN y trastorno limítrofe de la personalidad, siendo este último un trastorno frecuente de la personalidad entre consumidores problemáticos de sustancias.

Las adicciones problemáticas y los TCA comparten ciertas similitudes etiológicas y clínicas.

Los individuos que presentan simultáneamente un desorden del comportamiento alimentario y alguna manifestación adictiva presentan un mayor riesgo de padecer complicaciones en su salud y empeoran en forma tórpida la evolución de su patología. A su vez, esta condición aumenta la comorbilidad con otros trastornos e incrementa el riesgo de muerte.

La coexistencia de ambos desórdenes posee implicancias clínicas, terapéuticas y pronósticas dadas las condiciones nutricionales y metabólicas de estos pacientes. Sin embargo, no existen en la literatura científica muchos trabajos referidos al tratamiento de la comorbilidad entre TCA y consumo problemático de sustancias.

**Palabras Claves:** Adicciones a sustancias - Trastorno de la Conducta Alimentaria - Trastorno Limítrofe de la Personalidad.

Tanto los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como el consumo de sustancias son dos problemas frecuentes en nuestra sociedad, generalmente en los jóvenes. Además, estudios recientes afirman que la edad de comienzo para la aparición de ambos es cada vez menor, lo que significa que cada vez son más y más jóvenes los que presentan uno o ambos problemas. En segundo lugar, identificar las causas de la asociación entre éstos puede aumentar los conocimientos sobre los factores de riesgo que propician la aparición de cada uno de ellos de manera individual.

Llevar a cabo una evaluación de la relación entre TCA y consumo de sustancias puede tener implicaciones en el diagnóstico y tratamiento. Puesto que, pueden favorecer las tareas de prevención y de diagnóstico precoz de ambos problemas al encaminar los esfuerzos sobre los factores y contextos que hacen a las personas vulnerables a ellos. Estos dos aspectos –prevención y diagnóstico precoz- se configuran como los más importantes en problemas como TCA para los cuales no existe actualmente un tratamiento definitivo y que asegure en una alta proporción de casos la remisión de su enfermedad. Finalmente, estas condiciones son de gran relevancia por su gravedad, no sólo por el sufrimiento psíquico que acarrearán, sino también por la alta tasa de morbilidad y mortalidad que presentan.

Por un lado, estos trabajos sugieren que la diferenciación de los tipos existentes de TCA es importante ya que no todos tienen la misma comorbilidad. De hecho, la enfermedad de la que se encuentran más referencias bibliográficas sobre su asociación con abuso y dependencia de sustancias es la Bulimia Nerviosa (BN). Según Herzog en 2006, el 17% de las personas que padecen un TCA consumen sustancias psicoactivas, con un predominio en las que tienen síntomas purgativos y/o bulimia (Rodríguez-Guarín, 2009). La literatura sobre el tema muestra que, mientras la prevalencia para los TCA es mayor en mujeres que en hombres, son éstos últimos los más afectados por el consumo de drogas. No obstante, la tendencia a consumir por parte de las mujeres está aumentando a lo largo de los años, preferentemente la de sustancias que producen adicción como las anfetaminas, utilizadas para controlar el peso (Gutiérrez et al., 2001). Esto sugiere que diferenciar las clases de drogas es una tarea importante, ya que algunas drogas como la cocaína y las anfetaminas se sabe que actúan como supresoras del apetito, mientras que otras, como es el caso del cannabis, contienen propiedades que lo estimulan (Calero-Elvira et al., 2009).

Se ha utilizado el término SUD (por sus siglas en inglés del Trastorno por Consumo de Sustancias) para referirse a la condición en la cual el uso excesivo, o dependencia, de

una o más sustancias conduce a un malestar y deterioro clínicamente significativos. Este efecto se considera perjudicial para la salud mental y física del individuo así como para el bienestar de los demás. En el sistema de clasificación DSM-5, “Trastorno por Consumo de Sustancias” reemplaza a los términos “Dependencia de sustancias” y “Abuso de sustancias” (Criterios DSM-IV-TR y DSM-5 en Anexos 3, 4 5).

Muchos investigadores han propuesto varias explicaciones para la comorbilidad entre ambos trastornos. Se cree que algunos rasgos de personalidad como búsqueda de sensaciones nuevas, depresión o ansiedad, y baja autoestima, y sobretodo impulsividad, son factores comunes entre los desórdenes alimentarios, como bulimia nerviosa, y uso de sustancias psicoactivas (Calero-Elvira et al. 2009; Thompson-Brenner et al. 2008 citado en Nokleby, 2012). Las hipótesis sobre la causalidad han sido propuestas en ambos sentidos: por un lado, puede que los individuos con un desorden alimentario estén “auto-medicando” sus preocupaciones acerca del trastorno con alcohol u otras drogas; y por otro lado, puede que la privación de comida altere determinados mecanismos cerebrales que llevan a la persona al consumo de sustancias (Nokleby, 2012).

En estudios realizados en personas diagnosticadas con Bulimia Nerviosa y otros desórdenes que cursaban con síntomas similares, como Anorexia Nerviosa-Purgativa, se encontró un mayor índice de consumo que aquellos con síntomas típicos de la Anorexia Nerviosa. Finalmente, Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010) observaron que en los casos de Anorexia Nerviosa el problema con el uso de sustancias había ocurrido antes que el TCA; mientras que en los casos de Bulimia Nerviosa ocurría al revés.

Se ha observado que alcohol (40%), cocaína (20%), cannabis (20%) y tabaco (20%) son las sustancias más consumidas en desórdenes alimentarios. No obstante, otros artículos también encuentran consumo diferencial en sustancias como anfetaminas, alucinógenos, estimulantes y heroína. Las drogas más utilizadas por personas con BN son el alcohol y el cannabis; las de AN, la cocaína. No obstante, Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria, Echeburua (2013) sugieren que el consumo de cocaína, anfetaminas y cannabis es similar en pacientes con BN y AN. Además, indican un consumo similar de tabaco entre estos tipos de TCA.

### ***Relación entre el rasgo de personalidad impulsividad y la bulimia nerviosa***

La dificultad para caracterizar hallazgos neurobiológicos específicos en individuos con BN permite apreciar la complejidad de la relación entre el rasgo de personalidad impulsividad y BN. Si bien numerosos estudios han demostrado que, en general, los

individuos con BN presentan altos grados de impulsividad, medidos a través de pruebas de autollenado, como la Escala de Impulsividad de Barratt y el Cuestionario de Impulsividad de Eysenck, y un mayor número de errores de comisión en pruebas de desempeño continuo, comparados con controles (individuos con BN y uso de laxantes), no todos los individuos con BN presentan los mismos grados o el mismo tipo de impulsividad.

Específicamente, Rosval y cols. demostraron en fecha reciente que, en general, los individuos con TCA presentan alteraciones atencionales, medidas por pruebas comportamentales e instrumentos de autollenado. En este mismo estudio, los individuos con BN y anorexia nerviosa purgativa presentaron déficits específicos en la inhibición motora. Sin embargo, en BN existían de manera específica altos grados de impulsividad del tipo de la no planeación.

Los resultados de este estudio sugieren que sólo algunas de las dimensiones de la impulsividad, particularmente la dimensión de no planeación, se encuentran específicamente en algunos individuos con BN. Estudios de este tipo son necesarios para comprender la importante relación entre el rasgo de personalidad impulsividad y los TCA.

En resumen, los hallazgos sugieren que la impulsividad está presente en grados elevados y de manera diferencial en un subgrupo de pacientes con BN. En estos, la impulsividad se asocia con un decremento de la neurotransmisión serotoninérgica, que puede alterar el equilibrio entre excitación e inhibición en los circuitos córtico-límbicos y córtico-estriatales. La hipofunción serotoninérgica es un factor de vulnerabilidad constante o un rasgo que se puede relacionarse con disfunción prefrontal y alteraciones en la regulación afectiva en estos sujetos.

Se observa, según estadísticas, que el consumo de sustancias no se hace de manera indiscriminada sino que determinadas drogas como el alcohol, anfetaminas, cocaína y tabaco son más utilizadas por personas con TCA. A priori parece que estas personas consumirían sustancias concretas, como cocaína y anfetaminas, cuya acción esté encaminada a suprimir el apetito con el objetivo de minimizar o controlar el peso. Por ejemplo, Krug et al., 2008 señala que las personas con TCA fumaban más cigarrillos al día como sustituto de la comida. Este mismo artículo encuentra que el comportamiento de ayuno se correlaciona con el uso de cocaína, que ayudaría a inhibir el hambre en personas que llevan a cabo esta conducta. Sin embargo, el alcohol y el cannabis poseen propiedades que, en vez de suprimirlo, estimulan el apetito. Por lo tanto, las

razones por las que son consumidas deben ser diferentes. Es probable que el alcohol sea usado como ayuda para provocar el vómito en personas con bulimia nerviosa, lo cual explicaría los resultados de Dunn, Neighbors, Fossos, Larimer (2009) y Krug et al. (2011), que indican que la purga está más relacionada con el consumo de alcohol que de otras sustancias. Además, el alcohol posee propiedades desinhibitorias por lo que personas con problemas sociales (dificultad en las relaciones interpersonales) podrían hacer un uso problemático del alcohol con este fin. Además, permite aliviar la ansiedad y regular las emociones, lo que explicaría que estas personas, a menudo con problemas psicológicos (ansiedad, estrés, etc.) lo utilicen de manera excesiva. Con respecto al cannabis, es probable que se utilice con el mismo fin que los cigarrillos, es decir, como sustitutos de la comida: fumar en vez de comer.

Hasta la fecha, la gran mayoría de los trabajos acerca de la neurobiología de la adicción se ha centrado en el efecto de las drogas sobre los sistemas endógenos de recompensa y cómo su alteración por el consumo crónico pudiera estar implicada en el desarrollo y consolidación del trastorno adictivo. Este enfoque venía avalado por las propiedades reforzantes de las drogas, derivadas de la capacidad compartida por todas ellas para incrementar los niveles de dopamina en el núcleo accumbens. Este sistema endógeno de recompensa, involucrado tanto en el refuerzo producido por las drogas como por otros estímulos ambientales, estaría formado fundamentalmente por las vías dopaminérgicas mesolímbicocorticales, que comprenden neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral del mesencéfalo y sus regiones de inervación, particularmente el núcleo accumbens. Los incrementos de dopamina en estas vías han sido ampliamente correlacionados con el refuerzo inducido por distintos estímulos. Actualmente, existen numerosas evidencias que señalan que el consumo crónico de drogas puede producir cambios adaptativos no sólo en las vías dopaminérgicas mesolímbicocorticales, sino también en diferentes regiones cerebrales implicadas normalmente en procesos de aprendizaje, memoria y motivación, contribuyendo todo eso a muchos aspectos de la adicción. Así, por ejemplo, el hipocampo, normalmente implicado en la memoria espacial y en la memoria declarativa, la amígdala, relacionada con la memoria de estados emocionales negativos, el núcleo accumbens, responsable de la memoria de estados emocionales positivos o reforzantes, el caudado putamen, implicado en la memoria motora o de hábitos, y diferentes regiones corticales implicadas en funciones ejecutivas y en el control y la integración de la información de todas estas regiones, parecen sufrir cambios adaptativos celulares y moleculares tras la exposición crónica a

drogas de abuso.

### ***Regulación Emocional y alteraciones conductuales***

Existen diversos trabajos que postulan que las dificultades en la regulación emocional ocasionan trastornos adaptativos y perturbaciones en el comportamiento. Esto se refleja en autolesiones, consumo problemático de sustancias, desórdenes del comportamiento alimentario y trastornos de la personalidad (Buckholdt, K. Et al.).

Las conductas que se desencadenan están referidas a conductas de evitación, dificultades en la toma de conciencia e inclusive conductas de escape. Estas alteraciones llevan aparejado dificultades para inhibir conductas impulsivas, reconocer estados emocionales internos y verbalizarlos.

En este terreno tanto los sujetos que padecen desórdenes alimentarios como consumo problemático de sustancias tienen una vía común expresiva, e inclusive, como hemos planteado más arriba mecanismos neurobiológicos intervinientes similares. Las investigaciones recientes concluyen que se trata de dificultades comunes en cuanto a las dificultades para regular estados emocionales y la aparición de estas manifestaciones clínicas.

### ***Conclusiones***

La comorbilidad entre desórdenes del comportamiento alimentario y las diversas modalidades de consumo problemático de sustancias es de alta relevancia en el campo clínico en el pronóstico y en el tratamiento. La coexistencia de ambos fenómenos ensombrece el pronóstico y genera complicaciones en el abordaje terapéutico.

Existe una contundente evidencia en la clínica que manifiesta la co-ocurrencia entre trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y abuso de alcohol y otras sustancias, siendo entre éstas, las más consumidas marihuana y cocaína.

Más del 30% de los pacientes con TCA puede exhibir un problema de abuso de sustancias concurrente, particularmente los pacientes que padecen bulimia nerviosa (BN), lo cual establece una relación de dependencia entre las características de impulsividad y la organización de la personalidad. Hemos encontrado una relación de dependencia significativa entre BN y trastorno límite de la personalidad, siendo este último un trastorno frecuente de la personalidad entre consumidores problemáticos de sustancias.

Las adicciones problemáticas y los TCA comparten ciertas similitudes etiológicas y clínicas.

Los individuos que presentan simultáneamente un desorden del comportamiento

alimentario y alguna manifestación adictiva presentan un mayor riesgo de padecer complicaciones en su salud y empeoran en forma tórpida la evolución de su patología. A su vez, esta condición aumenta la comorbilidad con otros trastornos e incrementa el riesgo de muerte.

La coexistencia de ambos desórdenes posee implicancias clínicas, terapéuticas y pronósticas dadas las condiciones nutricionales y metabólicas de estos pacientes.

### **Bibliografía**

Arias, J., Hawke, J., Arias, A., Kaminer, Y. (2009). Eating Disorder Symptoms and Alcohol Use Among Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 2009: 3, pp. 81–91. Recuperado de <http://www.creativecommons.org/licenses/by/2.0>

Baker, J., Mitchell, K., Neale, M., Kendler, K. (2010). Eating Disorder Symptomatology and Substance Use Disorders: Prevalence and Shared Risk in a Population Based Twin Sample. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), pp. 648–658. doi: 10.1002/eat.20856

Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *C. Med. Psicosom*, 110, pp. 58-61

Buckholdt, K. E.; B; Anestis, M.D.; Tull, M.L.; Gratz, K. L. (2014): Emotion Regulation Difficulties and Maladaptive Behaviors: Examination of Deliberate Self-harm, Disordered Eating, and Substance Misuse in Two Samples. *Cognitive Therapy and Research* - November 2014. DOI: 10.1007/s10608-014-9655-3

Calero-Elvira, A., Krug, i., Davis, K., López, C., Fernández-Aranda, F., Treasure, j. (2009). Meta-Analysis on Drugs in People with Eating Disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 17 (2009), pp. 243–259. doi: 10.1002/erv.936

Conason, A.H., Brunstein, A., Sher, L. (2006). Recognizing alcohol and drugs abuse in patients with eating disorders. *Q J Med*, 99, pp. 335-339. doi:10.1093/qjmed/hcl030

Cruz-Sáez, M.; Pascual, A.; Etxebarria, I., Echeburúa, E. (2013). Risk of eating disorders, consumption of addictive substances and emotional difficulties in adolescent girls. *Anales de psicología*, 29( 3), pp.724-733. doi: 0.6018/analesps.29.3.151041

Denoth F, Siciliano V, Iozzo P, Fortunato L, Molinaro S (2011). The Association between Overweight and Illegal Drug Consumption in Adolescents: Is There an Underlying Influence of the Sociocultural Environment? *PLoS ONE* 6(11): e27358. DOI:10.1371/journal.pone.0027358

Dunn, E., Neighbors, C., Ph. D., Fossos, N., Larimer, M. (2009). A Cross-Lagged

Evaluation of Eating Disorder Symptomatology and Substance-Use Problems. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(1), pp. 106–116. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629626/>

Franko, D., Dorer, D., Keel, P., Jackson, S., Manzo, M., Herzog, D. (2008). Interactions between Eating Disorders and Drug Abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(7), pp. 556-561. doi: 10.1097/NMD.0b013e31817d0153

Glasner-Edwards, S., Mooney, L., Marinelli-Casey, P., Hillhouse, M. (2011). Bulimia Nervosa Among Methamphetamine Dependent Adults: Association With Outcomes Three Years After Treatment. *Eating Disorders*, 19(259), pp. 269, 2011. doi: 10.1080/10640266.2011.566149

Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J, Medina-ora, M. (2001). El consumo de drogas en una muestra de estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 34(6), pp. 55-61. Recuperado de <http://www.medigraphic.org.mx>

Harrop, E., Marlatt, G. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35 (2010), pp. 392–398. doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.016

Herzog, D., Franko, D., Dorer, D., Keel, P., Jackson, S., Manzo, M (2006). Durg Abuse in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), pp. 364–368 2006. doi: 10.1002/eat

Huertas D., Núñez, M.A., Ferrero M. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria. En Chamorro, L. (Ed.), *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria* (pp. 107-124). Psiquiatría Editoriales S.L

Fernández-Aranda, F (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, pp. 82–87. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01908.x

Nokleby, H. (2012). Comorbid drug use disorders and eating disorders –a review of prevalence studies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(3), pp. 303-314. doi: 10.2478/v10199-012-0024-9

Piran, N., Robinson, S. (2006). Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive Behaviors*, 31 (2006), pp. 1761-1775. doi:10.1016/j.addbeh.2005.20.021

Pons, D., Botella, A., Muñoz, A. (2012). Eating Disorders and drug use in adolescents. *Adicciones*, 24(1), pp. 9-16.

Rava, F., Silver, T. (2004). Bulimia Nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch.argent.pediatr*, 102(5), pp. 353-



Rodríguez-Guarín, M. (2009). Drug Use, Impulsivity, and Trauma in Patients with Eating Disorders: a Triad of Risks for Complex Comorbidities affecting the Prognosis. *Colomb. Psiquiat.*, 38 (3)

Root,T., Pisetsky, E., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N., Bulik, C. (2010). Patterns of Comorbidity of Eating Disorders and Substance Use in Swedish Females. *Psychol Med.*, 40(1), pp. 105–115. doi:10.1017/S0033291709005662.

Halmi, K., Johnson, C., Kaplan, A., Klump, K., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, B., Rotondo, A., Berrettini, W., Kaye, W., Bulik, C. (2010). Substance Use Disorders in Women with Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 43(1), pp. 14–21. doi:10.1002/eat.20670.

Slane, J., Burt, A., Klump, K. (2012). Bulimic Behaviors and Alcohol Use: Shared Genetic Influences. *Behavior Genetics*, 35 (5), pp. 507-692. doi: 10.1007/s10519-012-9525-2

Slane, J., Klump, K., MccGue, M., Iacono, G. (2014). Genetic and Environmental Factors Underlying Comorbid Bulimic Behaviours and Alcohol Use Disorders: A Moderating Role for the Dysregulated Personality Cluster? *Eur Eat Disord Rev.* 22(3), pp. 159–169. doi:10.1002/erv.2284.