



## **Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias**

Existe una contundente evidencia que apoya la co-ocurrencia entre trastornos de la conducta alimentaria y abuso de alcohol y otras sustancias. Método. Se revisa la literatura especializada disponible acerca de la asociación entre ambas patologías, la presencia de abuso de alcohol en familiares de pacientes con desórdenes alimentarios y las hipótesis que las relacionan etiopatogénicamente, considerando sus similitudes y diferencias. Resultados. El 27% de las pacientes con trastornos alimentarios presenta dependencia a alcohol. El abuso y/o dependencia de alcohol oscila entre el 0% al 6% en la anorexia nerviosa restrictiva, 10% y 28% cuando se demuestra la presencia de rasgos bulímicos, y hasta 50% en las pacientes bulímicas. Entre el 15% al 56% de las pacientes alcohólicas presenta un trastorno alimentario: 1,4% a 10% anorexia nerviosa, 10% comer compulsivo o trastorno por comilonas, pero principalmente bulímico, entre 6,2% a 50%. Abuso de alcohol parental se observa hasta en el 50% de pacientes bulímicas y sólo hasta el 7% de pacientes anorécticas. Conclusiones. Las referencias publicadas claramente sugieren una comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y abuso de drogas, incluido el alcohol, cuya relación aún permanece oscura. Más del 30% de los pacientes con trastornos alimentarios puede exhibir un problema de abuso de sustancias concurrente, particularmente los pacientes portadores de bulimia nerviosa. La coexistencia de ambos desórdenes posee implicancias clínicas, terapéuticas y pronósticas.

Existe contundente literatura que apoya la co-ocurrencia -más alta de lo esperado-, entre alcoholismo y trastornos de la conducta alimentaria. Además, se dispone de considerable evidencia que apoya que esta co-morbilidad es más probable que acontezca en presencia de otros trastornos psiquiátricos. Las series de estudios publicados -ya sea controlados o no controlados concernientes a la temática-, arrojan una altísima prevalencia para problemas de abuso de alcohol y drogas en pacientes bulímicas nerviosas en comparación con muchas mujeres de la población general (1). En cambio, la coexistencia de ambos desórdenes en la anorexia nerviosa es menos clara y las cifras menos consistentes (2).

En esta puesta al día se revisan las publicaciones que relacionan los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por abuso de sustancias, en particular alcohol, focalizándose principalmente en las comunicaciones que describen presencia de abuso y/o dependencia de alcohol en pacientes con afecciones alimentarias, coexistencia de cuadros alimentarios en pacientes portadoras de abuso y/o dependencia de alcohol, ocurrencia de abuso y/o dependencia de alcohol en familiares de pacientes con patologías de la alimentación, y, finalmente, se describen las similitudes y diferencias entre ambos desórdenes.

### **Detección y prevalencia de ambas patologías**

Goldbloom *et al.* (3) observaron que en el 27% de 96 mujeres con patología alimentaria se demostró psicométricamente la dependencia de alcohol. Striegel-Moore y Huydic (4) investigaron a niñas adolescentes escolares con un promedio de edad de 15,5 años, y entre aquellas que fueron diagnosticadas con un trastorno de la conducta alimentaria, presentaban dos veces más probabilidades de ser bebedoras problema que las niñas que no eran diagnosticadas con patología alimentaria.

En una investigación, von Ranson *et al.* (5) observaron que si bien las actitudes y trastornos alimentarios se asociaron modestamente con el uso de alcohol, nicotina y drogas en las adolescentes, específicamente el uso y abuso de alcohol se relacionaron con las actitudes y patologías alimentarias en las mujeres (5).

Coexistencia de trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

### Anorexia nerviosa

El abuso de sustancias parece ser menos común entre las pacientes anorécticas restrictivas que las del tipo compulsivo-purgativo (6-8). Un reciente estudio prospectivo longitudinal encontró que las mujeres con anorexia bulímica presentan siete veces más probabilidad de desarrollar problemas de abuso de sustancias que las anorécticas restrictivas (9).

Haug *et al.* (10) detectaron que las pacientes bulímicas nerviosas con más probabilidad fuman ocasionalmente y usan alcohol que las anorécticas nerviosas, mientras que las anorécticas purgativas demostraron mayor uso de cafeína y alcohol que las restrictivas.

Un estudio de 15 pacientes portadoras de anorexia nerviosa informó que el 33% tenía dificultades asociadas con el abuso de sustancias, incluyendo un probable diagnóstico de alcoholismo (11). En otra evaluación de 26 pacientes, casi un cuarto tenía "abuso de drogas o alcoholismo" (12). El riesgo de vida para abuso y/o dependencia de alcohol oscila entre el 0% al 6% para las pacientes con anorexia nerviosa "pura", valores que se incrementan entre un 10% y 28% cuando se demuestra la presencia de rasgos bulímicos (13). Otro estudio que comprendió 105 mujeres con anorexia nerviosa determinó un 6,7% de riesgo de vida para abuso o dependencia de alcohol, cifra no más alta de la que podría esperarse en la población general (14). Otra investigación indicó que aproximadamente 5% de 73 pacientes con anorexia con conductas alimentarias restrictivas consumía alcohol diariamente y 12% había usado "drogas callejeras" en alguna oportunidad (15).

### Bulimia nerviosa

La dependencia y/o el abuso de alcohol han sido bien documentados en pacientes con bulimia nerviosa. Diversas comunicaciones han detectado que entre un cuarto y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa "beben una o más veces a la semana" o "poseen evidencia de consumo de drogas callejeras" (15-17). Welch y Fairburn (18) encontraron que 102 mujeres bulímicas informaron más una historia de alto consumo de alcohol que los controles normales, pero tan alto como en pacientes con otros trastornos psiquiátricos.

Herzog *et al.* (6) encontraron que ninguna de las pacientes anorécticas, el 5% de las bulímicas y el 8% de las anorécticas bulímicas tenían el diagnóstico de abuso de sustancias. El análisis de la prevalencia de vida del trastorno por uso de sustancias en la anorexia nerviosa fue de 12% versus el 31% en la bulimia nerviosa y frente al 37% de las anorécticas bulímicas.

Lacey (19) observó que el 22% de pacientes bulímicas informó beber al menos 36 unidades de alcohol a la semana, 12% de ellas bebían regularmente por su efecto sedante más que por un beber social. También demostró que entre las mujeres bulímicas el abuso de alcohol está significativamente asociado con abuso de drogas y con sobredosis repetitivas, y los cortes auto-infligidos repetidos se asocian a su vez con abuso de alcohol y drogas.

Dohm *et al.* (20) han señalado que elevadas cifras de auto-daño y uso de sustancias, incluido abuso de alcohol, pueden estar relacionados no solamente al diagnóstico de bulimia nerviosa sino también al trastorno por comilonas, así como con historias de abuso físico o sexual.

Otros autores han informado que entre 20 mujeres con bulimia que se integraron a tratamiento, la mayoría "usaba alcohol en exceso" (21) y que muchas mujeres en un grupo de 34 individuos con bulimia bebían diariamente (22). Además, otros autores han determinado que entre el 14% y sobre el 50% de las pacientes con bulimia podrían satisfacer los criterios para dependencia al alcohol (23-26). Otro estudio refiere que entre pacientes con bulimia nerviosa el 22,9% han reunido los criterios para abuso de alcohol (27).

Con un criterio más riguroso, se estableció en otra investigación la presencia de abuso y dependencia en un 42% entre 31 pacientes bulímicas hospitalizadas (28). Estos diagnósticos fueron pesquisados en 36% de 70 pacientes con bulimia activa o en remisión (29) y el abuso o dependencia de alcohol se detectó en el 15% de 13 pacientes bulímicas hospitalizadas (13) y 7% de pacientes bulímicas voluntarias para el estudio (30). Por último, otra investigación informó de un 12% de "problemas severos con el alcohol" en un grupo de pacientes con bulimia nerviosa (3).

Asociación de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con trastornos por abuso y/o dependencia de alcohol

Según Becker *et al.* (31) las mujeres con problemas de alcoholismo tienen cifras más altas de diagnósticos duales, abuso sexual en la infancia, trastornos de pánico y fobia, trastornos alimentarios, trastorno por estrés postraumático y victimización. El diagnóstico precoz, intervenciones breves y la referencia al especialista adecuado son aspectos críticos en el tratamiento de alcoholismo en las mujeres.

Hudson *et al.* (32) informaron que el 15% de las mujeres y el 3% de los hombres en una serie de 386 individuos que llevaban a cabo un tratamiento para dependencia química, satisficieron los criterios diagnósticos del DSM-III-R para anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Diversos estudios han determinado la existencia de desórdenes alimentarios entre pacientes con problemas de alcoholismo y drogas. Al respecto, un informe muestra que un tercio de 20 pacientes alcohólicas presentaba un grave trastorno alimentario, más frecuentemente del tipo bulímico (21). Otro señala que en el 30% de mujeres en tratamiento por uso de sustancias hubo evidencias de problemas relacionados con el comer (3). Un cuestionario aplicado a una de estas investigaciones reveló cifras de 7% para anorexia y bulimia (33). Otro estudio informó de algún tipo de trastorno alimentario en el 15% de 143 mujeres alcohólicas en tratamiento (32). Finalmente, Suzuki *et al.* (26) revisaron información en casi 3.600 pacientes hospitalizados, de los cuales identificaron 57 mujeres alcohólicas con menos de 30 años de edad y observaron que el 4% de estas poblaciones reunía los criterios para anorexia nerviosa pero casi la mitad evidenció conductas bulímicas. La mayoría de los sujetos alcohólicos con trastornos alimentarios nunca se habían casado, habían tenido un inicio más temprano de su alcoholismo y tenían un peso corporal menor que los sin desórdenes alimentarios. Además, la mayoría de ellos presentaba depresión y trastorno *borderline* de personalidad. Suzuki *et al.* (34) detectaron que las pacientes con alcoholismo y bulimia tenían más trastornos *borderline* de personalidad y síntomas patológicos, tales como robo, intentos suicidas, daño hepático y menor promedio de peso corporal que el grupo control no alcohólico.

Schuckit *et al.* (35) determinaron que entre 567 mujeres con dependencia de alcohol primaria o secundaria los porcentajes para anorexia y bulimia eran 1,41% y 6,17% respectivamente. Comparadas con 1.176 mujeres sin diagnósticos psiquiátricos mayores, 318 mujeres con dependencia primaria al alcohol mostraron un riesgo significativamente mayor para desarrollar anorexia y bulimia. Sin embargo, comparadas con las 567 mujeres con alcoholismo primario o secundario, las cifras de estas 318 mujeres fueron levemente menores para anorexia y significativamente más bajas para bulimia.

Swift *et al.* (36) observaron que en 267 mujeres que habían recibido tratamiento por problemas de alcohol y drogas, el 56% había manifestado trastornos alimentarios. Aproximadamente una de cada 10 mujeres había experimentado síntomas de comer compulsivo o comilonas (10%), anorexia nerviosa (10%) y bulimia nerviosa (9%).

Sinha *et al.* (37) determinaron que las mujeres con alcoholismo y trastornos de ansiedad

presentaban cifras más altas de bulimia nerviosa y/o trastorno de la conducta alimentaria no especificado, comparado con las mujeres con uno sólo de estos desórdenes, lo que indicaría una asociación comórbida entre alcoholismo, trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad.

Lundholm (38) estudió a mujeres con episodios de comer incontrolado, y aquellas que abusaban del alcohol estaban generalmente insatisfechas consigo mismas, en contraste con las que no usaban alcohol, que se mostraban más insatisfechas con los demás.

Presencia de abuso y/o dependencia de alcohol en familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria

Las revisiones sobre este tópico arrojan cifras de prevalencia entre 7% y 60% para trastornos por abuso de sustancias entre familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, un amplio rango que puede reflejar el grado de variación de los métodos de investigación utilizados (3, 17, 39-43). En un estudio, el 7% de los familiares de mujeres con anorexia presentaban "alcoholismo", incluyendo aproximadamente el 16% de los padres y el 2% de las madres, cifras no más altas de lo que se podría esperar en la población general (44). En otro análisis, el 9% de 306 familiares de 66 pacientes ambulatorias bulímicas presentó abuso o dependencia de alcohol, pero en una investigación previa con criterios similares, los autores encontraron un 18% de ellas con abuso o dependencia de alcohol (45).

Holderness *et al.* (27) encontraron que la prevalencia de abuso de drogas no difería entre los familiares de bulímicas y anorécticas. Pyle *et al.* (22) detectaron una incidencia claramente alta de alcoholismo en la familia entre al menos un miembro de primer grado en un 50% en pacientes bulímicas y 7 de 34 pacientes informaron que sus padres eran alcohólicos. Welch y Fairburn (18) determinaron la presencia de abuso de alcohol de parte de los padres como un factor de riesgo para bulimia nerviosa.

Chandy *et al.* (46) efectuaron un sondeo en 532 adolescentes mujeres de padres abusadores de alcohol en Estados Unidos que mostró una prevalencia significativamente mayor de síntomas de trastornos alimentarios, y como factor protector se identificó que las muchachas que estaban más satisfechas con su peso actual no desarrollaban patología alimentaria.

Kaye *et al.* (47) identificaron que los parientes de primer grado de bulímicas dependientes de sustancias presentaban significativamente porcentajes más altos de dependencia de alcohol y drogas (38%) comparados con los familiares de las bulímicas no dependientes de sustancias (10%) o los familiares de un grupo control de la comunidad (18%). Estos datos sugieren que el abuso de sustancias se transmite independientemente en las familias.

Lilenfeld *et al.* (48) pesquisaron elevados porcentajes de abuso de sustancias (incluyendo alcohol) en pacientes bulímicas y sus familiares, específicamente entre los familiares de las bulímicas cuando ellas mismas eran dependientes de sustancias, lo que sugiere que la bulimia y el abuso de sustancias no comparten un factor de transmisibilidad común.

García-Vilches *et al.* (49) señalaron que el 7,4% de pacientes bulímicas informaron abuso de alcohol en la actualidad y se correlacionó positivamente con la presencia de otras conductas impulsivas. Además se observó abuso de alcohol parental en 20,7% de los casos. Al comparar grupos con y sin abuso de alcohol parental no se encontraron diferencias sintomatológicas o psicopatológicas, pero el grupo con abuso de alcohol parental mostró más obesidad y sus miembros vivían menos frecuentemente con sus padres. Este estudio sugiere que hay una pequeña correlación entre el abuso de alcohol parental y la severidad de la bulimia nerviosa.

Hipótesis acerca de la relación entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol

Aunque Welch y Fairburn (18) señalan que una historia de abuso de alcohol parece ser un hallazgo no específico relacionado a un trastorno psiquiátrico en general, Herzog *et al.* (6) sugieren que la comorbilidad en los trastornos psiquiátricos pueden compartir una vulnerabilidad común, en la cual

uno puede aumentar el riesgo por el otro. El trastorno alimentario o el trastorno comórbido puede ser una manifestación temprana del otro o pueden ser síndromes clínicos discretos y separados.

Levine (50) señala que un cuarto a un tercio de todas las bulímicas recurren al alcohol a modo de *acting out*, como un medio para manejar la depresión y la tensión crónica y como un método para retardar o prevenir las comilonas. La combinación de depresión, impulsividad y abuso habitual de sustancias genera un alto potencial para serios intentos de suicidio; en tanto que Brisman y Siegel (1984) (51) opinan que tanto el alcohol, el alimento y las drogas sirven como intentos para minimizar los déficits de un yo dañado, carente y, por ende, imperfecto.

Granner *et al.* (52) hallaron que la frecuencia de cigarrillos y alcohol en 206 mujeres de *college* negras y blancas estuvo significativa y linealmente correlacionada con insatisfacción corporal y motivación por la delgadez. La motivación por la reducción de afecto negativo mediante el uso de estas sustancias se relacionó más fuertemente con actitudes de trastornos alimentarios que lo que fueron los niveles de utilización. El uso del cigarrillo y alcohol, independiente de la raza o de otras variables demográficas, aumentó a lo largo de un *continuum* con las actitudes de trastornos alimentarios.

Schuckit *et al.* (35) concluyen, a través de una regresión logística, que para la dependencia de sustancias la mayor parte del nexo entre esta patología y los trastornos alimentarios puede vincularse más estrechamente con síndromes psiquiátricos secundarios. También el uso de drogas puede representar un intento para controlar el apetito, o puede reflejar pérdida severa de peso o conductas bulímicas asociadas con intoxicación o privación. Además, habría una posible conexión entre anorexia o bulimia y trastorno de personalidad antisocial, trastorno por dependencia a otras drogas, además del alcohol y trastorno depresivo mayor.

#### Manifestaciones clínicas y conductuales en los trastornos de la conducta alimentaria y alcoholismo

Behar *et al.* (53) compararon 44 pacientes con trastornos alimentarios y 44 pacientes con abuso y dependencia a alcohol. Aunque los pacientes con trastornos alimentarios se mostraron más motivados por lograr la delgadez corporal, con menos capacidad para discriminar las propias emociones y sensaciones, y mayor distorsión de la imagen corporal, ambos grupos exhibieron características comunes respecto a sus sentimientos de ineficacia personal, es decir, minusvalía e inseguridad; tendencia a la regresión a los años preadolescentes frente a las demandas de la adultez; excesivas expectativas personales por logros superiores, y una resistencia a establecer relaciones cercanas. Los pacientes con patología alimentaria manifestaron una mayor inclinación a efectuar dieta (Factor I del EAT-40), vale decir, la restricción de la ingesta de alimentos que son más factibles de provocar ganancia ponderal, acompañada de un control férreo y rígido en el comer (Factor II del EAT-40). No obstante, de manera análoga, los comportamientos bulímicos y la preocupación constante por los alimentos (Factor III del EAT-40), se presentaron tanto en los pacientes con trastornos del hábito del comer como en aquellos con abuso y dependencia al alcohol.

Higuchi *et al.* (54) indican la existencia de una "personalidad adictiva" común en pacientes con patologías alimentarias y alcoholismo. Por otra parte, ambos desórdenes serían catalogados como parte de una regresión a la fase oral del desarrollo. Más aún, la conducta es similar en la comilona y en el beber en términos de una pérdida de control y sensación de compulsión. Por último, sería posible un vínculo genético entre ambos trastornos.

McElroy *et al.* (55) mencionan que los trastornos del control de los impulsos podrían estar relacionados etiológicamente con una variedad de otros trastornos psiquiátricos, tales como: trastorno obsesivo-compulsivo (los impulsos mórbidos y sus consecuencias se parecen a las compulsiones y obsesiones), trastornos adictivos (por la urgencia y el placer experimentados como estimulante, tranquilizante o amortiguador de dolor), trastornos del ánimo (por el alivio de síntomas depresivos y su respuesta a los timolépticos), trastornos del impulso en general (personalidad multiimpulsiva) y trastornos orgánicos (incluyendo hipoglicemia, narcolepsia, trauma cerebral, demencia y epilepsia). Newton *et al.* (56), por su parte, vinculan los trastornos de la impulsividad y descontrol en la bulimia nerviosa con una disfunción del metabolismo central de la serotonina subyacente, apoyado por la respuesta positiva de estos trastornos a los medicamentos proserotonérgicos.

Ross y Gill (57) refieren síntomas de trastornos alimentarios que se correlacionaron con ingesta alcohólica, ansiedad y cifras retrospectivas de disciplina incongruente. En una muestra de adolescentes no seleccionadas entre 14 a 16 años las conductas bulímicas se asociaron con conductas pendericias, cimarras, beber excesivo y desinhibición sexual entre ambos sexos. Mientras más conductas descontroladas ocurrían simultáneamente, con más probabilidad se trataba de una patología alimentaria del tipo bulímico. Existe una asociación entre la conducta bulímica y conductas de descontrol en la población general de muchachas y muchachos adolescentes (58).

Ricciardelli *et al.* (59) establecieron evidencia que vincula el problema del beber y las comilonas a la restricción y pobre autocontrol general, la lucha con el autocontrol y el alto énfasis en la preocupación emocional y cognitiva.

Loxton *et al.* (60) en estudiantes secundarias detectaron que la elevada sensibilidad al reconocimiento fue el mejor predictor de abuso de alcohol mientras que la alta sensibilidad tanto al reconocimiento y al castigo era predictivo de un comer disfuncional. Las niñas con comer disfuncional con y sin abuso comórbido de alcohol informaron mayor sensibilidad al reconocimiento que las niñas sin trastornos. Las niñas con comer disfuncional con o sin abuso de alcohol comórbido informaron mayor sensibilidad al castigo que las niñas que sólo abusaban de alcohol, sugiriendo que las niñas que abusaban de alcohol y tenían un comer disfuncional pueden compartir una vulnerabilidad a una sensibilidad más elevada al reconocimiento.

### Trastorno de personalidad multiimpulsiva

Lacey (19) propuso el concepto de trastorno de personalidad multiimpulsiva, basándose en la coexistencia de abuso a múltiples sustancias, bulimia y sociopatía que podrían estar relacionados con mecanismos comunes de fracaso en el control de la conducta impulsiva cuando esa conducta es definida como fracaso a considerar los riesgos y consecuencias con una falta de deliberación. Este término comprende evidencia previa o presente de otras áreas de deterioro en el control, tales como daño a sí misma repetido, sobredosis, abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias, robo de tiendas o sexualidad desinhibida. Cuando una bulímica se traslada desde el abuso del alimento a otras conductas autoagresivas aberrantes, el trastorno multiimpulsivo rápidamente escala hacia otros problemas conductuales o adictivos. Existe una sensación de estar fuera de control y los patrones de conducta fluctúan y son habitualmente intercambiables. Estas conductas tienen una función similar: reducir o bloquear sentimientos desagradables o estresantes. Los robos iterativos y las sobredosis no ocurren como conductas aisladas sino en presencia de otra, o abuso de alcohol o drogas, sugiriendo que son marcadores de severidad y tienen una particular importancia clínica pronóstica. La impulsividad ha sido frecuentemente citada como un elemento fundamental de los trastornos de personalidad psicopáticos o sociopáticos; también se ha vinculado al trastorno de personalidad explosivo e histriónico. El DSM-III-R y DSM-IV definen el trastorno de personalidad *borderline* como portadora de conductas impulsivas, inestabilidad afectiva, con conductas de daño a sí misma, hostilidad y mal manejo de los impulsos rabiosos. También estos comportamientos son bastante prevalentes en pacientes alcohólicos, trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias. Estas pacientes bulímicas multiimpulsivas conforman sólo una minoría de las pacientes que acuden a tratamiento, constituyendo un grave problema clínico que debe ser abordado con tratamientos que manejen la naturaleza intercambiable de todos los síntomas y, de este modo, yugular la psicopatología subyacente.

La multiimpulsividad, definida por al menos tres de los siguientes: ingesta alcohólica importante y regular; intento suicida, automutilación, robos repetidos de ítem que no fuesen alimentos, relaciones sexuales con personas no bien conocidas para el sujeto, se encontró en el 2% de las anorécticas restrictivas, 11% de las anorécticas compulsivo-purgativas, 18% de las bulímicas y 2% de las sujetos control. 80% de las pacientes bulímicas con multiimpulsividad tenían una historia de intentos de suicidio o automutilación previo al inicio de la bulimia nerviosa. En las pacientes *bulímicas* hubo tendencia a la relación entre pérdida parental en la infancia o trastorno de personalidad *borderline* y multiimpulsividad. La impulsividad primaria (cronológica previa ocurrencia a conductas impulsivas) existe aún en diversas culturas (61).

## Implicancias pronósticas y terapéuticas

La presencia de insatisfacción con la figura corporal, una sensación de ineficacia personal y uso/abuso de alcohol durante el año previo fueron predictores de empeoramiento de síntomas de patología alimentaria en mujeres de *college* (62). En una muestra no clínica de estudiantes de *college*, aquellas que reunieron los criterios para bulimia nerviosa informaron más consecuencias negativas en relación al alcohol a pesar del hecho que no bebían significativamente más alcohol y no bebían más frecuentemente que los individuos sin trastornos alimentarios (63).

Algunos autores señalan que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y comorbilidad con abuso de sustancias parecen tener problemas más severos con la impulsividad en general, incluyendo robo de tiendas, conductas suicidas y abuso de laxantes (8, 24, 64).

Los estudios disponibles sugieren que los pacientes con patologías alimentarias con una historia previa de abuso de sustancias pero actualmente inactiva, responden a terapias *standard* de la misma manera que aquellos sin esta historia (65-67) y no parecen experimentar exacerbaciones de su trastorno de abuso de sustancia después de un tratamiento exitoso (66). Pero la presencia de un problema activo y presente de abuso de sustancias como comorbilidad tiene implicancias para el tratamiento. Un estudio de 70 pacientes con trastornos alimentarios y abuso de sustancias encontró que la presencia de trastornos médicos en el eje III reflejaron complicaciones tanto de la patología alimentaria como del trastorno por abuso de sustancias. Los pacientes con ambos desórdenes requirieron estadías más prolongadas en el hospital y tenían menor adhesión al tratamiento al alta que aquellos que presentaban solamente trastornos por abuso de sustancias (68). Debería intentarse el tratamiento adecuado y específico para tratar ambos trastornos con el equipo apropiado.

Shisslak *et al.* (69) identificaron a las pacientes con patología alimentaria y abuso de sustancias (incluido el alcohol) como con conductas más rebeldes y antisociales, pero se diferenciaron de las solamente abusadoras de sustancias en ser menos hiperactivas y experimentar más estrés psíquico.

Keel *et al.* (70) establecieron que los predictores de mortalidad en anorexia nerviosa incluyeron trastorno por abuso severo de alcohol durante el seguimiento, concluyendo que los médicos que traten pacientes con anorexia nerviosa deberían evaluar cuidadosamente los patrones de uso de alcohol durante el curso del tratamiento, ya que un tercio de las mujeres que tenían alcoholismo y fallecieron no tenían historia de trastorno por uso de alcohol al ingreso.

En un sondeo realizado por Dansky *et al.* (71), el abuso de alcohol fue más alto en mujeres con bulimia nerviosa comparadas con las sin bulimia o con trastorno por comilonas, sólo cuando se controlaba la influencia de un trastorno depresivo mayor y de un trastorno por estrés postraumático. Las cifras de prevalencia de abuso y dependencia de alcohol fueron similares en mujeres con bulimia nerviosa, trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático. Los análisis indicaron que la relación entre bulimia nerviosa y abuso y dependencia de alcohol puede ser indirecta e influenciada por la asociación con trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático. Las mujeres con bulimia nerviosa y abuso de alcohol no se diferenciaron de aquellas bulímicas sin abuso de alcohol en la mayoría de las variables relacionadas con victimización, familia de origen y trastornos de la alimentación. Se recomienda la evaluación de trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático en mujeres que se presentan a tratamiento por bulimia nerviosa y/o trastornos por uso de alcohol.

## Conclusiones

Las referencias disponibles claramente sugieren una comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y abuso de drogas, incluido el alcohol. Las razones de este fenómeno todavía permanecen oscuras y la especificidad de esta asociación con otras psicopatologías debe ser aún investigada apropiadamente.

Más del 30% de los pacientes con trastornos alimentarios puede exhibir un problema de abuso de

sustancias concurrente, particularmente los pacientes portadores de bulimia nerviosa. El riesgo de vida por abuso y/o dependencia de alcohol fluctúa entre 0% a 6% para las pacientes portadoras de anorexia nerviosa restrictiva, aumentando éste hasta cerca de un tercio cuando aparecen rasgos bulímicos. Las pacientes portadoras de anorexia nerviosa compulsivo-purgativa presentan siete veces más probabilidad de desarrollar problemas de abuso de sustancias que las anorécticas restrictivas.

A la inversa, entre el 15% al 56% de las pacientes alcohólicas presenta un trastorno alimentario: 1,4% a 10% anorexia nerviosa, 10% comer compulsivo o trastorno por comilonas, pero principalmente, entre 6,2% a 50%, de tipo bulímico.

Se ha detectado una altamente notoria incidencia de alcoholismo en familiares de primer grado de pacientes bulímicas, que alcanza hasta un 50%, hecho que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la patología bulímica. Sin embargo, sólo un 7% de los familiares de pacientes anorécticas presenta alcoholismo.

En ambas entidades clínicas se han descrito tanto similitudes como contrastes. Psicodinámicamente se ha señalado que la ingesta alcohólica en la bulimia nerviosa se relaciona con conductas de *acting outs*, en un intento de manejar la depresión y tensión crónica; asimismo se ha vinculado a la existencia de una personalidad adictiva, con regresión a la fase oral del desarrollo. Clínicamente se ha relacionado con la presencia de insatisfacción corporal y motivación por la delgadez. Otros autores consideran estas patologías dentro del espectro de los trastornos del control de los impulsos, incluyendo el trastorno de personalidad multiimpulsivo, con una disfunción básica del metabolismo central de la serotonina.

Al respecto, algunos investigadores han enfatizado que las afecciones alimentarias, aunque han sido catalogadas como adicciones, no pueden ser tratadas por medio de la exclusión, evitación o abstinencia de ciertos alimentos, ya que esta medida podría favorecer el desencadenamiento de comilonas en el curso del tratamiento y alterar el equilibrio dietético. La coexistencia de los dos desórdenes evidentemente representa significativos alcances desde las perspectivas de evaluación clínica, de manejo terapéutico y pronóstica. Clínicamente el abuso de alcohol y otras sustancias supone un importante riesgo médico que puede llegar a alcanzar proporciones de una amenaza vital, dadas las condiciones nutricionales y metabólicas de estos pacientes. Las estrategias terapéuticas deben basarse en el esclarecimiento cuidadoso de la historia longitudinal de consumo de alcohol y otras sustancias y sus interacciones temporales sustitutivas y/o compensatorias entre sí. Se debe decidir la urgencia jerárquica de la terapia dirigida a uno de los dos cuadros, o a uno y otro simultáneamente, cuya decisión dependerá de variados factores, principalmente de la disponibilidad de especialistas, de las condiciones médicas del paciente y de la severidad del consumo de alcohol y/o sustancias.

## Referencias

1. Sinha R, O'Malley SS. Alcohol and eating disorders: Implications for alcohol treatment and health services research. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24 (8): 1312-1319 [ [Links](#) ]
2. Mitchell J, Pyle R, Specker S, Hanson K. Eating disorders and chemical dependency. In: Yager J, Gwirtsman H, Edelstein C, editors. *Special problems in managing eating disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992. p. 1-14 [ [Links](#) ]
3. Goldbloom DS, Naranjo CA, Bremner KE, Hicks LK. Eating disorders and alcohol abuse in women. *Br J Addict* 1992; 87: 913-919 [ [Links](#) ]
4. Striegel-Moore RH, Huydic ES. Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students. *Int J Eat Disord* 1993; 14 (4): 417-425 [ [Links](#) ]



- 5.von Ranson KM, Iacono WG, McGue M. Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: I. Associations within individuals. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 389-403 [ [Links](#) ]
- 6.Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 802-818 [ [Links](#) ]
- 7.Bulik CM, Sullivan PF, Epstein LH, McKee M, Kaye WH, Dahl RE, *et al.* Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 213-225 [ [Links](#) ]
- 8.Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character, and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and major depression. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 27-32 [ [Links](#) ]
- 9.Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 339-360 [ [Links](#) ]
- 10.Haug NA, Heinberg LJ, Guarda AS. Cigarette smoking and its relationship to other substance use among eating disordered inpatients. *Eat Weight Disord* 2001; 6: 130-139 [ [Links](#) ]
- 11.Henzel HA. Diagnosing alcoholism in patients with anorexia nervosa. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984; 10: 461-466 [ [Links](#) ]
- 12.Cantwell DP, Sturzberger S, Burroughs J. Anorexia nervosa: An Affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 1087-1093 [ [Links](#) ]
- 13.Laessle RG, Kittl S, Fichter MM, Wittchen HU, Pirke KM. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia: A descriptive study. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 785-789 [ [Links](#) ]
- 14.Eckert E, Goldberg, SC, Halmi KA, Casper RC, Davis JM. Depression in anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1982; 12: 115-122 [ [Links](#) ]
- 15.Garfinkel P, Moldofsky H, Garner D. The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1036-1040 [ [Links](#) ]
- 16.Krahn DD. The relationship of eating disorders and substance abuse. *Journal of Substance Abuse* 1991; 3:239-253 [ [Links](#) ]
- 17.Mitchell JE, Hatzukami D, Eckert ED, Pyle RL. Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 482-485 [ [Links](#) ]
- 18.Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol misuse in a community sample. *Br J Psychiatry* 1996; 169 (4): 451-458 [ [Links](#) ]
- 19.Lacey H. Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. A catchment area study. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 190-194 [ [Links](#) ]
- 20.Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM, Hook J, Fairburn CG. Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2002; 32 (4): 389-400 [ [Links](#) ]
- 21.Beary MD, Lacey JH, Merry J. Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *Br Journal of Addiction* 1986; 81: 685-689 [ [Links](#) ]

- 22.Pyle R, Mitchell J, Eckert E. Bulimia: A report of 34 cases. J Clin Psychiatry 1981; 42: 60-64 [ [Links](#) ]
- 23.Bulik CM. Alcohol use and depression in women with bulimia. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 13: 343-355 [ [Links](#) ]
- 24.Hatsukami D, Mitchell JE, Eckert ED, Pyle R. Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. Addict Behav 1986; 11: 399-406 [ [Links](#) ]
- 25.Newman MM, Gold MS. Preliminary findings of patterns of substance abuse in eating disordered patients. Am J Drug Alcohol Abuse 1992; 18: 207-211 [ [Links](#) ]
- 26.Suzuki K, Higuchi S, Yamada K, Mizutani Y, Kono H. Young female alcoholics with and without eating disorders: A comparative study in Japan. Am J Psychiatry 1993; 150: 1053-1058 [ [Links](#) ]
- 27.Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. Int J Eat Disord 1994; 16: 1-34 [ [Links](#) ]
- 28.Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatry comorbidity with eating disorders. Psychol Med 1994; 24: 859-867 [ [Links](#) ]
- 29.Hudson J, Pope H, Yurgelun-Todd, Jonas J, Frankenburg F. A controlled study of lifetime prevalence of affective disorders and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. Am J Psychiatry 1987; 144: 1283-1287 [ [Links](#) ]
- 30.Powers PS, Coovert DL, Brightwell DR, Stevens BA. Other psychiatric disorders among bulimic patients. Compr Psychiatry 1988; 29: 503-508 [ [Links](#) ]
- 31.Becker KL, Walton-Moss B. Detecting and addressing alcohol abuse in women. Nurse Pract 2001; 26: 13-16 [ [Links](#) ]
- 32.Hudson JI, Weiss RD, Pope HG JR, McElroy SK, Mirin SM. Eating disorders in hospitalized substance abusers. Am J Drug Alcohol Abuse 1992; 18: 75-85 [ [Links](#) ]
- 33.Lacey J, Mourelis E. Bulimic Alcoholics: Some features of a clinical sub-group. Br J Addict 1986; 81: 389-393 [ [Links](#) ]
- 34.Suzuki K, Higuchi S, Yamada K, Komiya H, Takagi S. Bulimia nervosa with and without alcoholism: A comparative study in Japan. Int J Eat Disord 1994; 16: 137-146 [ [Links](#) ]
- 35.Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger JL Jr. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. Am J Psychiatry 1996; 153: 74-82 [ [Links](#) ]
- 36.Swift W, Copeland J, Hall W. Characteristics of women with alcohol and other drug problems: Findings of an Australian national survey. Addiction 1996; 91: 1141-1150 [ [Links](#) ]
- 37.Sinha R, Robinson J, Merikangas K, Wilson GT, Rodin J, OMalley S. Eating pathology among women with alcoholism and/or anxiety disorders. Alcohol Clin Exp Res 1996; 20: 1184-1191 [ [Links](#) ]
- 38.Lundholm JK. Alcohol use among university females: Relationship to eating disordered behavior. Addict Behav 1989; 14: 181-185 [ [Links](#) ]
- 39.Hudson JI, Pope HG Jr, Jonas JM, Yurgelun-Todd D. Phenomenologic relationship of eating

- disorders to major affective disorder. *Psychiatry Res* 1983; 9: 345-354 [ [Links](#) ]
40. Collins GB, Kotz M, Janesz JW, Messina M, Ferguson T. Alcoholism in the families of bulimic anorexics. *Cleve Clin Q* 1985; 52: 65-67 [ [Links](#) ]
41. Halmi KA, Loney J. Familial alcoholism in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 53-54 [ [Links](#) ]
42. Kasset J, Gershon E, Maxwell ME, Guroff J, Kazuba D, Smith A, *et al.* Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1468-1471 [ [Links](#) ]
43. Mitchell JE, Hatsukami D, Pyle RL, Eckert ED. Bulimia with and without a family history of drug abuse. *Addict Behav* 1988; 13: 245-251 [ [Links](#) ]
44. Eckert ED, Goldberg SC, Halmi KA, Casper RC, Davies JM. Alcoholism in anorexia nervosa. In: Pickens RW, Heston LL, editors. *Psychiatric factors in drug abuse*. New York: Grune & Stratton, 1979. p. 267-283 [ [Links](#) ]
45. Keck PE, Pope HG, Hudson JI, McElroy SL, Yurgelun-Todd D, Hundert EM. A controlled study of phenomenology and family history in outpatients with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 275-283 [ [Links](#) ]
46. Chandy JM, Harris L, Blum RW, Resnick MD. Female adolescents of alcohol misusers: disordered eating features. *Int J Eat Disord* 1995; 17: 283-289 [ [Links](#) ]
47. Kaye WH, Lilenfeld LR, Plotnicov K, Merikangas KR, Nagy L, Strober M, *et al.* Bulimia nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 878-881 [ [Links](#) ]
48. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, *et al.* A controlled family study of restricting anorexia and bulimia nervosa: Comorbidity in probands and disorders in first-degree relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 603-610 [ [Links](#) ]
49. Garcia-Vilches I, Badia-Casanovas A, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Turon-Gil V, Vallejo-Ruiloba J, *et al.* Characteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eat Weight Disord* 2002; 7: 232-238 [ [Links](#) ]
50. Levine MP. *How schools can help combat student eating disorders. Anorexia nervosa and bulimia*. Washington DC: National Education Association, 1987 [ [Links](#) ]
51. Brisman J, Siegel M. Bulimia and alcoholism: Two sides of the same coin? *J Subst Abuse Treat* 1984; 1: 113-8 [ [Links](#) ]
52. Granner ML, Black DR, Abood DA. Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *Am J Health Behav* 2002; 26: 43-55 [ [Links](#) ]
53. Behar R, Cordero A, Leiva X. Trastornos del hábito del comer y alcoholismo: Un estudio comparativo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1998; 36: 21-27 [ [Links](#) ]
54. Higuchi S, Suzuki K, Yamada K, Parrish K, Kono H. Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course. A study from Japan. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 403-406 [ [Links](#) ]
55. McElroy S, Hudson J, Pope H Jr, Keck P, Aizley H. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: Clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 318-327 [ [Links](#) ]

56. Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: Is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 389-394 [ [Links](#) ]
57. Ross LT, Gill JL. Eating disorders: Relations with inconsistent discipline, anxiety, and drinking. *Psychol Rep* 2002; 91: 289-298 [ [Links](#) ]
58. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P. Bulimia and impulsive behaviour in middle adolescence. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 26-33 [ [Links](#) ]
59. Ricciardelli LA, Williams RJ, Finemore J. Restraint as misregulation in drinking and eating. *Addict Beba* 2001; 26: 665-675 [ [Links](#) ]
60. Loxton NJ, Dawe S. Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescents girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 455-462 [ [Links](#) ]
61. Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N, Quietan T. Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: Primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Res* 2000; 94 (3): 239-250 [ [Links](#) ]
62. Cooley E, Toray T. Disordered eating in freshman college women: A prospective study. *Am Coll Health* 2001; 49: 229-235 [ [Links](#) ]
63. Dunn EC, Larimer ME, Neighbors C. Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 171-178 [ [Links](#) ]
64. Wonderlich SA, Mitchell JE. Eating disorders and comorbidity: Empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin* 1997; 33: 381-390 [ [Links](#) ]
65. Collings S, King M. Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 80-87 [ [Links](#) ]
66. Mitchell JE, Pyle R, Eckert ED, Hatsukami D. The influence of prior alcohol and drug abuse problems on bulimia nervosa treatment outcome. *Addict Behav* 1990; 15: 169-173 [ [Links](#) ]
67. Strasser TJ, Pike KM, Walsh BT. The impact of prior substance abuse on treatment outcome for bulimia nervosa. *Addict Behav* 1992; 17: 387-395 [ [Links](#) ]
68. Westermeyer J, Specker S, Neider J, Lingenfelter MA. Substance abuse and associated psychiatric disorder among 100 adolescents. *Journal of Addictive Diseases* 1994; 13: 67-89 [ [Links](#) ]
69. Shisslak CM, Schnaps LS, Crago M. Eating disorders and substance abuse in women: A comparative study of MMPI patterns. *J Subst Abuse* 1988-89; 1: 209-219 [ [Links](#) ]
70. Keel PK, Dorer DJ, Hedí KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 179-183 [ [Links](#) ]
71. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Womens Study. *Int J Disord* 2000; 27: 180-190 [ [Links](#) ]
72. Yager J, Gwirtsman H, Edelman C. Introduction. In: Yager J, Gwirtsman H, Edelman C, editors. *Special Problems in managing eating disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992. p. xiii-xv [ [Links](#) ]

Autor: *Rosa Behar*, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Chile

**FUENTE:** *Scielo/Revista chilena de neuro-psiquiatría*

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000300004&script=sci_arttext)

