

Universidad de Salamanca

Facultad de Psicología

Grado en psicología



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**BULIMIA NERVIOSA Y USO/ABUSO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Autor: Marta Marín Pérez

Tutor: Paula Mayoral Babiano

Fecha de presentación: 06-07-2015

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Declaro que he redactado el trabajo "Bulimia Nerviosa y uso/abuso de Sustancias Psicoactivas" para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2014-2015 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marta', with a long horizontal flourish extending to the right.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. METODOLOGÍA	6
1.1 MATERIALES	6
1.2 PROCEDIMIENTO.....	7
1.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	8
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	8
3.1 RESULTADOS	8
3.1.1 Estudios identificados	8
3.1.2 Características de los estudios incluidos	9
3.2 DISCUSIÓN	19
3.2.1 Limitaciones	21
IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	22
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
VI. ANEXOS	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro resumen de los artículos revisados	11
Tabla 2. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en TCA.....	16
Tabla 3. Prevalencia de consumo en función del tipo de TCA	16
Tabla 4. Etiología de la comorbilidad	17
Tabla 5. Sustancias más consumidas en TCA	18
Tabla 6. Criterios DSM-IV-TR para bulimia nerviosa.....	26
Tabla 7. Criterios DSM-5 para bulimia nerviosa	26
Tabla 8. Criterios DSM-IV-TR para dependencia de sustancias.....	27
Tabla 9. Criterios DSM-IV-TR para abuso de sustancias	28
Tabla 10. Criterios DSM-5 para Trastorno por Consumo de Sustancias	28
Tabla 11. Características subtipos de AN.....	29
Tabla 12. Comparación entre AN-R, AN-P y BN	30

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nerviosa
AN-P	Anorexia Nerviosa subtipo Purgativo
AN-R	Anorexia Nerviosa subtipo Restrictivo
ANBN	Transición de un cuadro de Anorexia Nerviosa a otro de Bulimia Nerviosa
AOSUD	Tratamiento para el alcohol y otras drogas
APA	Asociación Americana de Psicología
BN	Bulimia Nerviosa
ED	Eating disorder (desorden alimentario)
MA	Metanfetamina
SU	Uso de sustancias
SUD	Substance Use Disorder (Trastorno por consumo de sustancias)
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia en el consumo de drogas en los diferentes tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), así como la etiología de la comorbilidad entre ambos problemas. *Contexto teórico:* Tanto los TCA como el abuso de sustancias psicoactivas están incrementando en nuestra sociedad, lo que ha favorecido el aumento de investigaciones sobre el tema. Éstas observan una alta frecuencia de comorbilidad entre ambos problemas. *Metodología:* Se ha llevado a cabo una revisión de 17 artículos empíricos publicados en los últimos 6 años. *Resultados:* Se ha observado que los trastornos que se asocian con mayor frecuencia con la dependencia a drogas son aquellos que cursan con síntomas bulímicos (vómitos, purgas, otras conductas compensatorias). Estos trastornos son la Bulimia Nerviosa (BN) y la Anorexia Nerviosa de tipo Purgativo (AN-P). Las variables que intentar explicar esta asociación surgen de una interacción entre aspectos individuales y medioambientales. Dentro de los primeros, se encuentran la impulsividad y pobre regulación emocional. Entre los factores medioambientales, destacan una mayor disponibilidad para conseguir drogas y amigos y padres consumidores. *Conclusiones:* Estos resultados sugieren la necesidad de realizar más investigaciones en torno a la etiología de ambos trastornos ya que puede favorecer la prevención. Ésta debería incluir, además de información nutricional y efectos nocivos de la interiorización del ideal de delgadez imperante, técnicas de regulación emocional y autocontrol con el fin de que impedir comportamientos inadecuados, como el consumo de sustancias.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria; Sustancias Psicoactivas; Bulimia Nerviosa y Consumo de Sustancias; Comorbilidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence of drug use in different types of eating disorders (ED) and the etiology of the relationship. *Theoretical context:* Both ED and substance abuse are increasing on society. It has brought on the large amount of studies about this fact. They have observed a high prevalence of comorbidity on these problems.

Methodology: A review of 17 articles has been carried out, wich are 6 years old.

Results: The subtypes of ED wich present with bulimic symptoms (puke, purging, other compensatory behaviors) are the most commonly associated with drug dependence.

These subtypes are Bulimia Nervosa (BN) and Anorexia Nervosa-Purgative (AN-P).

The variables that explain this relationship arise from the interaction between individual and environmental aspects. Regard to the individuals, impulsivity and poor emotional regulations have been proposed. Among the environmental factor, the availability and consumer friends or parents.

Conclusiones: These results suggest the need for further researchs into the etiology of both disorders, because it can promote the prevention.

This should include, not only nutritional information and harmful effects of the internationalization of thinness ideal, but also emotional regulation skills and self-control in order to prevente inappropriate behaviors, such as substance use.

Keywords: Eating Disorder; Psychoactive Substances; Bulimia Nervosa and Psychoactive Substance; Comorbidity of Eating Disorders.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se justifica por:

- 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, saber 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. En relación con esto, se 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 cura 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.

Al contextualizar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se observa que éstos son conocidos desde los siglos XVIII y XIX. Sin embargo, no es hasta los años 70 del siglo XX cuando la sociedad comienza a preocuparse debido al incremento de su incidencia en mujeres, principalmente adolescentes (Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro, Medina-Mora, 2001). Durante esta etapa, la crisis de crecimiento, con sus momentos de indefinición, confusión y cambios corporales, propician el ensayo de nuevas conductas y actitudes que en muchas ocasiones resultan problemáticas (Gutiérrez et al., 2001).

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Los desórdenes alimentarios han despertado gran interés, no sólo por las graves alteraciones físicas que provoca, sino también por la posible relación que guarda con otros síndromes psiquiátricos, particularmente con el abuso de drogas. Estas dos dimensiones afectan a un sector importante de la sociedad, interés que se ha visto reflejado en el notable aumento de investigaciones sobre el tema.

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). Este trastorno se puede definir por la existencia de episodios compulsivos de ingesta incontrolada y exagerada de alimentos en periodos muy cortos. Con frecuencia, el atracón se sigue de dolor abdominal, vómito autoinducido o ingesta de fármacos laxantes o eméticos (Huertas, Núñez, Ferrero, 2004). La bulimia nerviosa es descrita por Russel en 1979, quien la consideró como una *nefasta variable de la anorexia nerviosa*, y hoy tiene una entidad nosológica propia en los sistemas de clasificación psiquiátrica (Rava y Silver, 2004). Los criterios según el DSM-IV-TR, así como el DSM-5, se pueden observar en el Anexos 1 y 2, respectivamente. No obstante, revisiones actuales apuntan que otro subtipo de TCA, la Anorexia Nerviosa Purgativa, por sus características similares con la BN, también suele asociarse con toxicomanías. En los Anexos 6 y 7 se puede observar la comparación de este subtipo con otros TCA.

Por otro lado, 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). También existen diferencias en cuanto a la manifestación del consumo entre ambos sexos. Mientras que en las mujeres el consumo de drogas se relaciona con problemas de tipo psicológico, en los hombres el uso se vincula a problemas sociales o de conducta (Robbins 1989, citado en Gutiérrez 2001).

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

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 y 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, neuroticismo (altos niveles de afecto negativo como 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). También ha sido propuesta una vulnerabilidad común de tipo biológico que señala un desequilibrio en la neurotransmisión química de los circuitos de recompensa (Calero-Elvira 2009). 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).

A pesar de que hay razones teóricas y empíricas que sugieren una posible relación entre TCA y abuso de sustancias, abordar el estudio de ambas conductas es una tarea compleja debido a la dificultad para entender las conexiones entre ambas dimensiones, incluyendo la interacción con otros trastornos, como problemas de personalidad o depresión, y la influencia que pueden jugar variables como una baja autoestima, abuso sexual en la infancia y neuroticismo (Gutiérrez et al., 2001; Rodríguez-Guarín, 2009).

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

La realización de este trabajo pretende la actualización sobre el tema de trastornos de la conducta alimentaria y su comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas. De esta forma, el **objetivo** central del estudio es realizar un análisis y síntesis del material publicado hasta el momento sobre los factores que favorecen dicha comorbilidad, llevando a cabo una identificación y revisión de las evidencias empíricas disponibles y una evaluación crítica del material utilizado.

Concretamente, los objetivos específicos que me planteo son:

- Establecer diferencias en cuanto a los distintos tipos de TCA en relación con su asociación con abuso de sustancias psicoactivas. Esto significa que no todos los TCA guardan la misma frecuencia de comorbilidad con la dependencia de sustancias, sino que, por sus características, unos se asocian más que otros.
- Conocer la frecuencia de aparición de Bulimia y abuso de sustancias psicoactivas.
- Entender las causas por las que aparece la asociación entre dichos problemas. Es decir, factores de personalidad, psicosociales, genéticos, etc. que predispongan a una persona a desarrollar un TCA, además de dependencia a sustancias.
- Conocer el consumo de las distintas sustancias psicoactivas entre los individuos con TCA ya que, en función de los efectos que produzca cada una de éstas, será más o menos frecuente su uso.

II. METODOLOGÍA

1.1 MATERIALES

Para la elaboración de este estudio de revisión se han utilizado 17 unidades de análisis que conforman el material de trabajo. Éste ha sido compuesto por artículos de investigación empírica y meta-análisis, con una antigüedad de 6 años. Además, se han utilizado artículos de revisión, de investigación, capítulos de libros y páginas webs para comparar resultados y establecer el marco teórico.

1.2 PROCEDIMIENTO

Se consultaron las bases de datos: CSIC, NCBI, Psycodoc, PsyArticles, PubMed, Medline y PsychInfo. Empleando las palabras clave con los descriptores oportunos, quedando los campo de búsqueda de la siguiente manera: *eating disorders; risk eating behaviors; drug use; Bulimia and prevalence; comorbidity eating disorders; Amphetamine and Bulimia; Bulimia Nerviosa y abuso de sustancias; comorbilidad y Bulimia; Trastornos relacionados con el abuso de sustancias.*

El periodo en el que se llevó a cabo la búsqueda fue de noviembre del 2014 hasta abril del 2015. Se realizó una revisión del listado de referencias de los artículos seleccionados. Además, se completó el número de artículos disponibles mediante la realización de búsquedas adicionales en Internet, como en google académico y en capítulos de libros. Los artículos incluidos en este trabajo fueron revisiones sistemáticas e investigaciones empíricas sobre la comorbilidad de los TCA y uso y abuso de sustancias psicoactivas, estableciendo las causas de estas asociación. No se aplicó ninguna restricción de idioma, así como tampoco de ámbito geográfico, es decir, se incluyeron los estudios realizados en cualquier parte del mundo siempre y cuando se adecuases a los criterios.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- Seleccionar tanto revisiones como estudios empíricos.
- Los sujetos de la muestra estuvieran disgnosticados con un Trastorno de la Conducta Alimentaria de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10; OMS, 1992) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSMIV; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2000).
- Participantes con un Trastorno por Consumo de Sustancias de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10; OMS, 1992) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSMIV; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2000).
- Participantes con ambos trastornos de acuerdo con los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Relacionados con la Salud (CIE-10; OMS, 1992) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSMIV; Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2000).

- Personas en riesgo de sufrir uno o ambos de los trastornos mencionados.
- Actualización de 6 años.

Los estudios excluidos fueron:

- Artículos que únicamente trataran la AN sin diferenciar entre subtipos.
- Artículos de comorbilidad de los TCA con otros problemas que no fueran el consumo de sustancias.
- Artículos de comorbilidad de abuso o dependencia de sustancias que no fueran con TCA.
- Estudios sobre las propiedades de distintas sustancias psicoactivas sin relacionarlo con TCA.

1.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La forma de organización y análisis de los documentos recogidos se ha realizado en forma de análisis del concepto. Esto significa que se ha llevado a cabo una revisión de las diferentes teorías que se han formado en relación con la comorbilidad entre TCA y abuso de sustancias, así como de los modelos que explican las razones de dicha asociación. Se han sintetizado los principales resultados de los estudios analizados y se han dividido en cuatro conceptos principales –frecuencia de comorbilidad entre TCA y SUD; asociación entre BN y SUD; causas de la comorbilidad; y sustancias más consumidas por población con TCA- en torno a los cuales se realiza este trabajo.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

3.1.1 Estudios identificados

Mediante la estrategia de búsqueda descrita anteriormente se seleccionaron un total de 106 estudios por título y *abstract* de entre todas las referencias encontradas hasta abril de 2015. De éstos, 53 artículos fueron leídos a texto completo. Finalmente, se

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

seleccionaron 17, y 36 fueron excluidos. La figura 1 refleja el proceso de selección de las investigaciones.

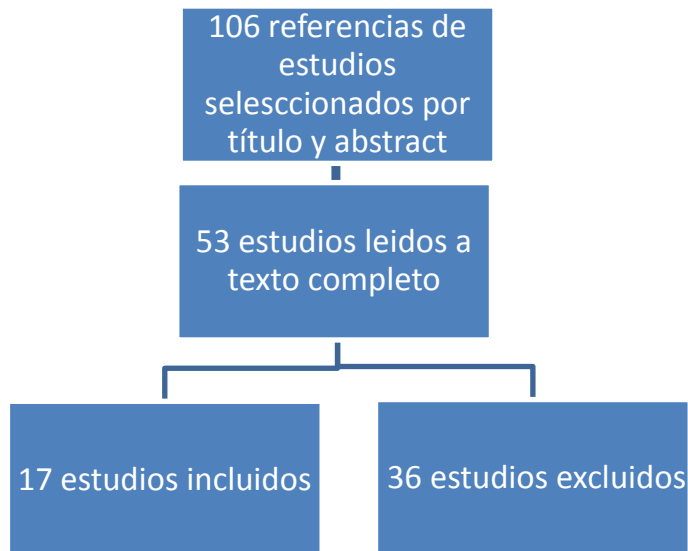


Figura 1. Proceso de selección de artículos.

3.1.2 Características de los estudios incluidos

En la Tabla 1 se identifican las principales características de los estudios, así como el objetivo principal de cada uno de ellos, los resultados generales y las conclusiones. Los resultados se pueden desglosar en torno a 4 temas: prevalencia de consumo en TCA (Tabla 2); Prevalencia de consumo en BN (Tabla 3); Factores que median en la etiología de esta comorbilidad (Tabla 4); y sustancias más consumidas por los sujetos con TCA (Tabla 5).

En la tabla 2 se observa que todos los artículos encuentran una prevalencia de consumo de sustancias mayor en personas con TCA en comparación con individuos sanos.

Los resultados incluidos en la Tabla 3 reflejan un mayor consumo de sustancias en personas con síntomas bulímicos. Así, el 80% de los artículos concluía que personas diagnosticadas con Bulimia Nerviosa y otros desórdenes que cursaran con síntomas similares, como Anorexia Nerviosa-Purgativa, presentaban un mayor índice de consumo que aquellos con síntomas típicos de la Anorexia Nerviosa. Solamente un artículo de los incluidos en este apartado no encontró diferencias significativas en el consumo entre los diferentes subtipos de TCA.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Con respecto a la base de esta comorbilidad (Tabla 4), los factores encontrados han sido numerosos. En primer lugar, el 30% de los estudios encontró cierta heredabilidad genética tanto para el abuso de sustancias como para los problemas alimentarios. Sin embargo, otro 30% de los artículos sugirió la existencia de factores externos en la etiología de ambos trastornos, como problemas sociales y psicológicos, presencia de eventos traumáticos, problemas con la familia y en la escuela y amistades consumidoras. Por otro lado, un 20% indicó la existencia de una característica común, la impulsividad. 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.

Por último, en la Tabla 5 se reflejan las sustancias más consumidas por estas personas. Lo que se ha observado es 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.

En general, los resultados de este trabajo parecen aportar evidencia a la literatura sobre el tema en el hecho de que la frecuencia de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias es mayor en personas que sufren trastornos de la conducta alimentaria y que, dentro de éstos, aquellos que presentan síntomas bulímicos (uso de laxantes, purga y atracones) son los más comórbidos con este problema.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Tabla 1.

Cuadro resumen de los artículos revisados

Autor y año	Muestra	Objetivo	Método de análisis	Resultados	Conclusiones
Krug et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - 1664 sujetos (879 TCA, 785 grupo control sanos) - Países: España, Italia, Austria, Reino Unido, Eslovenia - Edad: Mayores de 16 - Mujeres y hombres 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el consumo de tabaco, alcohol y drogas en sujetos diagnosticados de TCA frente a sujetos sanos 	Estudios transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de tabaco y drogas en general en desorden alimentario. - Mayor consumo en BN y AN-P - Menor consumo en AN-R y controles. - No diferencia significativa entre subtipo de TCA y abuso de alcohol. 	Se ha confirmado la asociación entre uso de sustancias y atracones de comida. Existen pocas diferencias culturales entre países.
Dunn, Neighbors, Fossos, Larimer (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 2090 en riesgo de desarrollar un TCA y consumo de sustancias - Mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la asociación de ED con uso de sustancias y las consecuencias negativas derivadas. 	Estudio longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> - TCA fuertemente asociados a problemas de alcohol y otras sustancias psicoactivas. - El uso de alcohol vendría precedido por atracones. - El consumo de sustancias, por el uso de laxantes. - Para la purga se encuentra una relación bidireccional. 	La asociación entre consumo de sustancias y TCA es potencialmente peligrosa. Por ello, el abuso de drogas y las consecuencias que ello conlleva deberían ser continuamente evaluadas en individuos con desórdenes alimentarios.
Arias, Hawke, Arias, Kaminer (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 177 adolescentes. - Edad: 13-18 años - Un tercio mujeres - Causásicos, Americanos, Latinos, otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar la relación ED y uso de alcohol en adolescentes AOSUDs 	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> - No se síntomas de ED asociado con: - Incrementos en el número de intoxicaciones. - Problemas sociales y físicos relacionados con el abuso de alcohol. 	La prevalencia de los síntomas de ED es mayor en adolescentes AOSUDs, donde el número de síntomas de ED correlaciona con el incremento de consumo de alcohol.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Rodríguez-Guarín (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 578 pacientes (27 varones; 551 mujeres) - Edad: 7-51 años. - Colombia 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la dependencia a sustancias con antecedentes de trauma e impulsividad en sujetos con TCA. 	Estudio longitudinal.	<ul style="list-style-type: none"> - 220 presentaron BN frente a 201 de AN. - En 108 TCAs existían problemas relacionados con sustancias - Las sustancias consumidas eran: alcohol, marihuana, cocaína u otros estimulantes. 	La presencia de abuso de sustancias y el antecedente de traumas tempranos se asocian a un patrón complejo de comorbilidades de predominio impulsivo y afectivo con mayor riesgo de intentos de suicidio, recaídas o abandono temprano del tratamiento. Esta situación hace necesario el manejo específico de las comorbilidades.
Krug et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> 371 pacientes con un desorden alimenticio (AN-R, AN-P, ANBN) - Mujeres - España - 24.77 +- 5.54 años 	<ul style="list-style-type: none"> - Medir el abuso de sustancias, historia familiar de abuso o dependencia de alcohol, ye impulsividad 	Estudio transversal.	<ul style="list-style-type: none"> - Menor prevalencia en AN-R de consumo de sustancias e historia familiar de abuso de alcohol. 	El consumo de sustancias de manera permanente parece ser más frecuente en pacientes con AN con síntomas bulímicos. Las puntuaciones más altas en la escala de búsqueda de la novedad parecen estar relacionadas con el consumo de sustancias.
Calero-Elvira (2009)	16 artículos	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar si el uso de drogas es mayor en personas con ED. 	Meta-análisis.	<ul style="list-style-type: none"> - El riesgo de consumo es mayor en BN - No significativo en las que estaban diagnosticadas con AN. 	La diferencia del riesgo observada en pacientes con BN puede estar relacionada con las diferencias en el temperamento o podría ser el resultado de la sensibilización a la recompensa.
Root, Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pederse, Bulik, (2010)	<ul style="list-style-type: none"> 13297 mujeres - Suecia 	<ul style="list-style-type: none"> Examinar la comorbilidad ED y SU 	Estudio transversal.	<ul style="list-style-type: none"> - ED estuvo asociado con un mayor consumo de sustancias - BN y AN-P eran más frecuentes en abuso de todas las sustancias. 	ED estuvo asociado con un amplio rango de comportamientos de SU. Entender cómo se influyen ambos comportamientos ayudaría a entender la etiología de ambos.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

<p>Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010)</p>	<p>2083 gemelas (1206 monocigóticas y 877 dicigóticas). - Virginia</p>	<p>- Examinar la prevalencia, cronología y la posibilidad de factores de riesgo familiares entre la sintomatología de ED y SU.</p>	<p>Estudio longitudinal.</p>	<p>- No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de (SUD) entre AN y BN. - La BN precedió al desarrollo de SUD; al revés en AN. -Posible superposición familiar entre sintomatología bulímica y todos los SUD analizados.</p>	<p>Los resultados sugieren una importante diferencia en la cronología de ED y SUDs. Mujeres con BN podrían consumir sustancias para calmar sus síntomas bulímicos. Las mujeres con AN podrían comenzar el consumo de sustancias para perder peso.</p>
<p>Harrop, Marlatt (2010)</p>	<p>13 artículos</p>	<p>- Realizar una revisión sobre la comorbilidad de los desórdenes alimentarios y el abuso de sustancias.</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>-Niveles mayores de comorbilidad entre ED y SUDs. - Mismos resultados en muestras clínicas y comunitarias</p>	<p>Ambos trastornos presentan componentes genéticos. Sin embargo, se sugiere una transmisión genética separada para ambos.</p>
<p>Root et al. (2010)</p>	<p>- 731 participantes - Norteamérica y Europa - Mujeres y hombres</p>	<p>- Examinar la prevalencia de SUD en AN-R, AN-P, AN-B, ANBN y la relación entre SUD y atracones y purgas.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>- AN-BN el que más SUD reportó. - Purgas más asociado con el uso de sustancias. - SUD mayor en atracones.</p>	<p>SUD es frecuente en AN y está asociado a sintomatología bulímica. Los resultados subrayan la heterogeneidad de la AN, destacando la importancia de la detección de SUD a través de los diferentes subtipos de AN.</p>
<p>Denoth , Siciliano, Iozzo, Fotunato, Molinaro (2011)</p>	<p>- 33185 participantes - 15 y 19 años. - Italia</p>	<p>- Examinar la asociación entre IMC, actitudes sobre la comida y uso de sustancias adictivas - Demostrar factores comunes en comportamiento impulsivo.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>- Uso de drogas más común en sobrepeso que en infrapeso. - amigos que abusaban de drogas (80%) y problemas graves con los padres y en la escuela (30%) factores en SUD.</p>	<p>La frecuente comorbilidad entre sobrepeso y uso de sustancias y la presencia de factores sociales comunes subraya la necesidad de un acercamiento interdisciplinar.</p>

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Glasner-Edwards, Mooney, Marinelli-Casey, Hillhouse (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - 526 participantes dependientes MA - 18 años o más - California, Montana y Hawaii 	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar si la BN es mayor en la población MA 	Estudio longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> - Los que consumían MA fueron significativamente más aquellos con BN. - Tuvieron problemas significativamente más graves en psiquiatría, familia y trabajo. 	Estos resultados demuestran que la comorbilidad entre uso de sustancias y ED es significativa y clínicamente relevante, y demuestra que la co-ocurrencia de BN en consumidores de metanfetaminas se asocia con mayor deterioro funcional.
Slane, Burt, Klump (2012)	292 mujeres gemelas (164 monocigóticas, 128 dizigóticas) <ul style="list-style-type: none"> - 18 y 29 años - Michigan 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar la influencia genética y medioambiental en la comorbilidad de BN y el uso problemático de alcohol 	Estudio longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia genética en las conductas: atracón, conductas compensatorias y consumo de alcohol - Relación significativa entre BN y abuso de alcohol mediada por factores genéticos. - Las correlaciones fueron casi del doble con gemelos monocigóticos. 	Esto sugiere que genes similares o rasgos heredables pueden contribuir a la comorbilidad entre ambos problemas.
Pons, Botella, Muñoz, (2012).	446 adolescentes <ul style="list-style-type: none"> - 13 y 18 años - España - Mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer si existe relación entre el consumo de drogas y los TCA en población adolescente española, y qué tipo de drogas son las más utilizadas y en qué medida esas drogas se utilizan para suprimir el apetito. 	Estudio ex post facto, retrospectivo con muestra no probabilística, propositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Relación significativa entre TCA y el consumo de drogas. - Relación significativa entre la variable “utilizar algún tipo de droga como supresora del apetito” y estar en riesgo de padecer un TCA - Tabaco la droga más usada 	Los adolescentes de la muestra analizada que se engloban en alguno de los umbrales de riesgo consumen más drogas que los adolescentes que no se engloban en dicho umbral de la Eating Disorder Diagnostic Scale, siendo las drogas de tipo estimulante las más utilizadas por estos adolescentes con el objeto de suprimir el apetito.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Munn-Chernoff et al. (2013)	- 5993 participantes (2086 hombres; 3907 mujeres)	- Investigar la influencia genética y medioambiental sobre la dependencia de alcohol, ingesta compulsiva y conductas compensatorias.	Estudio longitudinal	- En mujeres, los efectos aditivos genéticos influyeron en la dependencia al alcohol, atracones y comportamientos compensatorios, con una heredabilidad estimada de 38-53%.	Estos hallazgos indican que factores genéticos comunes pueden ser la base de la vulnerabilidad a la dependencia de alcohol, atracones y conductas compensatorias.
Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria, Echeburúa (2013)	- 767 mujeres - 16 a 20 años. - España	- Analizar si hay diferencias entre los grupos de bajo y alto riesgo de desarrollar un TCA en el consumo de drogas	Estudio expost factor con muestra no probabilística	- Escasa relación entre el riesgo de padecer un TCA y el consumo de sustancias. - Sí se obtuvieron mayores niveles de alexitimia y ansiedad en estas adolescentes de alto riesgo.	La falta de claridad de esta relación puede tener que ver con que la evaluación del consumo de sustancias ilegales en términos exclusivamente dicotómicos (consumo-no consumo) resulte poco útil para valorar las relaciones entre riesgo de TCA y consumo de sustancias
Slane, Klump, MccGue, Iacono (2014)	1264 gemelos de 17 años y 1184 gemelos de 25	- Examinar los factores genéticos como la base de la asociación entre BN y problemas con alcohol - Averiguar si la relación es mayor en el grupo de desregulación	Estudio longitudinal	- Las mujeres con BN presentan también problemas por consumo de alcohol. - Existe una pequeña-moderada transmisión genética entre estas dos dimensiones.	Los hallazgos demuestran que aunque los factores genéticos son la base de algunos comportamientos bulímicos y de los síntomas de problemas con el alcohol, estos efectos genéticos comunes no difieren entre el grupo de desregulación y otros grupos de personalidad. Por lo tanto, la heterogeneidad en la personalidad no parece ser la que explique las discrepancias.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Tabla 2.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en TCA.

Autores	Resultados
Krug et al. (2008)	- Los pacientes con un desorden alimentario (ED) presentaron niveles mayores de consumo de tabaco y drogas en general - Excepto para alcohol y cannabis.
Dunn, Neighbors, Fossos, Larimer (2009)	- Asociación pequeña pero significativa entre comportamientos alimentarios (atracción, vómitos, uso de laxantes y ayuno) y uso de alcohol o de las otras siete drogas estudiadas.
Arias, Hawke, Arias, Kaminer (2009)	- Adolescentes con síntomas de ED fueron más propensos a emborracharse semanalmente en el año antes de entrar en tratamiento que aquellos sin síntomas de ED.
Calero-Elvira et al. (2009)	- Tamaño del efecto significativo que revela que el consumo de sustancias es mayor en personas con un desorden alimentario
Root, Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pederse, Bulik, (2010)	- En general, los desordenes alimentarios estuvieron asociados con el consumo de sustancias
Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010)	- Prevalencia de consumo mayor en mujeres que creían tener sobrepeso pero su peso estaba por debajo de lo normal.
Bisseto, Botella, Sancho (2012)	- Asociación significativa entre estar en riesgo para padecer un TCA y presentar consumo de sustancias (39,8%), comparado con aquellos sin riesgo de TCA (28,9%).

Tabla 3.

Prevalencia de consumo en función del tipo de TCA

Autores	Resultados
Krug et al. (2008)	- BN presentó los niveles mayores de consumo; - El grupo control y la AN-R los niveles menores.
Dunn, Neighbors, Fossos, Larimer (2009)	- Los comportamientos bulímicos estaban más asociados al consumo de sustancias (Vómitos y uso de laxantes).
Rodríguez-Guarín (2009)	- Se encontró un predominio de pacientes con síntomas purgativos entre los que abusaban de sustancias (91,6%) frente a los que no tenían síntomas bulímicos (8,3%).
Krug et al. (2009)	- La AN restrictiva presentó una frecuencia significativamente más baja que la BN y la AN purgativa ($p < 0.01$) en el consumo de sustancias.
Calero-Elvira et al. (2009)	- El riesgo de consumo era mayor en las personas con BN - No significativo en las que estaban diagnosticadas con AN
Root, Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pederse, Bulik, (2010)	- La BN y AN-P fueron los más propensos a abuso y dependencia de alcohol, estimulantes y dietéticos.
Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010)	- La prevalencia de SUDs (desorden por consumo de sustancias) en mujeres con AN o BN fue muy similar.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Root et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor prevalencia de SUD en AN-BN que en ANR y AN-P. - Los participantes que llevaban a cabo purgas eran más propensos a consumir sustancias que aquellos que no lo hacían.
Denoth , Siciliano, Iozzo, Fotunato, Molinaro (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - El uso reciente de drogas fue más común en aquellos adolescente con sobrepeso que en los que mostraban infrapeso ($p < 0.05$), especialmente en mujeres.
Glasner-Edwards, Mooney, Marinelli-Casey, Hillhouse (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - El 2.4% (n=13) de los consumidores de MA cumplió los criterios de BN 3 años después del tratamiento. - Nadie cumplió el diagnóstico para AN. - Los que consumían MA frecuentemente durante el periodo de seguimiento fueron significativamente más aquellos que tenían BN comparado con aquellos sin síntomas de ED.

Tabla 4.
Etiología de la comorbilidad

Autores	Resultados
Krug et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes con ED apoyaron la razón para el uso de sustancias como un supresor del apetito significativamente más veces que aquellos sin ED: fumar en vez de comer (OR = 5.11) y tomar sustancias legales (OR = 8.38) o ilegales (OR = 6.00) para controlar el peso-apetito.
Arias, Hawke, Arias, Kaminer (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontró una diferencia significativa en el número de problemas sociales y psicológicos relacionados con el alcohol en los adolescentes con síntomas de ED
Rodríguez-Guarín (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - El 44,4% de los que abusaban de sustancias frente al 34,4% de los no abusadores reportaron algún evento traumático (antecedente de abuso infantil, aborto provocado y amenazas de secuestro o extorsión) ($\chi^2=3,7$; $p < 0,05$). - Se encontró que el riesgo manifestar un comportamiento impulsivo en pacientes con TCA y TRUS es 15 veces mayor que en los pacientes sin abuso de sustancias, ajustando por tener un trastorno de personalidad límite y trastorno bipolar (LR χ^2 (4):183,3; $p < 0,0000$).
Krug et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Las puntuaciones en la escala de búsqueda de la novedad estuvieron significativamente relacionadas con abuso de sustancias ($p=0.002$). - El grupo de BN obtuvo puntuaciones significativamente más altas en esta escala que el resto de grupos ($p < 0.001$).
Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontró que los síntomas de SUD precedían a los de AN - Los síntomas de BN precedían a los de SUD - Los factores genéticos para BN fueron del 42% y los ambientales, el 58%.
Denoth , Siciliano, Iozzo, Fotunato, Molinaro (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Los adolescentes TCA que reportaron un uso reciente de drogas mostraron mayor frecuencia de tener amigos que abusaban de drogas (80%) y problemas graves con los padres y en la escuela (30%) comparado con aquellos que no habían presentado dicho consumo.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Slane, Burt, Klump (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia genética en las conductas de atracón, comportamientos compensatorios y consumo problemático de alcohol. - También se encontró una relación significativa entre BN y abuso de alcohol mediatizada por factores genéticos.
Bisseto, Botella, Sancho (2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación estadísticamente significativa entre personas en riesgo de padecer un TCA y consumo de drogas para suprimir el apetito. - El 100% de los que usan drogas estimulantes para suprimir el apetito pertenecen al grupo de riesgo de padecer un TCA.
Munn-Chernoff et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontró una heredabilidad estimada del 28-53% para la dependencia de alcohol, atracones y conductas compensatorias.
Slane, Klump, McGue, Iacono (2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto los comportamientos bulímicos como los síntomas de AUD fueron heredables.

Tabla 5.

Sustancias más consumidas en TCA

Autores	Resultados
Dunn, Neighbors, Fossos, Larimer (2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Los síntomas bulímicos como vómito y uso de laxantes estuvieron asociados de manera positiva con el uso de alcohol y anfetaminas, respectivamente. - El ayuno, estuvo asociado positivamente con el consumo de alcohol y cocaína.
Root, Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pederse, Bulik, (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - El consumo de cannabis fue significativamente mayor en BN que en AN. - La AN es más propensa al uso de alucinógenos.
Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto en BN como en AN, las sustancias más consumidas fueron cannabis, estimulantes y cocaína. - El consumo de sustancias ilegales fue mayor en BN.
Root et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor abuso de alcohol en BN y ANBN que en ANR. - Comportamientos purgativos asociados al abuso de alcohol, pero no al resto de drogas.
Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria, Echeburua (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Las adolescentes con alto riesgo de desarrollar TCA presentaron mayor frecuencia de consumo de tabaco que el grupo sin riesgo. - La edad de inicio para el consumo de alcohol fue más baja en adolescentes con riesgo de TCA. - No se encontraron diferencias en el consumo de cocaína, cannabis o heroína.

3.2 DISCUSIÓN

Esta revisión ha sido llevado a cabo con el objetivo de cotejar si el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en aquellas personas que han sido diagnosticadas de Bulimia Nerviosa en comparación con aquellas que padecen otro tipo de TCA. Al mismo tiempo, se pretenden sintetizar las causas o etiología de esta comorbilidad.

En primer lugar, cabe hacer referencia al hecho de que en la literatura científica se encuentra que la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en personas con desórdenes alimentarios (Gutiérrez et al., 2001; Guarín, 2009; Herzog et al. 2006; Franko et al. 2008). Tal y como se observa en los resultados (Tabla 2), nuestro trabajo también sugiere, no sólo un consumo mayor en población de personas con TCA, sino también en riesgo de padecerlo. Adicionalmente, investigaciones previas han indicado que no todos los tipos de TCA presentan igual comorbilidad, sino que aquellos que cursan con síntomas bulímicos son los que más recurren al uso y abuso de sustancias, por lo que la distinción entre subtipos es de gran relevancia (Guarín, 2009; Herzog et al. 2006). Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Conason, Brunstein, Sher (2006) indica que las mujeres que realizan comportamientos como el atracón y los vómitos presentan mayores tasas de consumo de sustancias, así como altos niveles de deterioro psicológico, comparado con aquellas que no llevan a cabo purgas. Nuestro trabajo también muestra evidencia en este aspecto, ya que encuentra que síntomas como atracones y medidas compensatorias (típicamente bulímicos) están más asociados al uso de drogas; mientras que otros síntomas como el ayuno, característico de personas con Anorexia Nerviosa, no se asocia tanto con el uso de éstas. Los trastornos que cursan con síntomas purgativos y atracones son la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa subtipo Purgativo. En la misma línea, la literatura sobre alteraciones en la ingesta indica que las personas con bulimia nerviosa tienen un peso normal o superior a la normalidad, en contraste con la anorexia nerviosa, que cursa con un peso inferior. De acuerdo con Denoth, Siliciano, Iozzo, Fortunato, Molinaro (2011), las personas con sobrepeso presentan frecuencias mayores de consumo de drogas que aquellas que están por debajo del peso normal. Los mecanismos por los que esto ocurre no son conocidos en la actualidad, pero los resultados sugieren que esta característica física, compartida por muchas personas con bulimia nerviosa, puede predisponerlas al consumo.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

En segundo lugar, se han propuesto numerosos factores que mediatizarían en la asociación entre ambos trastornos. En la literatura acerca de este tema se puede comprobar que la mayoría de estudios apunta a la impulsividad como base de dicha comorbilidad. Lo que sugieren estos estudios es que esta característica de personalidad es compartida tanto por sujetos con BN como con AN-P, ya que se ha demostrado que presentan un pobre autocontrol (Piran, Robinson, 2006). En este trabajo, aunque hay artículos que sugieren resultados similares, sólo ha sido encontrada por un 20% de los mismos, lo que puede deberse al tamaño de la muestra con el que se ha realizado, ya que no es muy numeroso, o al método utilizado para medir la impulsividad.

Por otro lado, las evidencias recogidas en nuestro estudio también indican que padecer problemas sociales y psicológicos puede predisponer a una persona a presentar ambos trastornos (Arias, Hawke, Arias, Kaminer, 2009). Además, el estudio de Rodríguez-Guarín (2009) sostiene que determinados eventos traumáticos, como abuso en la infancia, abortos provocados y amenazas de extorsión o secuestro se encuentran en la base este tipo de problemas. Parece sugerirse que estos hechos traumáticos podrían generar en la personas problemas psicológicos, lo cual favorecería el desarrollo de cierta vulnerabilidad, tanto a alteraciones en la comida como en el uso de sustancias psicoactivas. No obstante, no se ha demostrado si los problemas sociales y psicológicos aparecieron una vez presente el trastorno o antes, por lo que investigaciones futuras deberían trabajar sobre este aspecto. En esta línea, es llamativo el trabajo de Baker, Mitchell, Neale, Kendler (2010) porque sugieren una relación diferente entre SUD y AN o BN. De esta forma, SUD precedería a la AN; mientras que sería la BN la que precedería a SUD. Parece que personas con anorexia nerviosa presentarían este trastorno tras una historia de consumo de sustancias probablemente con propiedades de supresión del apetito que llevarían a la persona a iniciar conductas de ayuno con el objetivo de adelgazar. Sin embargo, es probable que personas con bulimia nerviosa comenzaran a consumir sustancias con el fin de controlar su peso corporal, es decir, como medida compensatoria a los atracones.

Finalmente, en relación con la etiología, investigaciones más recientes intentan dilucidar si existen variables genéticas que predispongan a estos trastornos. Los hallazgos no son concluyentes. Como podemos observar, los resultados sugieren, por un lado, que la bulimia nerviosa tendría más base ambiental que genética (42% y 58%, respectivamente); y por otro lado, que tanto las conductas bulímicas como los problemas relacionados con el alcohol son heredables. Se necesitan más

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

investigaciones en este ámbito para aclarar los mecanismos biológicos de esta comorbilidad.

Por último, es conveniente realizar una síntesis de las drogas más comúnmente utilizadas por personas con desórdenes alimentarios. Los artículos analizados observan 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.

3.2.1 Limitaciones

Este estudio, a pesar de haber cumplido los objetivos planteados en su inicio, presenta una serie de limitaciones.

En primer lugar, puesto que no se trata de un estudio correlacional sino descriptivo, no se pueden establecer conclusiones firmes. Además, la muestra seleccionada para el análisis no es muy grande, ya que consta de 17 artículos. Otra deficiencia se encuentra

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

en el hecho de alguno de los trabajos no diferencian entre las distintas drogas, centrándose en el alcohol exclusivamente y generalizando estos resultados al resto de sustancias, de las cuales se sabe que tienen propiedades diferentes.

Por otro lado, los trabajos se han basado en los criterios DSM-IV-TR para seleccionar la muestra, sin embargo, ya está en vigor el DSM-5, en el cual se han introducido algunos cambios en los criterios de los dos trastornos comentados. Además, algunos estudios se han realizado con población en riesgo de sufrir TCA y/o SUD pero los criterios para seleccionarla han sido diferentes entre los investigadores.

IV. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Los desórdenes en la conducta alimentaria, especialmente los que cursan con síntomas bulímicos (atracones o purgas), y el abuso de sustancias son dos dimensiones que se asocian con frecuencia. Las razones por las cuales aparece esta comorbilidad son, por un lado, aspectos de la personalidad, como la impulsividad o neuroticismo, y por otro, factores externos o medioambientales como eventos traumáticos (abortos provocados, abuso sexual en la infancia o amenazas contra la integridad física). La tendencia a consumir drogas por parte de las mujeres, que a su vez son las más afectadas por los desórdenes en la alimentación, está aumentando. Concretamente, está incrementando el consumo de aquellas con propiedades sobre la supresión del apetito. No obstante, las drogas más consumidas son cocaína, anfetaminas, cannabis y alcohol. Estas dos últimas tienen el efecto contrario sobre el apetito, por lo que la razón de su consumo estriba en la facilitación para la regulación de emociones.

Aunque hay numerosas investigaciones encaminadas a revelar los factores que mediatizan esta comorbilidad, todavía son necesarios más estudios que permitan entender los mecanismos psicobiológicos subyacentes.

Las implicaciones de este estudio son a dos niveles: teóricas y sociales. En cuanto a las primeras, es esencial conocer la prevalencia de la comorbilidad entre TCA y SUD en el ámbito clínico con el objetivo de potenciar técnicas de prevención y tratamiento. Además, al sugerir determinadas variables como base de la etiología de estos trastornos, puede favorecer el desarrollo de técnicas orientadas a la canalización adecuada de

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

emociones, de la impulsividad y de la ansiedad mediante terapias (ej.: terapia de dialéctica del comportamiento) con el objetivo de mejorar la gestión de las emociones en estas personas (Krug et al 2008; McMMain et al., 2001 citado en Krug et al., 2008). Finalmente, las implicaciones en la sociedad también son de gran relevancia. Durante la adolescencia, momento crítico en especial para las mujeres, tanto los desórdenes alimentarios como el abuso de sustancias aumentan significativamente, por lo que desarrollar programas de prevención y tratamiento temprano sobre determinados factores de riesgo (depresión o afecto negativo) podría impedir el curso crónico de estos trastornos.

En resumen, convendría resaltar que más investigación en este campo supondría una mejora en las técnicas de prevención y tratamiento desarrolladas para combatir esta peligrosa combinación de trastornos.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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
- 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

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

- 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/](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](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.), *Guia de manejo de los trastornos mentales en atención primaria* (pp. 107-124). Psiquiatría Editoriales S.L
- Krug, I., Poyastro, A., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Masuet, C., Agüera, Z., 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
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D., Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence* 97, pp. 169–179. Recuperado de [http:// www.elsevier.com/locate/drugalcddep](http://www.elsevier.com/locate/drugalcddep)

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

- Munn-Chernoff, M., Duncan, A., Grant, J., Wade, T., Agrawal, A., Bucholz, K., Madden, P., Martin, N., Heath, A. (2013). A Twin Study of Alcohol Dependence, Binge Eating, and Compensatory Behaviors. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 74, pp. 664–673.
- 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. 353-363
- 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., Pisetky, 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.
- Root, T., Poyastro, A., Thornton, L., Strober, M., Fernández-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M., 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., McGue, 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.

VI. ANEXOS

Anexo 1. Criterios DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa utilizados en la selección de pacientes en los trabajos.

Tabla 6.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de F.50.2 bulimia nerviosa.

<p>Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej.: en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p>
<p>Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.</p>
<p>Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p>
<p>La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>
<p>La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>
<p><i>Especificar tipo:</i> Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

Anexo 2. Criterios DSM-5 para la bulimia nerviosa

Tabla 7.

Criterios DSM-5 para el diagnóstico F.50.2 bulimia nerviosa

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
<p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de diuréticos, laxantes u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y los comportamientos inapropiados suceden, al menos, una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>
<p>E. La alteración se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p><i>Especificar si:</i> En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia</p>

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

nerviosa, no se han cumplido los criterios durante un periodo continuado.
<p><i>Especificar</i> la gravedad actual:</p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <p>Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.</p> <p>Moderano: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.</p> <p>Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.</p> <p>Extremo: un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.</p>

Anexo 3. Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de personas con dependencia de sustancias en los trabajos analizados.

Tabla 8.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico F1x.2x Dependencia de sustancias.

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
<p>1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado</p> <p>(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado</p>
<p>2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)</p> <p>(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</p>
3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)
<i>Codificación</i> del tipo de sustancia en el tercer dígito.
<i>Codificación</i> del curso de la dependencia en el quinto dígito:
<p>0 Remisión total temprana</p> <p>0 Remisión parcial temprana</p> <p>0 Remisión total sostenida</p>

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

0 Remisión parcial sostenida 2 En terapéutica con agonistas 1 En entorno controlado 4 Leve/moderado/grave
<i>Especificar si:</i> Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2) Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Anexo 4. Criterios según DSM-IV-TR para el abuso de sustancias utilizados en las investigaciones para la selección de pacientes.

Tabla 9.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico F1x.1 Abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses: <ol style="list-style-type: none"> 1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa) 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia) 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia) 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.
Codificación del tipo de sustancia en el tercer dígito.

Anexo 5. Criterios DSM-5 para el Trastorno por Consumo de Sustancias

Tabla 10.

Comparación entre versiones de DSM para el consumo de sustancias

	DSM-IV-TR Abuso (al menos 1 criterio)	DSM-IV-TR Dependencia (al menos 3 criterios)	DSM-5 Trastorno por consumo de sustancias (al menos 2 criterios en 12 meses)
Uso peligroso	X		X

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Problemas sociales relacionados con el consumo	X		X
Incumplimiento de roles relacionado con el consumo	X		X
Problemas legales	X		
Síndrome de abstinencia		X	X
Tolerancia		X	X
Usa mayor cantidad/más tiempo		X	X
Intentos repetidos de dejarlo/controlar su consumo		X	X
Mucho más tiempo del que pensaba		X	X
Problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo		X	X
Dejar de hacer otras actividades por el consumo		X	
<i>Craving</i>			X

Nota. Recuperado de Becoña (2014)

Anexo 6. Comparación de las características entre los subtipo de Anorexia Nerviosa.

Tabla 11.

Características subtipos de Anorexia Nerviosa.

Tipo restrictivo	Tipo purgativo
✓ Privación progresiva de alimentos	✓ La persona recurre regularmente a accesos de ingesta y/o conductas compensatorias
	✓ Mezcla restricción alimentaria y atracones con purga. <ul style="list-style-type: none"> • Atracón con vómitos, laxantes diuréticos o enemas.

BULIMIA NERVIOSA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Anexo 7. Comparación de diferentes subtipos de TCA.

Tabla 12.

Comparación entre AN-R, AN-P y BN.

	AN Restrictiva	AN Purgativa	Bulimia
Peso	Infrapeso	Infrapeso	Normo/sobrepeso
Alteración de la imagen	Alterada	Alterada	Alterada
Impulsividad	Menor	Variables pero menor que en BN	Mucho más impulsividad
Conducta control del peso	Restricción/Ejercicio físico	Restricción/atracón/purga	Atracón/purga
Atracones	No aparecen	Aparecen con mayor frecuencia	En el tipo que más aparecen
Psicopatología asociada	Menor	Mayor que en restrictiva	Frecuente (Trastornos de personalidad, depresión, cleptomanía, toxicomanía)
Miedo a engordar	Alto	Alto	Alto