

Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: una tríada de riesgo para comorbilidades complejas que afectan el pronóstico

Maritza Rodríguez Guarín¹

Resumen

Introducción: Pocos estudios han explorado en una población clínica de pacientes que reciben tratamiento ambulatorio para trastornos del comportamiento alimentario (TCA) las variables abuso o dependencia de sustancias, antecedentes de trauma y multiimpulsividad y su impacto en la adherencia al tratamiento y el pronóstico. Este estudio pretende hacerlo en pacientes colombianos con TCA, para analizar su impacto en la frecuencia de recaídas o deserción temprana del tratamiento. *Método:* Se estudiaron 578 pacientes de ambos sexos que ingresaron en forma consecutiva al programa ambulatorio EQUILIBRIO de la ciudad de Bogotá entre junio de 1997 y diciembre de 2007 para el tratamiento de su patología alimentaria, mediante la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID 1). *Resultados:* Al ingreso, 201 pacientes presentaban anorexia nerviosa; 220, bulimia nerviosa; 121, trastorno por atracones de alimentación, y 36, cuadros incompletos de anorexia o bulimia. En 108 existían problemas relacionados con sustancias en el momento de ingresar al tratamiento (alcohol, marihuana, cocaína u otros estimulantes). Del grupo principal 111 se autolesionaban periódicamente. *Conclusión:* 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, otros comportamientos parasuicidas, recaídas o abandono temprano del tratamiento. Esta situación hace necesario el manejo específico de las comorbilidades.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con sustancias, comorbilidad, pronóstico.

Title: Drug Use, Impulsivity, and Trauma in Patients with Eating Disorders: a Triad of Risks for Complex Comorbidities affecting the Prognosis

Abstract

Introduction: Few studies have explored, in a clinical population of patients receiving outpatient treatment for eating disorders (ED), the variables drug abuse and dependency, history of trauma, and multi-impulsivity, and their impact on treatment compliance and prognosis. The

.....

¹ Médica psiquiatra. Epidemióloga clínica. Profesora asociada del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Directora científica del Programa EQUILIBRIO para trastornos alimentarios, Bogotá, Colombia.

objective of this study is to do so and analyze their impact on relapse frequency and early treatment dropout. *Method:* 578 male and female patients, who consecutively entered the outpatient program EQUILIBRIO in Bogotá between June 1997 and December 2007 to be treated for their eating disorders, were studied using the DSM-IV Structured Clinical Interview (SCID 1). *Results:* On entry, 201 patients presented with nervous anorexia; 220 with nervous bulimia; 121 with food gorging disorder; and 36 with incomplete pictures of anorexia or bulimia; 108 had drug-related problems (alcohol, marijuana, cocaine and other stimulants) at the time of entry to the program. Of the main group 111 periodically self-injured. *Conclusion:* The presence of drug abuse and trauma history is associated with a complex pattern of predominantly impulsive comorbidities, with a higher risk for suicide attempts, other parasuicidal behaviours, relapses or early treatment dropout. This situation makes it necessary to manage each comorbidity specifically.

Key words: Eating disorders, drug-related disorders. comorbidity, prognosis

Introducción

La presencia de los trastornos relacionados con el uso de sustancias (TRUS) en los pacientes que buscan tratamiento por trastornos del comportamiento alimentario (TCA) ha sido ampliamente descrita (1-10). Herzog señala una prevalencia global de abuso o dependencia de sustancias en el 17% de pacientes con TCA, con predominio en aquellas con síntomas purgativos y bulímicos, y una frecuencia mayor de abuso de cocaína, anfetaminas y marihuana (1).

De igual manera, Bullik reportó una mayor tasa de consumo de alcohol en las pacientes con anorexia

subtipo purgativo o con bulimia nerviosa (BN), y señaló un inicio primario del TCA en las dos terceras partes de los casos. Los rasgos de personalidad predominantes encontrados en estas pacientes fueron disregulación de la ansiedad, impulsividad y perfeccionismo (10).

Igualmente, estas dos expresiones del comportamiento, analizadas en estudios epidemiológicos con muestras comunitarias y más recientemente en una muestra muy grande de jóvenes estudiantes de secundaria en Estados Unidos, revelaron que existe una asociación entre patrones disfuncionales de comportamiento alimentario y abuso de cigarrillo, alcohol e inhalables en mujeres, y de marihuana, esteroides e inhalables en varones. Aunque la fortaleza de la asociación es mayor en muestras clínicas que comunitarias, los hallazgos son altamente preocupantes (11,12).

Esta asociación también ha sido explorada en 549 pares de gemelas monocigóticas y 375 dicigóticas. Los hallazgos revelaron que el 21,3% de las sujetos abusaban de sustancias como *Cannabis*, sedativos, estimulantes, cocaína, opiáceos o inhalables. Un 5% eran bulímicas y un 1,23% tenían ambos tipos de trastornos. El neuroticismo, la depresión mayor y el abuso sexual infantil fueron las tres variables asociadas significativamente con la coocurrencia de BN y abuso de sustancias (13).

Con relación al impacto de esta comorbilidad en el pronóstico, los estudios disponibles han planteado

que la severidad de la depresión y el abuso de sustancias constituyen factores predictores de suicidio en pacientes con TCA y señalan el abuso de sustancias como uno de los predictores de recaída en pacientes con TCA en remisión. De manera inversa, también se ha descrito que las pacientes con TCA tienen mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con el abuso de alcohol a lo largo de su evolución (2,9,14).

Por otra parte, también se ha descrito la existencia de una expresión más amplia de comportamientos impulsivos en pacientes con TCA. Los comportamientos automutilatorios y otras expresiones de impulsividad en pacientes con TCA han sido reportados entre el 25,4% y el 55,2% (15-21). Sin embargo, pocos estudios han explorado en una misma población de pacientes estas tres variables (abuso o dependencia de sustancias, antecedentes de trauma y multiimpulsividad) y su impacto en la adherencia al tratamiento y el pronóstico.

El presente trabajo pretende examinar la asociación entre los TRUS, los comportamientos impulsivos y el antecedente de experiencias traumáticas en una población clínica de pacientes colombianos que reciben tratamiento ambulatorio para TCA y analizar su impacto en la frecuencia de recaídas o deserción temprana

Sujetos

Se estudiaron 578 pacientes de ambos sexos que ingresaron

en forma consecutiva al programa ambulatorio EQUILIBRIO, de la ciudad de Bogotá, Colombia, entre junio de 1997 y diciembre de 2007 para tratamiento de su patología alimentaria.

Método

Todos los pacientes fueron evaluados y tratados de igual manera, de acuerdo con el protocolo ambulatorio del programa EQUILIBRIO para TCA y trastornos relacionados, implementado por un equipo terapéutico multidisciplinario. La evaluación inicial incluyó la Entrevista Clínica Estructurada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) para realizar diagnóstico del TCA y demás comorbilidades actuales, realizada por un psiquiatra entrenado, y fue complementada con pruebas de laboratorio, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala para Obsesiones y Compulsiones de Yale Brown (YBOCS) y su variante adaptada para TCA (YBC-EDS) y el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ).

Adicionalmente, se realizó una evaluación cognoscitivo-comportamental, una evaluación nutricional y una entrevista con la familia. Todos los pacientes recibieron una sesión semanal de psicoterapia cognoscitivo-comportamental, una cita semanal con psiquiatría para el manejo de las comorbilidades, dos citas mensuales con nutrición, dos citas mensuales de psicoterapia de grupo

y una sesión psicoeducativa con la familia. La frecuencia de las citas fue espaciándose de acuerdo con el logro de las metas terapéuticas a lo largo del proceso.

La información fue corroborada por una entrevista familiar directa. El antecedente de experiencias traumáticas se realizó mediante preguntas estructuradas al paciente y a sus familiares. En los pacientes que presentaban comorbilidades ansiosas o afectivas mayores se utilizaron inhibidores selectivos de recaptura de serotonina o estabilizadores del ánimo, según el caso. La totalidad de los pacientes y sus familiares otorgaron el consentimiento informado para la realización del estudio.

Análisis estadístico

Se recopiló la información en una hoja de Excel[®] que posteriormente fue analizada con el paquete estadístico STATA 9. Se analizaron frecuencias simples, análisis bivariados y multivariados, corriendo un modelo de regresión logística para explorar asociaciones, descartar potenciales interacciones y variables de confusión.

Para explorar asociaciones se usó la prueba estadística chi cuadrado (χ^2) y se definió un nivel de significancia menor de 0,05. Como medida de la magnitud de la asociación se utilizó el *Odds Ratio* con sus respectivos intervalos de confianza del 95%

Resultados

Fueron estudiados 578 pacientes, 27 varones (4,67%) y 551 mujeres (95,3%) entre los 7 y los 51 años de edad (media 21,4±7,5). Todos de procedencia urbana. De ellos 250 (43,2%) eran menores de 18 años de edad.

Tipo de trastornos del comportamiento alimentario

De los pacientes, 201 tenían al ingreso a tratamiento una anorexia nerviosa (98 de tipo restrictivo y 103 combinada con atracones o purgas); 220, BN; 121, trastorno por atracones de alimentación, y 36, cuadros incompletos de anorexia o bulimia.

Trastornos relacionados con uso de sustancias

En 108 (18,7%) de los pacientes, la entrevista clínica estructurada y la entrevista familiar reveló la existencia de problemas relacionados con sustancias (abuso o dependencia) en el momento de ingresar al tratamiento. Correspondieron el 8% a alcohol, 3% a marihuana, 3% a cocaína u otros estimulantes, 1% a otras sustancias y un 3% abusaban de dos o más. De ellos 37 (34,2%) completaban criterios para dependencia a alguna de las sustancias que consumían, que en su orden de importancia fueron alcohol, marihuana, cocaína y anfetaminas.

La edad no estuvo relacionada de manera significativa con el abuso de sustancias. El 17,2% de las menores de 18 años de edad abusaban de sustancias frente al 20% de las mayores de 18 ($\chi^2=0,62$; $p<0,42$). Tampoco se observaron diferencias con relación al sexo ($\chi^2=0,23$; $p<0,62$).

Se encontró un predominio de pacientes con síntomas purgativos en los que abusaban de sustancias. El 91,6% de los pacientes con TRUS tenían subtipos purgativos del TCA frente al 8,3% de los pacientes sin síntomas bulímicos ($\chi^2=13,8$; $p<0,0002$).

Conductas de suicidas y automutilación

Del grupo estudiado, 78 sujetos (13,5%) tuvieron en algún momento un intento de suicidio. 134 (23,2%) se autolesionaban periódicamente: 45 se cortaban en antebrazos o piernas, 22 se golpeaban contra superficies, 21 se cortaban y golpeaban de modo simultáneo o alternante, 4 se producían quemaduras con cigarrillos o cera caliente y 19 se mutilaban los dedos hasta sangrar o causarse dolor. El 55,5% de los que abusaban de sustancias frente al 15,7% de los no abusadores se autolesionaban de alguna forma. Esta asociación fue significativa ($\chi^2=43,2$; $p<0,000$).

El intento de suicidio también fue mayor en los pacientes con TRUS. El 33,3% de los que lo tenían frente al 9% de los que no abusaban de sustancias intentaron suicidarse en algún momento

de su vida ($\chi^2=44,6$; $p<0,0000$). Las automutilaciones, además, se asociaron significativamente con la exposición a experiencias traumáticas ($\chi^2=14$; $p<0,000$), con tener un PTSD ($\chi^2=10,7$; $p<0,001$) y con síntomas bulímicos ($\chi^2=11$; $p<0,001$).

Comorbilidades y otras variables de riesgo

La mitad de los pacientes con TCA y abuso o dependencia de sustancias reunieron criterios diagnósticos para algún tipo de trastorno bipolar, mientras que sólo el 14,1% de los no abusadores de sustancias fueron diagnosticados como bipolares. Esta asociación fue altamente significativa ($\chi^2=68,8$; $p<0,000$). Otras variables asociadas significativamente con el abuso de sustancias fueron la cleptomanía ($\chi^2=26,2$; $p<0,000$) y el trastorno obsesivo-compulsivo ($\chi^2=4,6$; $p<0,031$).

Solamente en 83 de los 578 pacientes (14,3%) se encontraron criterios clínicos para diagnosticar un trastorno por estrés postraumático. No existen diferencias significativas en estas tasas dependiendo de la presencia o ausencia de TRUS ($\chi^2=0,24$; $p<0,61$). En relación con las comorbilidades del eje II, el trastorno límite de la personalidad fue el más significativo. El 33% de los abusadores de sustancias frente al 2,5% de los no abusadores reunieron criterios para el diagnóstico de este tipo de trastorno de la personalidad ($\chi^2=108,7$; $p<0,000$) seguidos por el trastorno de personalidad histriónico ($\chi^2=4,9$; $p<0,026$). (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Análisis bivariado entre abuso o dependencia de sustancias y otras posibles variables de riesgo en 578 pacientes con TCA

Variable	Núm. (%) en abusadores n=108	Núm. (%) en no abusadores n=470	χ^2	p	OR	IC 95%
Trastorno bipolar	54 (50)	66 (14,1)	68,8	0,000*	6,1	3,8 - 9,6
Trastorno depresivo mayor	42 (38,8)	225 (47,9)	2,85	0,09	0,7	0,4 - 1,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	53 (49,1)	293 (62,3)	4,63	0,031*	0,6	0,4 - 0,9
Cleptomanía	21 (19,4)	23 (4,9)	26,2	0,000*	4,7	2,5 - 8,7
Tricotilomanía	8 (7,4)	18 (3,83)	2,58	0,10	2,0	0,8 - 4,6
Trastorno de estrés postraumático	14 (13)	69 (14,7)	0,24	0,61	0,8	0,4 - 1,6
Automutilaciones	60 (55,5)	74 (15,7)	43,2	0,0000*	4,3	2,7 - 6,7
Intento de suicidio	36 (33,3)	42 (9)	44,62	0,0000*	5,1	3 - 8,4
Subtipo purgativo del TCA	99 (91,6)	116 (24,7)	13,8	0,0002*	3,6	1,8 - 7,2
Abuso sexual infantil	27 (25)	74 (15,7)	5,21	0,022*	1,7	1,1 - 3
Trastorno de personalidad límite	36 (33,3)	12 (2,5)	108,7	0,000*	19,0	9,5 - 37,8
Trastorno de personalidad narcisista	6 (5,5)	13 (2,7)	2,2	0,14	2,1	0,8 - 5,4
Trastorno de personalidad histriónica	4 (3,7)	50 (10,6)	4,93	0,026*	0,3	0,11 - 0,9
Trastorno de personalidad dependiente	5 (4,7)	24 (5,1)	0,03	0,84	0,9	0,2 - 2,3
Trastorno de personalidad evitativa	3 (2,8)	12 (2,5)	0,02	0,88	1,1	0,3 - 3,7
Trastorno de personalidad obsesiva	4 (3,7)	39 (8,3)	2,65	0,10	0,4	0,1 - 1,2

* p < 0,05; χ^2 : chi cuadrado test; OR: odds ratio; IC=intervalo de confianza.

Eventos traumáticos previos

De los pacientes estudiados, 210 (36,3%) reportaron, por lo menos, un evento traumático previo a la aparición de los síntomas alimentarios; 101, abuso sexual temprano; 14, atracos a mano armada; 51, secuestro, amenazas de secuestro o boleteo extorsivo al paciente o su

familia; 16, homicidio de algún familiar en circunstancias violentas; 64, ser víctimas de maltrato físico, y 26 mujeres tuvieron un aborto provocado experimentado de manera traumática.

Además del abuso sexual, 57 pacientes (9,8%) presentaron alguna otra forma de evento traumático o varios de ellos. El antecedente

de experiencias traumáticas se asoció predominantemente con los síntomas purgativos del TCA ($\chi^2=6,8$; $p<0,009$), pero no sucedió lo mismo con el PTSD, cuya asociación con subtipos purgativos no fue significativa ($\chi^2=1,21$; $p<0,27$).

El 44,4% de los que abusaban de sustancias frente al 34,4% de los no abusadores reportaron algún evento traumático ($\chi^2=3,7$; $p<0,05$). El antecedente de abuso sexual infantil ($\chi^2=5,2$; $p<0,022$), el aborto provocado ($\chi^2=7$; $p<0,008$) y las amenazas de secuestro al paciente o su familia o las amenazas extorsivas se asociaron significativamente con abuso o dependencia de sustancias ($\chi^2=4,2$; $p<0,04$), así como lo refleja la Tabla 2.

Recaídas y/o abandono temprano del tratamiento

De los 578 pacientes evaluados, 420 ingresaron a tratamiento. Los restantes fueron referidos a hospitalización, otros programas o no aceptaron ingresar. De estos, 116 (27,6%) presentaron recaídas del TCA luego de por lo menos ocho semanas continuas de haber controlado los síntomas clave. Tener recaídas y abusar de sustancias estuvieron asociadas significativamente ($\chi^2=9,2$; $p<0,002$). El riesgo de recaer en las pacientes abusadoras fue el doble comparado con aquellos que no abusaban de sustancias (OR=2,15; IC 95%: 1,3-3,5).

Tabla 2. Análisis bivariado entre abuso o dependencia de sustancias y experiencias traumáticas previas en 578 pacientes con TCA

Variable	Núm. (%) en abusadores n=108	Núm. (%) en no abusadores n=470	χ^2	p	OR	IC 95%
Cualquier evento traumático	48 (44,4)	162 (34,4)	3,77	0,050*	1,50	1- 2,3
Abuso sexual	27 (25)	74 (15,7)	5,21	0,022*	1,80	1,1-3
Atracos	1 (0,93)	13 (2,76)	1,25	0,26	0,32	0-1,9
Amenazas de secuestro/boleteo extorsivo	15 (13,8)	36 (7,6)	4,23	0,04*	1,94	1,03-3,7
Homicidio de pariente cercano	3 (2,78)	13 (2,77)	0,00	0,99	1,00	0,3-3,3
Aborto provocado	10 (9,26)	16 (3,4)	7	0,008*	2,90	1,3-6,4
Maltrato físico	16 (14,8)	48 (10,2)	1,88	0,16	1,50	0,8-2,8
Ambos tipos de trauma (sexual y exposición a actos de violencia)	16 (14,8)	41 (8,55)	3,66	0,05	1,82	0,98-3,4

* $p<0,05$.

Los pacientes impulsivos que han intentado suicidarse recaen más del doble de las veces (OR=2,6; IC 95%: 1,5-4,5), igual que en los que se autolesionan (OR=2,6; IC 95%: 1,6-4,2). El riesgo de recaer no alcanzó proporciones significativas dependiendo del tipo de trauma. Además, 72 sujetos (17,1%) desartaron prematuramente del tratamiento. De igual forma, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre abusar de sustancias y desertar ($\chi^2=6,4$; $p<0,011$).

El riesgo de desertar prematuramente también fue el doble en aquellos con TRUS, comparados con los que no consumían sustancias (OR=2,07; IC 95%: 1,2-3,6). Los automutiladores también tienen un mayor riesgo de abandono temprano del tratamiento (OR=1,7; IC 95%: 1,01-3,1) y fue y del triple en pacientes con trauma doble (OR=3,2; IC 95%: 1,7-6).

Análisis multivariado

Con todas las variables que mostraron significancia estadística

en el análisis bivariado se construyó un modelo de asociación. Teniendo en cuenta la alta representatividad de comportamientos impulsivos encontrados, se agruparon en la variable multiimpulsividad aquellos pacientes que presentaban cleptomanía, tricotilomanía, intentos de suicidio o automutilaciones y se tomó esta como variable principal. Luego de probar posibles interacciones y controlar factores de confusión, se encontró que el riesgo de ser multiimpulsivo 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 $\chi^2(4)$:183,3; $p<0,0000$). Véase la Tabla 3.

Discusión

En esta muestra clínica de pacientes colombianos con TCA coexiste en una proporción importante la tríada TRUS, antecedentes de trauma y comportamientos impulsivos, como intento de suicidio y otras conductas de autodaño

Tabla 3. Análisis multivariado

Variable	OR	Error estándar	z	P[z]	IC 95%
Multiimpulsividad	15,3	5,44	7,6	0,000*	7,6-30,7
Trastorno límite de la personalidad	6,9	2,79	4,8	0,000*	3,1-15,2
Trastorno bipolar	1,8	0,52	1,9	0,049*	1,0-3,1

* $p<0,05$.

(18,7%; 36,3%; 13,5%, y 23,2%, respectivamente). La tasa de pacientes con TRUS del 18,7% es cercana a las reportadas en otras muestras clínicas en Estados Unidos, al igual que el mayor riesgo de consumo de alcohol, marihuana, cocaína y otros estimulantes (1,8).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (22), los problemas relacionados con el uso de alcohol están entre 0,4% y 1,7% para las mujeres; otras sustancias ilícitas, entre 0,1% y 0,2%, y cualquier sustancia en el 2,7% (23). La prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias es claramente mayor en nuestro grupo de estudio que, además, está conformado por un 95% de mujeres. Esto sugeriría que la tasa de abuso y dependencia de sustancias en mujeres con TCA es superior a la de las mujeres de la población general.

En nuestro estudio sólo obtuvimos reporte de consumo de inhalables en una sola paciente, posiblemente atribuible a que el grupo estudiado pertenece en su mayoría a estratos altos de la población, en los cuales el consumo de inhalables puede ser menor. Sin embargo, es importante señalar que no se rastreó sistemáticamente la presencia de sustancias en la orina o el suero. La tasa encontrada podría ser inferior a la real, dado que la exploración se realizó únicamente a través de un interrogatorio directo al paciente y a la familia.

El predominio de los TRUS en pacientes con síntomas bulímicos

coincide igualmente con lo observado por otros autores. Con relación a la exposición a eventos traumáticos previos, nuestros pacientes con TCA también presentan de manera frecuente este antecedente, tal como lo reportan múltiples estudios (23,24).

Las circunstancias de violencia sociopolítica de Colombia, semejantes a las de muchos otros de América Latina, se expresan de manera frecuente en homicidios, secuestros o amenazas de secuestro a la familia o al paciente, extorsión proveniente de grupos al margen de la ley y atracos a mano armada con retención temporal de la libertad, lo que impone una situación de sufrimiento y estrés crónico adicional. En ocasiones, estos eventos precipitan desplazamientos forzosos de las familias a otras ciudades o países según el grado de peligro o amenazas contra la vida.

A diferencia del abuso sexual infantil, que suele ser una variable histórica en los pacientes jóvenes con TCA, las otras expresiones de violencia social son traumas cotidianos que persisten y frente a los cuales el paciente puede revictimizarse a lo largo de su vida actual. En estos casos, la percepción de peligro no cesa, proviene del entorno, es parte de la vida cotidiana del paciente y su familia, lo que genera una situación de estrés crónico que, por sí solo, puede activar mecanismos del eje HPA que interfieren directamente con el comportamiento alimentario, alterando el estado de ánimo e

incrementando la ansiedad. Casi el 10% de los pacientes estudiados enfrentó experiencias tanto de abuso sexual infantil como la exposición a otros actos violentos de manera previa a la aparición de los síntomas alimentarios clave. Esta condición particular amerita la exploración de traumas de diversa índole.

Una proporción significativamente mayor de pacientes expuestos a eventos traumáticos tenían TRUS. En contraste, no existieron diferencias entre aquellos con trastorno por estrés postraumático ni trastorno depresivo mayor. Este hallazgo coincidiría con la hipótesis de automedicación en aquellos pacientes que no hacen una expresión sintomática completa del PTSD, sino que automedican sus síntomas con el consumo de sustancias (25).

De manera similar podría explicarse la mayor proporción de pacientes con TRUS que se autolesionan o intentan suicidarse, comparada con la de aquellos que no abusan de sustancias. En el mismo sentido, la respuesta al trauma, el abuso de sustancias y los síntomas alimentarios operarían como elementos disociativos que alejan al paciente de su sufrimiento interno o lo llevan a intentar controlar de manera maladaptativa el comportamiento alimentario y el peso como alternativa ante la pérdida de control de su propia seguridad e integridad personal.

El abuso de sustancias y las automutilaciones por sí mismas, tal como lo plantean Vandereic-

ken y otros autores, aumentan el estado de embotamiento afectivo y la disociación del paciente de su realidad interna dolorosa, y esto los distancia de un entorno amenazante (26-29).

Nuestros hallazgos coinciden con los expuestos por Brewerton, en el marco del National Women's Study, quien al explorar la relación entre trauma, victimización, BN y problemas relacionados con el uso de alcohol encontró una amplia asociación entre ellos. Los atracones y las purgas también serían mecanismos maladaptativos que facilitan la evitación, el embotamiento y el olvido de los recuerdos traumáticos y suelen acompañarse de elementos disociativos (29).

El perfil complejo de comorbilidades encontradas en los ejes I y II en nuestros pacientes coincide con lo reportado en otros estudios (24,30-34); sin embargo, a diferencia de la opinión de Brewerton y colaboradores, quien plantea que esta asociación trauma-TCA no necesariamente implica un cuadro de mayor severidad en los síntomas alimentarios, nuestros datos revelan un mayor riesgo de recaídas y deserciones tempranas del tratamiento, como ya se había encontrado en un estudio previo (35). Lo anterior, sin duda, complica el pronóstico, incrementa los costos de la enfermedad y requiere un abordaje terapéutico específico para lograr la recuperación total del paciente.

En esta muestra se evaluó la tasa de recaídas de los síntomas

alimentarios y el abandono prematuro del tratamiento y se encontró nuevamente que los pacientes con TRUS recaen el doble de veces en sus síntomas alimentarios clave a lo largo del proceso terapéutico.

El consumo de sustancias, aunque no se encontró asociado con tener un diagnóstico de depresión mayor o trastorno por estrés postraumático, sí lo estuvo con otras comorbilidades como el trastorno afectivo bipolar, el trastorno límite de la personalidad y algunas de sus manifestaciones más frecuentes, como las conductas de automutilación y el intento de suicidio.

Las implicaciones clínicas de estos hallazgos apuntan a la necesidad de establecer protocolos de manejo específicos para pacientes con diagnóstico doble de TCA y TRUS, trauma y otras comorbilidades del espectro impulsivo y priorizar las intervenciones. Sólo así se puede ofrecer un tratamiento integral que impida la cronificación y complicaciones de estas patologías.

Las limitaciones de estos resultados se derivan del posible sesgo de selección de pacientes más enfermos. Nuestro programa es un centro especializado donde acuden los casos de mayor severidad y podrían no ser representativos de la totalidad de los pacientes con TCA. Se requieren estudios comparativos con muestras comunitarias.

Referencias

1. Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disor.* 2006;39(5):364-8.
2. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychol Med.* 2004;34(5):843-53.
3. Khran DD. The relationships of eating disorders and substance abuse. *J Subst Abuse.* 1992;3(2):239-53.
4. Katz JL. Eating disorders: a primer for the substance abuse specialist: 1. Clinical features. *J Subst Abuse Treat.* 1990;7(3):143-9. Review.
5. Goldbloom DS. Alcohol misuse and eating disorders: aspects of an association. *Alcohol Alcohol.* 1993;28(4):375-81. Review.
6. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: Effects of comorbid substance dependence. *Int J Eat Disord.* 1997;22(3):253-64.
7. 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):1-34.
8. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord.* 2000;27(2):180-90.
9. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP, Herzog DB. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disor.* 2005;38(3):200-7.
10. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(7):1000-6.

11. 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(4):389-403.
12. Pisetsky EM, Chao YM, Dierker LC, May AM, Striegel-Moore RH. Disordered eating and substance use in high-school students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Int J Eat Disord.* 2008;41(5):464-70.
13. Baker JH, Mazzeo SE, Kendler KS. Associations between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: common genetic and environmental influences. *Int J Eat Disord.* 2007;40(8):673-8.
14. Keel PK, Dorer DJ, Franko DL, Jackson SC, Herzog DB. Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162(12):2263-8.
15. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behaviors and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide Life Treat Behav.* 2007;37(4):409-21.
16. 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.
17. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behaviors in anorexia nervosa. *J Ner Ment Dis.* 2000;188(8):537-42.
18. Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry.* 1993;162(2):193-7.
19. Wildman P, Lilienfeld LR, Marcus MD. Axis I comorbidity onset and parasuicide in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2004;35(2):190-7.
20. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2002;159(3):408-11.
21. Rodriguez M, Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de comportamientos de daño autoinfligido sin intencionalidad suicida en pacientes colombianas con TCA. *Rev Col de Psiquiatría.* 2005;34(3):343-54.
22. Posada-Villa JA. Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Protección Social de Colombia. 2003.
23. Costorphine E, Waller G, Lawson L, Ganis G. Trauma and multi-impulsivity in eating disorders. *Eat Behav.* 2007;8(1):23-30.
24. Jarvis TJ, Copeland J. Child sexual abuse as a predictor of psychiatric comorbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug Alcohol Depend.* 1997;49(1):61-9.
25. Schoemaker C, Smit F, Bijl RV, Vollebergh W. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: Support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *Int J Eat Disord.* 2002;32(4):381-8.
26. Vanderlinden, J, Vandereicken, W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. Bristol: Brunner/Mazel; 1997.
27. Brown L, Russell J, Thornton C, Dunn S. Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;33(4):521-8.
28. Berger D, Sait, S, Ono Y, Tezuka, I, Shirahase J, Kuboki T, et al. Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90(4):274-80.
29. Brewerton TD. Eating disorders, trauma and comorbidity: Focus on PTSD. *Eat Disord.* 2007;15(4):285-304.
30. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM. The outcome of adolescent eating disorders: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12 Suppl 1:125-9.
31. Fischer S, Le Grange D. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2003;40(8):751-3.
32. Thompson-Brenner H, Hedi KT, Franko DL, Dorer D, Vashchenko M, Herzog

- DB. Personality pathology and substance abuse in eating disorders: A longitudinal study. *Int J Eat Disord.* 2008;41(3):203-8.
33. Grayson CG, Nolen-Hoeksema S. Motives to drink as mediators between childhood sexual assault and alcohol problems in adult women. *J Trauma Stress.* 2005;18(2):137-45.
34. Deep AL, Lilenfeld LR, Plotnicov KH, Pollice C, Kaye WH. Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1999;25(1):1-10.
35. Rodríguez M, Pérez V, Díaz Y. Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment in Colombian women with eating disorders. *Int J of Eat Disord.* 2005;37(4):299-306.

Conflictos de interés: la autora manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés con este artículo.

Recibido para evaluación: 16 abril del 2009
Aprobado para publicación: 3 de julio del 2009

Correspondencia
Maritza Rodríguez Guarín
Programa Equilibrio
Calle 108 No. 14-22
Bogotá, Colombia
maritzar@cable.net.co