

Malestar psicológico y descontrol alimentario en drogodependencias

Psychological malaise and eating disturbances in drug abuse

GUISADO, J. A., VAZ, F. J. y ALARCÓN, J.

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. Badajoz.

RESUMEN: *Objetivo:* El presente estudio analiza la relación que existe entre el estado psicológico y la conducta alimentaria de un grupo de pacientes con drogodependencias.

Métodos: La muestra estaba compuesta de 100 drogodependientes. Se utilizó el Eating Attitudes Test de 40 ítems, el Bulimic Investigatory Test, Edinburgh, el Índice de Insatisfacción Corporal, el Índice de Masa Corporal (real y deseado) y la Symptom Checklist-90-Revisada, para el manejo de la muestra y posteriormente se realizó un análisis factorial.

Resultados: Dos dimensiones básicas fueron obtenidas del estado mental de estos enfermos: 1) malestar psicológico y descontrol alimentario, y 2) insatisfacción corporal.

Conclusiones: Nuestro estudio apoya la idea de que los pacientes con drogodependencias muestran muchos síntomas de malestar psicológico y comportamientos alimentarios anómalos.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por uso de sustancias. Trastornos alimentarios. Psicopatología. Imagen corporal.

ABSTRACT: *Objective:* The present study was aimed at analyzing the relationship that exists between psychological status and eating behavior in a group of patients who have a substance abuse disorder.

Methods: The sample was composed of 100 drug abuser. The Eating Attitudes Test-40 items, the Bu-

limic Investigatory Test, the Index of Body Dissatisfaction, the Body Mass Index (real and desired), and the revised Symptom Checklist-90 were used in order to assess the sample, and a factor analysis was performed.

Results: Two basic dimensions in the mental state were obtained: 1) Psychological discomfort and eating dyscontrol, and 2) Body dissatisfaction.

Conclusions: Our results support the idea that patients with drug abuse show elevated levels of psychological malaise and symptoms of eating disturbances.

KEY WORDS: Substance-related disorders. Eating disorder. Psychopathology. Body image.

Introducción

En las últimas décadas se está procediendo a un estudio más profundo de las características clínicas de los pacientes con drogodependencias en orden a elaborar protocolos específicos de evaluación y detección de predictores clínicos en estos pacientes. La comorbilidad psiquiátrica en general, la conducta alimentaria y la influencia de cada sustancia tóxica en el comportamiento de estos enfermos, están siendo pilares importantes de estas investigaciones.

Se ha comprobado que determinadas sustancias tóxicas modifican el comportamiento alimentario y que la restricción dietética aumenta la probabilidad de reforzar el uso de sustancias como el alcohol, heroína y cocaína¹. En este sentido, se ha descrito que el alcohol es un desinhibidor de la ingesta alimentaria² y que está asociado al consumo de tabaco^{3,4}; los agonistas opiá-

Correspondencia:

JUAN ANTONIO GUISADO MACÍAS
C/ Rafael Lucenqui, 10, 6º F
06004 Badajoz
e-mail: jguisadom@medynet.com

ceos inducen la ingesta de comidas ricas en lípidos y dulces⁵ y que los antagonistas opiáceos lo disminuyen⁶⁻⁸. El alcohol provoca un refuerzo del sistema opioide por lo que los antagonistas opiáceos disminuyen el deseo de consumir alcohol⁹. El tabaco se utiliza para el control del peso¹⁰⁻¹². Para la cocaína, el mayor efecto es la supresión del apetito^{13,14}, aumentando la probabilidad de tener un trastorno alimentario¹⁵.

Los trastornos psiquiátricos en drogodependencias han sido ampliamente estudiados y se ha descrito que de un 80-90% de los consumidores de drogas han tenido al menos un diagnóstico psiquiátrico durante su vida y en un 50% más de uno¹⁶⁻¹⁹. La patología psiquiátrica descrita va desde trastornos de la personalidad²⁰⁻²³, trastornos afectivos^{20,24}, trastornos de ansiedad^{25,26}, trastornos psicóticos^{16,20,21} y trastornos alimentarios¹⁵.

El presente estudio analiza la relación entre el estado mental y la conducta alimentaria de un grupo de pacientes con drogodependencias intentando analizar un modelo común que identifique determinados patrones de conducta en estos enfermos.

Métodos

La muestra constaba de 100 pacientes atendidos en dos centros especializados para el tratamiento de las drogodependencias en la provincia de Badajoz. La edad media de los pacientes fue de $28,52 \pm 7,28$. El diagnóstico clínico fue de alcoholismo (18%), dependencia de opiáceos (10%), dependencia de cocaína (2%), dependencia de heroína-cocaína (40%), dependencia de múltiples sustancias (25%) y dependencia de cannabis (5%). Un 78% de la muestra eran hombres y un 22% mujeres.

Los pacientes se valoran psiquiátricamente cuando acudían por primera vez a los centros de drogodependencia demandando tratamiento para su adicción. Una vez valorados médicamente, se derivaban para realizar un estudio psiquiátrico donde nos interesaba estudiar la conducta alimentaria y el estado mental en relación a el estado de drogadicción, desde que hemos observado que esta población, desde un punto de vista clínico, tiene altos niveles de malestar psicológico y descontrol alimentario.

Instrumentos analizados

– The Eating Attitudes Test (EAT-40)²⁷. Diseñado para la evaluación de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa.

– The Bulimia Investigatory Test, Edinburg (BITE)²⁸. Desarrollado para la detección y cuantificación de los síntomas propios de la bulimia nerviosa.

– Índice de Insatisfacción Corporal²⁹ (silueta real-silueta deseada). Valora el deseo del enfermo de querer perder peso (+) o ganar peso (-).

– The revised Symptom Checklist-90 (SCL-90-R)³⁰. Valora psicopatología preguntando sobre diferentes síntomas de malestar físico y psicológico.

– Índice de Masa Corporal o Índice de Quetelet (peso en Kgs/ altura en m²) (real y deseado).

Procedimientos estadísticos

Se realizó un análisis factorial con las variables del estudio, empleando para ello el método de componentes principales con rotación Varimax y normalización de Kaiser, fijando en dos el número de factores a obtener, con vistas a comparar los resultados con los referidos en la introducción. Para simplificar la discusión solo se consideraron aquellos ítems para los que se obtuvieron en el proceso de extracción variables superiores a 0,40.

Resultados

Una vez estudiados los pacientes nos interesaba realizar un análisis factorial de los datos que nos pudiera aportar un modelo de estudio para estos enfermos, así como explicar, qué factores se deben analizar cuando nos proponemos tratar a los mismos. Como se puede observar en la tabla 1, los dos factores encontrados explican el 80,82% de la varianza, por lo que se considera que los resultados derivados del estudio son lo suficientemente fiables como para justificar su consideración y discusión.

El primer factor, explicaba el 50,33% de la varianza y recogía el *malestar psicológico* de los pacientes (GSI, Índice de Severidad Global de la SCL-90-R) y el *descontrol alimentario* (medido por el EAT-40 y BITE). Este sería el grupo con mayor predominio en nuestros enfermos, donde los síntomas de psicopatología y de disfunciones alimentarias (restricción alimentaria medida por el EAT-40, y atracones de comida medido por el BITE) jugarían un papel en estos pacientes.

El segundo factor, explicaba el 30,49% de la varianza, recogía el índice de insatisfacción corporal y el índice de masa corporal (real y deseado) por lo que se denominó a este factor *insatisfacción corporal*. Esto aportaría datos sobre los síntomas de trastornos alimentarios que padecen los enfermos con adiccio-

Tabla 1. Resultados del análisis factorial

| | Media y DE | Factor 1 | Factor 2 |
|------------------------------|---------------|----------|----------|
| Variables | | | |
| EAT-40 | 23,18 ± 10,80 | 0,875 | |
| BITE | 4,40 ± 5,14 | 0,796 | |
| GSI | 1,07 ± 0,62 | 0,887 | |
| II | -0,47 ± 1,87 | | 0,916 |
| IMC real | 23,33 ± 4,68 | | 0,955 |
| IMC deseado | 23,45 ± 2,11 | | 0,714 |
| Varianza | | | |
| % explicada | | 50,337 | 50,337 |
| % acumulada | | 30,490 | 80,827 |
| Componente de transformación | | 1 | 2 |
| 1 | | 0,830 | 0,558 |
| 2 | | -0,558 | 0,830 |

EAT-40: Eating Attitudes Test-40 ítems.

BITE: Bulimia Investigatory Test, Edinburgh.

II: Índice de Insatisfacción Corporal.

IMC: Índice de Masa Corporal.

GSI: Índice de Severidad General de la Revised Symptom Checklist-90.

nes, los cuales se sienten a disgusto con su figura e imagen corporal influido por el consumo de sustancias tóxicas.

Por lo tanto nuestros enfermos presentan síntomas psicopatológicos y disfunciones alimentarias (restricción, atracones, insatisfacción corporal) que están muy relacionados con su problema de drogodependencia. No podemos explicar la relación dada las limitaciones que tiene nuestro estudio transversal de la población.

Discusión

La comorbilidad psiquiátrica se define por la coexistencia de una enfermedad en un paciente con un trastorno previo³¹. En los pacientes con drogodependencias se han descrito una alta tasa de trastornos mentales¹⁶⁻¹⁹ y de descontrol alimentario^{15,32-35}. Otros objetivos de debate en la actualidad son si la existencia de un trastorno psiquiátrico favorece la aparición de un trastorno por abuso de sustancias, si el consumo de sustancias tóxicas favorece la aparición de patología psiquiátrica o si existe un mecanismo causal común entre las dos patologías^{34,35}.

Cuando valoramos pacientes drogodependientes, podemos observar que esta población presenta altos niveles de psicopatología que deben ser evaluados, por lo que nos propusimos la monitorización de dichos síntomas, para ver si se puede generalizar el estudio de los mismos en todo protocolo que valore drogodependientes. De esta forma, nuestro estudio

confirma la existencia de dos grandes grupos de síntomas en los pacientes con drogodependencias. Por un lado, síntomas que marcan el malestar psicológico (medidos por un instrumento ampliamente utilizado para el estudio del estado mental en poblaciones clínicas) de estos enfermos, intensamente relacionados con síntomas de descontrol alimentario (síntomas de comportamiento anoréxico y bulímico), y por otro lado, síntomas de insatisfacción corporal y preocupación por su peso corporal, deseando tener un peso superior al actual. Pensamos que esta doble dimensión básica (síntomas de malestar psicológico y síntomas de trastornos alimentarios) apoya los estudios previos que han encontrado trastornos psiquiátricos y especialmente, disfunciones alimentarias en estos enfermos^{16-19,32-35}. En estudios anteriores realizados por nosotros encontramos un alta tasa de psicopatología y trastornos de la personalidad³⁶, con mayor gravedad cuando depende de más sustancias tóxicas³⁷. Asimismo, la conducta alimentaria de estos enfermos presentaba síntomas de trastornos alimentarios (evitación de alimentos, fluctuaciones de peso por el consumo de las sustancias, atracones de comida e insatisfacción corporal)³⁸, siendo los opiáceos y la cocaína las sustancias que más descontrol alimentario provocaban y el alcohol el de menor impacto³⁹.

El interés de nuestro estudio radica en la confirmación de una alta tasa de síntomas de malestar psicológico y comportamientos alimentarios anómalos en pacientes drogodependientes, estrechamente relacionados. En este sentido, parece que es necesaria la valoración del estado mental y conducta alimentaria en los centros específicos para drogodependencias, dada la alta tasa existente y la estrecha relación.

Conclusiones

Como ya se ha señalado, nuestro estudio confirma la existencia de psicopatología en pacientes con drogodependencias. Creemos que nuestros resultados plantean la necesidad de considerar la dimensión psicopatología en los pacientes drogodependientes y analizar su utilidad en las unidades de tratamiento específicas. Además de plantear la existencia de un grupo de síntomas en estos enfermos (malestar psicológico, comportamiento anoréxico y bulímico, insatisfacción corporal), nuestros resultados deberán ser confirmados en futuros trabajos de investigación, así como la aplicación de estudios longitudinales que nos permitan estructurar de una forma más metodológica la relación entre estos factores.

Bibliografía

1. Krahn D, Durth C, Demitrack M, Drewnowski A. The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. *J Subst Abuse* 1992;4:341-53.
2. Polivy J, Herman CP. Effects of alcohol on eating behaviour: influences of mood and perceived intoxication. *J Abnorm Psychol* 1976;85:601-6.
3. Revell AD, Warburton DM, Wesnes K. Smoking as a coping strategy. *Addict Behav* 1985;10:209-24.
4. Welte JW, Barnes GM. Youthful smoking: patterns and relationships to alcohol and other drug use. *J Adolesc* 1987;10:327-40.
5. Gosnell BA. Central structures involved in opioid-induced feeding. *Fed Proc* 1987;46:163-7.
6. Marks-Kaufman R, Kanarek RB. Morphine selectively influences macro-nutrient intake in the rat. *Pharmacol Biochem Behav* 1980;12:427-30.
7. Marks-Kaufman R, Kanarek RB. Modifications of nutrient selection induced by naloxone in rats. *Psychopharmacology* 1981;74:321-4.
8. Romsos DR, Gosnell BA, Morley JE, Levine AS. Effects of kappa-opiate agonist, colecystokinin, and bombesin on intake of diets varying in carbohydrate-to-fat ratio in rats. *J Nutr* 1987;117:976-85.
9. Volpicelli JR, O'Brien CP, Alterman AI, Hayashida M. Naltrexone and the treatment of alcohol-dependence. En: Reid, ed. *Opioids, bulimia, and alcohol abuse and alcoholism*. Nueva York: Springer-Verlag, 1990.
10. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, LaVasque ME. Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: a comprehensive review of the literature. *Psychol Bull* 1989;106:204-30.
11. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: a prospective study. *Am J Public Health* 1994;84:1-3.
12. Gerend MA, Raymond GB, Carol BP, Hatsukami DK. Eating behavior and weight control among women using smokeless tobacco, cigarettes, and normal controls. *Addict Behav* 1998;23:171-8.
13. Masur J, Souza-Formigoni ML, Pires ML. Increased stimulatory effects by the combined administration of cocaine and alcohol in mice. *Alcohol* 1989;6:181-2.
14. Woodward JJ, Mansbach R, Carroll FI, Balster RL. Cocaethylene inhibits dopamine uptake and produces cocaine-like actions in drug discrimination study. *Eur J Pharmacol* 1991;197:235-6.
15. Dansky BS, Brewerton TD, O'Neil PM, Kilpatrick DG. The National Women's Study: relationship of crime victimization and PTSD to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997;21:213-28.
16. Hendricks VM. Psychiatric disorders in a Dutch addict population. Rates and correlates of DSM-III diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:158-65.
17. Jainchill N, De Leon G, Pinkham L. Psychiatric diagnoses among substance abusers in therapeutic community treatment. *J Psychoactive Drugs* 1986;18:209-13.
18. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1023-31.
19. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1081-6.
20. Croughan JL, Miller JP, Wagelin, Whitman BY. Psychiatric illness in male and female narcotic addicts. *J Clin Psychiatry* 1982;43:225-8.
21. Fridell M. *Narkotikamissbruk och psykopatologi*. Lund: University of Lund, Department of Psychiatry and Neurochemistry, 1989.
22. Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry* 1991;148:118-20.
23. Thevos AK, Brady KT, Grice D, Dustan L, Malcolm R. A comparison of psychopathology in cocaine and alcohol dependence. *Am J Addict* 1993;2:279-86.
24. Nunes EV, Quitkin FM, Klein DF. Psychiatric diagnosis in cocaine abuse. *Psychiatry Res* 1989;28:105-14.
25. Khantzian EJ, Treece CJ. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1067-71.
26. Kosten TR, Rounsaville BJ. Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatr Clin N Am* 1986;9:515-32.
27. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.
28. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia: the «BITE». *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
29. Williamson DA. *Assesment of eating disorders: obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon Press, 1990.
30. Derogatis LR. *SCL-90 R version. Manual I*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, 1977.
31. Feistein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
32. Grilo CM, Levy KN, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Eating disorders in female inpatients with versus without substance use disorders. *Addict Behav* 1995;20:255-60.
33. Swift W, Copeland J, Hall W. Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction* 1996;91:1141-50.
34. Wilson GT. *Binge Eating and addictive Disorders*. En: Fairburn CG, Wilson GT ed. *Binge eating. Nature, assesment and treatment*. Nueva York: The Guilford Press, 1993.
35. Wilson GT. *Eating Disorders and Addictive Disorders*. En: Brownell KD, Fairburn CG ed. *Eating Disorders and Obesity. A comprehensive Handbook*. Nueva York: the Guilford Press, 1995.