



## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

### **DRUG DEPENDENCE AND EATING DISORDER**

Carlos Sirvent<sup>1</sup>, Sonia González<sup>2</sup>, Cruz Rivas<sup>3</sup>, Raquel Delgado<sup>4</sup>, María Villa Moral<sup>5</sup>, Pilar Blanco<sup>6</sup>, Gloria Campomanes<sup>7</sup>

Fundación Instituto Spiral. Universidad de Oviedo

[csr@institutospiral.com](mailto:csr@institutospiral.com)

Trastorno de alimentación. Anorexia. Bulimia. Adicción. Dependencia de drogas.

Eating disorder. Anorexia. Bulimia. Addiction. Drug dependence.

### **RESUMEN**

Numerosos estudios confirman la relación entre el trastorno de alimentación (TA) y el abuso de sustancias: hay sujetos con TA que recurren al consumo de sustancias y también drogodependientes que desarrollan TA. El actual trabajo pretendía investigar el binomio T.A.-dependencia de drogas. La muestra la constituían 372 sujetos: 122 (33%) mujeres y 250 (67%) varones) diagnosticados de dependencia de sustancias (alcohol incluido) y su comorbilidad -primaria o secundaria- con los trastornos alimentarios. Los elementos de investigación eran: diagnóstico preingreso de trastorno de alimentación; detección intraprograma de comportamiento bulímico, anoréxico u otro con dos niveles de afección: leve y grave; parámetros somáticos (índice de masa corporal) y aplicación del inventario de trastornos de alimentación (EDI) de Garner, Olmsted y Polivy al ingreso y previo al alta. RESULTADOS: Del total de la muestra 58 sujetos (15,59%) fueron diagnosticados de trastorno alimentario; 46 mujeres (37,7%) y 12 varones (4, 8%). Destaquemos que un 15,6% mujeres sufrían trastorno alimentario grave. Respecto al estudio EDI, todos los valores superaron los percentiles de bulimia y anorexia destacando los siguientes: 1) factor "impulso a la delgadez" 14% de mujeres, 2,56% de varones; 2) factor sintomatología bulímica 11,7% mujeres, 3,7% varones y 3) factor insatisfacción corporal 16,7% mujeres, 4% varones CONCLUSIONES y DISCUSIÓN: Cabe destacar la elevada comorbilidad del trastorno alimentario en drogodependientes, sobre todo mujeres, con una destacada proporción de nivel de afectación grave, que además ha ido incrementándose en los últimos años. Asimismo resaltamos la notable proporción de personas que "adquieren" el trastorno alimentario tras instalarse en la drogodependencia. Por otra parte inventario EDI muestra valores moderadamente altos aunque no tan elucidativos como los estudios anamnésico, médico y observacional.

### **ABSTRACT**

A large number of studies confirm the relationship between eating disorder (ED) and substance abuse: there are subjects with ED who draw upon substance and drug addicts who develop ED. The current study aimed to investigate ED -drug abuse dual aspect. The sample was constituted by 372 subjects (122 (33%) women and 250 (67%) men) diagnosed with substance abuse (alcohol included) and comorbidity -primary or secondary- with the ED. Research elements were:

## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

eating disorder preadmission diagnosis; intra programme detection of bulimic, anorexic or other behavior with two levels of affection: mild and severe; somatic parameters (body mass index) and inventory eating disorders application (EDI) of Garner, Olmsted. Polivy at admission and prior to discharge. RESULTS: Of the total sample 58 subjects (15,59%) carried ED diagnosis; 46 women (37,7%) and 12 men (4,8%). We emphasize that 15.6% women suffered serious eating disorder. Regarding EDI study, all values exceeded percentiles of bulimia and anorexia highlighting the following: 1) "impulse for thinness" factor 14% women, 2.56% male; 2) bulimic symptomatology factor 11.7% women, 3.7% men and 3) body dissatisfaction factor 16.7% women, 4% male. CONCLUSIONS AND DISCUSSION: It is worthy to distinguish the high comorbidity of eating disorder among drug users, especially women, with a significant proportion of severely affected level cases, which has been also increasing in recent years. Also we highlight the high proportion of people who "acquire" the eating disorder after settling in drug dependence. On the other hand EDI inventory shows moderately high values but not as elucidative from anamnestic, medical and observational studies.

## INTRODUCCIÓN

### **Cómo aparece un trastorno alimentario en un adicto en tratamiento**

Cuando una persona drogodependiente comienza un tratamiento de deshabituación, presenta un período inicial de sobreingesta alimentaria (hiperorexia), que es la natural respuesta a la anterior vida anómala donde el consumo de sustancias perturbaba los ritmos alimentarios. Pasada esa etapa, las personas en tratamiento empiezan a darse cuenta de la ganancia rápida de peso e inician una etapa hiporéxica compensatoria de restricción calórica y/o sobregasto energético que suele ser transitoria hasta que acaban retornando a un comportamiento alimentario normal. Sin embargo, un notable grupo de pacientes (mayormente mujeres) se instalan en la etapa "compensatoria" de hiporexia que si acaba perpetuándose evoluciona hacia un trastorno alimentario sumamente mórbido, nocivo y más resistente al tratamiento que la propia drogodependencia, Además es difícil el abordaje del T.A. asociado a drogodependencia, porque enseguida se dispara el pensamiento obsesivo sobre la autoimagen distorsionada (verse deforme o con gordura) y los comportamientos restrictivos y purgativos (comer poco y vomitar sobre todo), llegando incluso a ser esta una causa de abandono del tratamiento.

### **Conceptualización**

A efectos prácticos nos referiremos a los tres trastornos alimentarios más frecuentes: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los atracones, que –pese a ser cuadros independientes- con cierta frecuencia la sintomatología puede estar compartida en cada uno de los tres procesos. Entre los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa la CIE-10 considera los siguientes: una pérdida significativa de peso (IMC o de Quetelec menor de 17,5) originada por el propio paciente mediante maniobras de evitación de ingesta, vómitos, purgas, exceso de ejercicio y consumo de sustancias adelgazantes, con distorsión de la imagen corporal y rechazo absoluto a la gordura, imponiéndose obsesivamente permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal. Suele haber trastorno endocrino que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (amenorrea en la mujer y pérdida del interés y de la potencia sexual en el varón). Los criterios para la bulimia nerviosa son: preocupación continuada por la comida con deseos irresistibles de comer junto a episodios de hiperfagia durante los que consume ingentes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo. El paciente intenta contrarrestar los efectos de la hiperingesta mediante vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, etapas de ayuno y consumo de sustancias adelgazantes. Psicológicamente sufre un intenso y obsesivo miedo a engordar, fijando un nivel máximo de peso estricto y muy inferior al que tenía antes de la afección.

Según indica la DSM-5 (2014) la prevalencia asciende a un 0,6% en varones y a un 2,25 % en mujeres, distribuidos en un 0,4% para la anorexia nerviosa, un 1,25% para la bulimia y 1,6%

## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

para los atracones. Sin embargo, numerosos autores, entre ellos Alexis Duncan (2007) cuestionan la validez de los criterios DSM para la descripción sintomatológica del trastorno de la alimentación y su comorbilidad, no encontrando diferencias significativas en las variables que reflejan tendencias suicidas, abuso y dependencia de sustancias, y psicopatología comórbida, concluyendo que es inadecuada la descripción del trastornos alimentarios (T.A.) que hace la DSM IV (idénticos a los de la DSM 5). De añadidura, otro estudio sintomático con 3723 gemelos adultos jóvenes del sexo femenino (22 años de edad media) se sumaron a la evidencia de que muchas mujeres con psicopatología significativa de trastornos de alimentación no estaban siendo identificadas con los criterios del DSM. En los T.A. son frecuentes los trastornos comórbidos asociados, bien como inductores causales, bien como consecuencia. Además de los trastornos adictivos (Gadalla T et als. 2007; Herzog DB et als. 2006; Holderness C. et als, 1994) objeto de este estudio, son especialmente frecuentes los trastornos de ansiedad (Swinbourne JM. et als. 2007; Godart N. et als., 2006), el trastorno límite de la personalidad (Godt K., 2008), los trastornos humorales y los rasgos obsesivos, incluso el TOC (Lavender A et als. 2006; Halmi KA, et als., 2005). Más adelante los desarrollamos con mayor extensión

### **Prevalencia del T.A. comparada con otros trastornos**

Wells, J et als (2006) estudiaron en Nueva Zelanda la prevalencia de cualquier trastorno mental los últimos 12 meses y la interferencia asociada con la calidad de vida y su gravedad, obteniendo los siguientes resultados: trastornos de ansiedad, 14,8%; trastornos del estado de ánimo, 7,9%; trastornos por uso de sustancias, 3,5%; trastornos de la alimentación 0,5%. Sin embargo los T.A. son comunes en pacientes entre los 14 y los 20 años que acuden a los servicios de urgencias, y se asocian con altas tasas de comorbilidad psiquiátrica: Dooley et al (2012), en un estudio con 942 jóvenes de ambos sexos de edades entre 14 y 20 años atendidas en urgencias, encontraron un 16% de trastornos de alimentación (74% mujeres, 16% varones). Dichos pacientes también eran más propensos al consumo de sustancias y a sufrir depresión.

Respecto a otras comorbilidades, Amy Deep et als (1999) examinaron la relación entre el abuso sexual y los trastornos de la alimentación, obteniendo tasas significativamente más altas de abuso sexual en todos los subtipos de T.A. (un 7%). Mitchell, James et als (2002) exploraron la posible relación entre la compra compulsiva y trastornos de la alimentación, no encontrando diferencia entre los controles normales y compradores compulsivos, aunque sí puntuaciones más altas en las escalas de dimensiones de personalidad patológicas.

### **Comorbilidad del trastorno alimentario según sexo**

En un macroestudio de T, Gadalla (2008) con datos de Estadística de Salud Mental y Bienestar de Canada en muestras mayores de 15.000 hombres y 20000 mujeres, aquellos que se encontraban en situación de riesgo de sufrir trastornos alimentarios tenían más probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno de pánico, fobia social y trastornos psicológicos. Sin

## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

embargo la prevalencia a un año de episodios maníacos, agorafobia y dependencia de sustancias se asocia con riesgo de T.A. para las mujeres, pero no para los hombres. Miller, P y Plant, M. (2005), estudiaron la posible asociación entre el consumo de alcohol y distintos tipos de problemas de comportamiento en una muestra de 2027 adultos británicos, encontrando notables diferencias de género: las mujeres fueron significativamente más propensas que los hombres a problemas relacionados con la alimentación y la dieta. Por el contrario, los varones fueron más proclives que las mujeres a problemas relacionados con el trabajo, el uso de internet, la actividad sexual y el juego. Otros grupos de estudio encontraron resultados que avalan las diferencias de género (Gilchrist et als 2007) (Rand, Colleen et als 1986) (Cohen et als, 2010) (C. Davis, 2009).

Varios autores investigaron la comorbilidad entre abuso de alcohol y el T.A. (Evans et als 1992, Higuchi et als 1993, Ann Goebel et als 1995, Nival Piran et als 2007, Michie Hesselbrock et als 1997). Este último grupo, en una revisión encontraron que el alcoholismo de la mujer es más probable que esté vinculado a la depresión antes que a trastornos de la alimentación, mientras que el alcoholismo de los hombres al trastorno de la personalidad antisocial. Higuchi et als (1993) estudiaron la prevalencia de los T.A. entre 336 mujeres y 3.256 varones japoneses alcohólicos en tratamiento hospitalario. Encontraron una acusada comorbilidad en mujeres jóvenes entre la bulimia nerviosa y el abuso y dependencia del alcohol. El 72% de las mujeres con trastornos alimentarios eran menores de 30 años de edad. Esa asociación no fue evidente en los hombres jóvenes. Casi todas las alcohólicas con trastornos de la alimentación habían desarrollado dicho proceso con anterioridad al abuso de alcohol. Los resultados sugerían que las mujeres con trastornos alimentarios, especialmente la bulimia nerviosa, tienen alto riesgo de convertirse en alcohólicas. En otro estudio (Evans et als.1992) se concluye que al menos el 16% de mujeres alcohólicas habían tenido un trastorno alimentario clínicamente diagnosticable.

### **Prevalencia y factor hereditario**

Respecto a la prevalencia familiar, Lilenfeld, Lisa et als (1997) evaluaron diagnósticos psiquiátricos comórbidos de familiares de primer grado de mujeres normales comparándolos con dos grupos: 1º) mujeres con bulimia nerviosa (BN) y dependencia de sustancias con comportamientos impulsivos, 2º) mujeres con anorexia nerviosa (AN) y dependencia de sustancias, concluyendo que los trastornos por uso de sustancias, la fobia social, los trastornos de pánico y los trastornos de la personalidad del grupo BN fueron significativamente más frecuentes entre los familiares de BN con dependencia de sustancias que los familiares normales y los de pacientes anoréxicas (AN).

En lo relativo al factor hereditario, en estudios con hijos de enfermos por trastorno de abuso de sustancias, Stern et als. (1992), partiendo de la prevalencia y el riesgo morboso concluyen que las mujeres adolescentes y adultas con anorexia no poseen muchos de los factores familiares que predisponen al desarrollo de trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

Molgaard (1989) examinaron los factores de riesgo en 40 pacientes con anorexia nerviosa estudiando la historia de los padres, antecedentes familiares de alcoholismo, antecedentes familiares de trastornos psicológicos, tamaño de la familia, y el orden de nacimiento comparando con 80 controles femeninos normales y 71 bulímicas femeninas (edad 15-31 años). Los resultados sugieren que el alcoholismo materno podría ser considerado posible factor de riesgo de anorexia nerviosa, y también, la asociación entre los trastornos alimentarios, anorexia nerviosa y prevalencia de alcoholismo entre padres de anoréxicos cuando se compara con el público en general.

### **Relación entre trastorno alimentario y el trastorno por uso/ abuso de sustancias (prevalencia y comorbilidad)**

Heid Nøkleby (2012) efectuó un metaestudio con 596 trabajos sobre prevalencia y comorbilidad de los trastornos por consumo de drogas y trastornos de conducta alimentaria. La prevalencia de los trastornos por consumo de drogas de por vida oscilaba entre el 8 y el 4,3%, en tanto que la prevalencia de los trastornos de alimentación en consumidores de drogas era un 14% concurrente y un 27,3% por vida. Los diagnósticos concomitantes más frecuentes solían ser los trastornos de anorexia / atracones-purgas, anorexia nerviosa y la asociación consumo de estimulantes / cannabis con la bulimia. El autor concluía que los porcentajes de prevalencia de trastornos alimentarios en sujetos con trastornos por consumo de drogas (y viceversa) son más altas que en la población general. Datos procedentes de otros estudios (Sussman, Steve1 et als.2011) refuerzan los hallazgos de Nøkleby.

Krug et als (2009) añaden en un estudio con 371 pacientes con T. A. que el abuso de sustancias de por vida parece ser más frecuente en pacientes con anorexia nerviosa con características bulímicas. Fabricius Langa y M. Wilson (1999) investigaron la tasa de prevalencia de consumidores de sustancias con trastornos psiquiátricos comórbidos en un centro de rehabilitación de Johannesburgo, encontrando que el 57,1% de los 419 internos tenía uno o más trastornos psiquiátricos coexistentes, junto al referido trastorno relacionado con sustancias. De los 239 con psicopatología psiquiátrica, 155 tenían un trastorno del estado de ánimo, 40 trastorno de ansiedad, 39 TDAH, 35 trastorno alimentario, 8 trastorno de conducta y 5 esquizofrenia.

En un interesante trabajo con gemelos, Baker et als (2010) analizaron la asociación entre trastornos de conducta alimentaria y trastornos por consumo de sustancias para lo que estudiaron 1.206 gemelos monocigóticos y 877 dizigóticos adultos, encontrando diferencias significativas entre la prevalencia de trastorno por uso de sustancias en mujeres con trastornos alimentarios. Las mujeres bulímicas recurrían significativamente a sustancias para amortiguar impulsos bulímicos. Las mujeres con anorexia pueden involucrarse en el consumo de sustancias

## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

inicialmente como facilitador para perder peso. Los resultados también sugieren factores familiares en la comorbilidad entre bulimia y trastorno por uso de sustancias.

En la población adolescente con dependencia química también hay mayor comorbilidad psiquiátrica, incluido el trastorno alimentario. En un estudio de Sterling y Weisner (2005), el 55% por ciento de los pacientes químico-dependientes tenían al menos un diagnóstico psiquiátrico, además del trastorno por uso de sustancias. Comparados con los controles, los adolescentes con dependencia química tenían tasas más altas de depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno de conducta incluyendo trastorno de oposición desafiante. Joel Westermeyer et als, (1994) en un estudio con 100 adolescentes entre 14 y 24 años concluía que los T.A. se producían entre los adolescentes mayores.

### **Impacto sociosanitario de los trastornos alimentarios**

El estudio GBD-2010 (Global Burden of Disease) (Carga Global de Enfermedades, Traumatismos y Factores de Riesgo) efectúa una estimación de la carga de morbilidad atribuible a trastornos mentales y abuso de sustancias en función de tres elementos de estudio: 1) la discapacidad "años de vida ajustados" 2) Los años de vida perdidos por "mortalidad prematura" y 3) Los años vividos con "discapacidad". En 2010, los trastornos por uso de sustancias eran la principal causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo, los trastornos depresivos representaron el 40,5%, los trastornos de ansiedad el 14,6%, los trastornos por consumo de drogas ilegales el 10,9%, los trastornos por consumo de alcohol el 9,6%, la esquizofrenia el 7,4%, el trastorno bipolar el 7,0% y los trastornos de la alimentación el 1,2%.

## **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS DE TRABAJO**

### **Hipótesis de trabajo**

La hipótesis principal estriba en la correlación bidireccional entre drogodependencias y trastorno alimentario en el sentido de que las personas drogodependientes pueden desarrollar trastornos alimentarios –principalmente anorexia y bulimia- como efecto colateral (efecto anorexígeno de las sustancias, tipo de vida llevado, etc.). A la recíproca, es frecuente que personas anoréxicas no solo recurran al consumo de sustancias, sino que tengan un elevado potencial de desarrollo de drogodependencia por dicha razón.

Hipótesis secundarias son la esperable mayor frecuencia del trastorno en mujeres (o si se prefiere la menor tasa de prevalencia en varones). Otras hipótesis -fruto de la observación- es la presencia de episodios y/o períodos de bulimia y/o anorexia, incluso atracones transitorios en el devenir del adicto que no acaban desarrollando trastorno alimentario posterior pero que pasan por etapas, a veces largas, de descompensación alimentaria.

# DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

## Objetivos

El objetivo principal es investigar la relación entre trastorno de alimentación y dependencia de drogas. Otros objetivos son investigar qué tipo de sustancias y qué modalidad de trastorno alimentario tienen mayor presencia clínica y qué tipo de correlación establecen. Asimismo se pretenden cualificar elementos psicológicos asociados (recogidos en el instrumento evaluativo) tales como la conciencia interoceptiva, el miedo a madurar, la desconfianza interpersonal, la insatisfacción corporal, el perfeccionismo y la baja autoestima.

## METODOLOGÍA

### Muestra

La población seleccionada durante los dos últimos años en dispositivos asistenciales de la Fundación Instituto Spiral la constituían 372 sujetos (109 mujeres y 263 hombres) diagnosticados de dependencia de sustancias y/o alcohol que hubieran sido evaluados clínica y psicométricamente con los instrumentos de evaluación descritos en el siguiente epígrafe (criterio de inclusión). Se excluyeron pacientes que no hubieran sido evaluados o que por sus circunstancias personales no fuese fiable dicha evaluación.

### Instrumentos de evaluación

Los elementos/ instrumento de investigación considerados son:

1. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** para lo cual se considera el diagnóstico preingreso de trastorno de alimentación y/o la detección intraprograma de comportamiento bulímico, anoréxico y atracones criterios siguiendo criterios CIE 10 (ver primeros párrafos de la introducción), además de otros parámetros médicos como el índice IMC o de Quebelec.
2. **INVENTARIO EDI:** aplicación del inventario de trastornos de alimentación EDI (Eating Disorder Inventory de D.M. Garner, M. P. Olmsted, J. Polivy) al menos en dos ocasiones a todos los pacientes y más veces a los que padecen T.A.

### Análisis de datos

Se han efectuado análisis descriptivos básicos (distribución de frecuencias, medias y desviaciones típicas, etc.) con especial interés en el análisis de los percentiles. Dado nuestro interés investigador en los valores indicativos de trastorno alimentario, se establecen tablas descriptivas con variables sociodemográficas, fundamentalmente género, franjas de edad significativas para el estudio y tipo de adicción, aplicando la  $\chi^2$  de Pearson para determinar las diferencias significativas en función del sexo y tipo de adicción en tratamiento, además de un análisis de diferencias de medias mediante la prueba T para dos muestras independientes respecto a los niveles de afección hallados en el diagnóstico preingreso de trastorno de



## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

alimentación y/o detección intraprograma de comportamiento bulímico y/o anoréxico. Los datos se analizaron mediante paquete estadístico SPSS.21.0.

### RESULTADOS

#### Descripción sociodemográfica abreviada

Se estudiaron un total de 372 pacientes con 122 (33%) mujeres y 250 (67%) varones, situándose la media de edad en 40,1 años (40,7 hombres y 39,8 mujeres). Ver en gráfica 1 la comparativa sexo/ rango de edad

Estado civil: de la muestra total, un 20,70% están casados/as o con pareja, un 21,77% separados/as, un 56,18% solteros/as y un 1,34% viudos/as.

La sustancia principal que motivaba el ingreso era el alcohol con un 34,98%, seguido de la cocaína con el 24,63 %, mientras un 6,9% consumían alcohol y cocaína y un 33,5% otras sustancias.

Trastorno psicopatológico asociado: El 62% padecen algún tipo de trastorno psicopatológico (asociado o no al consumo de sustancias). Las mujeres un 77,9% y los varones un 56%.

Nivel de estudios: Destacamos que el 48,7% han abandonado los estudio entre secundaria y bachiller y solo un 8% han llegado a realizar estudios universitarios. Estos datos son similares en varones y mujeres.

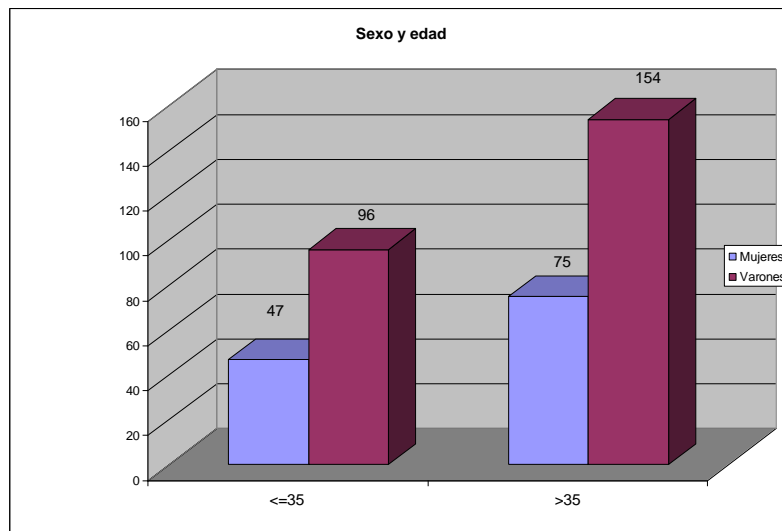
Nivel socioeconómico: Un 52,6% de la muestra tiene nivel socioeconómico medio (datos similares en varones y mujeres)

#### Sexo vs. Rango de edad

Debido a que la mayoría de estudios señalan que las personas más jóvenes son más vulnerables, hemos dividido la muestra en dos franjas: menor y mayor de 35 años a efectos comparativos. De 122 mujeres, 47 son menores de 35 años y 75 mayores de 35 años. De 250 varones, 96 son menores de 35 años y 154 mayores de 35 años. (Ver gráfica 1)

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

Gráfica 1: sexo y rango de edad

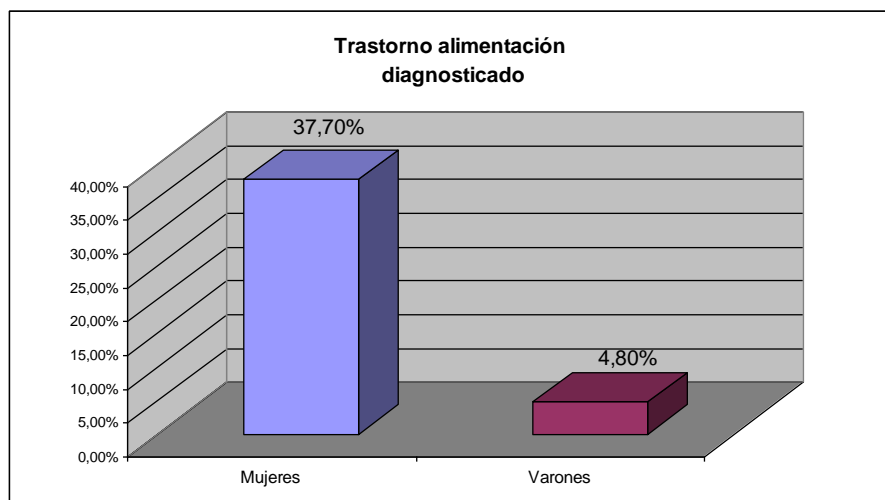


### Diagnóstico clínico de trastorno alimentario

Del total de 122 mujeres, 46 (37,7%) tienen diagnóstico de trastorno alimentario. Sin embargo, de los 250 varones, apenas 12 (4,8%) poseían dicho diagnóstico. Estos datos confirman la hipótesis de que dicho trastorno es mucho más frecuente entre las mujeres. (Gráfica 2). En definitiva tenemos los siguientes grupos de estudios

- Muestra total: 372 pacientes de los cuales 122 (33%) son mujeres y 250 (67%) varones.
- Muestra clínica: 58 pacientes de los cuales 46 (37,7%) son mujeres, y 12 (4,8%) varones. (Por contraste la muestra no clínica sería la resta de la muestra total menos la muestra clínica)

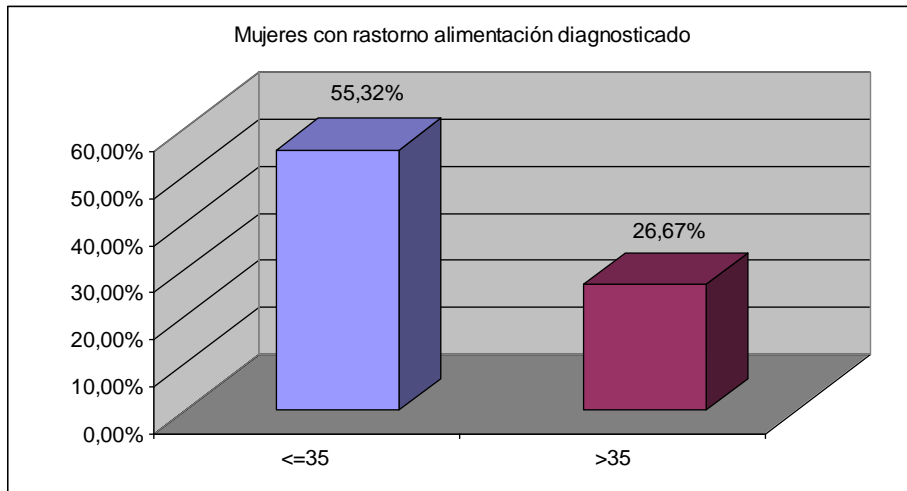
Gráfica 2: sexo y diagnóstico de trastorno alimentario



Para verificar la tesis de que el trastorno alimentario (T.A.) es más frecuente en mujeres jóvenes se comprobó que de las 47 mujeres menores de 35 años, 26 (55,32%) tienen diagnóstico positivo de T.A. De las 75 mujeres mayores de 35 años, únicamente 20 (26,67%) tienen diagnóstico positivo de T.A, lo cual confirma nuestras presunciones (Gráfica 3).

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

Gráfica 3: mujeres con trastorno alimentario mayores y menores de 35 años



### Estudio inventario alimentación (EDI)

El inventario EDI evalúa rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Consta de 64 ítems que agrupan 8 subescalas: Impulso a la delgadez. Sintomatología bulímica. Insatisfacción corporal. Inefectividad y baja autoestima. Perfeccionismo. Desconfianza interpersonal. Conciencia interoceptiva. Miedo a madurar. En la tabla 1 encontramos la correlación de las subescalas EDI entre las muestras total y clínica. En color rojo se señalan las subescalas no significativas.

Tabla1: correlaciones entre muestras total y clínica respecto a subescalas EDI

Factores/ percentil		Diagnóstico
DELGADEZ 13,80	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,376** ,000
BULIMIA 4,99	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,250** ,000
INSATISFACIÓN 7,17	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,211** ,001
INEFECTIVIDAD 13,21	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,248** ,000
PERFECCIONISMO 8,29	Correlación de Pearson	,098 ,143
DESCONFIANZA 7,17	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,019 ,781
CONCIENCIA 12,12	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,259** ,000
MIEDO A MADURAR 8,81	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,103 ,124
N		372

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

Se ha aplicado el EDI a toda la muestra, diferenciando los resultados por franjas de edad y sexo. Los grupos de estudio son los siguientes:

1. Población adicta en general (muestra total), para determinar la prevalencia del T.A. en drogodependientes mediante los factores del EDI
2. Población adicta con trastorno alimentario diagnosticado (muestra clínica), comparada con adictos no diagnosticados de T.A. (muestra no clínica)

### VALORES EDI EN POBLACIÓN ADICTA EN GENERAL

De todas las correlaciones posibles hemos elegido las diferencias de género y las diferencias de edad (solo en mujeres) porque otros datos, por ejemplo consumo de diferentes sustancias, diferencias de edad en varones, etc. no aportaban datos relevantes y algunos factores además tenían escasa significatividad. (Ver tablas 1 y 2)

#### 1. Diferencias de género

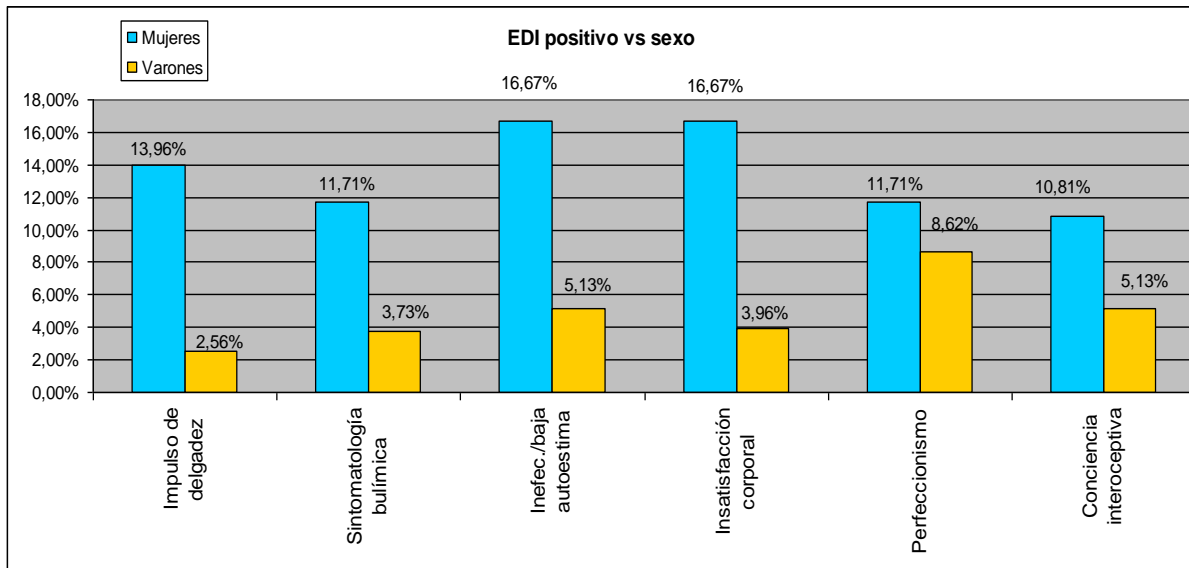
En la tabla 2 y gráficas posteriores encontramos los valores porcentuales que superan el percentil EDI. En color rojo destacamos los valores no significativos (desconfianza interpersonal y miedo a madurar) que se omiten en la gráfica 4. Las cifras globales superan la media de la población normal. Es decir, los drogodependientes en general tienden más a los T.A. que la población general. Observamos las notables diferencias de género; las mujeres puntúan mucho más alto que los varones en todos los factores. Destacamos la insatisfacción corporal y la ineffectividad y baja autoestima, ambos con más del 16%. El impulso a la delgadez es mucho mayor en mujeres que en varones y llega casi al 14% (por un 2,56% en el varón). (Ver tabla 2 y gráfica 4)

Tabla2: Factores EDI según sexo en la muestra total (% de superación de percentil)

Sexo	Inefect							
	Impulso delgadez	Sint. bulímica	.baja auto estima	Insatisfacc i. corporal	Perfeccionismo	Desconfian. interpersonal	Concienc. interocept	Miedo a madurar
Mujeres	13,96%	11,71%	16,67%	16,67%	11,71%	17,12%	10,81%	27,03%
Varones	2,56%	3,73%	5,13%	3,96%	8,62%	16,55%	5,13%	25,87%

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

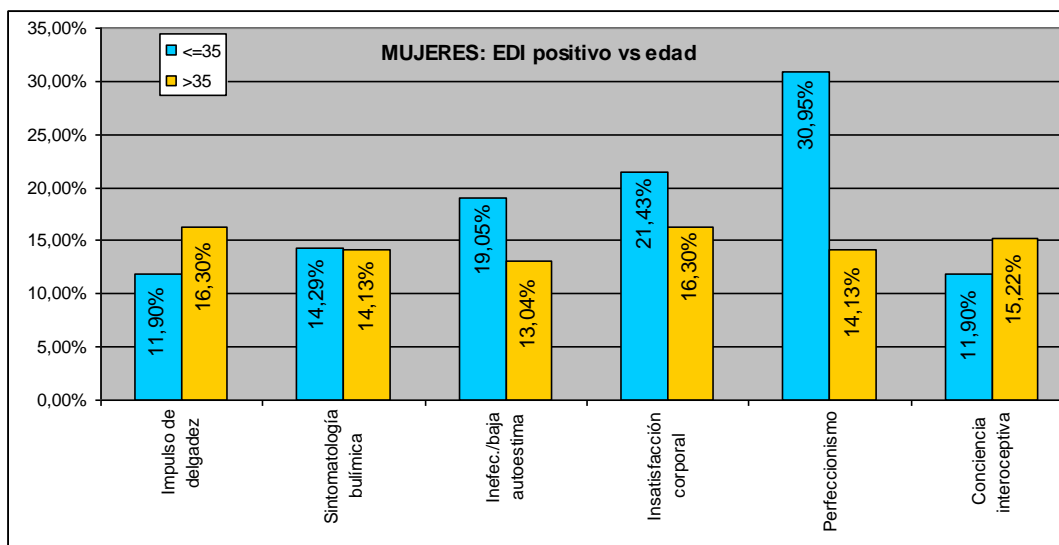
Gráfica 4: Comparativa factores EDI según sexo en la muestra total



### 2. Diferencias de edad en las mujeres drogodependientes en general

Como pudimos comprobar en la introducción, la edad es un factor determinante en Iso T.A. en general. En la gráfica 5 podemos comprobar que en las mujeres adictas en general, los factores son un tanto desiguales. Las menores de 35 años puntúan mucho más alto en perfeccionismo (31% vs. 14%) y algo más en baja autoestima e insatisfacción corporal. Sin embargo las mayores de 35 años puntúan más alto en impulso a la delgadez y conciencia interoceptiva.

Gráfica 5: Comparativa factores EDI en muestra total de mujeres drogodependientes según edad



## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

### VALORES EDI COMPARANDO DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO ALIMENTARIO VS. SIN TRASTORNO ALIMENTARIO (muestra clínica vs. muestra no clínica)

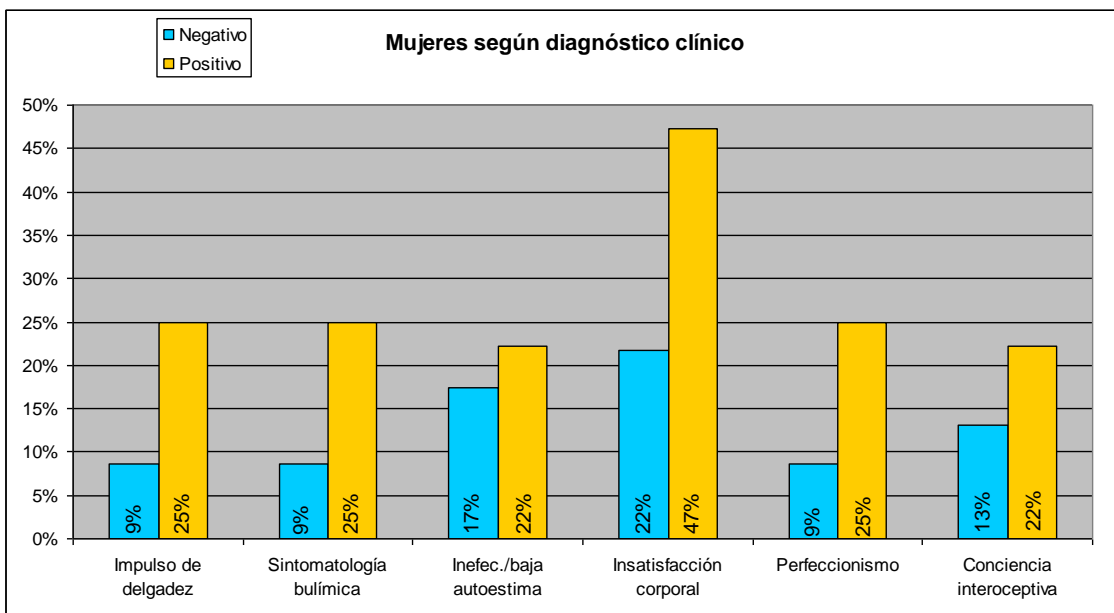
Nos centraremos en la subpoblación de mujeres por razones ya explicadas en el primer párrafo de este apartado.

#### 1. Diferencias EDI en mujeres adictas con diagnóstico positivo o negativo de trastorno alimentario (muestra clínica vs. muestra no clínica)

Se pretende verificar la sensibilidad del Inventario EDI dentro de la subpoblación adicta, habiendo verificado en el anterior apartado que esta población obtiene puntuaciones más elevadas que la población general (mujeres no adictas).

En la gráfica 5 comprobamos que los datos son contundentes en todos los factores siempre con puntuaciones más altas para las que padecen trastorno alimentario. En algunos casos llegando casi a triplicar las puntuaciones de las que no lo padecen (impulso a la delgadez y bulimia). Destaca la elevada puntuación de la insatisfacción corporal (47%).

Gráfica 5: Comparativa factores EDI en mujeres adictas con / sin trastorno alimentario

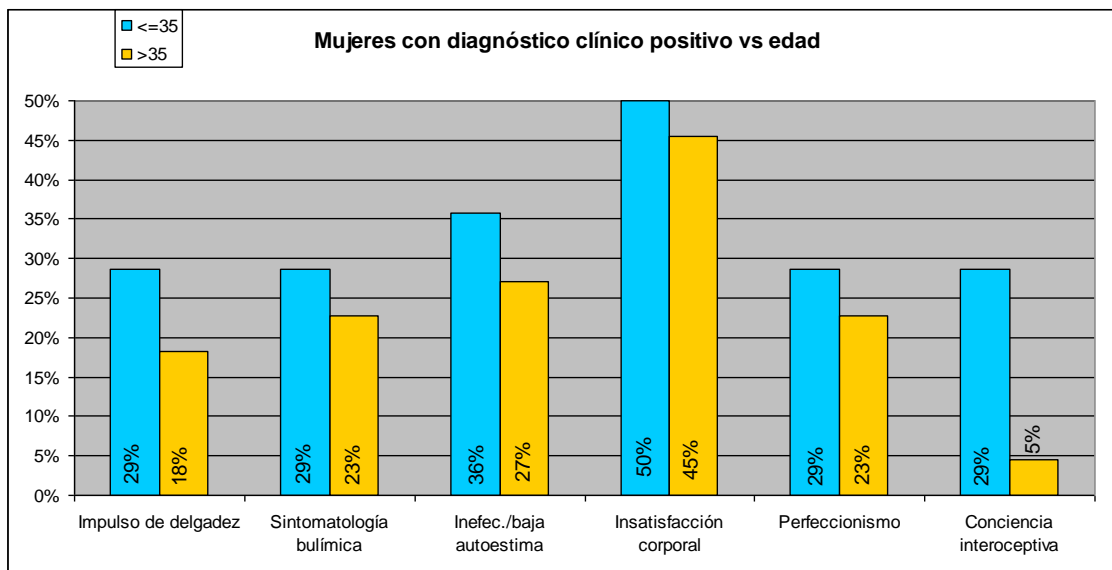


#### 2. Diferencias EDI según edad en mujeres diagnosticadas de trastorno alimentario:

En la gráfica 6 podemos apreciar las puntuaciones notablemente más altas de las mujeres menores de 35 años en todos los factores, destacando las diferencias en los factores como el "impulso a la delgadez" (29% vs.18%) y sobretodo la "conciencia ineroceptiva" (29% vs.5%).

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

Gráfica 6: Comparativa factores EDI en mujeres adictas con / sin trastorno alimentario



### CONCLUSIONES

Las hipótesis se confirman holgadamente: hay correlación entre drogodependencias y trastorno alimentario, y la frecuencia es mucho más elevada en mujeres (37,7% frente a 4,8 en varones)

También se confirman hallazgos no hipotéticos como la correlación entre edad y T.A. La franja de edad más joven tiene una mayor frecuencia de trastorno: 55,3% menores de 35 años frente a 26,6% mayores de dicha edad (datos referidos a las mujeres).

Las sustancias de abuso que tienen mayor correlación con el trastorno alimentario son la cocaína, el alcohol y la asociación de ambos a gran distancia de las demás drogas.

Las modalidades de trastorno alimentario más frecuentes son la bulimia, la anorexia nerviosa y en menor magnitud los atracones.

En el estudio EDI, de los ocho factores solo dos (desconfianza interpersonal y miedo a madurar) no fueron significativos:

En la muestra total (todos los adictos, con o sin T.A.) encontramos definitivas diferencias donde las mujeres puntúan mucho más alto que los varones en todos los factores, sobre todo el factor impulso a la delgadez. También la baja autoestima y la insatisfacción corporal son marcadamente más altas en la mujer.

Las diferencias de edad en dicha muestra ofrecen cifras desiguales. Mientras las mujeres menores de 35 años puntúan más alto en perfeccionismo, baja autoestima e insatisfacción corporal; las mayores de 35 años puntúan más alto en impulso a la delgadez y conciencia interoceptiva.

## **DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO**

En la muestra clínica (adictos, con T.A.) los datos son rotundos en todos los factores siempre con puntuaciones más altas para las que padecen trastorno alimentario.

Las diferencias de edad, en contraste con la muestra total, proporciona puntuaciones siempre más altas en el subgrupo de mujeres menores de 35 años en todos los factores.

En conclusión, el inventario EDI parece útil para diagnosticar T.A. y cualificar factores dentro de la población clínica. Otros estudios confirman lo anterior (Milos G1, Spindler A, Schnyder U., 2004. Segura-García et als.,2015). En todo caso la sensibilidad del EDI es mayor en población diana que en la general.

### **DISCUSIÓN**

Asimismo resaltamos la notable proporción de personas que “adquieren” el trastorno alimentario tras instalarse en la drogodependencia. Recordemos, además que estas personas son resistentes al tratamiento llegando incluso a abandonarlo con frecuencia (sobre todo cuando el trastorno alimentario se torna recalcitrante), lo que clama por la preparación tanto de los profesionales como de los programas terapéuticos para prevenir y abordar esta nociva contingencia. Muchos son los autores que respaldan lo expuesto. Por ejemplo Victoria Ho et als., 2011; G. Wilson et als., 1999; Warren et als., 2013, abundan en la misma necesidad sugiriendo que los programas de tratamiento de abuso de sustancias deben tener en cuenta y abordar las preocupaciones relacionadas con el peso en pacientes con insatisfacción corporal, dieta restrictiva, síntomas bulímicos e internalización de figura delgada como ideal. Dennis y Pryor (2014) afirman que, dadas las altas tasas de co-ocurrencia y la compleja naturaleza de estos trastornos, es sorprendente observar que la mayoría de expertos en adicciones y programas de tratamiento no han incorporado protocolos para los trastornos alimentarios en sus prácticas. Del mismo modo, la mayoría de los especialistas en trastornos alimentarios no están entrenados adecuadamente en el tratamiento de los trastornos por uso y abuso de sustancias.

En síntesis, tanto los profesionales de las adicciones, como los que tratan trastornos de conducta alimentaria deben conocer en mucha mayor profundidad los respectivos trastornos y sobre todo su correlación morbosa, y como un proceso maligniza al otro interfiriéndolo de forma rápida y calamitosa.

Esperamos haber contribuido (al menos modestamente) con el presente trabajo a la información y concienciación del problema a los profesionales de ámbos ámbitos.

*Madrid y Oviedo noviembre de 2015*



## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (2014) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 5th Edn) American Psychiatric Association, Arlington, VA, United States. p. 329-355
2. Baker, J. H.; Mitchell, K. S.; Neale, M. C.; Kendler, K. S. (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), 648-658. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20856>
3. Ball, K.; Farrell, M.; Wodak, A.; Saunders, J. B.; Kopelman, M. D.; Glass, I. B.; Swadi, H. (1991). Health risks and the addictions. *The international handbook of addiction behaviour*. (pp. 115-178). Tavistock/Routledge, New York, NY. <http://search.proquest.com/docview/618060129?accountid=14702>
4. Claes, L.; Willem, L.; Bijttebier, P.; Sools, J.; Vandenbussche, I.; Wonderlich, S.; Mitchell, J. E. (2012). Non-suicidal self-injury in adolescents with substance abuse/dependence: Associations with indirect self-harm and temperament Nova Science Publishers, Hauppauge, NY. <http://search.proquest.com/docview/1027510025?accountid=14702>
5. Cohen, L. R.; Greenfield, S. F.; Gordon, S.; Killeen, T.; Jiang, H.; Zhang, Y.; Hien, D. (2010). Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 19(3), 245-251. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00038.x>
6. Cuijpers, P.; Langendoen, Y.; Bijl, R. V. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: Prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction*, 94(10), 1489-1498. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941014895.x>
7. Czarlinski, J. A.; Aase, D. M.; Jason, L. A. (2012). Eating disorders, normative eating self efficacy and body image self efficacy: Women in recovery homes. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 190-195. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/erv.1116>.
8. Davis, C. (2009). Binge eating disorder: An addiction perspective. *Directions in Psychiatry*, 29(3), 177-188. <http://search.proquest.com/docview/921294492?accountid=14702>
9. Deep, A. L.; Lilienfeld, L. R.; Plotnicov, K. H.; Pollice, C.; Kaye, W. H. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 1-10. <http://search.proquest.com/docview/619382076?accountid=14702>

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

10. Dennis, A. B.; Pryor, T. (2014). Introduction to eating disorders for substance abuse specialists Springer-Verlag Publishing, New York, NY.  
<http://search.proquest.com/docview/1687055083?accountid=14702>
11. Dooley-Hash, S.; Banker, J. D.; Walton, M. A.; Ginsburg, Y.; Cunningham, R. M. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14-20 years. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 883-890. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.22026>
12. Duncan, A. E. (2007). Eating disorders: Psychiatric comorbidity and nosology (AAI3237404). Available from PsycINFO. (622010423; 2007-99008-377). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/622010423?accountid=14702>
13. Duncan, A. E.; Bucholz, K. K.; Neuman, R. J.; Agrawal, A.; Madden, P. A. F.; Heath, A. C. (2007). Clustering of eating disorder symptoms in a general population female twin sample: A latent class analysis. *Psychological Medicine*, 37(8), 1097-1107. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707000505>
14. Evans, C.; Lacey, J. H. (1992). Multiple self-damaging behaviour among alcoholic women: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 643-647. <http://search.proquest.com/docview/618279350?accountid=14702>
15. Fabricius, V.; Langa, M.; Wilson, K. (2008). An exploratory investigation of co-occurring substance-related and 99 psychiatric disorders. *Journal of Substance use*, 13(2), 99-114. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14659890701680877>
16. Gadalla, T. M. (2008). Psychiatric comorbidity in eating disorders: A comparison of men and women. *Journal of Men's Health*, 5(3), 209-217. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jomh.2008.06.033>
17. Gadalla, T.; Piran, N. (2007). Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: A national study. *Eat Disord.*;15:189-203.
18. Gilchrist, G.; Gruer, L.; Atkinson, J. (2007). Predictors of neurotic symptom severity among female drug users in Glasgow, Scotland. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 14(4), 347-365. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/09687630601062941>
19. Goebel, A. E.; Scheibe, K. E.; Grahling, S. C.; Striegel-Moore, R. (1995). Disordered eating in female alcohol-dependent inpatients: Prevalence and associated psychopathology. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 3(1), 37-46. <http://search.proquest.com/docview/618930004?accountid=14702>

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

20. Godart, N.; Berthoz, S.; Rein, Z.; Perdereau, F.; Lang, F.; Venisse, J.L.; et al. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord.*;39(8):772-8.
21. Godt, K. (2008) Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.*;16(2):94-9.
22. Halmi, K.A.; Tozzi, F.; Thornton, L.M.; Crow, S.; Fichter, M.M.; Kaplan, A.S.; et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord.*;38(4):371-4.
23. Herzog, D.B.; Franko, D.L.; Dorer, D.J.; Keel, P.K.; Jackson, S.; Manzo M.P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.*;39(5):364-8.
24. Hesselbrock, M. N.; Hesselbrock, V. M. (1997). Gender, alcoholism, and psychiatric comorbidity. *Gender and alcohol: Individual and social perspectives.* (pp. 49-71) Rutgers Center of Alcohol Studies, Piscataway, NJ.  
<http://search.proquest.com/docview/619149157?accountid=14702>
25. Higuchi, S.; Suzuki, K.; Yamada, K.; Parrish, K.; Kono, H. (1993). Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course: A study from Japan. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 403-406.  
<http://search.proquest.com/docview/618333048?accountid=14702>
26. Ho, V.; Arbour, S.; Hambley, J. M. (2011). Eating disorders and addiction: Comparing eating disorder treatment outcomes among clients with and without comorbid substance use disorder. *Journal of Addictions Nursing*, 22(3), 130-137. doi:  
<http://dx.doi.org/10.3109/10884602.2011.585721>
27. Holderness, C.; Brooks-Gunn, J.; Warren, M. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord.*;16(1):1-34
28. Kimura, M.; Miyakawa, T.; Matsushita, S.; So, M.; Higuchi, S. (2011). Gender differences in the effects of ADH1B and ALDH2 polymorphisms on alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(11), 1923-1927. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01543.x>
29. Krug, I.; Pinheiro, A. P.; Bulik, C.; Jiménez-Murcia, S.; Granero, R.; Penelo, E.; 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(1), 82-87. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01908.x>

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

30. Lavender, A.; Shubert, I.; de Silva P.; Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *Br J Clin Psychol.*;45(Pt 3):331-42.
31. Lilienfeld, L. R.; Kaye, W. H.; Greeno, C. G.; Merikangas, K. R.; Plotnicov, K.; Pollice, C.; Nagy, L. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: Effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 253-264.  
<http://search.proquest.com/docview/619105180?accountid=14702>
32. Milos G1, Spindler A, Schnyder U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry*. 2004 Mar;49(3):179-84
33. Mitchell, J. E.; Redlin, J.; Wonderlich, S.; Crosby, R.; Faber, R.; Miltenberger, R.; Lancaster, K. (2002). The relationship between compulsive buying and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 107-111. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.10053>
34. Molgaard, C. A.; Chambers, C. M.; Golbeck, A. L.; Elder, J. P.; Ferguson, J. (1989). Maternal alcoholism and anorexia nervosa: A possible association? *International Journal of the Addictions*, 24(2), 167-173.  
<http://search.proquest.com/docview/617709589?accountid=14702>
35. Nøkleby, H. (2012). Comorbid drug use disorders and eating disorders—A review of prevalence studies. *NAT Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*, 29(3), 303-314. doi:<http://dx.doi.org/10.2478/v10199-012-0024-9>
36. Piran, N.; Gadalla, T. (2007). Eating disorders and substance abuse in canadian women: A national study. *Addiction*, 102(1), 105-113. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01633.x>
37. Plant, M.; Miller, P.; Plant, M. (2005). The relationship between alcohol consumption and problem behaviours: Gender differences among british adults. *Journal of Substance use*, 10(1), 22-30. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/1465989042000271282>
38. Rand, C. S.; Lawlor, B. A.; Kuldau, J. M. (1986). Patterns of food and alcohol consumption in a group of bulimic women. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 5(2-3), 95-104. <http://search.proquest.com/docview/617311037?accountid=14702>
39. Segura-García; Aloj; Rania; Ciambrone; Palmieri; Pugliese; Ruiz Moruno; De Fazio. (2015). Ability of EDI-2 and EDI-3 to correctly identify patients and subjects at risk for eating disorders. *Eat Behav*: 2015 Jul 2;19:20-23. doi: [10.1016/j.eatbeh](http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh).
40. Sterling, S.; Weisner, C. (2005). Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: Implications for outcomes: Erratum. *Alcoholism*:

## DROGODEPENDENCIA Y TRASTORNO ALIMENTARIO

Clinical and Experimental Research, 29(10), 1914.  
<http://search.proquest.com/docview/620984027?accountid=14702>

41. Stern, S. L.; Dixon, K. N.; Sansone, R. A.; Lake, M. D.; Nemzer, E.; Jones, D. (1992). Psychoactive substance use disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3), 207-212.  
<http://search.proquest.com/docview/618163742?accountid=14702>
42. Sussman, S.; Lisha, N.; Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions*, 34(1), 3-56. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0163278710380124>
43. Swinbourne, J.M.; Touyz, S.W. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. (2007) *Eur Eat Disord Rev.*;15(4):253-74.
44. Warren, C. S.; Lindsay, A. R.; White, E. K.; Claudat, K.; Velasquez, S. C. (2013). Weight-related concerns related to drug use for women in substance abuse treatment: Prevalence and relationships with eating pathology. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 494-501. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.222>
45. Wells, J. E.; Browne, M. A. O.; Scott, K. M.; McGee, M. A.; Baxter, J.; Kokaua, J. (2006). Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in te rau hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(10), 845-854. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01903.x>
46. Westermeyer, J.; Specker, S.; Neider, J.; Lingenfelter, M. A. (1994). Substance abuse and associated psychiatric disorder among 100 adolescents. *Journal of Addictive Diseases*, 13(1), 67-89. <http://search.proquest.com/docview/618492231?accountid=14702>
47. Whiteford, H. A.; Degenhardt, L.; Rehm, J.; Baxter, A. J.; Ferrari, A. J.; Erskine, H. E.; Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
48. Williams, K. (1993). Alcoholics with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 834-835. <http://search.proquest.com/docview/618469814?accountid=14702>
49. Wilson, G. T. (1999). Eating disorders and addiction. *Drugs & Society*, 15(1-2), 87-101. <http://search.proquest.com/docview/619453930?accountid=14702>