

BULIMIA NERVIOSA

1. INTRODUCCIÓN

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que afecta principalmente a mujeres jóvenes, de nivel cultural medio o alto.

Descrita inicialmente entre universitarias, actualmente el patrón tiende a modificarse, apareciendo a edades más tempranas y por lo tanto puede observarse en los institutos de secundaria, afectando al alumnado de E.S.O. o Bachillerato, aunque su incidencia es mayor en el alumnado de ciclos formativos superiores.

La importancia y las repercusiones de la enfermedad en nuestro alumnado, además de los graves problemas de salud asociados, consisten principalmente en los problemas de convivencia en el aula, por la marcada conducta antisocial que en numerosas ocasiones presentan l@s enferm@s.

2. DEFINICIÓN

Etimológicamente la palabra deriva del griego a través del latín y significa “hambre de buey”. Consiste en la ingesta de forma recurrente y episódica de grandes cantidades de alimentos. Tras el episodio los pacientes suelen provocarse el vómito, usar laxantes o tomar diuréticos, en un intento de eliminar el exceso de calorías ingerido.

La enfermedad tiene un elevado componente psiquiátrico, manifestado por la sensación de que el patrón alimenticio es anormal, miedo a no poder parar de comer de forma voluntaria y a engordar y sensación depresiva al acabar el “atracción”.

3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La bulimia es una enfermedad descrita en la década de 1980 y que aún presenta muchas incógnitas en cuanto a su incidencia (número de casos nuevos de una enfermedad que existen en una población determinada, referidos en tanto por ciento; por mil o por cien mil individuos); prevalencia (número de casos totales de una enfermedad que afectan a una población, expresados igualmente en tanto por ciento; por mil o por cien mil individuos) y pronóstico, debido a la ausencia de criterios diagnósticos rigurosos y a la falta de estudios longitudinales fiables (estudio realizado a lo largo de varios años en una población para ver la evolución de una determinada enfermedad o factor de riesgo. Llamados también estudios de cohorte, frente a los estudios transversales o de corte que estudian dicho parámetro en un momento determinado).

Encuadrada como enfermedad psiquiátrica, los criterios DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition), que expondremos a continuación son los más utilizados.

- A** Presencia de atracones recurrentes caracterizados por
- Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad muy superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B** Conductas compensatorias inadecuadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de al menos tres meses.
- D** La autoevaluación que se realiza el paciente está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. Se debe especificar el tipo (ver más adelante).

Otros criterios utilizados son los ICD-10 (International Classification of Diseases), que pasaremos a describir:

A Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso mediante alguno de los siguientes mecanismos:

- Vómitos provocados.
- Abuso de laxantes.
- Períodos de ayuno.
- Consumo de fármacos anorexígenos (provocan la pérdida del apetito), diuréticos o extractos tiroideos (aumentan el metabolismo basal).

Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo sano. Con frecuencia, aunque no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos de meses o años.

Existen semejanzas con la anorexia, especialmente la variante purgativa de la misma, con el trastorno de conducta alimentaria no especificado y con el trastorno por atracón, entidades patológicas recogidas por la DMS-IV

4. TIPOS

4.1 Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

4.2 Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso,

pero no recurre de forma regular a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

5. EPIDEMIOLOGÍA

Si cumplimos los criterios diagnósticos de forma rígida, la prevalencia se sitúa entre el 1-3.8% en mujeres de edades comprendidas entre 15-29 años. Los varones suponen el 10-15% del total de los casos.

Las formas incompletas de la enfermedad que consisten en la ingesta esporádica de grandes cantidades de alimentos, toma de purgantes, laxantes o diuréticos, pueden afectar al 5-10% de las mujeres jóvenes.

La incidencia de la enfermedad ha aumentado en las décadas posteriores a su descripción, aunque actualmente parece haberse estabilizado, pero afecta a mujeres más jóvenes. (Clásicamente se hablaba de universitarias y ahora la enfermedad se detecta con relativa frecuencia en secundaria.)

La edad promedio del inicio de la sintomatología son los 18 años, aunque el diagnóstico suele realizarse pasados los 20 años.

Los estudios longitudinales (efectuados a lo largo de varios años siguiendo la evolución de la enfermedad en una determinada población) realizados hasta la fecha no son muy fiables, dado su relativamente reciente descripción y la ausencia de criterios diagnósticos rigurosos.

Por este motivo, la evolución y el pronóstico de la enfermedad son inciertos. Se ha pasado de considerarla la más grave de las enfermedades del grupo de los trastornos alimentarios (incluso más que la anorexia), por los trastornos electrolíticos y psiquiátricos asociados (incluido el suicidio), a una entidad de pronóstico mucho mejor. Probablemente esto sea debido a que al principio sólo se diagnosticaban los casos más graves de bulimia.

A pesar de su tardía descripción, la enfermedad no es algo de reciente aparición. Los banquetes romanos, seguidos de vómitos, son conocidos por todos. También aparecen descripciones muy detalladas de la enfermedad en algunas hagiografías (biografías de santos cristianos). Concretamente en la de Santa Catalina de Siena, se explican los periodos de intenso ayuno y atracones que realizaba y se describe la caña que usaba para provocarse el vómito y las hierbas usadas como purgantes.

6. ETIOLOGÍA

Las causas de la enfermedad son múltiples

6.1 Factores genéticos

Suelen existir antecedentes de obesidad parenteral (paterna o materna) o del propio paciente en la infancia, en una proporción superior a lo esperado en la población general.

6.2 Predisposición cultural

La enfermedad es rara en países no occidentales. La incidencia aumentó en las décadas de 1980 y 1990, pero actualmente tiende a estabilizarse.

6.3 Predisposición social

La incidencia es más elevada en clases sociales medias-altas, incluso más que la anorexia nerviosa.

6.4 Trastorno en los neurotransmisores y controladores del apetito periféricos

Los más implicados parecen ser la serotonina, la colecistocinina, la insulina y la concentración sanguínea de algunas sustancias como la glucosa y determinados aminoácidos.

Una vez iniciada la enfermedad se produce un círculo retroalimentado que actúa de la siguiente forma:

El paciente comienza a realizar una dieta intensa para perder peso. La dieta perturba la secreción de neurotransmisores y sustancias periféricas como la colecistocinina, glucosa, insulina, etc. encargadas de regular los mecanismos del hambre y la saciedad.

Por este motivo el enfermo desarrolla hambre voraz que no se sacia porque los mecanismos centrales y periféricos encargados de dicha misión están alterados y acaba ingiriendo gran cantidad de alimentos.

El "atacón" provoca frustración, sentimientos de culpa y depresión y finaliza con vómitos, laxantes o diuréticos y nuevo período de ayuno.

7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

7.1 Forma de comienzo

El comienzo suele ocurrir, como se ha comentado, tras una dieta intensa sin que, en principio, la duración de la misma parezca tener demasiada importancia en la etiopatogenia de la enfermedad. Esta dieta altera los mecanismos centrales y periféricos de la saciedad y el paciente comienza los "atacones". El perfil del paciente suele ser una mujer, de 16 a 25 años, con estudios medios o superiores.

7.2 Duración de los "atacones"

La duración media de los mismos es de alrededor de 75 minutos. Suelen finalizar por la aparición de dolor, sueño o porque se ven interrumpidos por la aparición de otra persona.

La cantidad media de calorías ingeridas es de 3200, pero hay casos registrados de más de 30000.

7.3 Tipo de alimentos ingeridos

Los alimentos ingeridos pueden ser muy variados, pero prefieren dulces y alimentos con alto contenido calórico, de textura suave para que sean fácilmente ingeridos (chocolate, galletas, pasteles...)

7.4 Finalización del episodio

El atracón suele acabar con vómitos. Al principio son provocados por el propio paciente de forma mecánica, por manipulación de la úvula, con los dedos o el cepillo de dientes. Al final aprende a provocarlos de forma refleja.

7.5 Lesiones en el dorso de los dedos

Producidas por el roce de éstos con los incisivos superiores al vomitar (signo de Russell)

7.6 Forma de comer entre episodios

Comen de forma irregular y no suelen sentirse saciados al finalizar una comida normal.

Prefieren comer a solas, en lugares dónde no puedan ser observados.
Pueden alternar algunos períodos de ayuno, pero no son tan intensos como los observados en la anorexia

7.7 Peso corporal

La mayoría tienen un peso dentro de los límites de la normalidad, pero con oscilaciones, dependiendo de la fase (ayuno o atracones). Estas oscilaciones de peso son muy características de la enfermedad. Además con frecuencia han sido niñ@s obesos o han padecido anorexia nerviosa en la adolescencia.

7.8 Trastornos psiquiátricos

Están presentes en la práctica totalidad de los pacientes y son muy variados. A nivel académico son los más preocupantes, por la actitud antisocial, las reacciones imprevisibles, los cambios de humor, la cleptomanía...

- **Los síntomas depresivos** están presentes en la mayoría de los pacientes, incluso con intentos de suicidio.
- **Los períodos de atracón-ayuno** condicionan el estado de ánimo del paciente. Pasa alternativamente de la euforia, vida social intensa y gran actividad sexual a la depresión, abstinencia sexual, fuertes sentimientos de culpa y aislamiento social
- **Baja autoestima.** En general el concepto de sí mismos está muy influido por la imagen corporal. Por este motivo se culpan y entran en fase depresiva si aumentan de peso. A menudo buscan la aprobación de los demás y se someten a una durísima autocrítica. Es frecuente que se observen detenidamente y establezcan comparaciones con los demás.
- **La ansiedad** (sensación constante de un peligro inminente) y las conductas impulsivas-compulsivas son muy frecuentes (consisten en la repetición en la mente del enfermo, contra su voluntad, de una idea, pensamiento o necesidad de realizar cierta conducta, reconociendo que son absurdos, pero que nacen de sí mismo. A veces el enfermo realiza el acto pensado o un "ritual" que alivie momentáneamente la ansiedad).
- **Abuso de sustancias.** Las más frecuentes son alcohol y anfetaminas (usadas como anorexígenas por reducir la sensación de hambre).
- **Conducta alterada con respecto a los alimentos.** Pueden almacenar grandes cantidades de comida en sitios inverosímiles para tenerlas dispuestas para el momento del atracón.
- **Conductas delictivas,** especialmente cleptomanía. Comienza después del inicio de la enfermedad. Al principio suelen robar comida, pero pueden acabar robando ropa, joyas, etc. Los robos comienzan por lo general en tiendas y centros comerciales, pero acaban haciéndolos en casa y en clase, agravando los problemas de convivencia con el resto de los compañeros.
- **Preocupación excesiva por la comida.** Es fácil de detectar por el contenido de sus conversaciones (peso dietas, comida, calorías, terror a engordar, etc.)
- **Las relaciones** interpersonales son difíciles, por todo lo anteriormente comentado
- **Tras la comida suelen visitar el baño** para provocarse el vómito, usando todo tipo de trucos o excusas para justificar dicha visita, para no llamar la atención ni levantar sospechas.

7.9 Trastornos electrolíticos.

- El más frecuente es la **alcalosis hipopotasémica** (elevación del pH sanguíneo y descenso del potasio). El pH sanguíneo se eleva por encima de 7.42 por la pérdida de ClH del jugo gástrico. La disminución del potasio suele ser secundaria a deshidratación por vómitos y diarreas que pone en marcha el sistema de la aldosterona que reabsorbe sodio y elimina potasio en el riñón.
- Por el contrario si el paciente intenta controlar el peso mediante laxantes, en vez de vómitos, se producirá un descenso del pH por debajo de 7.38 y acidosis y disminución del Bicarbonato, por estar presente en la secreción pancreática e intestinal y eliminarse por lo tanto por las heces.
- Los trastornos electrolíticos se manifiestan con debilidad, bradipsiquia (enlentecimiento del pensamiento) y arritmias cardíacas que incluyen paro cardíaco.

7.10 Hipertrofia parotídea

Es más frecuente incluso que en la anorexia nerviosa. Ocurre junto a elevación de la amilasa (enzima encargada de la descomposición de los glúcidos complejos, que se encuentra en la saliva y el jugo pancreático).

Dicha elevación es un indicador bastante fiable de la presencia de vómitos. Si disminuyen los vómitos también lo hará la amilasa. Por lo tanto es muy útil en aquellos casos en los que el paciente niegue que se provoca el vómito.

7.11 Corrosión del esmalte dental

Origina caries y pérdida de piezas dentales por la corrosión por el ácido clorhídrico. Unido a la hipertrofia parotídea dan un aspecto característico y desagradable al enfermo.

7.12 Dilatación gástrica aguda

Es poco frecuente, pero si aparece es muy grave.

7.13 Desgarros esofágicos

Producidos por los esfuerzos al vomitar. Normalmente se localizan en la mucosa, pero pueden ser más profundos y originar hemorragias graves.

7.14 Miocardiopatía (enfermedad del músculo cardíaco).

Los inductores del vómito, y en particular el jarabe de ipecacuana, originan una miocardiopatía severa que provoca insuficiencia cardíaca congestiva, que lleva a la muerte a menos que se trasplante al paciente.

7.15 Elevación de las enzimas hepáticas

Indican daño celular en el hígado.

7.16 Colon irritable

Enfermedad que se caracteriza por hipersensibilidad del colon a los estímulos habituales. Suele manifestarse con dolor y diarrea. A veces también aparece megacolon.

7.17 Deshidratación

El origen es múltiple: vómitos, laxantes, diuréticos. Agrava los trastornos electrolíticos y del pH.

7.18 Dolores musculares y fatiga física

Probablemente debidos a los trastornos electrolíticos.

7.19 Disfonía con voz ronca

Es debida a la irritación faringo-laríngea por los vómitos.

7.20 Alteraciones del ciclo menstrual

Se manifiestan con ciclos irregulares. No suele haber amenorrea como ocurría en la anorexia nerviosa.

7.21 Predisposición al cáncer esofágico

Los vómitos repetidos predisponen a los tumores esofágicos por la irritación crónica producida por el ácido del jugo gástrico.

7.22 Pancreatitis

Aparecen con relativa frecuencia.

8. PRONÓSTICO

El pronóstico de la bulimia nerviosa ha mejorado desde 1980. Esto es debido más bien al diagnóstico correcto de la enfermedad que a una mejora en el tratamiento.

En la década de 1980 sólo se diagnosticaban los casos más graves de bulimia nerviosa, donde existía riesgo de suicidio, trastornos electrolíticos importantes o miocardiopatía por ipecacuana.

Actualmente el pronóstico es mucho mejor que en la anorexia nerviosa.

La mitad de los pacientes se recupera por completo al cabo de 10 años. Pero una cuarta parte persisten con síntomas de forma casi indefinida. La enfermedad no suele progresar a anorexia, más bien al contrario; la anorexia puede acabar en bulimia.

La muerte, si acontece, suele ocurrir por miocardiopatía producida por ipecacuana, alteraciones electrolíticas o incluso por el propio atracón que origina arritmias con los electrolitos normales. El riesgo de suicidio no es despreciable.

9. CONCLUSIONES

Los trastornos alimentarios en general y la bulimia nerviosa en particular, tienen importancia en Educación Secundaria por la elevada incidencia de los mismos en la edad de nuestro alumnado y porque además de los graves problemas de salud que originan pueden afectar al rendimiento académico y provocar serios problemas de convivencia con los demás compañeros en el aula.

Esto es debido al carácter antisocial de los enfermos de bulimia nerviosa, sus imprevisibles reacciones y cambios de humor (euforia-depresión), su aislamiento social, su cleptomanía y la necesidad de aprobación por parte de los demás.

10. BIBLIOGRAFÍA.

- Schmidt, U. (1996). *Aprender a comer: Un programa para bulímicos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Faiburn, C. (1996). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia, guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Aizpuru, A. (2005). *Anorexia, Bulimia y Comer Compulsivo*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Buckroyd, J. (1997). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Costin, C. (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación*. México: Editorial Diana.
- Varios. (1998). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson.
- Gordon, R. (1994). *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel Ciencia.