

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANOREXIA NERVIOSA – BULIMIA NERVIOSA

**CARRERA DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN
PSIQUIATRIA**

HITAL. DR. JOSE T. BORDA

DIRECTORA: PROF. DRA. AMELIA MUSACCHIO DE ZAN

AUTOR: OMAR ALBERTO CESTARO

INDICE

Introducción	Pág.	3
Desarrollo	Pág.	5
Discusión	Pág.	33
Conclusión	Pág.	35
Bibliografía	Pág.	36

INTRODUCCIÓN

Bajo el título de trastornos de la conducta alimentaria se agrupan una serie de alteraciones relacionadas con la actitud y el hábito de comer.

Dichas alteraciones se han clasificado de diferentes maneras, una de ellas es la clasificación basada clásicamente en criterios descriptivos, así se han diferenciado:

1-Trastornos cuantitativos que comprenderían las anomalías por exceso de ingesta (bulimia y potomanía) y por defecto (rechazo alimentario y anorexia).

2- Trastornos cualitativos o aberraciones alimentarias, que incluirían la pica o alotriofagia y el mericismo o rumiación.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV divide a los trastornos alimentarios en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa e incluye una categoría denominada, trastorno de la conducta alimentaria no especificado, para aquellos trastornos que no cumplen los criterios para algunos de los trastornos específicos.

Por último mencionaremos a la obesidad que si bien no está incluida en el DSM IV se trata de una condición médica de gran prevalencia y multideterminada etiopatogénicamente, con manifestaciones clínicas muy variadas que en ocasiones tienen valor psicopatológico.

En este trabajo se desarrollarán dos trastornos, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, dado el aumento significativo de incidencia y prevalencia de las mismas en los últimos años.

DESARROLLO

ANOREXIA NERVIOSA

HISTORIA

Datan de la edad media los primeros relatos de una enfermedad misteriosa, que transforma a la persona que la padece y que se caracteriza por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta.

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a R. Morton en el año 1694. Fue William Gull quien acuñó el término anorexia nerviosa en 1874. Casi simultáneamente Lasegue describe el cuadro bajo el nombre de anorexia histérica.

En 1914, Simmonds, patólogo alemán describió un caso de una paciente caquética a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción de la glándula pituitaria, y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simmonds) y anorexia nerviosa.

A partir de 1940 surgen las teorías de la causalidad psicológica influenciada por los conceptos psicoanalíticos que influyeron en los pensamientos psiquiátricos de la época.

H. Ey la clasificó entre los síndromes psicósomáticos bajo el nombre de anorexia mental.

En los últimos 40 años la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y

diferenciada, etapa en la cual fueron importante los escritos de Hilde Bruch.

EPIDEMIOLOGIA

Afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes entre los 10 y 30 años, la edad de inicio más frecuente es entre los 13 y los 20 años. También hay un 10% de los casos que corresponden al sexo masculino. El aumento de la incidencia en las dos últimas décadas ha sido notable.

Algunos autores remarcan una mayor incidencia en las clases sociales altas, posición no compartida por otros.

Se estima que la anorexia nerviosa se presenta en aproximadamente el 0.5 a 1% de mujeres jóvenes. Parece ser más frecuentes en países desarrollados y con mayor frecuencia en mujeres cuya profesión requiera estar delgadas.

ETIOPATOGENIA

La anorexia nerviosa es un trastorno de etiología multifactorial, en la cual están implicados factores biológicos, sociales y psicológicos.

Algunos autores han profundizado en el desarrollo de una concepción multifactorial señalando factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Entre los factores predisponentes se encuentran los individuales, familiares y socioculturales. Los factores individuales comprenden las alteraciones

cognitivas consistente en pensamiento concreto dicotómico egocéntrico y los trastornos psicopatológicos. Entre los factores familiares deben considerarse tanto la estructura y la dinámica familiar, como los aspectos genéticos. El modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchas pacientes se caracteriza por la sobreprotección, el alto nivel de aspiraciones, rigidez, tendencia a conflictos externos, implicación del niño en conflictos parentales, falla de reconocimientos de límites individuales, etc. Sigue en controversia la discusión sobre si estas características familiares son causa o consecuencia. La posible predisposición genética se encuentra aún hoy en discusión. En los últimos años diversos estudios han demostrado que algún polimorfismo del gen del receptor 5-HT_{2A} indica una susceptibilidad para la presentación de anorexia nerviosa restrictiva y no para la purgativa. Los factores socioculturales varían de una cultura a la otra y a lo largo del tiempo, en nuestra cultura están dados fundamentalmente por la valoración de lo estético y el culto a la imagen corporal.

Con respecto a los factores precipitantes está demostrado que no hay ningún precipitante único y también en muchos casos tampoco se puede identificar un precipitante particular. Pero se ha descrito como principal factor a la dieta restrictiva, en muchos casos se puede identificar una reacción depresiva. En ocasiones se inicia luego de situaciones de cambio a nivel familiar, escolar, enfermedades o acontecimientos vitales

objetivamente estresantes.

Dentro de los factores perpetuantes debe considerarse como fundamental las alteraciones psicopatológicas consecutivas a la desnutrición. Esta conlleva a la aparición de alteraciones psicopatológicas tales como sintomatología obsesiva compulsiva en relación a la comida, irritabilidad, labilidad emocional, pérdida de capacidad de concentración, depresión, introversión, todo esto fue denominado por algunos autores como síndrome de inanición.

CLINICA

Se presenta con más frecuencia en mujeres jóvenes, habitualmente sin patología psiquiátrica previa valorable y sin obesidad acusada, aunque no es infrecuente un ligero sobrepeso o una disconformidad con alguna parte del cuerpo.

Inicialmente aparece una conducta restrictiva espontánea y referida a determinadas comidas (hidratos de carbono y grasas).

En todos los pacientes aparece como síntoma característico el miedo intenso a ganar peso y convertirse en obesos, esto es una de las causas que constituyen la resistencia al tratamiento.

La mayoría de las conductas dirigidas a perder peso son realizadas en secreto por los pacientes. La pérdida de peso se produce por una reducción drástica de la ingesta a predominio de grasas e hidratos de carbono.

La pérdida de apetito suele ser rara en los inicios de la enfermedad, por lo que el término anorexia (an = sin, orexia = apetito) es inapropiado.

Generalmente los pacientes tienen mucho hambre y en los estadios avanzados pueden perder el apetito.

Los pacientes están constantemente pensando en la comida, leen libros de cocina, preparan recetas muy elaboradas para los demás, etc.

Algunos no pueden mantener por mucho tiempo esta dieta de hambre autoimpuesta y realizan atracones, estos suelen ocurrir secretamente y a menudo son nocturnos y pueden ser seguidos o no de alguna medida purgativa como vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicios extenuantes, etc.

Otros síntomas psiquiátricos que a menudo se observan en los pacientes anoréxicos son las conductas obsesivo compulsivas, depresión y ansiedad, tendencia a la rigidez, perfeccionismo y quejas somáticas especialmente gástricas.

La tasa de suicidio es menor en la anorexia de tipo compulsivo que en la de tipo restrictivo.

Generalmente el paciente no consulta en forma espontánea, es traído por algún familiar cuando la pérdida de peso es ostensible.

En estas circunstancias aparecen signos físicos como disminución marcada de tejido graso, deshidratación con piel seca y descamada, edemas,

color amarillento de piel y no de escleróticas (por el aumento de beta carotenos), cabello fino y quebradizo, lanugo, petequias y equimosis, afecciones dentales, hipertrofia parotídea, observamos también hipotermia, hipotensión, bradicardia, así como una variedad de cambios metabólicos tales como alcalosis metabólica, hipocloremia asociada con los vómitos, etc.

En las mujeres amenorrea y en los hombres pérdida del deseo sexual.

En estado de inanición se han observado cambios en el ECG como aplanamiento o inversión de onda T, depresión del ST y alargamiento del QT, debido a las alteraciones electrolíticas. De éstas la más importante es la hipokalemia que puede llevar a arritmias, paro cardíaco y muerte.

Alteración de la diuresis, alteraciones digestivas, estreñimiento, dolor abdominal, alteración de la función tiroidea. A nivel sanguíneo presenta anemia y leucopenia con el consiguiente aumento de las infecciones, osteoporosis, erosiones dentales provocadas por los vómitos, crisis epilépticas relacionadas con alteraciones metabólicas, neuropatías débiles, debilidad, trastornos cognoscitivos leves, etc.

El DSM IV identifica 2 tipos de anorexia nerviosa, el tipo restrictivo y el tipo compulsivo purgativo, en relación a la clínica predominante. Los pacientes del tipo restrictivo limitan al máximo la ingesta y los del tipo compulsivo purgativo realizan frecuentemente el ciclo atracón purga, estos últimos comparten muchas características con las personas que padecen de

bulimia nerviosa y se diferencian fundamentalmente en que las primeras tienen bajo peso y no así las bulímicas.

NEUROBIOLOGÍA

La detección, la absorción y el procesamiento de los alimentos generan factores de saciedad que intervienen en un mecanismo de retroalimentación negativa sobre el sistema nervioso central, que se caracteriza por la finalización de la ingesta alimentaria. Este fenómeno de integración de señales se efectúa principalmente en el núcleo paraventricular y en el núcleo arcuato del hipotálamo. Los neurotransmisores que producen una estimulación de las conductas alimentarias son el neuropéptido Y, la noradrenalina y las betaendorfinas, mientras que las que producen inhibición de dichas conductas son la hormona melanocitoestimulante, la hormona liberadora de corticotrofina y la serotonina como resultado de su acción a nivel central y la colecistoquinina, leptinas y citoquinas como resultado de su acción periférica.

Todo esto forma la denominada “cascada de saciedad”. Esta multiplicidad de sistemas involucrados permite garantizar un adecuado peso corporal.

En los trastornos alimentarios se producen alteraciones en todos estos sistemas, los cuales presentan la capacidad de poder revertir su modificación luego de la recuperación de un peso adecuado. De esta manera se sugiere que las alteraciones de los diferentes sistemas

neurobiológicos observados en la anorexia y la bulimia serían una consecuencia y no una causa de estado de malnutrición.

Sintetizando diremos que la disfunción básica de los desórdenes de la alimentación comprenden una alteración de la regulación de los mecanismos de ingesta y saciedad y desadaptación del circuito de retroalimentación cortico-límbico-hipotálamo-hipofisario.

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y PACIENTE

Podemos encontrar familias aglutinadas que dificultan el proceso de separación individuación de los hijos. Familia unida y sobreadaptada a las reglas sociales, interesada en la eficacia y el buen rendimiento de sus hijos, son familias que buscan y valoran el éxito.

Afectos desvalorizados, deficiencia en los vínculos primarios.

Madre con poca capacidad empática hacia sus hijos, dificultad para decodificar las necesidades de los hijos, sobrevaloración de lo estético y lo intelectual.

El padre generalmente está presente narcisísticamente, con gran sentimiento de autoorgullo.

El paciente anoréxico por lo general es dócil, obediente, muy autoexigido, inteligente (el 25% superior al promedio), exitosos en deportes y estudios, muy seguros de si mismo. Su autoestima está muy ligada al buen rendimiento, depende del orgullo de la madre hacia ellos.

Por lo general son pacientes introvertidos, tienen pocos amigos, muy apoyados en la madre y son descritos por ésta como los hijos ideales.

Desde un enfoque psicodinámico podríamos decir que la enfermedad por lo habitual aparece en “niñas buenas” que han gastado su vida tratando de complacer a sus progenitores, solo para volverse de pronto adolescentes empecinadas y negativistas. El cuerpo es experimentado casi siempre como separado del self, como si perteneciera a los padres.

Para Bruch el origen de la anorexia nerviosa se remonta a una falla en la relación entre el bebé y la madre. Específicamente la madre cría a la niña de acuerdo con sus propias necesidades más que con las de la niña. Cuando los mensajes iniciales de la niña no reciben respuestas confirmadoras y validantes, ésta no puede desarrollar un sentido sano del self. En cambio, la niña se experimenta a sí misma simplemente como una extensión de su madre.

Minuchín y col. describieron un patrón de engranamiento en las familias de las pacientes anoréxicas donde hay una ausencia general de límites generacionales y personales. El cuerpo suele ser percibido entonces como si fuera habitado por una madre mala introyectada y la inanición puede ser un intento para detener el crecimiento de ese objeto interno intrusivo y hostil.

Los deseos orales son tan inaceptables que deben ser tratados de manera

proyectiva. A través de la identificación proyectiva, la representación del self, glotona y demandante, es transferida a los progenitores. En respuesta a la negativa de la paciente a comer, los progenitores se vuelven obsesivos con respecto a si la paciente está comiendo o no; ellos se convierten en los que tienen el deseo.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO - DSM IV

Anorexia nerviosa

A- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia del al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se

considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p.ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe establecerse respecto a las anorexias secundarias y los cuadros de rechazo alimentario.

Asegurarse que el paciente no padezca ninguna enfermedad médica que pueda explicar la pérdida de peso. En el trastorno depresivo puede haber pérdida de peso importante sin la presencia del deseo de perderlo o miedo a ganar peso.

En la esquizofrenia se pueden observar patrones raros de la alimentación, pero comúnmente no se acompañan de deseo del perder peso o miedo a engordar.

En los trastornos delirantes se debe diferenciar cuando el paciente no come como consecuencia de su delirio, p.ej., por el miedo a que sus alimentos estén envenenados, contaminados, etc.

Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales relacionados a la conducta alimentaria se debe diferenciar de fobia social.

De manera similar debe efectuarse el diagnóstico diferencial con TOC si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones relacionadas con los alimentos, y con trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta.

En la anorexia de tipo compulsivo purgativo se debe hacer diagnóstico diferencial de la bulimia nerviosa, y éste se basa fundamentalmente en que estos últimos pacientes son capaces de mantener un peso normal o aumentado.

TRATAMIENTO

Dada la gravedad de esta afección y que en general su pronóstico no es bueno, con tasas de mortalidad de entre el 5 al 18%, se recomienda un abordaje terapéutico global y multidisciplinario que conlleve a la hospitalización cuando sea necesario y terapia individual y familiar, se debe considerar en algunos casos la terapia farmacológica.

La primera consideración en el tratamiento de la anorexia nerviosa es restaurar el estado nutricional del paciente, la deshidratación, y los desequilibrios del medio interno. La decisión de hospitalizar a un paciente se basa en su estado clínico general, en el grado de estructuración que necesita para asegurar su cooperación, y en el grado de contención de su entorno.

Muchos especialistas prefieren la terapia cognitivo conductual para controlar la ganancia de peso y su posterior mantenimiento así como para conducir las conductas alimentarias.

Como casi todos los pacientes inician el trastorno durante la adolescencia, la terapia familiar debe ser parte del tratamiento global. Esta se utiliza para examinar las interacciones entre los miembros de la familia y la posible ganancia secundaria del trastorno para el paciente.

Con respecto a los estudios farmacológicos no han identificado todavía ninguna medicación que logre una mejora definitiva en el núcleo de los síntomas de la anorexia nerviosa.

El empleo de fármacos para el tratamiento de la anorexia nerviosa tiene pocos efectos beneficiosos, por lo que se ha limitado su uso.

Se han ensayado estimulantes del apetito como la ciproheptadina, un antihistamínico antagonista de la serotonina con efecto sedante.

En los pacientes que presentan ansiedad muy intensa que no responden a otras medidas terapéuticas se han realizado ensayos con neurolépticos entre

ellos la clorpromazina, pero se recomienda limitar su indicación dado que se han encontrado efectos indeseables muy marcados y peligrosos en estos pacientes.

Se ha esperado mucho de los antidepresivos en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Con amitriptilina se ha conseguido aumento de peso y con clorimipramina, aumento del apetito y de la ingesta calórica. Sin embargo los ensayos no mostraron mejores efectos que con drogas menos peligrosas como la ciproheptadina o con placebos.

Debe tenerse en cuenta que todos los autores coinciden en la mejoría de los síntomas depresivos cuando mejora la desnutrición. Es por ello que la propuesta en general es aguardar la recuperación nutricional antes de iniciar este tipo de medicación, ya que seguramente no será necesario. Algunos autores proponen iniciar antidepresivos cuando se reestableció el peso, sólo si el paciente reúne criterios de enfermedad depresiva.

Otros sugieren que la fluoxetina podría ser útil para el tratamiento del mantenimiento de la anorexia nerviosa una vez recuperado el peso corporal, particularmente en la forma restrictiva de la enfermedad.

La indicación de benzodiacepinas antes de las comidas para disminuir la ansiedad puede generar dependencia y también desencadenar bulimia, por ello no son recomendables.

Si bien existen evidencias acerca de la ganancia de peso con alguna

medicación psicotrópica, no hay datos acerca de la evolución a largo plazo.

Otra medicación sugerida ha sido la metoclopramida para mitigar la sensación de plenitud posprandial y puede ser un recurso para facilitar la ingesta en la primera etapa del tratamiento.

La indicación de drogas anticonvulsivantes y estabilizadores del ánimo no es adecuada.

Están contraindicados los diuréticos aunque el paciente presente edemas y también los laxantes a pesar de la constipación. Tampoco tiene indicación el uso de hormonas en etapa aguda para inducir la menstruación.

Raras veces la terapia electroconvulsiva puede ser beneficiosa, se la utiliza en ciertos casos de anorexia nerviosa y trastorno depresivo mayor.

BULIMIA NERVIOSA

HISTORIA

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables generalmente de placer, y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, nos remite a la historia de la antigua Roma y sus festines.

Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde estas conductas fueron condenadas por la sociedad cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad.

A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido de anorexia nerviosa, es sólo

en 1979 cuando Russel acuñó el término bulimia nerviosa y publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad y la consideró como una variante de la anorexia nerviosa.

Tras la descripción inicial surgieron inmediatamente las controversias sobre si el cuadro era simplemente una variante de anorexia nerviosa o por el contrario se trataba de un síndrome con individualidad nosológica.

En 1980 en el DSM III se reconoce a la bulimia como un trastorno independiente de la anorexia nerviosa. En 1987 en el DSM III- R se sustituyó el término de bulimia por el de bulimia nerviosa, término empleado hasta la fecha.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de la bulimia nerviosa es mayor que el de la anorexia nerviosa.

Se ha detectado en el 1 al 3% de mujeres jóvenes. Como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa es más frecuente entre mujeres que en hombres (estos representan un 5 a 10% del total de los casos), pero su inicio sin embargo suele ser más tardío en la adolescencia, puede ocurrir incluso al inicio de la madurez.

Suele presentarse en mujeres con un peso normal, algunas con antecedentes de obesidad.

ETIOLOGÍA

La causa de esta afección continúa siendo un enigma. En la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales radica probablemente la etiología y los factores de mantenimiento de la bulimia.

Con respecto a los factores biológicos algunos investigadores han intentado asociar los ciclos de sobreingesta y purga con varios neurotransmisores, entre ellos serotonina, noradrenalina, etc. Los niveles plasmáticos de endorfinas están aumentados en pacientes vomitadores, lo cual sugiere la posibilidad de que la sensación de bienestar experimentada por algunos de ellos tras el vómito pueda estar mediada por este incremento.

Entre los factores sociales tenemos a la familia de los pacientes con bulimia nerviosa la cual generalmente suele ser mas distante y conflictiva que la de los anoréxicos. Los pacientes bulímicos describen a sus padres como negligentes y rechazantes.

En los fenómenos psicológicos en pacientes de bulimia nerviosa encontramos que tienen serias dificultades en su adolescencia, son personas extrovertidas, irritables e impulsivas. Son frecuentes la dependencia al alcohol, los hurtos, los intentos de autoagresión y la labilidad emocional. Experimentan su descontrol con la comida en una forma egodistónica y por eso suelen buscar ayuda.

Existen al igual que en la anorexia nerviosa factores predisponentes,

desencadenantes y perpetuantes relacionados con los fenómenos antes mencionados.

Entre los factores predisponentes se encuentran los relacionados con la familia, los rasgos individuales y socioculturales.

Al buscar factores desencadenantes encontramos que el precursor conductual mas frecuente es la dieta como consecuencia de un sobrepeso vivido de una forma insatisfactoria. Dado que la mayor parte de las personas que inician una dieta no desarrollan bulimia nerviosa es evidente que deben existir factores predisponentes.

El principal factor perpetuante de la bulimia nerviosa es la persistencia y gravedad de los factores predisponentes. La tendencia a la restricción dietética se mantendrá en tanto que la preocupación morbosa por el peso y la silueta corporal no se modifique. El segundo factor perpetuante es la continuidad de una modalidad disruptiva de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria alterando así la cascada de la saciedad.

CLINICA

Aparece con mas frecuencia al final de la adolescencia entre los 20 y los 30 años más tardíamente que la anorexia nerviosa. Un inicio más tardío no es habitual aunque tampoco excepcional.

Al igual que la anorexia nerviosa es mas frecuente en mujeres que en varones.

En la mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa el inicio del cuadro se relaciona con una conducta de dieta. Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso.

El atracón se define como el consumo en un corto período de tiempo de una gran cantidad de comida, siempre se debe tener en cuenta el contexto en que se produce la ingesta aumentada de comida. Los individuos generalmente se sienten avergonzados de su conducta y ocultan los síntomas, los atracones generalmente se realizan a escondidas.

Otra característica esencial de este trastorno lo constituyen las conductas compensatorias inapropiadas. Muchos individuos utilizan diversos métodos, el más habitual es el vómito provocado empleado por el 80 al 90% de los pacientes, otras conductas pueden ser el uso de laxantes, diuréticos, muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas como método compensatorio. A veces pueden estar sin comer uno o más días o realizar ejercicio físico intenso en un intento de compensación.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporal al autoevaluarse y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Tienen al igual que la anorexia nerviosa miedo a ganar peso y un nivel importante de insatisfacción con su cuerpo.

Dentro de la bulimia nerviosa se describen 2 subtipos, el tipo purgativo en

el cual encontramos aquellos pacientes que se provocan el vómito, utilizan diuréticos, laxantes o enemas; y el tipo no purgativo, aquí se describen cuadros clínicos en los que el paciente emplea otras técnicas compensatorias inadecuadas como ayunar o practicar ejercicio intenso. Clínicamente a la inspección se puede observar la pérdida y el aumento oscilante del peso, la deshidratación con piel seca y descamada, la caída del cabello, la hipertrofia parotídea marcada (por aumento de la secreción, vómitos, el uso de chicles, y la alcalosis), petequias y equimosis (especialmente en cara por el esfuerzo del vómito), la erosión del esmalte dental (por la presencia de secreción gástrica en la boca a causa del vómito repetido), signos de abrasión en dedos y nudillos.

Las manifestaciones físicas en el sistema reproductor están dadas por amenorrea alternando con ciclos normales, a nivel cardiovascular puede presentar alteraciones en el electrocardiograma, arritmias secundarias a la hipocalcemia, paro cardíaco. A nivel renal, alcalosis, litiasis e insuficiencia renal y en el aparato gastrointestinal, desde las lesiones dentales mencionadas hasta la esofagitis, dilatación gástrica y ruptura en los casos severos.

El origen de la hipocalcemia, probablemente la consecuencia metabólica mas severa de este cuadro, es producto principalmente de la alcalosis metabólica que ocurre por la pérdida de ácido clorhídrico secundaria al

vómito.

NEUROBIOLOGÍA

Como se ha señalado en la anorexia nerviosa, los cambios que se producen en la bulimia nerviosa están relacionados con una disrupción en los sistemas neurobiológicos que conforman la “cascada de la saciedad”.

CARACTERÍSTICA DE LA FAMILIA Y EL PACIENTE

Son familias aglutinadas que dificultan el proceso de separación e individuación de los hijos; suelen ser padres divorciados o ausentes. Roles familiares alterados, madres muy dominantes y directivas, sobreprotectoras. En este tipo de familia los afectos son conflictivos. Los padres suelen ser inmaduros e impulsivos.

Se encuentran antecedentes de familiares con síndromes distímicos.

Los sujetos con bulimia nerviosa son personas extrovertidas, poco voluntariosas, son conflictivos durante su adolescencia, necesidad de realizar cosas para llamar la atención de los padres (alcohol, robo, drogas, mentiras, etc.).

Rendimiento escolar y deportivo similar al promedio. Son individuos con baja autoestima. Mayor índice de suicidio que en la anorexia nerviosa.

Tendencia a ocultar la enfermedad porque tienen mayor conciencia de la misma que la anorexia nerviosa.

Como siempre, la comprensión psicodinámica debe ser individualizada. Se

puede observar un cuadro clínico de bulimia en pacientes con estructuras del carácter ampliamente diferentes, cuyo espectro se extiende desde la psicosis, pasando por el trastorno borderline hasta llegar a la neurosis.

Mientras que la paciente anoréxica se caracteriza por una mayor fortaleza del yo y un superyó con mayor control, la paciente bulímica puede sufrir de una generalizada incapacidad para demorar la descarga del impulso, a causa de un yo débil y un superyó perezoso. Los atracones y las purgas no son problemas de impulsos aislados, coexisten típicamente con abuso de polidrogas, relaciones sexuales impulsivas y autodestructivas, etc.

Aquellos autores que han estudiado los orígenes de la bulimia en el proceso del desarrollo han identificado una importante dificultad con la separación tanto en los progenitores como en la paciente. Un tema en común en la historia del desarrollo de la bulimia es la ausencia de un objeto transicional para ayudar a la niña a separarse de la madre. Esta lucha por separarse que tiene lugar durante el desarrollo puede ser representada, en vez de usar el propio cuerpo como objeto transicional, con la ingestión de comida como representación de un deseo de fusión simbiótica con la madre y la expulsión de comida como un esfuerzo por separarse de ella.

El sistema de la familia bulímica aparentemente comprende una necesidad de cada uno de verse a sí mismo como “todos buenos”. Las cualidades inaceptables en los progenitores son por lo general proyectadas sobre la

niña bulímica quien se convierte en la depositaria de toda “maldad”.

En muchas ocasiones las pacientes bulímicas concretizan los mecanismos de relaciones de objeto que son la introyección y la proyección. La ingestión y la expulsión de comida puede directamente reflejar la introyección y proyección de introyectos agresivos o “malos”.

La expulsión de la maldad en forma de vómitos hace que después la paciente sea buena. De todas maneras este sentimiento de bondad es inestable debido a que está basado en la escisión, negación y proyección de la agresión, más que en la integración de lo malo con lo bueno.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO – DSM IV

Bulimia nerviosa

A- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1- ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que está ingiriendo)

B- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del 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 2 veces a la semana durante un período de 3 meses.

D- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se deben descartar trastornos neurológicos como crisis epilépticas, tumores del sistema nervioso central, u otras alteraciones neurológicas.

Realizar diagnóstico diferencial en pacientes con anorexia nerviosa con

conducta de purgas y atracones, en tal caso se diagnostica anorexia nerviosa tipo compulsivo purgativo.

En algunas enfermedades neurológicas como el síndrome de Kleine–Levin se ha observado una alteración de la conducta alimentaria, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporal.

El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación por el peso y la silueta corporal.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad se dan algunos atracones pero esta conducta está asociada a otros signos del trastorno y están incluidas en las conductas impulsivas.

TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa no complicada no requieren internación dado que el diagnóstico en estos pacientes siempre se realizan antes que en los pacientes con anorexia nerviosa.

El tratamiento al igual que en la anterior debe ser multidisciplinario, se basa en varios tipos de intervenciones como la psicoterapia individual, la cognitivo conductual, la terapia grupal, la familiar y farmacológica.

En algunos pacientes en los que los síntomas están fuera de control (atracones y medidas compensatorias), el tratamiento ambulatorio no avanza o aparecen síntomas psiquiátricos adicionales como ser ideación

suicida, abuso de sustancias, etc., se puede requerir de la hospitalización.

Con respecto a la psicoterapia algunos autores recomiendan utilizar la cognitivo conductual para corregir las conductas que conducen a los atracones. Muchos pacientes con bulimia nerviosa tienen psicopatología que no sólo se limita a los atracones, en estos casos es necesario incluir otros abordajes terapéuticos como ser psicodinámico, interpersonal, familiar, etc.

El tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa se ha basado en tres familias de drogas: los anticonvulsivantes, los anorexígenos y los antidepresivos. Tanto los anorexígenos como los anticonvulsivantes no han demostrado eficacia suficiente o presentan serios inconvenientes por su toxicidad. Desde el inicio de los años 80 los antidepresivos han constituido el tratamiento de elección para la bulimia nerviosa.

En realidad, el recorrido previo por los distintos grupos de psicofármacos, señalando las limitaciones de la farmacología en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, delata la dificultad para hallar agentes que realmente puedan ser considerados eficaces. El uso de antidepresivos en la bulimia nerviosa mejora la perspectiva, aunque no significa que contemos con una terapéutica farmacológica ideal, específica y selectiva. Pero, al menos, abre un capítulo que mejora el espectro de recursos a poner en juego frente a estas enfermedades.

Dada la probable alteración de los mecanismos serotoninérgicos que regulan la conducta alimentaria en los pacientes con bulimia nerviosa se han propuesto como tratamiento de elección a los IRSS. Estos pueden resultar útiles en pacientes con síntomas de depresión, ansiedad, obsesivos, descontrol de impulsos, etc.

La fluoxetina a dosis de 60 mg/d. ha demostrado eficacia terapéutica con buena tolerancia. Si no hay respuesta a esta droga se intenta con otros IRSS u otros antidepresivos como por ejemplo trazodona alcanzando dosis de 200 a 600 mg/d.

El paso siguiente podrán ser los ATC de los cuales la desipramina y la nortriptilina serían los que menos efectos colaterales producen. Debemos recordar que este tipo de pacientes presentan una susceptibilidad aumentada a presentar sedación, efectos neurovegetativos y anticolinérgicos como así también efectos cardiológico (por las alteraciones metabólicas).

En caso que ninguno de los ensayos anteriores resultara efectivo podría intentarse con los antidepresivos del grupo IMAO, y debemos recordar que al igual que con los ATC estos pacientes tienen aumento de susceptibilidad a los efectos adversos como sedación, efectos neurovegetativos y anticolinérgicos, sin descontar la problemática de la interacción con los alimentos y el peligro de sobredosis.

El bupropion está contraindicado en los pacientes con esta patología dado

que se ha observado en este grupo un alto riesgo de presentar convulsiones.

El topiramato debido a la reducción del apetito que produce se puede utilizar para el tratamiento de los atracones y de la obesidad, entre los efectos adversos de este encontramos fatiga, ataxia, depresión y labilidad emocional, se han reportado disminución de la atención y la concentración, problemas en el lenguaje y en el discurso (dificultad para hallar las palabras) que son motivos de poca adherencia al tratamiento.

La duración del tratamiento con antidepresivos debe mantenerse por lo menos durante un año y las dosis son las mismas que se utilizan para el tratamiento de los síndromes distímicos.

En general el tratamiento de la bulimia nerviosa debe adaptarse individualmente combinando fármacos y psicoterapias. Asimismo es imprescindible tratar la comorbilidad cuando ésta se presenta.

DISCUSIÓN

Desde un inicio se ha planteado la discusión fundamentalmente con respecto al abordaje terapéutico de estas patologías. Aún hoy existen controversias entre los diferentes autores en cuanto al abordaje de estos pacientes.

La mayoría de los autores coinciden en que en los trastornos de la conducta alimentaria, la indicación de fármacos no suplante el abordaje psicoterapéutico, que continúa ocupando el centro del espectro de medidas terapéuticas, aún cuando existen investigaciones que respaldan el concepto de que la combinación de drogas antidepresivas y psicoterapia tiende a ser superior a cada una de ellas por separado.

En la bulimia nerviosa, si bien se ha planteado la utilidad del abordaje psicofarmacológico, surge de manera cada vez más evidente que esto es real mientras se tengan presentes ciertas especificidades en cuanto a las expectativas, la evaluación riesgo beneficio y otros aspectos del tratamiento.

En los cuadros de anorexia nerviosa, con la psicoterapia, se han alcanzado beneficios significativos tanto en el período de estado como en el abordaje a largo plazo, durante el mantenimiento. Los resultados de la ecuación riesgo beneficio de la utilización de psicofármacos ha llevado, en la gran mayoría de los casos, a desaconsejar su implementación en estos

pacientes.

Hay consenso en que los psicofármacos implican alto riesgo de iatrogenia.

Las fluctuaciones del ánimo secundarias a la inanición y al bajo peso no se corrigen con antidepresivos, el temor a engordar no se corrige con fármacos con propiedades antifóbicas, la distorsión de la imagen corporal no se corrige con antipsicóticos. Sin embargo algunos estudios sugieren que los antidepresivos pueden ser de utilidad en el tratamiento a largo plazo cuando el paciente recupera el peso corporal.

La discusión sobre el abordaje del paciente con trastorno de la conducta alimentaria no se limita solamente al ámbito farmacológico. En la actualidad continúa en discusión cual de todos los enfoques psicoterapéutico es el más apropiado. Un número importante de autores propone como tratamiento de elección en estos pacientes la terapia cognitivo conductual con la consiguiente psicoeducación del paciente y resaltan la importancia de la terapia familiar; otras corrientes proponen un abordaje psicodinámico individual.

Con respecto a esta discusión las revisiones más completas de estudios comparativos sugieren que no es posible determinar la superioridad de un determinado enfoque psicoterapéutico con respecto a los demás.

CONCLUSION

Como ya hemos desarrollado la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son alteraciones clasificadas dentro de los trastornos de la conducta alimentaria que han sufrido en los últimos años un incremento significativo de su incidencia y prevalencia.

Aparecen fundamentalmente en mujeres jóvenes y mas raramente en hombres.

Sabemos que tanto el desarrollo de una como de la otra está determinado por la confluencia de factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes.

Tienen alto grado de comorbilidad con otras alteraciones psíquicas, fundamentalmente la bulimia.

Encontramos en ambos casos alteraciones neurobiológicas que producen una disrupción en la cascada de la saciedad.

Es importante realizar siempre un correcto diagnóstico diferencial con otras patologías que producen alteración de la conducta alimentaria y entre estas patologías entre sí.

Con respecto al tratamiento es en la actualidad el tema de mayor discusión.

Existe consenso general el cual basa a la psicoterapia como pilar fundamental del tratamiento y reserva el abordaje farmacológico para casos puntuales siempre evaluando los riesgos y beneficios de dicha intervención.

BIBLIOGRAFIA

- Barker, R.; Barasi,S.: Neurociencia en esquemas. Ed. CTM servicios bibliográficos, S.A., 2001
- Bertera, H.: Los psicofármacos en los trastornos de la conducta alimentaria. Psicofarmacología N° 9 16-21, 2001
- DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 1995
- Ey, H.: Tratado de psiquiatría. Ed. Masson, 2000
- Feixas, G.; Miró, M.: Aproximaciones a la psicoterapia. Ed. Piados, 1995
- Gabbard, M. D.: Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Ed. Panamericana, 2002
- Guelman, R.: Bases neurobiológicas de los trastornos de la alimentación. Psicofarmacología N° 6 11-14, 2000
- Herscovici, C.; Bay, L.: Anorexia nerviosa y bulimia. Ed. Piados, 2000
- Instructivo para responsables de familias que padecen patología alimentaria. Ed. ALUBA
- Jufe, G.: Psicofarmacología práctica. Ed. Polemos, 2001
- Kaplan, H.; Sadock, B.: Sinopsis de psiquiatría- Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. Ed. Panamericana, 2000
- Marchant, N.: Tratado de psiquiatría. Ed. Ananké, 2005
- Marquez López- Mato, A.: Psiconeuroinmunoendocrinología II.

Ed. Polemos, 2004

Toro, J.; Vilardell, E.: Anorexia nerviosa. Ed. Martinez Roca, 2000

Vallejo Ruiloba, J.: Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría.

Ed. Masson, 2002

Wikinski, S.; Jufe, G.: El tratamiento farmacológico en psiquiatría.

Ed. Panamericana, 2005.