

Comentario editorial

Bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones

*Dra. Ana M. Bonsignore**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías de la conducta que involucran el cómo alimentarse y el modo y la forma de hacerlo. Pueden provocar alteraciones más o menos graves, tanto en el cuerpo como en la psiquis del individuo.

La población adolescente es la que más frecuentemente presenta estas patologías, ya que es en este período donde ocurren grandes cambios físicos y emocionales en un corto lapso y en el que aún no hay convicciones precisas, ni conceptos claros. Esto la transforma en altamente susceptible a padecer estas enfermedades.

El cuerpo se convierte en el "objeto a perfeccionar" hasta lograr la "belleza máxima", según los cánones sociales de actualidad: siempre jóvenes, bellos y delgados, sin importar las consecuencias, ni medir qué es lo saludable.

Los TCA, junto a otras enfermedades mentales, conforman las llamadas "patologías de fin de siglo" o de la "era del vacío".¹

La cultura de la delgadez, promovida y promocionada por los medios de comunicación masivos, influye negativamente en aquellos individuos que presentan factores personales y familiares predisponentes.

Este culto al cuerpo hace que la población susceptible se vea sometida a múltiples conductas aberrantes para parecerse a modelos patológicos preestablecidos, donde el concepto de salud queda automáticamente excluido.²

Estas patologías son más frecuentes en la mujer, debido a que su comportamiento psicológico se inclina más hacia lo social que el del varón. Por otra parte,

la progresiva exhibición del cuerpo femenino, hace que éste se vea más expuesto para ser observado y criticado.

A partir de la década de 1950 se comenzó a consignar que en la aparición de los síntomas de estas patologías concurren no sólo factores biológicos y psicológicos, sino también factores sociales y educativos.

Sobre esta problemática social cabalga la contracara de estos trastornos alimentarios: la obesidad. Enfermedad crónica creciente en nuestra población, producto también de la mala nutrición: comidas rápidas, sedentarismo, etc. En los individuos susceptibles aparece un temor irracional a aumentar de peso en exceso y un impulso irrefrenable a estar delgados.

El síntoma más significativo y compartido por todos los pacientes con TCA es la baja autoestima. Nunca llegan a ser suficientemente delgados, bellos y agradables para ser aceptados por una sociedad cada vez más competitiva, donde todo está en crisis y faltan modelos conductuales éticos y estéticos adecuados.

La baja autoestima, junto a permanentes estímulos familiares y sociales negativos, provoca una situación de estrés crónico. Este último desencadena la modificación del comportamiento alimentario, produciendo la aparición de los distintos cuadros de TCA, mediante la liberación alterada de neurotransmisores. Los mecanismos son sumamente complejos. Intervienen opioides endógenos, alteraciones del sistema GABA, desregulación del sistema serotonina-noradrenalina, etc.³

Los TCA comparten este tipo de patrones patológicos de liberación de neurotransmisores con otras enfermedades psi-

*Ver artículos
relacionados
en las páginas
440 y 469*

* Servicio de Adolescencia Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", Ciudad de Buenos Aires.

cológicas, que involucran estados de ansiedad: trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), depresión, crisis de pánico, etc.

En la actualidad, la bulimia nerviosa (BN) ha pasado a ocupar el primer lugar entre los TCA, desplazando a la AN (excepto en algunas poblaciones de adolescentes menores de 16 años). Por tal motivo, me parece sumamente atinada la realización de una revisión sobre el tema, como la actualización presentada por los Dres. Rava y Silber en este número de *Archivos*.

Es más frecuente en mujeres

Son pacientes que habitualmente presentan peso normal, aunque éste puede estar ligeramente aumentado o disminuido.

Arribar a un diagnóstico de certeza habitualmente es engorroso y en general suele ser tardío, por el ocultamiento de los síntomas por largos períodos de tiempo. El hecho de no tener grandes alteraciones de peso también contribuye a aumentar la dificultad.

Se tienen pocos datos estadísticos sobre la población masculina con BN en nuestro medio.

Generalmente transcurren de 3 a 5 años de enfermedad antes de realizar un diagnóstico correcto.

En la década de 1970, se compaginó la primera descripción adecuada de signos y síntomas pertenecientes a esta enfermedad, si bien el término "bulimia" se conocía desde el siglo XVIII.

Es una enfermedad con fuertes connotaciones sociales, considerada como "vergonzante", al igual que la tisis de fines del siglo XIX.

Quien presenta BN padece grandes sufrimientos, síntomas depresivos, dificultades en las relaciones sociales, alteración de la imagen corporal, mentiras y ocultamientos casi constantes, autoagresiones y mutilaciones, intentos de suicidio, etc. Junto a lo descrito anteriormente, subyace el deseo inconsciente de ser descubierto y develar el secreto para terminar con el intenso sufrimiento que conlleva la enfermedad.

Algunos autores consideran que la BN es la falla en el sostén del ayuno de la AN.

Personalmente creo que es una entidad diferente, si bien comparte algunos de los síntomas, sobre todo los psicológicos, con la AN.

Pueden interconvertirse una en la otra, más o menos fácilmente, o transformarse en otras patologías alimentarias denominadas síndromes intermedios o no especificados.

Suele asociarse a otras alteraciones del comportamiento social, como hurto, adicciones (alcohol, tabaco y drogas) o con conductas promiscuas, que generalmente se presentan con mayor frecuencia cuanto más grave y prolongada es la enfermedad.

Las complicaciones clínicas de la BN son múltiples y abarcan distintos aparatos y sistemas. Es frecuente, en los casos más graves, con intenso compromiso psicológico y con varios años de instalación de la enfermedad, que los pacientes vomiten varias veces por día, con atracones previos o sin ellos. Cuantas más conductas purgativas presenta el paciente, es mayor la aparición de complicaciones. La purga en sí misma, pasa a convertirse en un ritual, una liberación de tensiones. Es frecuente que relaten que "comen para vomitar".⁴

Las lesiones de la cavidad bucal como caída de piezas dentarias, caries de cuello, enfermedad periodontal, etc. se encuentran entre las alteraciones más comunes. Esto último está muy bien desarrollado en el trabajo presentado por el Servicio de Adolescencia del Hospital Dr. Cosme Argerich y la Cátedra de Odontología de la FOUBA, publicado también en este número.

Es común ver adolescentes tardíos y adultos jóvenes que padecen esta patología y muchas veces el odontólogo es el primero en hacer el diagnóstico de la enfermedad.

El mayor desafío para el médico que trabaja con niños y adolescentes es poder actuar en prevención y detección precoz, tanto de la BN como en otras formas de TCA.

El médico clínico puede intervenir en distintos ámbitos como agente de salud junto a otros profesionales, como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, nutricionistas, psiquiatras, etc.

El clínico pediatra está capacitado para impartir enseñanza alimentaria básica y completa y formación de hábitos adecuados. Por su penetración en el núcleo familiar puede observar conductas alimentarias de riesgo, sugerir cambios de hábitos nutricionales y actuar como un ordenador en la formación de vínculos tempranos adecuados.

Otra forma de prevención posible es la salida a la comunidad, utilizando recursos como talleres, conferencias, etc., transmitiendo información sobre el tema a padres y educadores.⁵

Por último, el clínico pediatra puede intervenir instruyendo adecuadamente a la población a través de la utilización de medios de comunicación masivos, que tienen una importante penetración en la sociedad. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lipovetsky G. La era del vacío. Barcelona: Anagrama, 1994.
2. Lázaro L, Toro J. Aspectos epidemiológicos, sociales y culturales de los trastornos de comportamiento alimentario. *A M Psiquiatr* 1999; 1(3):205-219.
3. Zieher L y col. Mecanismos hedónicos en la regulación de la alimentación y su interacción con los reguladores homeostáticos. *Psicofarmacología* 2003; 99 (4): 15-20.
4. Friedman S. Nutrition and eating disorders. St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc. 1992: 206-249.
5. Parral y col. Anorexia nerviosa, bulimia, ingesta compulsiva: problemáticas de fin de siglo. Talleres de educación para la salud. Buenos Aires: López Libreros Editores SRL, 1996: 39-61.

Es de gran alivio conocer las propias limitaciones.

ALBERT EINSTEIN