Click Here

¿Quieres reservar una cita? Selecciona una de las dos formas que ofrecemos: Si quieres saber más sobre nuestros servicios, puedes contactar por teléfono, WhatsApp o formulario ÍNDICE:¿Qué es la bulimia?La bulimia, conocida también como bulimia nerviosa, se trata de un importante trastorno alimentario en el que la o las personas afectadas padecen episodios regulares en los que ingieren una gran cantidad de comida —denominados atracones— en los que tiene una pérdida de control sobre la comida ingerida. Posteriormente, aparece un sentimiento de arrepentimiento en los que la persona utiliza diversas opciones para evitar el aumento de peso, como el uso no controlado de laxantes o los vómitos.Se trata de una afección que normalmente afecta más a mujeres que a hombres, siendo más común en adolescentes y mujeres jóvenes.Pronóstico de la bulimiaLa bulimia se trata de un complejo trastorno de carácter grave que puede derivar en complicaciones graves, llegando incluso a poner en riesgo la vida del paciente. Las complicaciones más habituales de la bulimia serían alguna de las siguientes:Síntomas de la bulimiaEs habitual que la persona bulímica tenga un peso totalmente normal, pero que se vean a sí mismas con sobrepeso. Así, los signos más habituales de la bulimia son:Repetir episodios de ingerir cantidades excesivas de alimentos en una única vezDurante el atracón, la persona tendrá una pérdida de control, sin poder dejar de comer o sin ser capaz de controlarloTras un atracón, forzar el vómitoHacer ejercicio excesivo para no aumentar el pesoUtilizar laxantes, diuréticos después de comerAyunarLa gravedad de la bulimia se determina en función de las veces por semana en la que se producen atracones y su extensión en el tiempo.Pruebas médicas para la bulimiaEl diagnóstico de la bulimia se lleva a cabo tras realizar un análisis tanto de sangre como de orina y tras realizar una exploración física. A su vez, el especialista hablará con el paciente sobre sus hábitos alimenticios, los síntomas físicos y sus posibles formas de perder peso.Causas de la bulimiaPor el momento, la o las causas de la bulimia son desconocidas. De hecho, existen muchos factores que pueden afectar o influir en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Los principales serían la genética, la salud emocional, factores psicológicos, familiares, sociales, culturales…¿Se puede prevenir la bulimia?Como tal, no existe una manera que garantice la prevención de la bulimia, pero se puede guiar a una persona hacia un comportamiento saludable o que trate de buscar ayuda profesional especializada antes de que su situación empeore.Tratamientos para la bulimiaEn personas bulímicas, es posible utilizar varios tratamientos, aunque normalmente la combinación de medicamentos antidepresivos junto con psicoterapia suele ser la combinación más eficaz para combatir este trastorno.No obstante, existen una serie de opciones y consideraciones para tratarla:Psicoterapia: se trata de hablar y reconocer los problemas de bulimia con un especialista. Los siguientes tipos de psicoterapia son los más positivos.Terapia cognitivo-conductualTratamiento basado en la familiaPsicoterapia interpersonalMedicamentos: los antidepresivos pueden ayudar a aliviar o mejorar los signos de la bulimia cuando se usa junto con la psicoterapia. El tratamiento aprobado para tratar la bulimia es la fluoxetina.Educación nutricional: un nutricionista puede ayudar al paciente diseñándole un plan de alimentación con el que se logreNormalmente, no es necesaria la hospitalización, pero en determinadas ocasiones al existir complicaciones importantes es posible recibir el tratamiento en el hospital. La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por la existencia de episodios repetidos de ingestión de grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo (atracones), seguidos de intentos de compensar el exceso de comida ingerido (por ejemplo, mediante purgas, ayuno o ejercicio físico).Las personas afectadas ingieren grandes cantidades de comida y a continuación se provocan el vómito, emplean laxantes, hacen dieta o ayuno o realizan sesiones de ejercicio físico muy intenso con el fin de compensar los atracones.Los médicos sospechan el diagnóstico cuando observan en los pacientes un exceso de preocupación por el peso, el cual fluctúa de manera notable.El tratamiento suele consistir en terapia cognitivo-conductual, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (un tipo de medicamento antidepresivo), o la combinación de ambos.Al igual que en la anorexia nerviosa, existen factores hereditarios y sociales que influyen en la aparición de la bulimia nerviosa. También de igual modo que en la anorexia nerviosa, las personas que tienen bulimia nerviosa suelen ser mujeres jóvenes, profundamente preocupadas por el peso.La bulimia nerviosa afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Anualmente, cerca de 1 de cada 100 mujeres jóvenes sufren bulimia nerviosa. Este trastorno es mucho menos frecuente en hombres.Las personas con bulimia nerviosa sufren episodios repetidos de atracones. Es decir, ingieren cantidades de comida mucho mayores de las que la mayoría de las personas podrían comer en un periodo de tiempo parecido en circunstancias similares. Las circunstancias y la cultura son importantes porque la cantidad considerada excesiva para una comida normal puede diferir de la cantidad considerada excesiva para una comida festiva.Es frecuente que sea un estado de estrés emocional el que desencadene los atracones, que generalmente se realizan a escondidas. El atracón, que generalmente va acompañado de sensación de pérdida de control, incluye por lo general comer sin tener hambre y, en ocasiones, hasta el punto de producir malestar físico.Es frecuente la ingestión de alimentos dulces y de alto valor calórico, como helados y pasteles. La cantidad de comida consumida es variable y en ocasiones suma miles de calorías. Los atracones pueden producirse varias veces al día.En su esfuerzo por contrarrestar los efectos del exceso de ingesta, las personas afectadas recurren a diversos métodos de compensación:Purga: por ejemplo, provocándose el vómito (vómitos autoinducidos) o tomando laxantes o diuréticos (medicamentos que hacen que los riñones excreten más agua)Dieta o ayuno rigurosoEjercicio físico intensoCualquier combinación de los anterioresAlgunas personas toman diuréticos para tratar lo que se percibe como hinchazón o retención de líquidos.A diferencia de lo que ocurre en la anorexia nerviosa, el peso corporal de las personas con bulimia nerviosa tiende a fluctuar alrededor de los límites normales. Muy pocas personas con anorexia nerviosa se ven afectadas por sobrepeso u obesidad.A diferencia de las personas que sufren trastorno por atracón, las personas con bulimia nerviosa tratan de compensar el exceso de comida mediante la purga u otros medios.Los vómitos autoinducidos pueden erosionar el esmalte dental, originar el aumento de tamaño de las glándulas salivales situadas en las mejillas (glándulas parótidas), y provocar inflamación del esófago. Los vómitos disminuyen los niveles de potasio en sangre, provocando alteraciones del ritmo cardíaco. La ingestión reiterada de grandes cantidades de jarabe de ipecacuana para inducir el vómito puede dar lugar a la aparición de alteraciones del ritmo cardíaco, con la posibilidad de que acontezca muerte súbita. En raras ocasiones, durante un atracón o una purga puede producirse una rotura gástrica o el desgarro de la pared del esófago, ocasionando complicaciones potencialmente mortales.La persona afectada de bulimia nerviosa puede estar preocupada y juzgarse a sí misma en función de su peso y de su silueta. Su autoestima se basa en gran medida en su peso corporal y su silueta.En comparación con las personas que tienen anorexia nerviosa, las que padecen bulimia nerviosa tienden a ser más conscientes de su comportamiento y sienten remordimientos o culpabilidad al respecto. Suelen admitir sus preocupaciones ante el médico o ante otra persona de confianza. Generalmente, las personas con bulimia nerviosa son más extravertidas. También presentan con más frecuencia conductas impulsivas, problemas de abuso de alcohol o de otras drogas y trastornos depresivos. Están angustiadas por su peso y por su participación en las actividades sociales.PsicoterapiaAlgunos antidepresivosEl tratamiento de la bulimia nerviosa puede consistir en terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal y terapia con medicamentos.En general se proporciona terapia cognitivo-conductual. Los objetivos sonMotivar a la persona para que cambieEstablecer y mantener un patrón de alimentación regular y flexibleReducir su preocupación por el peso y la siluetaEl encuentro con el terapeuta (de forma individual o en grupo) suele planificarse con una frecuencia de 1 o 2 veces por semana durante un periodo de 4 a 5 meses, en total unas 16 a 20 sesiones. La terapia cognitivo-conductual elimina los atracones y las purgas en, aproximadamente, entre el 30% y el 50% de las personas con bulimia. Otras muchas también mejoran, pero algunas abandonan la terapia o no responden a esta. Las que mejoran por lo general continúan estando bien.La psicoterapia interpersonal es una alternativa cuando la terapia cognitivo-conductual no está disponible. Ayuda a las personas a identificar y cambiar los problemas interpersonales que pueden contribuir al trastorno alimentario. Esta terapia no consiste en decirle a la persona cómo cambiar, no interpreta su comportamiento y no trata directamente con el trastorno de la conducta alimentaria.Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, una variedad de antidepresivos, pueden reducir la frecuencia de los atracones y de la provocación de vómitos, pero no se sabe con seguridad cuál es la eficacia de dichos fármacos a largo plazo. Estos medicamentos también tratan de forma eficaz la ansiedad y la depresión, que son frecuentes entre las personas con bulimia nerviosa.Los siguientes son algunos recursos en inglés que pueden ser útiles. Tenga en cuenta que el Manual no se hace responsable del contenido de estos recursos.National Eating Disorders Association (NEDA): (Asociación nacional para los trastornos alimentarios [NEDA, por sus siglas en inglés]): una gran organización sin ánimo de lucro que proporciona acceso a herramientas de detección en línea, una línea de ayuda, foros y diversos grupos de apoyo (algunos virtuales)National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD): (Asociación nacional para la anorexia nerviosa y trastornos asociados, ANAD por sus siglas en inglés): proporciona acceso a programas de estudio y formación para profesionales de la salud y médicos, así como grupos de apoyo entre pares, autoayuda y otros serviciosNational Institutes of Mental Health (NIMH), Eating Disorders: (Institutos nacionales de salud mental [NIMH, por sus siglas en inglés], trastornos de la conducta alimentaria): un centro de información sobre los trastornos de la conducta alimentaria, incluyendo estadísticas sobre la prevalencia, folletos y hojas informativas (también disponibles en español), campañas de educación y sensibilización e información sobre ensayos clínicos relevantesTest your Knowledge¡Tomar una prueba! La bulimia se define por conductas de atracones de alimentos y conductas compensatorias. La cronicidad de la bulimia nerviosa es alta, y las personas pueden estar muchos aÃ±os llevando el trastorno en silencio. Aunque se clasifica como un trastorno de la conducta alimentaria, existen dificultades neurolÃ³gicas mucho mÃ¡s profundas, siendo un trastorno mucho mÃ¡s complejo de como es descrito de manera generalizada. Existen algunos rasgos caracterÃsticos en las personas diagnosticadas con bulimia, como una tendencia a la impulsividad, a la labilidad emocional y a las fluctuaciones del humor entre otros. TambiÃ©n se hallan frecuentemente dificultades neurocognitivas (rigidez en la toma de decisiones, etc), dificultades a nivel afectivo (alto rasgo de ansiedad, intolerancia experiencial, etc), ademÃ¡s de alteraciones metabÃ³licas. Es por tanto una condiciÃ³n mÃ¡s compleja que un mero problema caprichoso con los alimentos y el cuerpo. En algunos casos, estamos ante personas con trastornos de personalidad y del control de impulsos, por lo que la conducta alimentaria a veces es la consecuencia de estas dificultades mÃ¡s generales, no siendo simplemente un problema "alimentario". El tratamiento de este trastorno de la alimentaciÃ³n debe centrarse en el afrontamiento alimentario, en sentido de estabilizaciÃ³n metabÃ³lica y terapia de conducta. Pero tambiÃ©n deben trabajarse los procesos subyacentes a nivel neurocognitivo, afectivo, somatosensitivo, etc. Una psicoterapia que asume el tratamiento de la bulimia de forma cercana a un trastorno del estado de Ã¡nimo es inapropiada. La bulimia se define ante todo por la presencia frecuente de atracones de comida, sumado a comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso o controlar el cuerpo. La conducta bulÃmica es mÃ¡s difÃcil de detectar que la anorexia nerviosa, dado que muchas personas no tienen un peso que llame la atenciÃ³n, y los episodios bulÃmicos pueden realizarse a escondidas aparentando normalidad el testo del tiempo. Sin embargo, es un trastorno con una cronicidad muy alta, y las personas a menudo pasan un elevado nÃºmero de aÃ±os arrastrando esta condiciÃ³n, primero ocultÃ¡ndola, y posteriormente con un tratamiento hasta la completa resoluciÃ³n. Suele sorprender el hecho de que la descripciÃ³n y el diagnÃ³stico de la bulimia sea en realidad algo muy reciente, y a diferencia de la anorexia, algo desconocido a lo largo de la historia. El concepto de bulimia se introdujo en 1979 a partir de que Rusell hablara de una fase crÃ³nica que habÃa observado en personas con anorexia nerviosa, en la que existÃan episodios de ingesta excesiva con mÃ©todos de compensaciÃ³n. No fue hasta los 80's que se comenzÃ³ a conocer y hablar de la bulimia. La prevalencia difiere segÃºn si los datos derivan de escalas de sÃntomas, los cuales tienden a sobreestimar la prevalencia, o de diagnÃ³sticos de casos clÃnicos. Algunas estimaciones lo sitÃºan en torno al 1% de la poblaciÃ³n En realidad, bajo el diagnÃ³stico de bulimia nerviosa, encontramos diferentes patrones. A veces, encontramos una conducta desinhibida muy parecida al trastorno por atracones, y el diagnÃ³stico "bulimia" apenas separa algo mÃ¡s de Ã©nfasis en el control del peso corporal. Otras veces podemos encontrar una conducta no muy alejada de una chica con anorexia la mayor parte de los dÃas, pero con algunos episodios de desinhibiciÃ³n, con pÃ©rdida de control y atracones. En buena parte de los casos, encontramos conductas que fluctÃºan desde intentos de control restrictivo a episodios de desinhibiciÃ³n y pÃ©rdida de control. En otros casos, la conducta alimentaria es secundaria a dificultades mÃ¡s generales en el control de impulsos. A veces un tratamiento puede ser mÃ¡s parecido al de una persona con anorexia nerviosa, en otros casos, el trabajo debe realizarse en mayor medida a la desinhibiciÃ³n que encontramos en personas con atracones, etc. Esto implica que bajo la etiqueta "bulimia" en realidad vamos a encontrar a personas con diferentes endofenotipos que han desembocado en una conducta alimentaria en la que existen por definiciÃ³n atracones y ciertas compensaciones. Encontraremos rasgos de labilidad e impulsividad comunes en personas diagnosticadas con trastorno por atracones, asÃ como tambiÃ©n comÃºnmente rasgos de rigidez y sobrerregulaciÃ³n caracterÃsticos de anorexia nerviosa. Es importante distinguir sÃntomas visibles y causas. SÃntomas. Las caracterÃsticas mÃ¡s visibles de este trastorno incluyen ingestas compulsivas de alimentos o atracones, junto con el uso de purgas o compensaciones, y a menudo tambiÃ©n acompaÃ±ado de una restricciÃ³n significativa de la ingesta de alimentos (rechazo de cierto tipo de comida). Frecuentemente existen otros sÃntomas como rituales con la comida o el cuerpo, obsesividad, fobias, tendencia al control y aislamiento social, etc. Pueden utilizar laxantes, inducirse vÃ³mitos, etc. A nivel de estado de Ã¡nimo, es comÃºn que la bulimia estÃ© asociada a depresiÃ³n y ansiedad, y en general a dificultades regulando el estado de Ã¡nimo, que en parte se debe a dÃ©ficits ejecutivos, metacognitivos, etc. Una de las dificultades para el tratamiento de este trastorno es que los individuos afectados a menudo no llaman la atenciÃ³n en su aspecto fÃsico, o en algunas comidas delante de otras personas. Causas. Existen dificultades con el control de impulsos, tanto por un rasgo de sensibilidad al incentivo (tendencia a la autogratificaciÃ³n, bÃºsqueda de sensaciones, etc), como por ciertas dificultades ejecutivas y rigidez neurocognitiva que dificultan la autorregulaciÃ³n flexible. Adicionalmente, existe una tendencia a la labilidad emocional y a las fluctuaciones del humor. TambiÃ©n existe una alta sensibilidad a la ansiedad y tendencia a la aprensiÃ³n. Esta inestabilidad afectiva refuerza las dificultades regulando la conducta de forma flexible. Adicionalmente, a menudo encontramos dificultades en la consciencia interoceptiva y afectiva (alexitimia). TambiÃ©n existen aspectos metabÃ³licos que son clave en la orientaciÃ³n de la conducta, por ejemplo fluctuaciones hormonales y en el metabolismo tienden a producir fluctuaciones psicolÃ³gicas, conductuales, etc. Todas estas dificultades en conjunto producen los sÃntomas paradigmÃ¡ticos de fluctuaciones afectivas y en el humor, intentos de control y episodios de pÃ©rdida de control, comportamientos extremos (de la restricciÃ³n rÃgida a la pÃ©rdida de inhibiciÃ³n), etc. Todos los trastornos de salud mental y los trastornos alimentarios tienen un conjunto de causas, siendo por tanto multifactoriales, lo que significa que se deben a una interacciÃ³n de distintos factores que dificultan la regulaciÃ³n psicolÃ³gica y conductual, y no obedecen a una causa simple. PodrÃamos dividir estos factores en: Aspectos biolÃ³gicos Aspectos psicolÃ³gicos Aspectos sociales Veamos mÃ¡s de cerca cada uno de estos factores: 4.1 Factores biolÃ³gicos Los factores biolÃ³gicos desempeÃ±an un papel importante en la susceptibilidad a los trastornos alimentarios. GenÃ©tica. La conducta de las personas tiene un alto componente biolÃ³gico, comenzando por los genes. Nuestros genes regulan el funcionamiento de nuestras neuronas (con ello buena parte de nuestro temperamento y de nuestra conducta). Los genes tambiÃ©n regulan los procesos hormonales (por ejemplo la tendencia a tener fluctuaciones en ciertas hormonas), etc. Por tanto, aspectos como las caracterÃsticas neuroendocrinas de la persona, procesos afectivos (como la sensibilidad a la ansiedad de la persona), aspectos neurocognitivos (que la persona sea mÃ¡s flexible o rÃgida procesando la informaciÃ³n y tomando decisiones), etc, tienen un componente genÃ©tico. Tanto las caracterÃsticas neuropsicolÃ³gicas, como afectivas, ciertos aspectos metabÃ³licos, incentivan ciertas inercias conductuales. Esto implica que en parte se han heredado algunos rasgos de los padres (no se hereda un trastorno como tal directamente, pero si se heredan un conjunto de caracterÃsticas de ambos padres, las cuales facilitan el trastorno, como podrÃa ser cierta rigidez neurocognitiva, cierta tendencia a la ansiedad, etc). EpigenÃ©tica. La configuraciÃ³n del sistema nervioso y del metabolismo estÃ¡ determinada por otros aspectos biolÃ³gicos que no son directamente genÃ©ticos, por ejemplo como resultado de procesos epigenÃ©ticos durante el neurodesarrollo, neuroplasticidad durante la infancia, etc, que igualmente afectan a la funciÃ³n biolÃ³gica. Esto afecta a los aspectos neurocognitivos, metabÃ³licos, etc. La epigenÃ©tica podemos definirla como el estudio de los cambios en la actividad de los genes que no implican alteraciones en la secuencia del ADN, pero que afectan a la funcionalidad de las cÃ©lulas, tejidos y Ã³rganos mediante la modificaciÃ³n en el acceso de factores de transcripciÃ³n. Metabolismo. El metabolismo podemos definirlo como los procesos quÃmicos de las cÃ©lulas, tejidos y Ã³rganos necesarios para obtener energÃa. Las diferencias en el metabolismo afectan a los procesos psicolÃ³gicos y conductuales de las personas, por ejemplo modulando la actividad de los distintos ejes endocrinos, la activaciÃ³n del sistema nervioso autÃ³nomo, etc. Por ejemplo, se ha relacionado la bulimia con una mayor fluctuaciÃ³n en el metabolismo de la glucosa y la insulina, tambiÃ©n con una tendencia a las fluctuaciones de los ciclos menstruales, etc. Las fluctuaciones metabÃ³licas favorecen las fluctuaciones psicolÃ³gicas, lo cual induce conductas compulsivas, incluida la ingesta alimentaria. Las particularidades metabÃ³licas de las personas tienen un origen genÃ©tico y epigenÃ©tico, pero tambiÃ©n se ven alterados durante el curso de la vida por los cambios ponderales, por la fluctuaciÃ³n en la alimentaciÃ³n, etc. Cambios dietÃ©ticos y ponderales. Las fluctuaciones dietÃ©ticas y los cambios de peso (intencionado mediante la conducta dietÃ©tica, o incluso inintencionado), puede modificar el metabolismo y la actividad neuroendocrina del sistema nervioso, acentuando la tendencia a las fluctuaciones del humor, a la impulsividad, etc. La alimentaciÃ³n, el ejercicio fÃsico o incluso los ritmos de sueÃ±o pueden tambiÃ©n producir cambios que desequilibren a la persona. Por tanto un ajuste circadiano integral es un principio terapÃ©utico importante. Cuando hablamos de determinantes biolÃ³gicos, no debemos entenderlos como aspectos no modificables en grado alguno. Los aspectos biolÃ³gicos pueden ser estabilizados al menos en cierta medida. Por un lado, debemos comprender y aceptar que la persona tiene ciertas caracterÃsticas neurolÃ³gicas y psicolÃ³gicas que forman parte de su manera de procesar, percibir y responder al ambiente. Pero por otra parte, el componente biolÃ³gico de los trastornos no es incompatible con el hecho de trabajar para mejorar la capacidad de autoregulaciÃ³n de la persona, flexibilizar respuestas, etc. La psicologÃa de la persona tambiÃ©n es consecuencia de la biologÃa del cerebro, por tanto, lo psicolÃ³gico es la genÃ©tica y epigenÃ©tica neuronal en primer lugar, asÃ como la respuesta al ambiente. Debe tenerse en cuenta que las personas con bulimia nerviosa difieren en cierta medida en el tipo y grado de las dificultades psicolÃ³gicas que presentan. Vamos a mencionar resumidamente algunos factores psicolÃ³gicos importantes. Aspectos afectivos. Se ha evidenciado un alto rasgo de neuroticismo, lo que quiere decir que existe una tendencia marcada a experimentar una alta ansiedad de forma frecuente. Esto hace a las personas susceptibles al estrÃ©s (cambios, incertidumbre, exigencia, temores...), reaccionando con pÃ¡nico, impulsividad, ira, angustia, etc. La ansiedad refuerza la obsesividad y la tendencia al control, asÃ como la evitaciÃ³n de todo aquello que pueda producir ansiedad. TambiÃ©n es frecuente encontrar un bajo estado de Ã¡nimo como rasgo, lo que conduce a menudo a depresiÃ³n. Estos rasgos afectivos (ansiedad, anhedonia, estado de Ã¡nimo negativo, etc), son en parte genÃ©ticos. Algunas personas tienen vulnerabilidad genÃ©tica y una mayor tendencia a experimentar emociones negativas. Aspectos neurocognitivos. Encontramos frecuentemente una funciÃ³n ejecutiva rÃgida y cogniciÃ³n poco flexible, que hace que la persona reaccione de forma inflexible y perseverativa a las cosas. La funciÃ³n ejecutiva tambiÃ©n implica una mayor o menor capacidad de regulaciÃ³n afectiva. Aspectos perceptivos. Las dificultades perceptivas van desde procesos fisiolÃ³gicos mÃ¡s bÃ¡sicos, por ejemplo seÃ±ales a nivel interoceptivo, a otros procesos superiores mÃ¡s complejos, por ejemplo a nivel metacognitivo. Existen alteraciones en la percepciÃ³n de las seÃ±ales internas (hambre, saciedad), dificultades en la percepciÃ³n de emociones (alexitimia), alteraciones de la consciencia corporal (alteraciones en el sentido del tacto, alteraciones en la integraciÃ³n somatosensitiva, dificultades perceptivas mÃ¡s globales del esquema corporal), que resultan en dificultades en la elaboraciÃ³n cognitiva e integraciÃ³n en el SELF. Es decir, las dificultades en la consciencia interoceptiva, producen alteraciones mÃ¡s amplias que se traducen en dificultades en la identidad y en la personalidad, etc. A menudo existen diagnÃ³sticos "comÃ³rbidos" de trastornos de personalidad, que muestran las dificultades en la funciÃ³n ejecutiva y el autocontrol, asÃ como dÃ©ficits en la integraciÃ³n. PsicopatologÃa y comorbilidades. Se documentan frecuentemente comorbilidades asociadas a los TCA y a la bulimia nerviosa. En mi visiÃ³n, esto debe entenderse como endofenotipos compartidos. Dicho de otra manera, no es que existan dos trastornos diferentes a la vez en la misma persona, sino que los procesos que dificultan la regulaciÃ³n de la conducta implican dificultades psicolÃ³gicas que producen distintos problemas de autorregulaciÃ³n que se traduce en distintos diagnÃ³sticos que comparten como base ciertas dificultades. Hay estudios que muestran que la bulimia nerviosa estÃ¡ asociada con trastorno de personalidad lÃmite, lo que no significa otra cosa que dificultades neurocognitivas e inhibitorias que producen conductas impulsivas y dificultades en la regulaciÃ³n, asÃ como fluctuaciones del humor, labilidad, ira, etc. Igualmente, se ha relacionado la bulimia nerviosa con trastornos de personalidad (por ejemplo trastorno de personalidad lÃmite), y tambiÃ©n con el espectro bipolar. Las dificultades, incluidas las dificultades en la regulaciÃ³n del estado de Ã¡nimo, tienen un origen mucho mÃ¡s complejo de lo que generalmente suele percibirse (autoestima, "hambre emocional", etc). En su raÃz se encuentran en dÃ©ficits interoceptivos, dificultades neurocognitivas, dificultad en el control afectivo, etc. Por tanto, lo que sucede a nivel psicolÃ³gico frecuentemente es mÃ¡s profundo que "sobrevaloraciÃ³n de la imagen corporal", y el tratamiento psicolÃ³gico no puede consistir en hablar sobre "la autoestima", ni puede reducirse a la conducta alimentaria. Hemos visto que las personas con este tipo de trastornos tienen ciertas caracterÃsticas biolÃ³gicas del sistema nervioso que les dificultan el ajuste psicosocial al entorno. Las dificultades del cerebro se hacen mÃ¡s evidentes a medida que el mundo es mÃ¡s estresante. Cultura. La bulimia parece tener una mayor influencia ambiental que la anorexia, siendo prÃ¡cticamente una conducta desconocida hasta los 80's. Hay mÃ¡s bulimia en entornos urbanos, algo que no es tan claro con anorexia nerviosa.. Probablemente es mÃ¡s fÃ¡cil realizar y esconder estas conductas en un entorno urbano, desplazando otras formas de canalizar estados afectivos y compulsiones que puedan darse en entornos rurales. QuizÃ¡s tambiÃ©n es mÃ¡s sencillo encontrar determinada comida comÃºn en los atracones. La apariciÃ³n de la bulimia es en realidad bastante misteriosa. Nadie sabÃa que existÃa esta conducta hasta 1980, que algunos mÃ©dicos comenzaron a recibir consultas sobre este tipo de comportamiento, algo que a diferencia de la anorexia que se conocÃa desde siglos atrÃ¡s, no habÃan visto nunca antes. Los estudios muestran que los estresores que producen un aumento de sÃntomas de TCA son mÃ¡s bien inespecÃficos (por ejemplo la disrupciÃ³n de la vida cotidiana y la incertidumbre que ha existido con las medidas tomadas con el COVID). Los factores ambientales suelen ser detonadores de los trastornos, mÃ¡s que una causa en sÃ mismos, es decir, pueden disparar vulnerabilidades o particularidades biolÃ³gicas del sistema nervioso. El estrÃ©s y las dificultades sociales se relacionan con mÃºltiples trastornos, y no solo aumentan los sÃntomas alimentarios, sino que producen distintos sÃntomas, y afectan a distintos trastornos distintos a los TCA. En resumen, los sÃntomas alimentarios y las dificultades de los trastornos pueden activarse en respuesta a estresores, los cuales son mÃºltiples y mÃ¡s bien inespecÃficos. Por tanto alejado de la visiÃ³n de factores ambientales unidimensionales y concretos. El papel del ambiente, de los estresores, las obligaciones, la incertidumbre vital, etc, no puede reducirse a "belleza". Es una visiÃ³n tan desorientada como todo lo que rodea a la anorexia nerviosa, la bulimia y otros TCA. En resumen, los estresores suelen ser detonadores de los trastornos, mÃ¡s que ser una causa en sÃ mismos. No solo aumentan los sÃntomas alimentarios, sino que afectan a muchos otros trastornos. Dicho de otra manera, los estresores detonan y refuerzan las vulnerabilidades o particularidades biolÃ³gicas del sistema nervioso que las personas tengan, no siendo una relaciÃ³n concreta de belleza y exclusiva con trastornos de conducta alimentaria como se insiste irreflexivamente. Los sÃntomas de la bulimia nerviosa son tanto fÃsicos como psicolÃ³gicos, y pueden tener un impacto significativo en la salud general de una persona. A continuaciÃ³n, se describen algunos de los problemas fÃsicos mÃ¡s comunes asociados con este trastorno: Erosiones dentales: El Ã¡cido del vÃ³mito repetido puede desgastar el esmalte dental, causando caries y sensibilidad dental. Deterioro de los dientes: Desgaste y daÃ±o a los dientes debido a la exposiciÃ³n constante al Ã¡cido gÃ¡strico. Engrosamiento de la piel en los nudillos: Conocido como "signo de Russell", ocurre por el contacto repetido de los dientes al inducir el vÃ³mito. Alteraciones digestivas: Dificultades en la digestiÃ³n y el metabolismo debido a los episodios de atracones y purgas. Reflujo gÃ¡strico crÃ³nico: IrritaciÃ³n y ardor debido al Ã¡cido que se mueve hacia el esÃ³fago. Esofagitis: InflamaciÃ³n del esÃ³fago provocada por el vÃ³mito repetido. Ãšlceras pÃ©pticas: Lesiones dolorosas en la mucosa del estÃ³mago o duodeno. Desequilibrios electrolÃticos. DeshidrataciÃ³n e hipocalemia: PÃ©rdida de potasio, lo que puede provocar debilidad muscular, fatiga y riesgo de arritmias cardÃacas. Taquicardia: Frecuencia cardÃaca elevada debido a desequilibrios en electrolitos. HipotensiÃ³n: PresiÃ³n arterial baja, que puede llevar a mareos y desmayos. DisfunciÃ³n tiroidea: Alteraciones hormonales que pueden afectar el metabolismo y el equilibrio energÃ©tico del cuerpo. GlÃndulas salivales inflamadas: TambiÃ©n conocidas como sialadenosis, causadas por la irritaciÃ³n y el estÃmulo del vÃ³mito frecuente. A nivel psicolÃ³gico, los sÃntomas visibles incluyen: Impulsividad, labilidad emocional. Obsesividad y preocupaciÃ³n extrema por la alimentaciÃ³n o el cuerpo. Evitar comer alimentos delante de otras personas. Adoptar rituales a la hora de consumir alimentos. Episodios de purgas o uso de laxantes o fÃ¡rmacos. Miedo intenso a ganar peso y/o a perder el control de la alimentaciÃ³n. Inspeccionar constantemente el cuerpo. Aislamiento. Etc. El diagnÃ³stico de la bulimia nerviosa se realiza mediante un juicio clÃnico de la sintomatologÃa e historia clÃnica. Adicionalmente se realiza una exploraciÃ³n fÃsica y psicolÃ³gica. Para el diagnÃ³stico suelen utilizarse criterios como los del manual DSM-5. Deben encontrarse una serie de sÃntomas relativos a episodios recurrentes de atracones con sensaciÃ³n de falta de control, y comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes. Tanto los atracones como los comportamientos compensatorios inapropiados deben ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. TambiÃ©n se habla de la existencia de sÃntomas relativos a una autoevaluaciÃ³n influenciada por la figura corporal y el peso. El mÃ©dico por su parte usualmente realizarÃ¡ anÃ¡lisis pueden incluir hemogramas completos, electrolitos, funciÃ³n hepÃ¡tica, renal y tiroides, entre otros, debido a que la desnutriciÃ³n producida por la restricciÃ³n de la alimentaciÃ³n o las compensaciones pueden ocasionar consecuencias que deben valorarse. Los episodios recurrentes de purgas y vÃ³mitos, el uso de laxantes, fÃ¡rmacos, etc, deben evaluarse especialmente. TambiÃ©n suelen pedirse pruebas de imagen y otros chequeos y pruebas fisiolÃ³gicas. Tras un primer diagnÃ³stico usualmente en atenciÃ³n primaria y una exploraciÃ³n fÃsica, debe realizarse una evaluaciÃ³n completa por parte de un especialista en este tipo de diagnÃ³sticos. Debe incluir una evaluaciÃ³n psicolÃ³gica de aspectos generales y de aspectos relacionados con la conducta alimentaria. La bulimia nerviosa puede ocurrir con otros trastornos o ser secundaria a otros trastornos mÃ¡s generales como trastornos de personalidad, espectro bipolar, etc. Por ello es importante realizar una evaluaciÃ³n por parte de verdaderos especialistas. Se ha demostrado un incremento del riesgo de mortalidad, derivado de los problemas metabÃ³licos. El uso de purgas, fÃ¡rmacos, laxantes y vÃ³mitos recurrentes pueden causar desequilibrios electrolÃticos. La alimentaciÃ³n inapropiada y los comportamientos compensatorios en la bulimia nerviosa pueden conllevar a desnutriciÃ³n y alteraciones metabÃ³licas, conduciendo a sÃntomas fÃsicos graves. Estos pueden incluir presiÃ³n arterial baja, hinchazÃ³n de extremidades, erosiones dentales debido al vÃ³mito inducido, osteoporosis, y alteraciones cardiovasculares. TambiÃ©n hay un aumento del riesgo de distintas enfermedades y problemas de salud relacionados con la desnutriciÃ³n y el desequilibrio electrolÃtico, como arritmias cardÃacas y debilidad muscular. Por tanto la bulimia puede producir consecuencias importantes para la salud. El tratamiento de las personas con este tipo de trastornos de alimentaciÃ³n debe comenzar con una adecuada evaluaciÃ³n clÃnica, y debe ser multidisciplinar. Existen distintos enfoques terapÃ©uticos, aunque debe trabajarse por el camino mÃ¡s corto. A menudo comenzando por el afrontamiento alimentario, puntos clave (compulsiones, condicionamientos, etc), y ampliando la terapia hasta cubrir aspectos mÃ¡s generales (trabajando a nivel somatosensitivo, afectivo, cognitivo, etc). Debe tenerse en cuenta que a veces la persona puede estar en el espectro bipolar o tener algÃºn trastorno de personalidad, necesitando un abordaje mucho mÃ¡s amplio de lo alimentario. A veces encontramos en personas diagnosticadas con bulimia caracterÃsticas de baja flexibilidad con reglas y procedimientos que deben cumplirse, dificultad en la selecciÃ³n de conductas alternativas que adquieren valores rÃgidos y extremos (ahora restricciÃ³n, ahora compulsiÃ³n, ahora ejercicio...). Esto implica compartir parte del endofenotipo anorÃ©xico con rigidez ejecutiva y coherencia central dÃ©bil, con algunas caracterÃsticas neurocognitivas de mayor impulsividad y labilidad. TambiÃ©n debe decidirse si se pone en peso del tratamiento en la persona o en la familia. En la terapia familiar, los padres juegan un papel central en la alimentaciÃ³n y la conducta en casa, hasta que los adolescentes pueden tomar decisiones autÃ³nomas relativas a su propia alimentaciÃ³n. Como norma general, siempre debe trabajarse por el camino mÃ¡s corto, desde factores proximales (afrontamiento alimentario) a otros aspectos mÃ¡s distales. Sin embargo en personas refractarias al tratamiento, la terapia debe partir de un tratamiento secuencial focalizado en los aspectos clave, dado que la conducta bulÃmica implica diferentes causas subyacentes que deben ser analizadas. Por ejemplo: La conducta bulÃmica en algunas personas puede ser fundamentalmente la pÃ©rdida de control de los ritmos biolÃ³gicos y del metabolismo de la persona, acentuado por ciclos de restricciÃ³n y atracÃ³n que alteran la fisiologÃa orexigÃ©nica, autonÃ³mica, endocrina, afectiva, etc. En otras personas la conducta bulÃmica puede ser fundamentalmente un mecanismo de condicionamiento. El tratamiento aquÃ debe ir dirigido a la urgencia negativa que genera el atracÃ³n y/o la purga, tÃ©cnicas adaptadas de exposiciÃ³n con prevenciÃ³n de respuesta, etc. En otras personas "bulimia" es fundamentalmente parte de un trastorno de personalidad, o dificultades neurocognitivas, lo que implica en buena medida dificultades con el control de impulsos, ciertos dÃ©ficits a nivel interoceptivo y metacognitivo, etc. Etc En otras palabras, hablar de "bulimia" sin entenderse los factores subyacentes, solo es una etiqueta vacÃa que conduce habitualmente a un manejo cuestionable. Otro aspecto importante es el hecho de que una persona que debuta en su bulimia con 16 aÃ±os necesita una forma de trabajar diferente a una persona de 30 que arrastra un curso crÃ³nico. La familia es muy importante en adolescentes, y las terapias habitualmente se centran en ella. Respecto a la purga y conductas compensatorias, pese a llamarse comportamientos compensatorios, no siempre tienen este carÃ¡cter de mera compensaciÃ³n. A veces la obsesividad con el deporte existe antes del desarrollo de la sintomatologÃa alimentaria. Lo que inicia la purga no es necesariamente el mismo mecanismo que mantiene la purga posteriormente. A veces una purga se inicia como compensaciÃ³n reactiva al atracÃ³n, pero con el tiempo se vuelve simplemente una conducta automatizada sin componente afectivo, quedando una memoria procedimental que forma parte de un ritual conductual. Con todo, los ciclos de