

Detección de bulimia nerviosa en las consultas de Atención Primaria

M. P. Galdón Blesa, J. D. López-Torres, Y. David García, M. C. Gómez Honrubia, F. Escobar Rabadán y M. Martínez Ramírez

Centro de Salud Universitario Zona IV. Albacete

Detection of bulimia nervosa in primary health care consultations

Resumen

Introducción. Estimar, mediante criterios DSM-IV, la prevalencia de bulimia nerviosa y conductas bulímicas en mujeres que utilizan las consultas de Atención Primaria.

Métodos. Estudio observacional descriptivo emplazado en el ámbito de Atención Primaria, cuyas participantes son mujeres mayores de 14 años que acuden a las consultas de medicina general. Selección mediante muestreo sistemático de 175 mujeres (proporción esperada: 4%; intervalo confianza: 95%; precisión: $\pm 3\%$).

La exploración se hizo mediante entrevista semiestructurada de criterios diagnósticos de bulimia (atracones recurrentes, conductas compensatorias y preocupación excesiva por el peso o la imagen corporal), variables sociodemográficas y variables sobre morbilidad (problemas de salud según CIPSAP-2-definida).

Resultados. La prevalencia de bulimia fue del 5,3% (IC 95%: 2,4-9,7), apareciendo atracones recurrentes en el 23,4%. Entre las conductas compensatorias, el ayuno (13,5%), el ejercicio intenso (8,2%) y los vómitos autoinducidos (4,7%) fueron las más frecuentes. En mujeres con bulimia aparecieron con más frecuencia ($p < 0,05$) antecedentes de anorexia y fijación de metas para adelgazar. Su edad media fue significativamente inferior ($p < 0,05$) ($31,2 \pm 14,7$ DE). Mediante regresión logística las variables asociadas con la presencia de bulimia fueron la edad (OR: 0,94), la existencia de morbilidad psiquiátrica previa (OR: 9,0) y el haber fijado metas para perder peso con anterioridad (OR: 7,3).

Conclusiones. En las mujeres que utilizan las consultas de Atención Primaria la prevalencia de bulimia es superior a la descrita en población general femenina. Dicho trastorno es más frecuente en mujeres de menor edad y en las que presentan antecedente de morbilidad psiquiátrica. La exploración de los criterios diagnósticos permite fácilmente su detección en las consultas de Atención Primaria.

Palabras clave: Bulimia nerviosa. Trastornos del comportamiento alimentario. Atención Primaria.

Summary

Introduction. To estimate the prevalence of bulimia nervosa and bulimic behavior in women who come to Primary Health Care consultations, using the DSM-IV criteria.

Design. Descriptive, observational study

Setting. Primary Health Care.

Participants. Women over 14 years who come to general medicine consultations. Selection by systematic sampling of 175 women (proportion expected: 4%; confidence index: 95%; accuracy: $\pm 3\%$).

Main measures. Examination, by semi-structured interview, of diagnostic criteria of bulimia (recurrent binge eating, compensatory behaviors and excessive concern about weight or body image), socio-demographic variables and variables on morbidity (health problems according to CIPSAP-2-defined).

Results. Prevalence of bulimia was 5.3% (95% CI: 2.4-9.7), there being recurrent binge-eating in 23.4%. Among the compensatory behaviors, fasting (13.5%), intense exercise (8.2%) and self-induced vomiting (4.7%) were the most frequent. In women with bulimia, a background of anorexia and establishment of goals to lose weight appeared more frequently ($p < 0.05$). Their average age was significantly lower ($p < 0.05$) (31.2 ± 14.7 SD). By logistic regression, the associated variables with the presence of bulimia were age (OR: 0.94), existence of previous psychiatric morbidity (OR: 9.0) and having previously set goals to lose weight (OR: 7.3).

Conclusions. In the women who came to the Primary Health Care consultations, prevalence of bulimia is greater than that described in the general female population. This disorder is more frequent in younger women and in those who present a background of psychiatric morbidity. Examination of the diagnostic criteria makes its detection easy in Primary Health Care consultations.

Key words: Bulimia nervosa. Eating disorders. Primary Health Care.

Correspondencia:

Jesús López-Torres Hidalgo
Marqués de Villorres, 48, 3.º A
02003 Albacete

Correo electrónico: jesusl@sescam.org

De este estudio fue presentada una comunicación oral en el I Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha celebrado en Toledo durante los días 18 a 20 de mayo de 2000.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es un proceso voluntario, educable y muy influenciado por factores sociales, económicos, culturales, psíquicos, etc. Se podría decir que el hombre no se alimenta bien por tres motivos: porque no sabe,

porque no puede o bien porque no quiere. En el contexto de los trastornos alimentarios se encuentran la bulimia, la anorexia y otros trastornos alimentarios todavía no bien definidos.

Se define la bulimia como un trastorno caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de grandes cantidades de alimentos en cortos espacios de tiempo), asociándose éstos a mecanismos compensatorios para contrarrestar el aumento de peso, como son los vómitos autoinducidos, el uso y abuso de laxantes y diuréticos, la hiperactividad, etc., con una frecuencia mínima de dos veces por semana y durante al menos 3 meses¹.

La prevalencia de bulimia en los países occidentales se sitúa en torno al 1-3%^{2,3} y la proporción hombre/mujer es de aproximadamente 1/10^{4,5}. Las mujeres adolescentes y adultas jóvenes son las más afectadas^{6,8}, detectándose sintomatología bulímica en el 10-19% de las estudiantes universitarias.

En la sociedad actual la mujer se enfrenta a una ardua tarea: capacitada para realizar las mismas tareas intelectuales y de dirección que el varón, no es desligada de «sus obligaciones como ama de casa», lo que incrementa su nivel de exigencia al cumplir diferentes funciones laborales y familiares. Si a esto le agregamos la excesiva importancia que hoy día se otorga a la imagen corporal, pudiendo primar un cuerpo esbelto sobre los valores humanos o espirituales, el resultado es la aparición de una serie de patologías entre las que se encuentran los trastornos del comportamiento alimentario.

Las consultas de Atención Primaria constituyen el enlace ideal para que el personal médico o de enfermería pueda detectar precozmente múltiples problemas de salud y donde la educación sanitaria encuentra su piedra angular. Es aquí donde la bulimia y otros trastornos del comportamiento alimentario pueden ser identificados y encauzados inicialmente hacia su tratamiento, si bien su abordaje actual debe ser de carácter multidisciplinar, basándose en el control nutricional⁹, la terapia cognitivo-conductual¹⁰, la terapia antidepresiva farmacológica y la intervención orientativa en el entorno familiar¹¹⁻¹³.

El objetivo del estudio es estimar, mediante los criterios DSM-IV, la prevalencia de bulimia nerviosa y de conductas bulímicas en mujeres que utilizan las consultas de Atención Primaria, así como establecer su relación con las variables sociodemográficas y de morbilidad.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter transversal llevado a cabo en tres consultas de Atención Primaria pertenecientes a un centro de salud de características urbanas (Centro de Salud Universitario Zona IV de Albacete), el cual abarca una población de 22.915 habitantes y está situado en una zona periférica de la ciudad, predominando un bajo nivel socioeconómico. Los sujetos de estudio fueron mujeres de edad superior a 13 años que acudieron, por cualquier motivo, a

dichas consultas. Mediante muestreo sistemático fueron seleccionadas 175 pacientes (proporción esperada de bulimia nerviosa: 4%; intervalo de confianza: 95%; precisión: \pm 3%).

Las pacientes seleccionadas fueron informadas de los propósitos del estudio e invitadas a participar en una entrevista semiestructurada para explorar la presencia de los criterios diagnósticos de bulimia (DSM-IV): existencia y periodicidad de atracones recurrentes, preocupación excesiva por el peso o la imagen corporal y conductas compensatorias (realización de ejercicio físico posterior a la ingesta, instauración de ayuno, ingestión de laxantes o diuréticos, uso de enemas y autoinducción del vómito). Dichas entrevistas fueron llevadas a cabo por médicos de Atención Primaria previamente entrenados. En el transcurso de las mismas, a través de preguntas clave, el entrevistador decidió la presencia o ausencia de cada uno de los criterios. En el cuestionario elaborado para la recogida de datos se incluyeron también datos sociodemográficos (edad, nivel de estudios y categoría social basada en la ocupación). A partir de las historias clínicas se obtuvo información sobre frecuentación (visitas al médico durante los últimos 3 meses), problemas de salud de carácter crónico (CIPSAP-2-definida), consumo de psicofármacos y presencia de hábitos tóxicos.

En cuanto al análisis estadístico, se realizó, en primer lugar, una descripción de las variables de estudio y posteriormente se utilizaron pruebas de comparación de proporciones (chi cuadrado y test exacto de Fisher) y medias (t de Student y U de Mann-Whitney) en grupos independientes. Finalmente se construyó un modelo de regresión logística utilizando como variable dependiente la existencia o no de bulimia nerviosa (procedimiento *logistic regression* del sistema SPSS).

RESULTADOS

Entre las 175 pacientes seleccionadas, la tasa de respuesta fue del 97,7%. Las características de la muestra se describen en la **tabla 1**. La prevalencia de bulimia, siguiendo los criterios DSM-IV, fue del 5,3% (nueve casos) (IC 95%: 2,4-9,7). Durante la entrevista refirieron atracones recurrentes al menos dos veces por semana (ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo en grandes canti-

TABLA 1. Características de la muestra

Edad media	45,9 \pm 20,5 DE
% con estudios primarios incompletos	30,5
% categoría social V-VI (trabajadores no cualificados)	51,8
Número medio de visitas al médico durante los 3 meses anteriores	2,4 \pm 1,70 DE
% con problemas de salud crónicos	55,0
% con problemas de salud mental previamente diagnosticados	41,5
% con consumo actual de psicofármacos	28,1
% con consumo diario de alcohol	16,9

dades junto a sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta) el 13,5% de las mujeres estudiadas (23 casos), conductas compensatorias al menos dos veces por semana el 23,4% (40 casos) y preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal el 24,6% (42 casos).

Entre las conductas compensatorias, el ayuno (13,5%), el ejercicio físico intenso (8,2%), los vómitos provocados (4,7%), el uso de laxantes (4,1%) y otros fármacos (3,5%) fueron las más frecuentes (fig. 1).

En mujeres con bulimia apareció con una frecuencia significativamente superior ($p=0,002$) el antecedente de anorexia (22,2% frente a 2,5% en mujeres sin bulimia) y también la fijación de metas para perder peso (77,8% frente a 29,0% en mujeres sin bulimia). La edad media fue significativamente inferior en mujeres con dicho trastorno ($p=0,02$) ($31,2 \text{ años} \pm 14,7 \text{ DE}$ frente a $46,7 \pm 20,5 \text{ DE}$) y significativamente superior ($p=0,04$) el número medio de problemas de salud mental previamente diagnosticados ($0,8 \pm 0,4 \text{ DE}$ frente a $0,4 \pm 0,6 \text{ DE}$).

Mediante regresión logística las variables asociadas con la presencia de bulimia fueron la edad (OR: 0,9), la existencia de morbilidad psiquiátrica previa (OR: 9,0) y el haber fijado una meta para perder peso con anterioridad (OR: 7,3).

DISCUSIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario suponen un nuevo problema en un determinado sector poblacional como es el de la mujer adulta joven y adolescente. Su detección precoz y manejo inicial dependen en gran parte del médico de Atención Primaria. Entre los obstáculos para el abordaje de dicho trastorno cabe señalar la frecuencia con la que el mismo puede pasar inadvertido y la dificultad para conocer la verdadera magnitud del problema, ya que los resultados de los estudios publicados difieren en cuanto a la metodología utilizada (representatividad de la muestra, diferentes criterios diagnósticos, cuestionarios auto o heteroaplica-

dos, *screening* previo a la entrevista, confidencialidad de la información, tendencia del explorado a «complacer» al explorador, dificultad real para poder objetivar la cantidad de alimento ingerida, etc.). En nuestro caso los datos pueden no ser generalizables a población general, ya que el estudio se ha realizado en usuarias de las consultas de Atención Primaria, lo que puede explicar que la prevalencia obtenida del 5,3% sea superior a los datos publicados con anterioridad².

Hemos comprobado cómo solamente en una de las nueve mujeres con criterios clínicos de bulimia había sido previamente diagnosticado el trastorno, acudiendo el resto por motivos muy diversos y sin constar en su historia clínica antecedentes relacionados. Estos resultados evidencian que en la mayoría de los casos el problema subyacente puede quedar enmascarado y que la mujer puede consultar por motivos aparentemente no relacionados, como estreñimiento pertinaz, o bien solicitar la prescripción de laxantes o diuréticos con los que realizar conductas compensatorias posteriormente.

En nuestros resultados la fijación de metas para perder peso y la alteración en la percepción de la imagen corporal entre mujeres con criterios de bulimia nerviosa aparecen con una frecuencia similar a la descrita en otros estudios^{14,15}. También hemos comprobado que la presencia del trastorno es superior en mujeres que presentan algún antecedente de morbilidad psiquiátrica en correspondencia con otros trabajos que describen la relación entre bulimia y trastornos de personalidad u otras alteraciones psiquiátricas como los problemas afectivos, consumo de drogas o alcohol y trastornos de pánico^{14,16-19}. De forma similar a lo descrito en la bibliografía^{20,21} hemos objetivado que en ocasiones existe un solapamiento entre anorexia y bulimia, ya que aproximadamente la mitad de las anoréxicas pueden llegar a desarrollar conductas bulímicas.

Es importante distinguir entre conductas bulímicas y bulimia propiamente dicha, según los criterios DSM-IV, ya que las primeras aparecen con una considerable frecuencia cuando se realiza una anamnesis dirigida al problema. En este sentido hemos observado que más del 13% de las mujeres que acuden a las consultas de Atención Primaria declaran el ayuno como una práctica frecuente tras ingestas abundantes de alimentos o que más del 8% realizan ejercicio físico intenso por dicho motivo.

Las variables socioculturales pueden desempeñar un papel fundamental en el origen de la bulimia, habiéndose comprobado que en el tercer mundo, al no existir presiones socioculturales para controlar la ingesta y el peso, la presencia de bulimia es prácticamente inexistente. Así, el problema es entendido como un complejo fenómeno producto de la interacción de múltiples factores tanto biológicos como psicosociales²². En nuestro medio, al médico de Atención Primaria se le plantea la necesidad de familiarizarse tanto con los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa como con las habilidades de comunicación necesarias para conducir adecuadamente la entrevista clínica. Ambas herramientas permiten con facilidad desenmascarar los casos de bulimia en la población

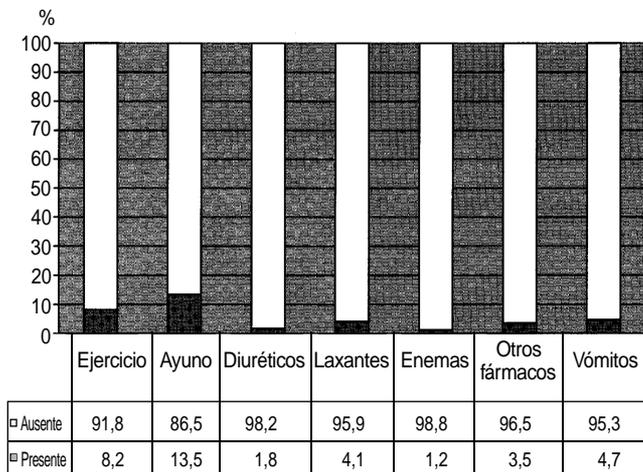


Figura 1. Prevalencia de conductas compensatorias.

que consulta en Atención Primaria. Posteriores estudios permitirán comprobar la efectividad de las intervenciones sobre dichas pacientes en el ámbito de Atención Primaria y de su manejo inicial conjuntamente con los servicios de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
2. McCallum K. Eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1993; 20:113-5.
3. Comportamiento alimentario. *Rev Med Univ Navarra* 1996; 40:36-43.
4. Vandereycken W, Pierloot R. The significance of subclassification in anorexia nervosa: A comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychol Med* 1983;13:543-9.
5. Hindler CG, Crisp AH, McGuigan S, Joughin N. Anorexia nervosa; change over time in age of onset presentation and duration of illness. *Psychol Med* 1994;24:719-29.
6. Lucas AR, Beend CM, O'Fallen WM, Kurland LT. 50 year trends in the incidence of anorexia. *Am J Psychiatry Scand* 1991; 148:917-22.
7. Bosch X. Spain tackles eating disorders. *BMJ* 1999;318: 960.
8. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999;318:765-8.
9. Martínez-Olmos MA, Gómez-Candela C, de Cos AI, González-Fernández B, Iglesias C, Hillman N, et al. Resultado del tratamiento nutricional de la anorexia nerviosa: nuestra experiencia (1989-1995). *Nutr Hosp* 1997;12:160-6.
10. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparasion of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993;150:37-46.
11. Wilson GT, Rossiter E, Kleinfeld EL, Lindholm L. Cognitive behavioural treatment of bulimia nervosa. A controlled evaluation. *Behav Rese Therap* 1986;24:277-88.
12. Thompson SBN. Eating disorders. A guide for health professionals. London: Chapman & Hall, 1993.
13. Toro J. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1995;2:68-80.
14. Keel PK, Mitchell JE, Davis TL, Crow SJ. Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;30:48-56.
15. Mora M, Raich RM. Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1993;20:113-5.
16. Vaz FJ, Salcedo MS. Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos alimentarios: un estudio controlado. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatría* 1993;21:181-7.
17. Halmi K. Models to Conceptualize Risk Factors for Bulimia. The BITE. *Brit J Psychiatry* 1997;54:507-8.
18. Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL. Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985; 142:482-5.
19. de la Serna de Pedro I. Bulimia nervosa: clinical aspects in 28 cases. Poster. X World Congress of Psychiatry. Madrid, August, 1996.
20. Caspers RC, Eckert ED, Halmi KA. Bulimia: its incidence and clinical importance in patient with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1030-5.
21. Goodwin GM, Fairburn CG, Cowem PJ. The effects of dieting and weight loss on neuroendocrine responses to tryptophan, clonidine and apomorphine in volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:952-7.
22. Pinto de Azevedo ME, Paz Ferreira C. The prevalence of eating disorders in the third world. *Acta Psychiatric Scand* 1992;86:432-6.