

430



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LOS TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE
SECUNDARIA
(ESTUDIO DE CASO EN LA ESC. SEC. No. 68 PROF.
GABINO A. PALMA. TURNO MATUTINO vs VESPERTINO)

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

ELVIRA PUGA PERALTA
BIBIANO MARTÍNEZ CORTES

DIRECTORA: LIC. NATALIA M. MEZA CELIS
ASESORES: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ
LIC. ROSA MARÍA CELIS BARRAGÁN
C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



México, D. F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
1. ANTECEDENTES	1
2. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARÍA	1
3. ANOREXIA NERVIOSA	9
4. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA	22
5. BULIMIA NERVIOSA	23
6. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA	32
7. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	38
8. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	39
9. OBJETIVOS	41
10. HIPÓTESIS	41
11. METODOLOGÍA	44
12. MATERIAL Y METODO	45
13. CUESTIONARIO	47
14. RESULTADOS	72
15. CONCLUSIONES	74
16. BIBLIOGRAFÍA	85

DEDICATORIAS

A DIOS

Por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento de mi existencia, para lograr lo que en tantos años esperé y por darme tanto sin merecerlo.

A MIS PADRES:

Porque fueron los mejores padres y extraño su ausencia y estoy segura que donde quiera que se encuentren estarán orgullosos de mí.

A MI ESPOSO FELIPE:

Por ser un gran compañero y amigo, por tenerme paciencia y por el amor que me da día con día. Le agradezco por haberme impulsado y estar pendiente de todas mis necesidades profesionales, por darme una familia maravillosa y siendo el mejor padre.

A MI HIJA LOURDES ARLETH

Por haberme dado todo su apoyo en uno de los momentos más difíciles de mi vida, ya que sin su valiosa ayuda no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

A MIS HIJOS EDGAR Y ANGEL:

Por su comprensión paciencia y cariño

A MIS AMIGOS JUAN CARLOS, LUZ MARÍA E ISLA.

Gracias por su amistad y aceptarme como soy.

A LUCY:

Por su maravillosa ayuda e inyectarme las ganas de salir adelante y sus buenos deseos para que esta meta fuera posible.

A LA PROFESORA MARÍA GEORGINA:

Por haberme estimulado siempre para lograr este objetivo y por brindarme su amistad.

A LA PROFESORA AURORA JUAN G.:

Porque sin conocerme, me brindó su amistad y todo el apoyo para el logro de esta investigación

A MIS HERMANOS:

En especial a ti Yuyú, que fuiste mi "conejillo de indias" para iniciarme en esta carrera y aguantar mis malos ratos

JQM

EMIRA

Gracias a Dios:

Ese ser supremo y todo poderoso que nos ilumina nuestro camino, que con su amor infinito y misericordioso estoy aquí agradeciendo y celebrando un proyecto grande e importante en mi vida.

A mis padres Felipe y Olga:

Con todo mi amor y agradecimiento por darme la vida, y ser mis guías, contando con su apoyo incondicional y total en todo momento. Gracias a ellos culmina una meta llena de sacrificios pero también de satisfacciones que sin ellos quizás no hubiese podido lograrlo. Gracias padres por creer en mi ayer, hoy y siempre.

A mis hermanos. Raúl, Cristina, Lupita y Alex:

Cuatro seres maravillosos en mi vida y camino, con los cuales he compartido infancia y juventud; alegrías y sus sabores que con su apoyo y consejos he salido adelante junto con nuestros padres. Gracias hermanos por confiar en mis metas y proyectos.

A mis sobrinos Raúl, Armando, Hugo, Nadia, Daniela y Jacqueline:

Que con amor y sabiduría que a pesar de su corta edad me han inspirado aliento y fuerza para seguir adelante, con sus alegrías me han inyectado animo para poder continuar mis propósitos.

A mis amigos Alma Delia, Rafael, Victor, Elvira, Felipe, Juan Carlos, Luz María pero sobre todo a Lulú y Lucy que con su gran ayuda fue posible este trabajo.

Que desde que somos amigos hemos tenido una sincera amistad en todo momento. Ya que con su apoyo y consejos he conseguido lo que más buscaba en la vida. Desde hace tiempo

Bibiano

INTRODUCCIÓN

La imagen física es una cuestión de suma importancia dentro del mundo actual y los medios de comunicación, la publicidad y la sociedad, en general ha creado un problema de auto imagen que se presentan en ellos mismos y llegan a verse de una manera distorsionada, lo cual causa una gran angustia porque interfiere en el modo de vida, de manera personal, familiar y social y llega a afectar la salud.

Los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por alteraciones importantes de la conducta relacionada con la ingesta de comida. Estas alteraciones suelen presentarse durante la pubertad, adolescencia o inicio de la edad adulta.

Los trastornos del comer generalmente se categorizan como Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosas, que es más común, describe un ciclo de atascamiento y de purgación. Anorexia Nerviosa es un estado de inanición y emaciación, que puede ser realizado con seguir una dieta severa o con purgar.

La Bulimia y Anorexia Nerviosas comparten características comunes como son la depresión, la ocultación y una obsesión con la pérdida de peso, pero difieren en gravedad, rasgos de personalidad y en otros factores.

El Odontólogo tiene un papel importante en las alteraciones bucodentales de las personas con problemas de Anorexia y Bulimia Nerviosas, y dar el tratamiento adecuado y eficaz, tanto el diagnóstico como el tratamiento de la conducta alimentaría debe ser realizado por especialistas de diferentes disciplinas.

En esta investigación se explica con detalles en que consisten estos trastornos, factores que influyen más claramente en su aparición, recalcando que se trata de un problema que puede tener múltiples causas así mismo contiene un cuestionario realizado para detectar la tendencia a padecer Bulimia y Anorexia Nerviosas, en la población de adolescentes de secundaria haciendo un comparativo conductual y otros factores que influyen en su vida.

Por lo tanto es necesario vincular las distintas áreas de la salud para entender más sobre el tema y abordarlo integralmente no como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una curiosidad médica sino como una enfermedad bien definida.

ANTECEDENTES

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El término "Trastorno Alimentario" se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos los más conocidos son la Anorexia y Bulimia Nerviosas.¹

La presión emocional ejercida por el bombardeo de información para mantener una imagen corporal adecuada origina una terrible ansiedad que se canaliza mediante el hecho de comer compulsivamente, luego sigue el sentimiento que lleva a conductas poco congruentes como serían las formas de provocarse las formas obsesivas para provocar el vómito e ingerir diuréticos.³

Entonces surgen las preocupaciones severas a causas de avitaminosis o desnutrición, aunados a los graves problemas de tipo emocional, así se manifiesta el círculo vicioso de la Bulimia Nerviosa.^{3,5}

Una vez iniciados estos trastornos son muy difíciles de dejar, y salir de ellos no es cuestión de falta de voluntad y por lo tanto se requiere de una ayuda más profunda y sobre todo en el ámbito profesional para resolverlos.³

ANTECEDENTES

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El término "Trastorno Alimentario" se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos los más conocidos son la Anorexia y Bulimia Nerviosas.¹

La presión emocional ejercida por el bombardeo de información para mantener una imagen corporal adecuada origina una terrible ansiedad que se canaliza mediante el hecho de comer compulsivamente, luego sigue el sentimiento que lleva a conductas poco congruentes como serían las formas de provocarse las formas obsesivas para provocar el vómito e ingerir diuréticos.³

Entonces surgen las preocupaciones severas a causas de avitaminosis o desnutrición, aunados a los graves problemas de tipo emocional, así se manifiesta el círculo vicioso de la Bulimia Nerviosa.^{3,5}

Una vez iniciados estos trastornos son muy difíciles de dejar, y salir de ellos no es cuestión de falta de voluntad y por lo tanto se requiere de una ayuda más profunda y sobre todo en el ámbito profesional para resolverlos.³

Los datos de frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria pueden estar subestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace el diagnóstico preciso con los mismos criterios y por otro lado, la mayoría de las personas que presentan dichas conductas tratan de esconderlas debido a que se sienten culpables por realizarlas. El diagnóstico temprano de los trastornos de conducta alimentaria es difícil debido a que el enfermo y sus familiares no tienen claro que los rasgos presentados al comer son síntomas de enfermedades complejas y graves que requieren de atención especializada.^{3,10}

La historia de la anorexia y Bulimia Nerviosa se remonta a la Edad Media donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaban a las personas que la padecían y se caracterizaba por la pérdida de peso por una dieta de hambre, ya que las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar demasiado delgadas y perder la menstruación. La princesa Margarita de Hungría que murió de inanición intencionada. Una monja carmelita que solo comió ostia de la Eucaristía por siete años.^{3,10}

La Anorexia Nerviosa se diagnosticó por primera vez como un problema médico en 1883, en escritos medievales se han encontrado descripciones de auto inanición.⁸

La palabra Anorexia proviene del griego, podemos ver que ellos ya conocían este problema y por ello le dieron el siguiente significado: han; privativo y oresis; deseo significa anomal de ganas de comer.¹⁰

En la antigua roma era costumbre en los festines interminable de las clases pudientes provocarse el vómito para seguir disfrutando el placer de comer. El comedor se denominaba triclinio por la presencia habitual de tres camas de madera dispuestas en herradura con un pasillo central para servir la comida. Cada cama tenía tres plazas y en ellas se reclinaban los romanos para comer y posar la digestión. El vómito de los romanos era una costumbre social lo provocaban para seguir comiendo y no por temor a engordar, no era compulsivo ni creaba sentimiento de auto culpabilidad, al contrario era muy gratificante.¹⁰

Nuestra cultura occidental vincula la comilona con obesidad mas vigor mas fuerza y energía, "impropio de los adolescentes" de aquí el sentimiento de vergüenza y culpabilidad, especialmente en las chicas.¹⁰

A fines del milenio en una sociedad que sobredimensiona la estética corporal, el binomio "Anorexia Nerviosa-Bulimia" han adquirido una difusión alarmante considerándose una verdadera "epidemia social". Ambas afecciones se han constituido en los trastornos alimentarios más frecuentes y temibles en esta última década, con un denominador clave y preciso: la búsqueda desenfrenada de la delgadez, como medio para alcanzar el medio y la aceptación social.

Hay que considerar que el actual modelo del cuerpo ideal es inaccesible para la mayoría de las mujeres incompatible con una buena salud.²

Los trastornos nutricionales secundarios o alteraciones de la conducta se presenta frecuentemente sobre todo en adolescentes y jóvenes del sexo femenino, aunque comienza a notarse numerosos casos que afectan a hombres e incluso a niños antes de la pubertad.²

No siendo estos trastornos enfermedades físicas, aunque los efectos y las consecuencias si lo son, estos trastornos nutricionales constituyen una enfermedad psicológica siendo así porque el cerebro rechaza la imagen real del cuerpo por un ideal físico inalcanzable, con el fin de ser aceptados y admirados por los que le rodean. La imagen estilizada la propagan los medios de comunicación, la publicidad, el cine, la televisión y la moda.²

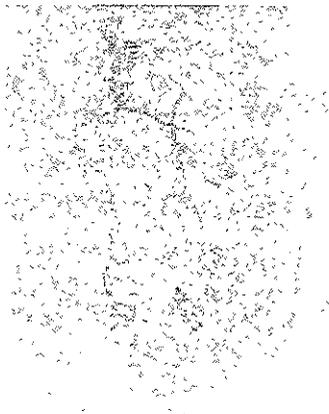


Fig. 1 Modelos de Anoréxica

La Doctora Becky Thompson, profesora de sociología y estudios afro-americanos de la mujer de Simmons College de Boston, Estados Unidos, precisó que las enfermedades (Bulimia y Anorexia Nerviosa) se han convertido en uno de los problemas de salud en su país y mencionó que de las mujeres hospitalizadas por estos desórdenes el 19% muere.²

La Doctora Thompson puntualizó que el peso de la mujer es tan variable como la forma de los ojos y el color de la piel "necesitamos, una manera de celebrar la diversidad de nuestros cuerpos" dijo al tiempo de establecer que " sanar el cuerpo de la mujer es sanar al mundo".²

Actualmente, parecería que bastara con presentar cualquier síntoma aislado de trastornos de alimentación, para que una mujer sea marcada con el temido sello de bulímica o anoréxica.²

La Doctora Thompson en su conferencia "trauma y recuperación en las vidas de las mujeres latinas" que se presentó en la facultad de Psicología de la UAME; destacó que ante las injusticias que presentan las mujeres en el caso de la Bulimia la mejor droga es la comida y en la Anorexia provoca un trauma alejarse de ella.²

A lo largo de una investigación que realizó la Doctora Thompson, sobre los desórdenes alimenticios en las latinas y afro-americanas "existía la creencia de que las latinas y afro-americanas no eran susceptibles a subir de peso y ponerse a dieta a que no tenían presiones" sin embargo, a lo largo de su investigación se encontró muchas mujeres con desórdenes alimenticios y concluyó que el racismo y que el abuso sexual se manifestaba, como factores principales para provocar gordura. Ya que un tercio de las mujeres a los 18 años han sido víctimas de abuso sexual y que las dos terceras partes de la vida de una mujer experimenta, este problema.²

Enfatiza que los últimos veinte años los casos de desórdenes alimenticios se han incrementado de manera alarmante ya que diez millones de mujeres lo viven y otro tanto está cerca de los síntomas.²

Desde 1970 en todo el mundo se ha incrementado el número de personas que desarrollan éstos desórdenes alimentarios. Pero fue hasta 1910 que surgió un boom entre la comunidad médica debido a que personajes reconocidos en el ámbito mundial murieron o estuvieron a punto de morir, debido principalmente a la anorexia.¹⁰

Los factores de riesgo que están asociados con los trastornos de la conducta son:

El sexo. El 95 % de los pacientes que padecen anorexia y Bulimia Nerviosas son mujeres; según algunos expertos, la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales.^{11, 13}

La edad. La anorexia Nerviosa habitualmente se presenta entre los 15 y 26 años.^{11,}

La personalidad predisponente. En la anorexia Nerviosa las pacientes se caracterizan por ser obsesivas, dependientes y obedientes, en tanto que las pacientes que padecen Bulimia generalmente son conflictivas, impulsivas y poco tolerantes a las presiones.^{11, 13}

El ambiente familiar. En general las familias de los pacientes con anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios. La familia del paciente con Bulimia generalmente es conflictiva; además en ellas pueden existir antecedentes de alcoholismo y drogadicción y obesidad.^{14, 11, 13}

El ambiente socioeconómico. Hasta hace poco se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaba sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados. Sin embargo, esta enfermedad se presenta cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de

bajos recursos económicos, desafortunadamente estos países no cuentan con datos que confirmen la frecuencia de la enfermedad y si se está incrementando. Duker menciona que estos problemas suelen manifestarse en un sector social que no carece de recursos. Las enfermas de Anorexia y Bulimia Nerviosas por lo general provienen de hogares respetables, de clase media relativamente acomodada.^{11, 12, 13}

Los factores ambientales y culturales. En los países occidentales, la imagen ideal o preferida del cuerpo de la mujer ha cambiado con gran rapidez en las últimas décadas; cada vez se les exige que sean más esbeltas y, como consecuencia, existe también la presión por el consumo de alimentos bajos en energía. Estos factores no provocan la enfermedad, sin embargo si facilitan el desarrollo de la misma y más grave aún, la disfrazan durante un buen tiempo.^{11, 13}

ANOREXIA NERVIOSA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la definición de anorexia Nerviosa:

Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchos adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones también pueden verse afectados los hombres.³

Es uno de los desórdenes alimentarios con cada vez más difusión entre hombres y mujeres en nuestro país esta enfermedad tan compleja es iniciada por diversos factores, convirtiéndose en un problema que para salir se necesita de apoyo profesional y comprensión.¹³

Este trastorno era ya conocido en épocas antiguas. Los primeros reportes de anorexia Nerviosa tratan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya entonces se definía un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado "Consumición Nerviosa", otros como Laségue en 1873 y Gull en 1874 asocian además el criterio central del diagnóstico clínico que la distinguen del ayuno, síntoma psicógeno: el miedo normal a la obesidad a pesar de la emaciación. Desde entonces han aparecido numerosos reportes sobre Anorexia en países como Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia entre otros. En muchos de estos reportes ya se asociaba a la Anorexia

con síntomas bulímicos y, a la par sobre los estudios de Anorexia, fueron descubriendo la Bulimia. Por ello es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente sobre la Bulimia, y hay que notar que se considera a la misma como un síntoma de la anorexia; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 (DSM-III), 1987(DSM-III-R), 1991 (DSM-IV) con la edición y revisión del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", de la American Psychiatric Association.^{3,7}

En este trastorno existe una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea obsesiva de miedo intenso a engordar, de modo que el enfermo se impone así mismo el permanecer por debajo de un límite de peso corporal.²

La vulnerabilidad biológica de la adolescencia y los problemas familiares y sociales pueden combinarse con un clima social determinado para originar la conducta alimentaria típica de los anoréxicos. La pérdida de peso conduce a la mal nutrición que a su vez constituye los cambios físicos y emocionales del paciente y que perpetúa en el círculo vicioso que se sintetiza en el modelo psicosocial de la Anorexia Nerviosa.¹⁰

No existe una sola causa de los trastornos del comer. Un número de factores, incluyendo presiones culturales y familiares, genética, desajustes químicos, trastornos emocionales y de la personalidad colaboran para producir la Bulimia y la Anorexia, aunque cada trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias.³

Son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y muy jóvenes, son mucho más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay sobre abundancia de comida.¹⁴

La Anorexia Nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños de hasta 6 años de edad, y se calcula que ocurre en 0.5 % a 3% de todos los adolescentes.¹⁵

En Estados Unidos 10 de cada 100 mujeres jóvenes presentan algún desorden de su alimentación, en la sociedad latina 1 de cada 25 mujeres, en los países occidentales del 2 al 4 % de las mujeres entre los "14 y 23" años pueden desarrollar alguna de estas enfermedades.²

En México la Anorexia es una enfermedad que principalmente la padecen las mujeres jóvenes entre los "11 y 25" años de edad. Se estima que afecta al 0.5 % de la población femenina.¹²

Las características esenciales de la Anorexia Nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarca, sufren de amenorrea.^{14, 17, 19}

Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la Anorexia Nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.¹⁹

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de sus dietas todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen otras formas de perder peso como la utilización de las purgas (ejemplo: vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.^{14, 17}

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso y convertirse obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.¹⁹

Existe una alteración perceptible en el peso y de la silueta. Aunque las personas se encuentren obesas u otras delgadas siempre existe una continua preocupación por algunas partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos, que les parece demasiado gordas. Puede manejar una amplia variedad de técnicas

para valorar el tamaño y el peso de su cuerpo, como lo es el pararse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse insistentemente al espejo para observar las zonas consideradas obesas. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un beneficio perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina, en cambio ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su control. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero no niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.¹⁰

La amenorrea es consecuencia general de la pérdida de peso, pero la minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia Nerviosa puede retrasar la aparición de la menarca.^{14,15}

La Anorexia Nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurriría en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Generalmente ocurre en la adolescencia, aunque todos los grupos de edades son afectados, incluyendo ancianos y niños tan pequeños como de seis años. Una encuesta reciente de estudiantes en quinto y sexto grado reportó que 73% de las niñas y 43% de los niños querían estar más delgados y 10% del grupo expresó actitudes desordenadas hacia el comer.

Entre medio de los 1950's y los 1970's, la incidencia de anorexia incrementa por casi 300%.²

Muy a menudo los familiares de los pacientes los llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso. Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con Anorexia Nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de las fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.^{14, 15,}

La familia juega un papel muy importante en la enfermedad de la paciente que se caracteriza, por ser sobre protectoras rígidas aparentemente muy unidas y con algún espíritu de sacrificio, estrictas y poco tolerantes.²

Dentro de los países desarrollados parecen no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres, pero según estudios en los últimos años ha empezado a aparecer en medios socioeconómicos bajos.²

SUBTIPOS

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de la Anorexia Nerviosa:

TIPO RESTRICTIVO: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia Nerviosa estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

TIPO COMPULSIVO O PURGATIVO: Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre a atracones o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones si recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. Existen algunos casos incluso en este subtipo que no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase a menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima (no confundir con Bulimia).^{1,2}

MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS.

Son las mujeres jóvenes en la etapa de la pubertad con una inteligencia promedio o superior, obedientes, tranquilas, con baja autoestima que siempre quieren agradar y ayudar a los miembros de su familia.¹⁰

A medida como avanza la enfermedad se van alejando de sus amistades, de sus compañeros de escuela y empiezan a despreocuparse por su sexualidad y aparece un rechazo a la menstruación y lo ven como un castigo que debe esconderse, no les interesa tener un noviazgo y se vuelven muy limitadas en sus respuestas afectivas, se vuelven sumamente rígidas y subjetivas, suelen negar su cansancio niegan el frío extremo que sienten, niegan el hambre y ni que decir de hablar de su exagerada disminución de peso y la distorsión de su imagen corporal o sea que intenso a ser adultas y tener que separarse de sus padres.^{8,9,10}

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso pueden presentar síntomas de tipo anímico deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características

se observan también en las personas sin anorexia Nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la semiinanición. Por eso es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso, parcial o totalmente.^{19,15}

Se ha observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con esta enfermedad su pensamiento está relacionado con la comida y algunas coleccionan recetas de cocina o se la pasan almacenando alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones de las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con Anorexia Nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso; se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen igualmente características que a veces pueden asociarse a la Anorexia Nerviosa como son una gran necesidad de controlar el entorno pensamiento inflexible, preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia poca espontaneidad social y restricción de la expresión emocional.^{11,15,19}

En comparación con los individuos con Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo, los de tipo compulsivo-purgativo tiene más probabilidades

de presentar problemas de control de los impulsos de abusar del alcohol o de cualquier otra droga, de manifestar más la habilidad emocional y de ser activos sexualmente.^{7,19}

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Si bien en algunas personas con Anorexia Nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una variedad de alteraciones. Así mismo la provocación del vómito, la ingesta excesiva de diuréticos, laxantes y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conllevan a resultados anormales de laboratorio. Es frecuente la aparición de anemia leve, rara vez se observa trombocitopenia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina suelen estar en el límite normal bajo y los de triyodotironina disminuidos.^{18,19}

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos y los hombres asimismo presentan niveles bajos de testosterona.^{5,19}

COMPLICACIONES MÉDICAS

Se detecta algunas veces bradicardia sinusal y arritmias. Puede haber anomalías difusas como consecuencia de alteraciones significativas de líquido y electrolitos. (cloro, potasio y sodio)¹²

Muchos de los signos y síntomas físicos de la Anorexia Nerviosa son atribuidos a la inanición. Además de amenorrea, estreñimiento dolor abdominal, intolerancia al frío letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y resequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un bello fino en el tronco. Algunos presentan edemas periféricos, excepcionalmente presentan petequias, en general en las extremidades, indicadores de diátesis hemorrágica, en algunas personas el color de piel es amarillento y puede haber alteración de las glándulas salivales especialmente, las glándulas parótidas. las personas presentan callos en el dorso de la mano derecha como consecuencia del contacto de los dientes al inducirse el vómito.^{1,2,19}

El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia puede dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como es la anemia normocítica, función renal alterada, trastornos cardiovasculares.¹⁵

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, EDAD Y SEXO

La Anorexia Nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo. Este trastorno es

más frecuente en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Los factores culturales también influyen en las manifestaciones de la enfermedad este trastorno se presenta raras veces antes de la pubertad, sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos antes de la pubertad. En cambio otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia entre los 13 y 18 años, el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90% de los casos de Anorexia Nerviosa se observa en mujeres.^{15,18}

PREVALENCIA

Los estudios sobre prevalencia realizados en mujeres adolescentes y jóvenes adultas han revelado el porcentaje del 0.5-1 para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa. Es más frecuente encontrar individuos que no presenten el trastorno completo. Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.^{18,19}

CURSO Y DESENLACE

La edad promedio de la Anorexia Nerviosa es de 17 años aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante, el curso y el desenlace del trastorno es muy variable. Algunas personas se recuperan completamente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras pueden llegar a sufrir un deterioro crónico a lo largo de los años.

Para el individuo pueda establecer su peso y su equilibrio hidroelectrolítico es necesario que el enfermo ingrese en un centro hospitalario. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas, en centros universitarios, es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.^{3,16}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay una característica atípica, como el inicio de la enfermedad después de los 40 años. En las enfermedades médicas (enfermedades gástricas, tumores cerebrales, etc.) puede producirse

una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros, los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.¹⁹

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la altura.¹
- Miedo terrible de subir de peso o engordar que no disminuye a medida que progresa la pérdida de peso normal.¹
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en el auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.¹
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea por ejemplo: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.¹



Fig. 3 Anoréxica viéndose al espejo

una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros, los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez logran ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.¹⁹

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la altura.¹
- Miedo terrible de subir de peso o engordar que no disminuye a medida que progresa la pérdida de peso normal.¹
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en el auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.¹
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea por ejemplo: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.¹



Fig. 3 Anoréxica viéndose al espejo

BULIMIA NERVIOSA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición:

Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control de peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes.¹⁰

La Bulimia es una enfermedad de causas diversas psicológicas y somáticas, que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer y a la vez abusar de dietas, asociadas a vómitos y a la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos)^{3,10}

De la Bulimia existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como Bulimia término que deriva del griego "bulimy" (traducido como hambre de buey); en los siglos XVIII y XIX fue descrito como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades; los primeros reportes sobre conducta bulímica como tal, datan de fines del siglo XIX, aunque generalmente se asocian a la anorexia Nerviosa.^{3, 10}

En cuanto al abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportada por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años en adelante; sin embargo, la Bulimia Nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940. Finalmente, Abraham, en 1916, Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la Bulimia, ligándolos a estados neuróticos.^{3, 11}

El efecto de estos trastornos sobre dientes y estructuras bucales fue reconocidas en el año de 1970 aproximadamente por Hellstrom. Las características esenciales de la Bulimia Nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia del peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos con un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses. Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Los atracones no tienen que producirse en un solo lugar por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tiempo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico. Sin embargo, los atracones se caracterizan más, por una cantidad anormal de comida ingerida que por ansia de comer un alimento determinado como los hidratos de carbono, los individuos con Bulimia Nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin Bulimia Nerviosa en una comida ya que la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo general a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan por una rápida ingesta de alimentos. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la satisfacción. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes y el hambre secundaria intensa a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones también se acompañan de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control sino por conductas de alteración de control, como es la dificultad para evitar los atracones o la

dificultad para terminarlos. La alteración del control asociado a los atracones no es absoluta. Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones, el más usual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean del 80 % al 90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar y lo realizará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otra conducta de purga es el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy rara vez los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.^{2,3,10}

Los individuos con estos trastornos pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones, se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa

realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Las personas con Bulimia Nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autoevaluarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen Anorexia Nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de Bulimia Nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de Anorexia Nerviosa.

SUBTIPOS

Para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones.

TIPO PURGATIVO Este subtipo describe cuadros clínicos que el enfermo se ha provocado regularmente el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas.^{3, 10}

TIPO NO PURGATIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.^{3, 10}

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los individuos con Bulimia Nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno no puede aparecer en individuos con obesidad moderada. Algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen una probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente de peso normal. Entre atracón y atracón reduce la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico, a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón. La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con Bulimia Nerviosa es alta, al igual que los otros trastornos del estado de ánimo. En muchos individuos la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la Bulimia Nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo el trastorno del estado de ánimo es debido a la Bulimia Nerviosa. Así mismo, hay una incidencia elevada de síntomas

de ansiedad, a su vez todos estos síntomas desaparecen al tratamiento. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias estimulantes y alcohol en aproximadamente un tercio de sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Datos preliminares sugieren que en casos de tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en casos de tipo no purgativo ^{3, 11, 15}

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, la pérdida del ácido clorhídrico producido por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. algunos individuos presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa. ^{15, 18}

HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS

Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir

el vómito. En mujeres con Bulimia Nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea, no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con las fluctuaciones de peso, deficiencia de nutrientes o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes que de manera crónica acaban presentando dependencia de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a ser importantes como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que aunque raras pueden causar la muerte del individuo como son los desgarres del esófago, rotura gástrica y arritmias cardíacas. en comparación con los enfermos que padecen Bulimia Nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquido y electrolitos.^{1, 2, 15}

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL SEXO

La Bulimia afecta a los individuos de los países desarrollados entre los que se encuentran: Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Existe muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son en su mayoría de raza blanca aunque también se pueden encontrar en algunos grupos étnicos. Por lo tanto un 90 % de las personas que padecen Bulimia Nerviosa son mujeres.^{13, 15}

Estimaciones de la prevalencia de Bulimia Nerviosa entre mujeres jóvenes varían de 4 % a 10% esta estimación es diagnosticada después de los 18 años. Según estudios realizados este trastorno se ha incrementado en los últimos cinco años.^{2, 15}

PREVALENCIA

La prevalencia entre los adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente de 1 a 3 por ciento. Entre los varones la prevalencia es de diez veces menor.¹⁵

CURSO Y DESENLACE

La Bulimia Nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje en las clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente con periodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo.^{13, 15}

PATRON FAMILIAR

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias de los familiares de primer grado. puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero faltan estudios que confirmen este hecho.^{13, 15}

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- **Presencia de atracones recurrentes.** Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la 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.¹⁹
- **Conductas compensatorias inapropiadas** de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio vigoroso.¹⁵
- **Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas** tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.¹⁵

PATRON FAMILIAR

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias de los familiares de primer grado. puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero faltan estudios que confirmen este hecho.^{13, 15}

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- **Presencia de atracones recurrentes.** Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la 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.¹⁹
- **Conductas compensatorias inapropiadas** de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio vigoroso.¹⁵
- **Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas** tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.¹⁵

- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso de la silueta corporal.¹⁵
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.¹⁵

TRASTORNOS Y COMPLICACIONES BUCODENTALES DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

Los problemas dentales presentados en estos pacientes con trastornos de la alimentación tienen patologías bucodentales debido a su falta de cuidado e higiene bucal, sin embargo las manifestaciones dentales son las únicas que no pueden ser revertidas por lo que requerían de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.^{10, 11}

Dentro las principales manifestaciones bucodentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicas se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como la queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados. Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales, se describen a continuación.^{2,17}

- Aumento de caries dental, debido al desgaste de los dientes en pacientes bulímicas que consumen alimentos con alto contenido de carbohidratos.
- Pérdida del esmalte y dentina, ocasionada por ácido contenido en el vómito en pacientes anoréxicas y bulímicas por el vómito presentan una clásica erosión palatina de los dientes anteriores y superiores.
- Erosión extensa de la superficie palatina anterior. Erosión moderada de la superficie vestibular, anterior, y superior.¹⁷
- Y prácticamente inalterada las superficies linguales inferiores.

Debido a la prevalencia de la lesión es relativamente baja, porque va a depender de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), etc., y dado que la erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años. Por lo anterior, el grado de erosión es distinto en extensión y velocidad a medida que progresa la enfermedad, creando un verdadero reto restaurativo, lo cual a su vez se ve complicado por aspectos como:¹⁷

- PH salival.
- Capacidad de amortiguación salival (buffer).
- Magnitud del flujo salival.
- Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- Tipo de dieta (frutas, condimentos, golosinas).^{3, 17}

CARIES

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una insuficiente higiene bucal pueden resultar en un aumento en prevalencia en caries dental. Los medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, por ejemplo tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, etc. También pueden existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a mediación depresora del sistema nervioso central lo que contribuye a mayor presencia. ^{17,20}

PERIODONTO

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes alimentarios, siendo el frecuente la gingivitis. Roberts y Li, estudiaron los índices de placa bacteriana en estos pacientes encontrando un índice mayor en pacientes bulímicos que en anoréxicos. ^{17,20}

MUCOSA

Se ve afectada entre otras cosas xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor, aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso. ^{17,20}

SIALOADENOSIS

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorias, no se considera un signo patognomómico de la Anorexia, aunque es frecuentemente encontrarlo. Sin embargo, se ha llegado a confundir con síndrome de Sjogren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce. Se describió por primera vez en 1975. Dentro de sus posibles causas, encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración de grasa y cierto grado de fibrosis glándulas sin infiltrado celular inflamatorio crónico.

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con Bulimia. ^{13, 20}

TRATAMIENTO Y MANEJO DENTAL.

Instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. ¹⁷

Aspectos importantes en los que se encuentran en etapas avanzadas incluyendo prevención, revisión continua, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita se le recomendará el enjuague vigoroso después del episodio inmediatamente adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para que no se acelere la erosión. ²⁰

Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las practicas en las que incurrir y el sentimiento de culpa es importante observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en la piel del dorso de la mano. Igualmente se realizará dentro de la historia clínica algunas preguntas específicas que nos puedan conducir al diagnóstico.¹⁷

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de fluoruro de sodio (0.05 %) como enjuagues aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%) así como el contenido en la

pasta dental del uso diario que además de proteger el esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries.¹⁷

El tratamiento restaurativo una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando al grado de erosión y el material restaurativo más adecuado.¹⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, los medios de comunicación y la publicidad que constantemente bombardean con presentar figuras esbeltas como símbolo de bienestar y de éxito provocan en los adolescentes y adultos jóvenes, la necesidad de tener esa figura "ideal"

Estos jóvenes se dejan influir por los medios de comunicación masivos llevándolos la mayoría de veces a tomar patrones de conducta irregulares como por ejemplo diseñar una dieta sin asesoría de un médico especialista en Nutrición o buscar recomendaciones de la gente que los rodea, provocando así una serie de anomalías alimentarias que no cumplen con su objetivo , enfrentándolos así a un serio problema de salud que tiene como consecuencia trastornos físicos y psicológicos como son: la Bulimia y la Anorexia Nerviosa.

Es responsabilidad de los integrantes del área de la Salud Odontológica involucrarse en el conocimiento de éstos tópicos con la finalidad de poder comprender a este tipo de pacientes tanto en el aspecto de su Salud Bucal como en el manejo de los problemas de índole psicológico , ya que por lo general al no ser el problema muy conocido no se da la capacitación requerida .

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Realizando un análisis de la tesina "Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes de Secundaria (Bulimia y Anorexia)" elaborada en la promoción 250 del Seminario de Odontología Comunitaria impartido por la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., impulsó nuestro esfuerzo por ver si este problema pudiese repetirse o tener características disímiles con otra escuela secundaria, ya que el estudio realizado indicó que si bien no se podían extrapolar los resultados a toda la población estudiantil de los alumnos de Secundarias federales, si se podía indicar que los resultados obtenidos coincidían con investigaciones anteriores los cuales mencionan la tendencia de la gente joven a padecer trastornos en su alimentación.

Debido a que en la actualidad vivimos la era de las comunicaciones, cine, televisión, radio, prensa y medios avanzados por internet, donde éstos hacen hincapié en su publicidad que la belleza física es lo más importante, esta belleza no se limita a un solo sexo, sino que ambos están involucrados, creando un estereotipo en donde el individuo es alto, delgado, de tez y cabello claro, físicamente bien formados, creando una necesidad en la mayor parte de los jóvenes de obtener esta apariencia para ser aceptados dentro de la élite social. Tomando en cuenta el aspecto genético del mexicano no les permite desarrollar estas características a todos jóvenes como para tener una figura como

indican los parámetros de los medios masivos de comunicación. Esto hace a nuestros jóvenes tomar patrones de conducta inapropiados y poner en riesgo su salud, por ello proponemos que deberían ser asesorados por un especialista, el cual les indique los riesgos que corren al querer estar como los artistas de moda.

Una razón importante de esta investigación es crear un precedente informativo sobre la Salud Bucal como es la presencia de caries, pérdida de esmalte y dentina. Conforme a los trastornos alimentarios y así proponer medidas preventivas y de acción específicas las cuales contribuyen a disminuir este problema en los adolescentes.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Detectar en alumnos de secundaria de 12 a 15 años la tendencia a padecer algún trastorno alimentario (Anorexia y Bulimia Nerviosa)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar en que turno matutino o vespertino predomina la tendencia a padecer algún trastorno alimentario (anorexia y Bulimia Nerviosa)
- Determinar en qué género predomina la tendencia a padecer algún trastorno alimentario (Anorexia y Bulimia Nerviosas)

HIPÓTESIS

1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En la Secundaria Federal turno matutino se encontró mayor tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosa.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Detectar en alumnos de secundaria de 12 a 15 años la tendencia a padecer algún trastorno alimentario (Anorexia y Bulimia Nerviosa)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar en que turno matutino o vespertino predomina la tendencia a padecer algún trastorno alimentario (anorexia y Bulimia Nerviosa)
- Determinar en qué género predomina la tendencia a padecer algún trastorno alimentario (Anorexia y Bulimia Nerviosas)

HIPÓTESIS

1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En la Secundaria Federal turno matutino se encontró mayor tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosa.

2. HIPÓTESIS ALTERNA

En la Secundaria Federal turno vespertino se encontrará menor tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas.

3. HIPÓTESIS NULA

No habrá diferencia en ambos turnos de la secundaria oficial en cuanto a la tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas.

1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En la población estudiantil femenina de ambos turnos, predominará la tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosa.

2. HIPÓTESIS ALTERNA

En la población estudiantil masculina de ambos turnos, predominará la tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosa.

3. HIPÓTESIS NULA

La tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosa se presentará indistintamente tanto en hombres como mujeres de ambos turnos

VARIABLES

- Tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas
- Edad
- Sexo
- Peso
- Estatura
- Estado socioeconómico
- Hábitos alimenticios

VARIABLES DEPENDIENTES

- Tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas. (variable, cuantitativa, discontinua)
- Peso (variable, cuantitativa, continua).

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad (cuantitativa, continua)
- Sexo (cualitativa, nominal)
- Estatura (cuantitativa, continua)
- Estado socioeconómico (cualitativa, nominal)
- Hábitos alimenticios (cuantitativa, discontinua)

METODOLOGÍA

Los sujetos de estudio fueron alumnos inscritos en una escuela Secundaria Federal turno matutino y turno vespertino respectivamente. En cada turno se trabajó con una muestra de 90 alumnos, la edad variable fue entre 12 y 15 años de edad, los estudiantes cursan primero, segundo y tercer grado.

Escuela Secundaria No. 68 Prof. Gabino A. Palma con ubicación de domicilio en Corregidora y Madero sin número, Col. Tiacopac C.P. 01040, Delegación Álvaro Obregón.

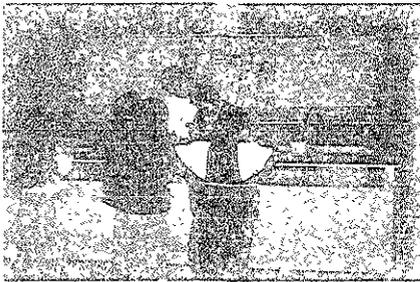


Fig. 2 y 3 Escuela Secundaria Oficial, realización de encuestas (laboratorios)

MATERIAL Y MÉTODO

Se elaboró y aplicó un cuestionario con 37 reactivos para determinar la tendencia a padecer trastornos alimentarios (Anorexia y Bulimia Nerviosa).

¿Qué se entiende por tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosa?

Se entiende por tendencia a padecer trastornos alimentarios a la predisposición que presenta un individuo respecto al ambiente familiar, psicológico y socioeconómico que le rodea en cuanto a Anorexia y Bulimia Nerviosa específicamente.

En el cuestionario 17 reactivos se refieren a la Anorexia Nerviosa y 23 a la Bulimia Nerviosa, 3 de los reactivos sirvieron para medir ambas tendencias. Estos reactivos miden algunos aspectos psicológicos, empleando para su medición 7 reactivos, es importante señalar que muchos de los reactivos no son exclusivos para medir solo aspectos clínicos, hábitos y aspectos psicosociales sino que está inmersos en los que miden Anorexia y Bulimia.

PROCEDIMIENTO

1. Para realizar el estudio se seleccionó una escuela Secundaria Federal con población mixta la cual cuenta con 1600 estudiantes , su distribución es igual para el turno matutino como para el vespertino , su ubicación es en la delegación Alvaro Obregón
2. Se visitó cada uno de los turnos matutino y vespertino con una carta de la Facultad de Odontología para solicitar el permiso a trabajar con los alumnos. Los directores nos dieron las facilidades dentro del plantel.
3. En la primera visita a la Secundaria, se aplicó el cuestionario en ambos turnos a una muestra de alumnos constituida por 90 sujetos de primero, segundo y tercer grado en cada uno de los turnos , se hace notar que la muestra tuvo que ser de oportunidad ya que fueron los disponibles.
4. Al término de la aplicación del cuestionario, se le brindó a cada grupo una explicación sobre Anorexia y Bulimia Nerviosa donde se hizo una dinámica grupal y en la mayoría de los alumnos surgieron inquietudes sobre el tema. Al término de la visita se les dejó una tarea que consistía en realizar un collage de imitación de la silueta y la moda actual y carteles donde se explicó que es Anorexia y Bulimia Nerviosas. Obteniendo una excelente participación de los alumnos en un conocimiento sobre estos trastornos.

5. Para obtener la información evaluatoria se trabajó con el programa de computación SPSS, uno de los mejores para establecer los resultados en cuanto a la prevalencia de la tendencia a la Anorexia y Bulimia Nerviosa. Para graficar se utilizó el programa Microsoft Excel.
6. Se realizaron otras visitas a la Secundaria en sus respectivos turnos para hacer del conocimiento de los resultados obtenidos a la aplicación del cuestionario.
7. Se obtuvieron las conclusiones de acuerdo con los resultados obtenidos.

CUESTIONARIO

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
Seminario Odontología Comunitaria

El siguiente cuestionario será de mucha utilidad para llevar a cabo una investigación espero que conteste correctamente en el inciso de su elección la información que viertas será totalmente confidencial.

Peso ——— – Estatura ———— Sexo ——— Edad ————

1.-Me preocupa generalmente el estar pensando en la comida:

a)Frecuentemente

b)Algunas veces

c)Nunca

2.-En ocasiones me atraco de comida y siento que no puedo parar:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

3.-Noto que los demás me presionan para que coma:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

4. -Siento que la comida controla mi vida:

a)Mucho b)Regular c)Poco d)Nada

5.-Por lo general tengo el impulso de vomitar después de comer

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

6.-Yo me provoco al vómito después de comer:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

7.-Juego con la comida por ejemplo. parto la comida en trozos pequeños , escondo mi comida y la escupo sin tragármela, remuevo la comida en el plato para que parezca que estoy comiendo :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

8.-Me siento muy culpable después de comer:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

9.-Evito comer aunque tenga la sensación de vacío en el estomago:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

10. -Evito comer cuando tengo hambre:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

11.-Para controlar mi peso me paso largo tiempo sin comer, ayunando

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

12.-tienes una complexión

a)obesa b)robusta c)delgada d)muy delgada

13.-como te sientes con tu complexión

a)muy bien b)bien c)mal d)muy mal

14.-Generalmente consumo alimentos chatarra como papas, chocolates, pizza etc., :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

15.-Para verme delgado (a) siempre he realizado todo tipo de dietas pero no me han funcionado :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

16.-Me importa mucho ser delgado (A) para así poder sobresalir.

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

17.-Cuando estoy de dieta por general realizo mucho ejercicio:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca.

18.-Siempre estoy preocupada (o) por el exceso de grasa en algunas partes de mi cuerpo:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

19.-Los demás piensan que estoy demasiado delgada(o) :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

20.-Cuando estoy comiendo me paso contando las calorías que tienen los alimentos :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

21.-Me importa mucho ser más delgado (a) que mis compañeros

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

22.-Uso medicamentos para bajar de peso como diuréticos o laxantes:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c) Nunca

23.-Generalmente he presentado problemas de amenorrea (sangrado menstrual) solo mujeres (contestar solo mujeres)

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

24.-Por ser gordo (a) me aislo de los demás :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

25.-Ante cualquier problema soy agresivo (a).

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

26.-Acostumbramos en mi familia guardar secretos unos a otros

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

27.-Por lo general soy muy fiel a los grupos a los que pertenezco ejemplo amigos, religión, equipos deportivos etc..

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

28.- Tienes Algún (os) integrante (es) de tu familia que padecen alguna adicción como alcoholismo, estupefacientes, comedor compulsivo:

a)más de 3 b)1 o 2 c)ninguno

29.-Me gusta que mis amigos o familiares hagan lo que yo quiero:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca.

30.-Me siento triste y deprimido después de comer más de lo que había planeado :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

31.-Como mucho incluso cuando estoy satisfecho :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

32.-Generalmente cuando deseo algo me es muy difícil expresarle

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

33.-Al tener un conflicto me es difícil expresar mi molestia.

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

34.-Cuando como en familia como normal, después solo me atraco de comida

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

35.-Me siento socialmente rechazado por ser gordo (a) :

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

36.-Algunos alimentos no me agradan por que siento que engordan:

a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

37)He pensado acudir al doctor para controlar mi peso :

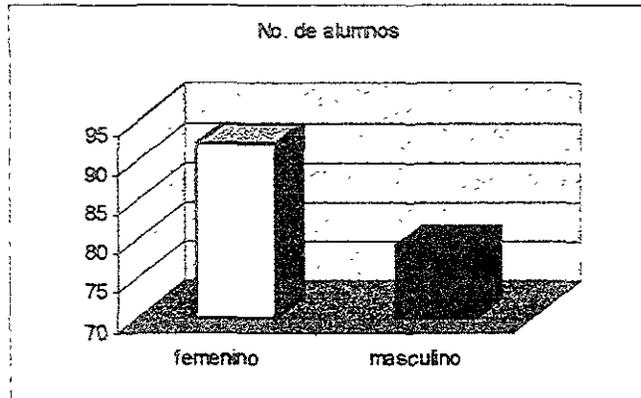
a)Frecuentemente b)Algunas veces c)Nunca

El cuestionario fue realizado, tomando algunas preguntas de Ítem del Body Image Avoidance Questionnaire, factores en el EAT (Eating Attitudes Test) de Garner y Garfinkel 1979, Factores de Bulit tomado del libro Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Se realizaron otras preguntas de la información obtenida.

RECURSOS HUMANOS: Directora de Tesis, Asesores, y dos Pasantes de Odontología.

RECURSOS FISICOS: Escuela Secundaria Federal, Biblioteca de la Facultad de Odontología, Biblioteca Central, Posgrado.

SEXO	No. de alumnos	Porcentaje
femenino	92	54%
masculino	79	46%

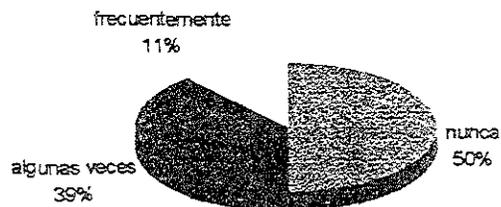


(GRAFICA 1)

FEMENINO

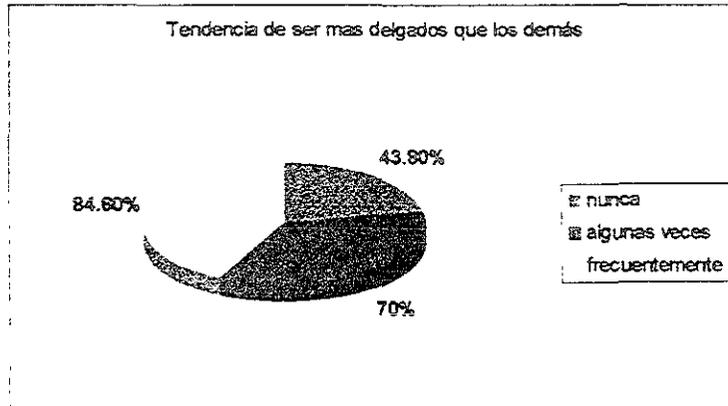
Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
nunca	49	59%
algunas veces	38	39%
frecuentemente	11	11%

SER MAS DELGADO QUE MIS COMPAÑEROS



(GRAFICA 2)

Respuestas	Tendencia de ser más delgados que los demás
nunca	43.80%
algunas veces	70%
frecuentemente	84.60%

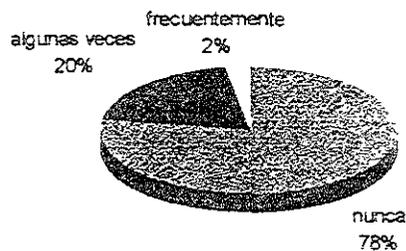


(GRAFICA 3)

MASCULINO

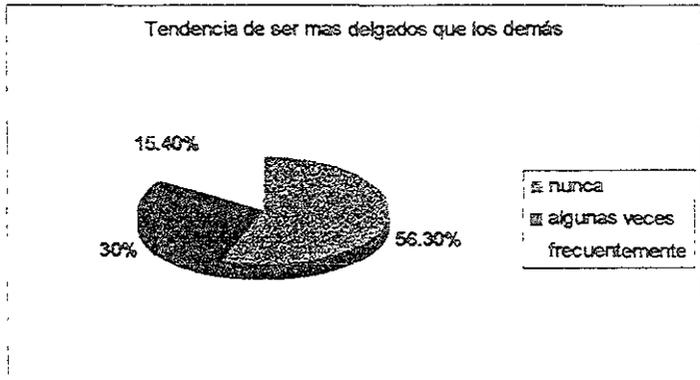
Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
nunca	63	78%
algunas veces	16	20%
frecuentemente	2	2%

SER MAS DELGADO QUE MIS COMPAÑEROS



(GRAFICA 4)

Respuestas	Tendencia de ser más delgados que los demás
nunca	56.30%
algunas veces	30%
frecuentemente	15.40%



(GRAFICA 5)

MATUTINO

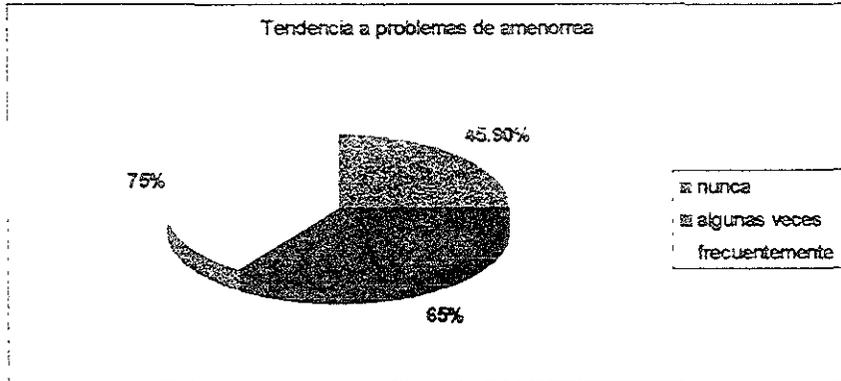
Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
nunca	34	68%
algunas veces	13	26%
frecuentemente	3	6%

PRESENCIA DE AMENORREA EN LAS ALUMNAS



(GRAFICA 6)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	45.90%
algunas veces	65%
frecuentemente	75%

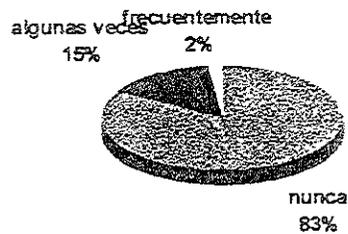


(GRAFICA 7)

VESPERTINO

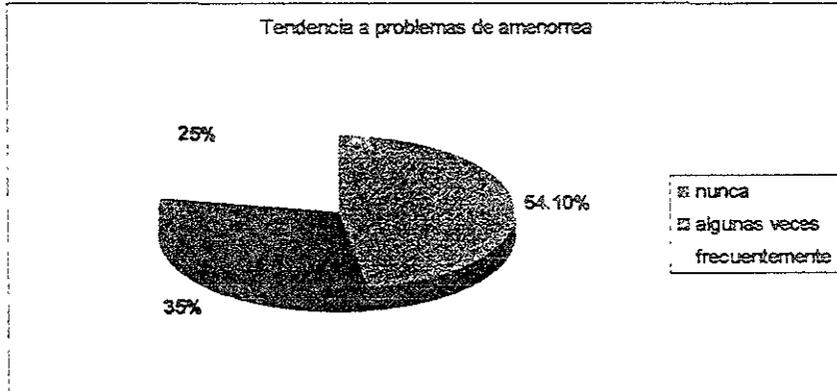
Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
nunca	40	83%
algunas veces	7	15%
frecuentemente	1	2%

PRESENCIA DE AMENORREA EN LAS ALUMNAS



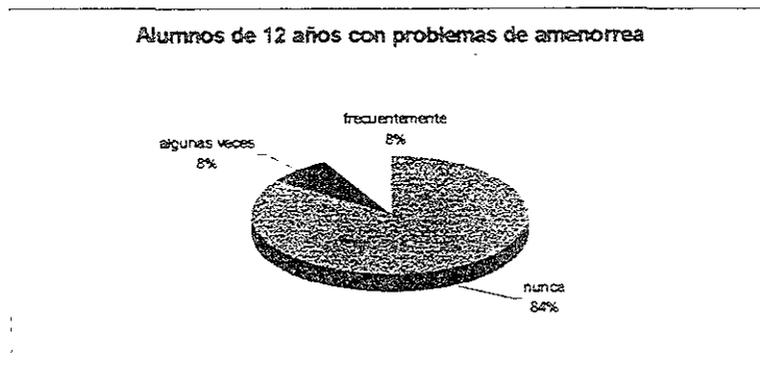
(GRAFICA 8)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	54.10%
algunas veces	35%
frecuentemente	25%



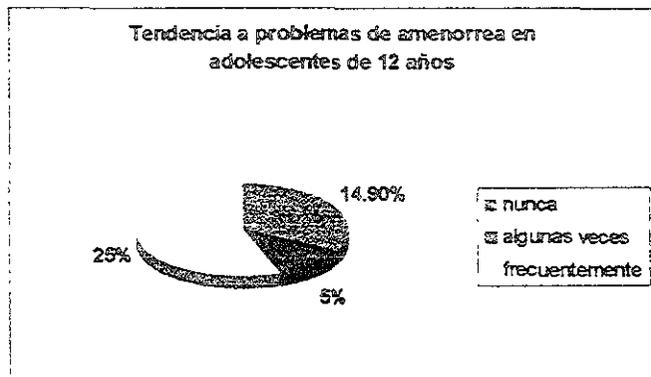
(GRAFICA 9)

Respuestas	Alumnos de 12 años	Porcentaje
nunca	11	
algunas veces	1	
frecuentemente	1	



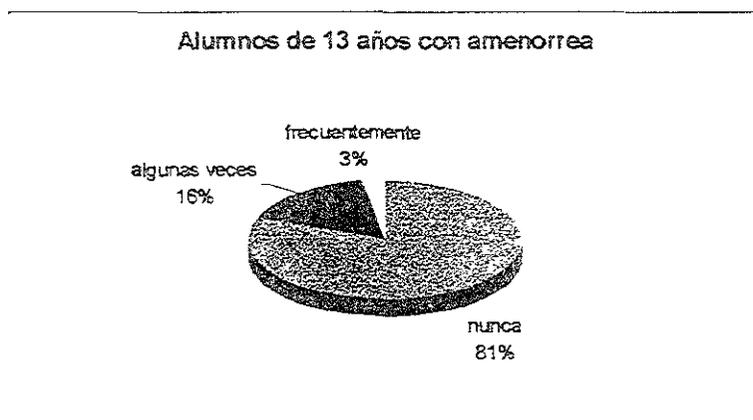
(GRAFICA 10)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	14.90%
algunas veces	5%
frecuentemente	25%



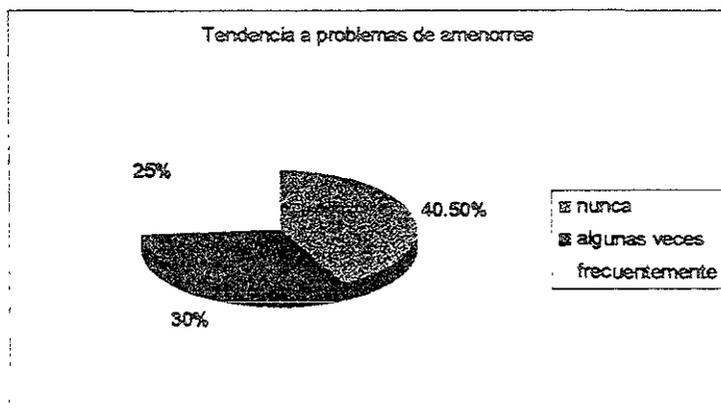
(GRAFICA 11)

Respuestas	Alumnos de 13 años	Porcentaje
nunca	30	81%
algunas veces	6	16%
frecuentemente	1	3%



(GRAFICA 12)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	40.50%
algunas veces	30%
frecuentemente	25%



(GRAFICA 13)

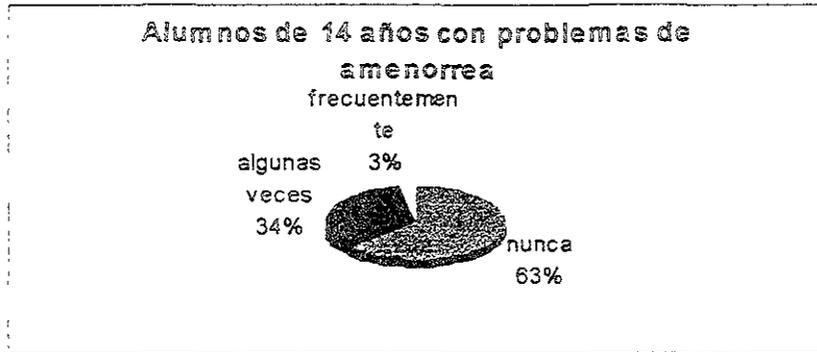
Respuestas	Alumnos de 14 años	Porcentaje
nunca	22	63%
algunas veces	12	34%
frecuentemente	1	3%

Alumnos de 14 años con problemas de amenorrea



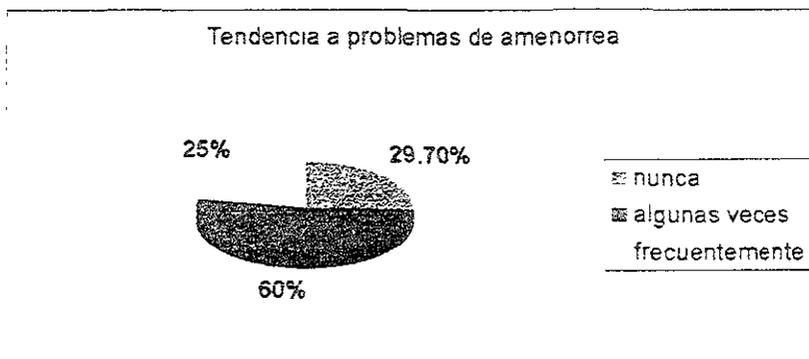
(GRAFICA 14)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	29.70%
algunas veces	60%
frecuentemente	25%



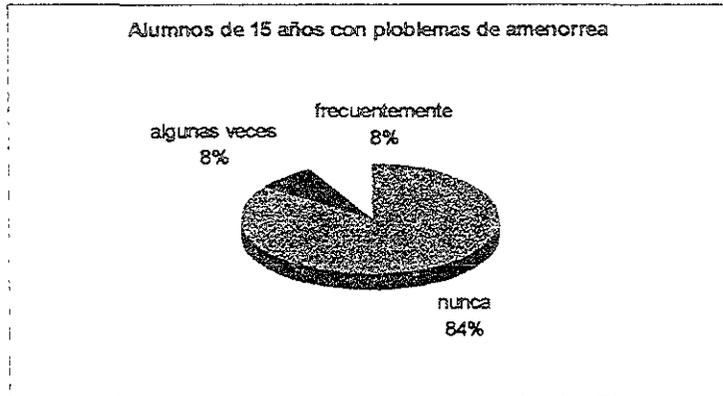
(GRAFICA 15)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	29.70%
algunas veces	60%
frecuentemente	25%



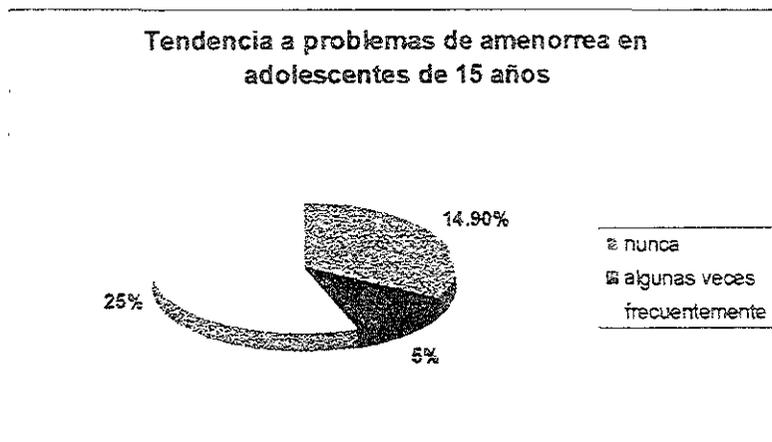
(GRAFICA 16)

Respuestas	Alumnos de 15 años	Porcentaje
nunca	11	84%
algunas veces	1	8%
frecuentemente	1	8%



(GRAFICA 17)

Respuestas	Tendencia a problemas de amenorrea
nunca	14.90%
algunas veces	5%
frecuentemente	25%



(GRAFICA 18)

SEXO (AGRESIVIDAD)

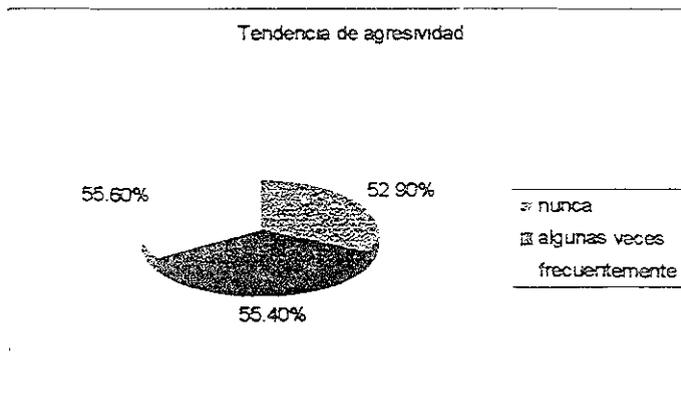
FEMENINO

Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
nunca	37	38%
algunas veces	51	52%
frecuentemente	10	10%



(GRAFICA 19)

Respuestas	Tendencia de agresividad
nunca	52.90%
algunas veces	55.40%
frecuentemente	55.60%



(GRAFICA 20)

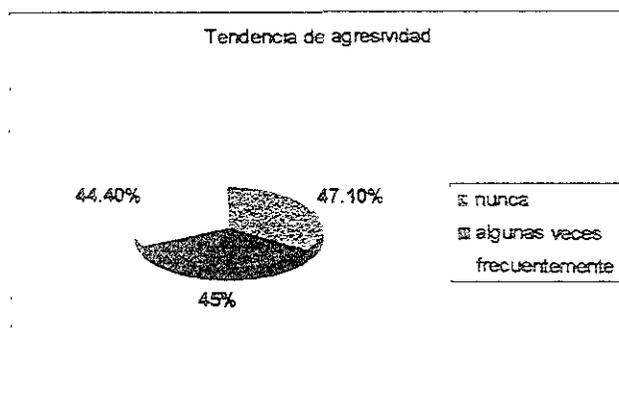
MASCULINO

Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
nunca	33	40%
algunas veces	41	50%
frecuentemente	8	10%



(GRAFICA 21)

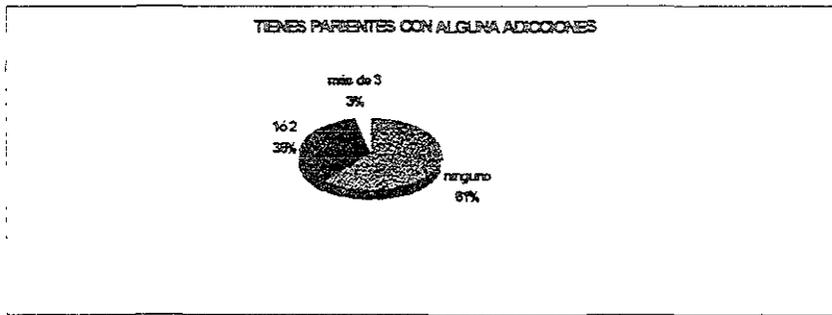
Respuestas	Tendencia de agresividad
nunca	47.10%
algunas veces	45%
frecuentemente	44.40%



(GRAFICA 22)

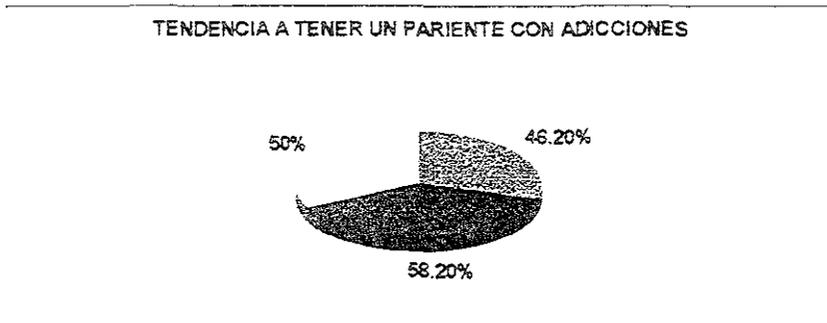
MATUTINO

Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
ninguno	55	61%
1 ó 2	32	36%
más de 3	3	3%



(GRAFICA 23)

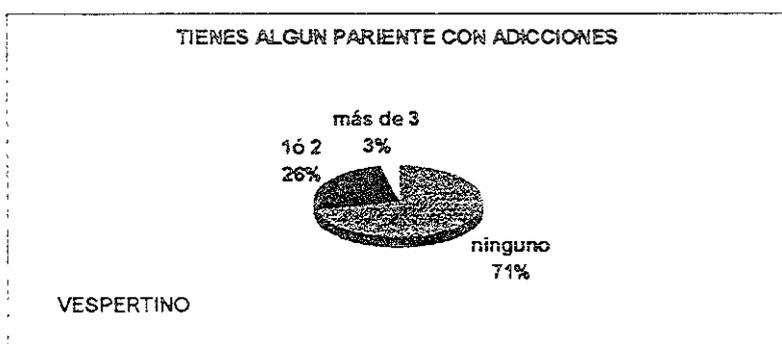
Respuestas	Tendencia a tener un pariente con adicción
0	46.20%
1 ó 2	58.20%
más de 3	50%



(GRAFICA 24)

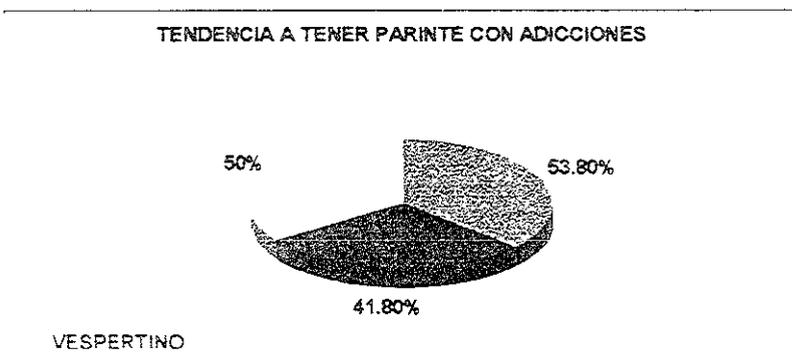
VESPERTINO

Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
ninguno	64	71%
1 ó 2	23	26%
más de 3	3	3%



(GRAFICA 25)

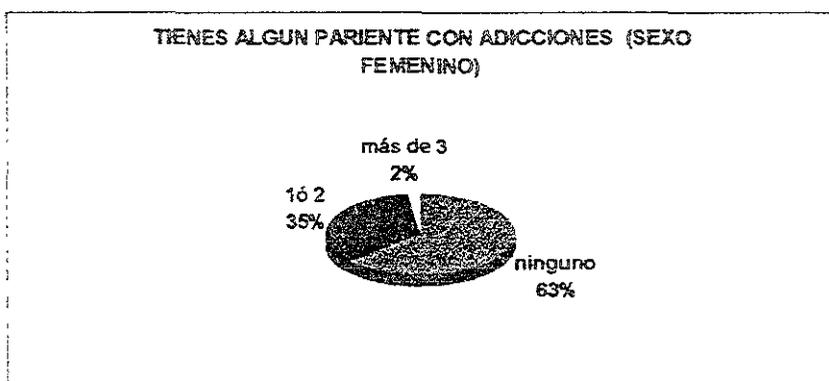
Respuestas	Tendencia a tener un pariente con adicciones
0	53.80%
1 ó 2	41.80%
más de 3	50%



(GRAFICA 26)

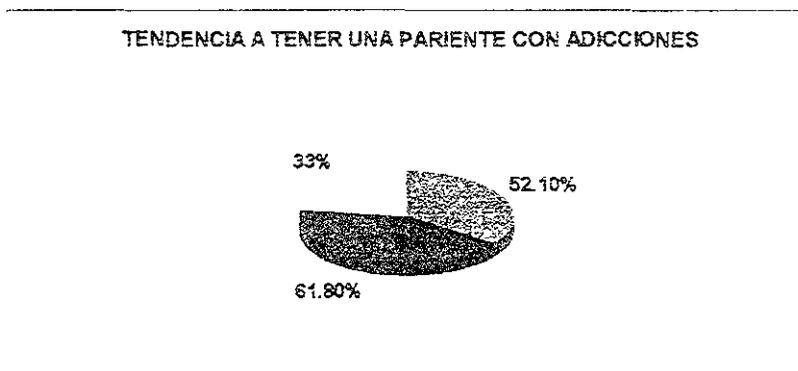
SEXO FEMENINO

Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
ninguno	62	63%
1 ó 2	34	35%
más de 3	2	2%



(GRAFICA 27)

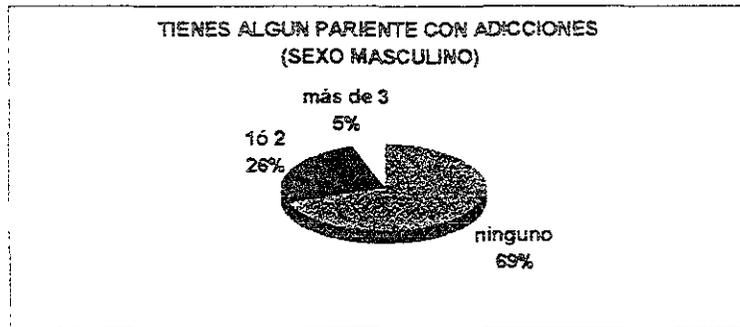
Respuestas	Tendencia a tener un pariente con adicciones
ninguno	52.10%
1 ó 2	61.80%
más de 3	33%



(GRAFICA 28)

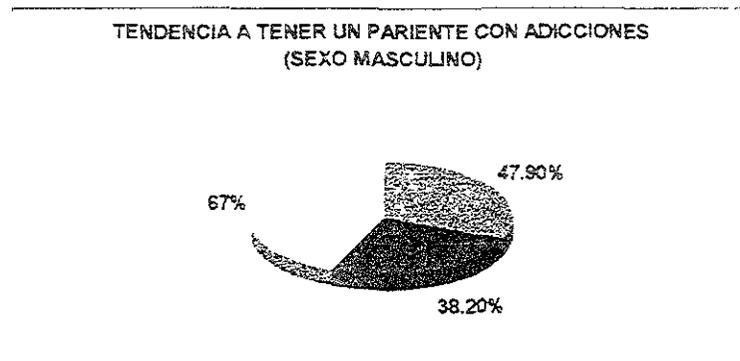
MASCULINO

Respuestas	No. de alumnos	Porcentaje
ninguno	57	69%
16 2	21	26%
más de 3	4	5%



(GRAFICA 29)

Respuestas	Tendencia a tener un pariente con adicción
ninguno	47.90%
16 2	38.20%
más de 3	67%



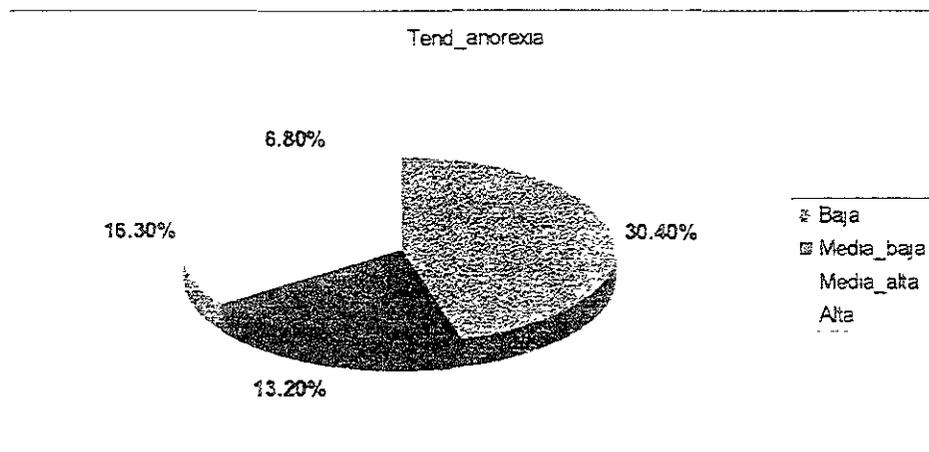
(GRAFICA 30)

Tendencias	Alumnos con 12 años	Porcentaje
Baja	14	49%
Media_baja	5	17%
Media_alta	7	24%
Alta	3	10%



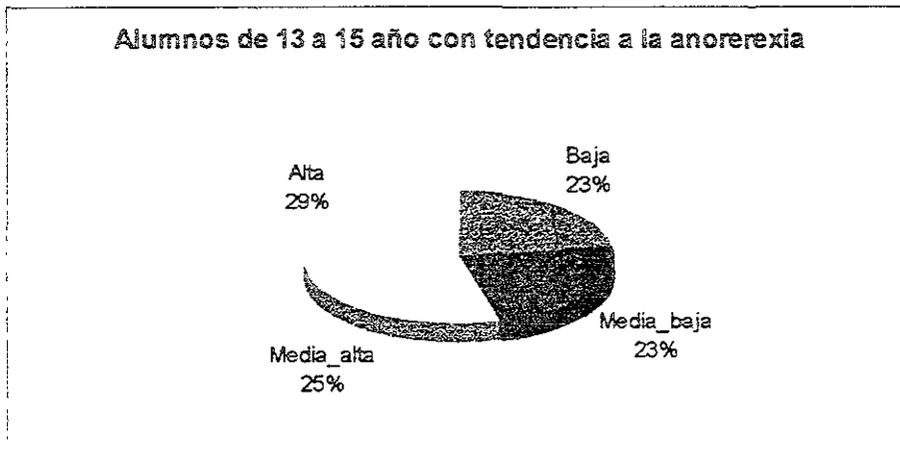
(GRAFICA 31)

Tendencias	Tend_anorexia
Baja	30.40%
Media_baja	13.20%
Media_alta	16.30%
Alta	6.80%



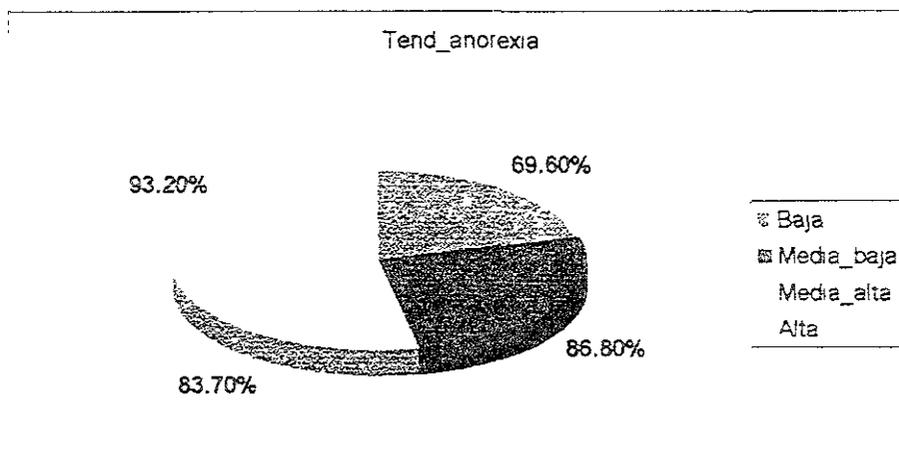
(GRAFICA 32)

Tendencias	Alumnos de 13 a 15 años	Porcentaje
Baja	32	23%
Media_baja	33	23%
Media_alta	36	25%
Alta	41	29%



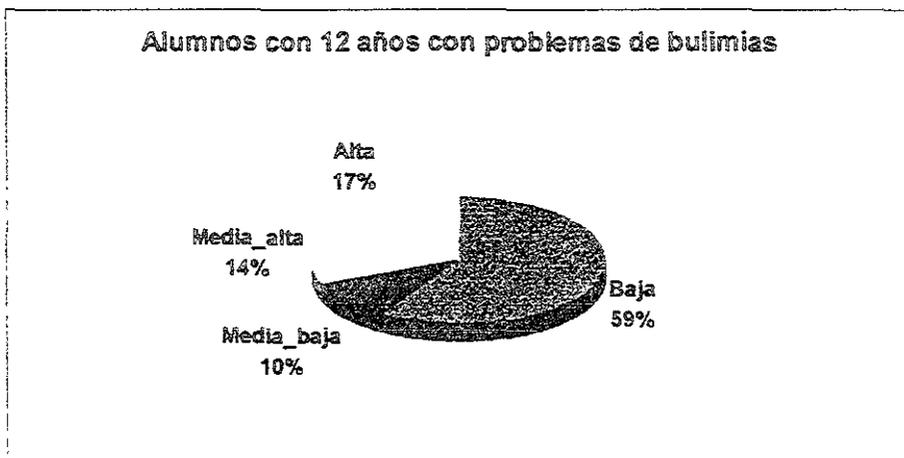
(GRAFICA 33)

Tendencias	Tend_anorexia
Baja	69.60%
Media_baja	86.80%
Media_alta	83.70%
Alta	93.20%



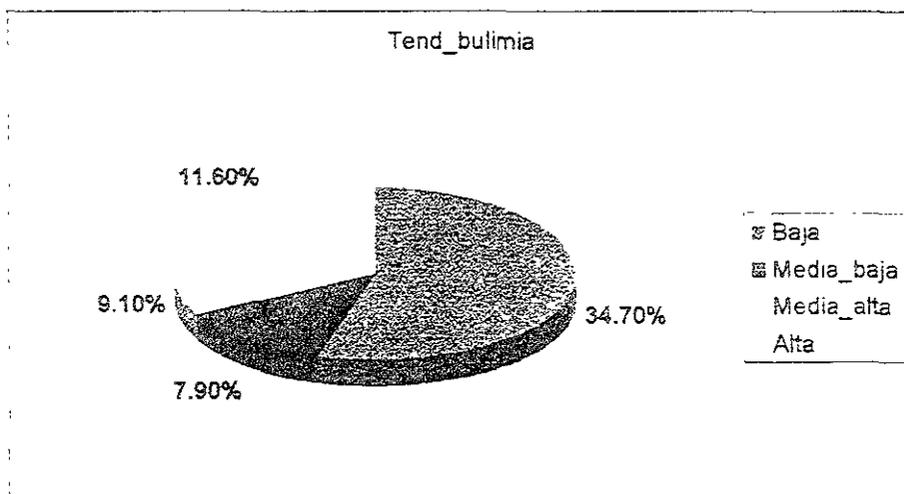
(GRAFICA 34)

Tendencias	Alumnos con 12 años	Porcentaje
Baja	17	59%
Media_baja	3	10%
Media_alta	4	14%
Alta	5	17%



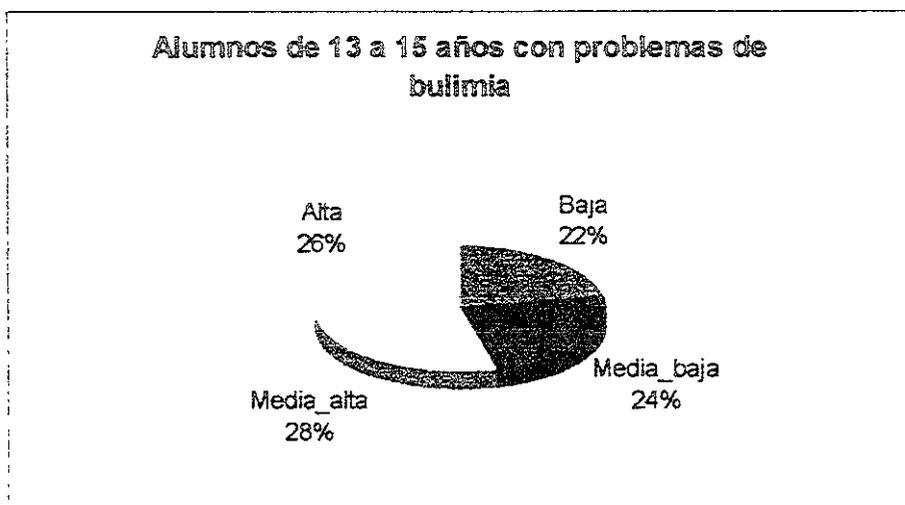
(GRAFICA 35)

Tendencias	Tend_bulimia
Baja	34.70%
Media_baja	7.90%
Media_alta	9.10%
Alta	11.60%



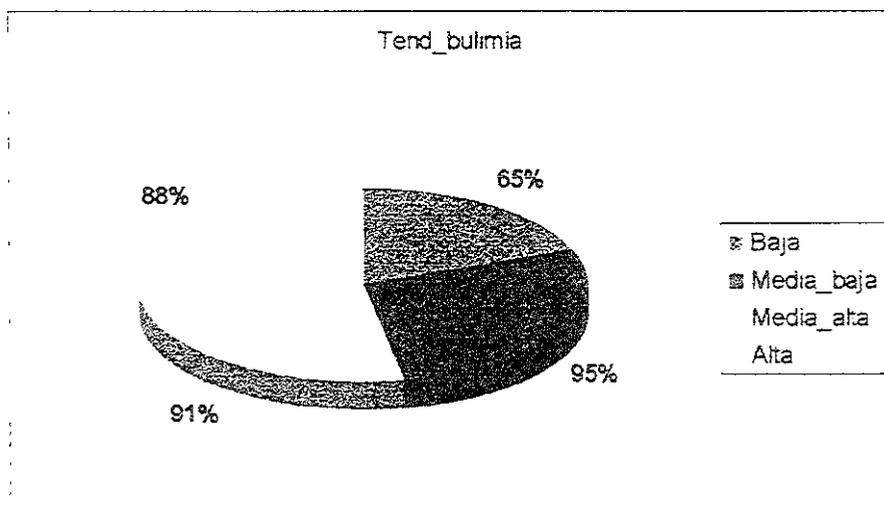
(GRAFICA 36)

Tendencias	Alumnos de 13 a 15 años	Porcentaje
Baja	32	22%
Media_baja	35	24%
Media_alta	40	28%
Alta	38	26%



(GRAFICA 37)

Tendencias	Tend_bulimia
Baja	65%
Media_baja	95%
Media_alta	91%
Alta	88%



(GRAFICA 38)

RESULTADOS

El análisis estadístico nos muestra información para poder realizar comparaciones de la población estudiantil, el número de participantes fue de 180 alumnos, en donde la población femenina constituye el 54% y el otro 46% los hombres.

La población esta constituida por individuos que inician su adolescencia, por lo que su promedio de edad fue de 13 años.

Pudimos observar que la Anorexia Nerviosa se presenta de manera baja en la población de 12 años de edad (GRAFICA 31-32), en los adolescentes de 13 a 15 años de edad se presenta en una rango alto (GRAFICAS 33-34).

La tendencia a padecer Bulimia la encontramos baja en el grupo de 12 años (GRAFICA 33-34), en el de 13 a 15 años es media_alta (GRAFICA 35-36), dando como resultado la predisposición a padecer esté trastorno en los adolescentes de 13 a 15 años.

Casi el 63% evita comer aunque tenga hambre, casi la misma cantidad en mujeres (GRAFICA 2-3) mencionan que es importante ser más delgado que sus compañeros con la agravante que tienen al comer alimento chatarra según mencionan, puesto que el consumo de estos alimentos es alto (GRAFICAS 35-38) he aquí la importancia de la educación para la salud, ya que tienen pensamientos encontrados, la mitad de la población quiere ser delgado (GRAFICA 2-4).

Asimismo se pudo observarse que en cuanto a la falta de “sangrado menstruación” se observó en los resultados que no es prevalente en la muestra de estudio, encontrándose en un 68%(GRAFICA 6) y 83% (GRAFICA 8) que es ausente esta manifestación hormonal. También se observó que a pesar de que se encuentra ausencia en las datos generales, al hacer un análisis en lo que se refiere a edades, se observa en algunos casos si se da aunque este represente la minoría. (GRAFICAS 10-18)

En cuanto a la pregunta de la agresividad se encontró que se tiene relevancia en el estudio estadístico del sexo femenino, poniéndose de manifiesto en un 62% a diferencia del sexo masculino que solamente existe en un 60% con la diferencia del 2% que si es significativo. (GRAFICA 19-22)

Lo anterior se puede relacionar en el padecimiento de las adicciones en la familia, ya que es un factor predisponente a padecer alguno de los trastornos alimenticios; gráficamente esta representado en 41% (GRAFICA 23) en el turno matutino, mientras que en el vespertino un 29%.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados, encontramos datos muy interesantes, los cuales nos permiten aceptar la **Hipótesis de Trabajo**, donde se acepta que en el turno matutino de la Escuela Secundaria Oficial Prof. Gabino A. Palma encontraríamos mayor tendencia a la Anorexia y Bulimia Nerviosa, mencionaremos por separado estos datos.

En la población estudiada pudimos constatar que existen diferencias referentes a la edad en cuanto a la tendencia a padecer Bulimia Nerviosa, encontrando que las jóvenes entre 13 y 15 años presentan más este problema, esta tendencia se ubica entre una predisposición media alta y alta.

Con relación a la Anorexia Nerviosa tenemos un 53 % de estudiantes con la probabilidad a padecer esta tendencia, este problema Nutricional ésta ubicado en una predisposición media alta y alta, los factores pueden ser variados como nos reporta la bibliografía, entre ellos pudiéramos pensar en los socioeconómicos, así como los medios de comunicación los cuales recalcan la esbeltez de la figura.

Comparando la tendencia a padecer Anorexia Nerviosa por Género, tenemos que el grupo femenino presenta una tendencia media alta y alta de 60%, como podemos observar las chicas están más preocupadas por conservar una figura más esbelta que los varones aunque los demás piensen que están delgadas, las cifras son similares para el problema de Bulimia con relación al Género.

Nos llamo la atención encontrar una mayor problemática respecto a la tendencia a padecer el problema de Bulimia en el turno matutino pudiendo con ello inferir una mejor situación económica, otros factores pudieran ser abandono familiar, ingesta de carbohidratos como compensación afectiva.

La población estudiantil analizada presenta pensamientos disímiles esto lo mencionamos por que más de la mitad menciona evitar comer aunque tenga hambre y la misma cantidad indica que es importante ser más delgado que sus compañeros más sin embargo mencionan comer alimento chatarra. De igual manera es incongruente que el 60% indique estar preocupado por el exceso de grasa en su cuerpo más sin embargo están satisfechos con el, está satisfacción casi todos los alumnos la indican.

Por último mencionaremos algunos tópicos que reporta la literatura especializada sobre el tema, los cuales son determinantes para la aparición de la enfermedad y que en nuestros resultados fueron de alguna significancia: el ser agresivo, el gustarles que sus familiares y amigos hagan lo que ellos quieran, la lealtad al grupo, la dificultad para expresar sus deseos así como su inconformidad. Los autores Durker y Palma, mencionan que estos trastornos predominan más en el nivel socioeconómico alto, sin embargo esto se presenta en todos los niveles.

La literatura actual menciona que este problema va en aumento, ahora hay reportes que indican su presencia ya en niños de 6 años, es por ello nuestra preocupación en documentamos sobre este tópico, siendo de gran beneficio para nosotros como Cirujanos Dentistas el tener el dominio sobre estas enfermedades, para una mayor comprensión del paciente dentro del área de nuestra especialidad y su remisión cuando las condiciones así lo requieran, ya que es importante que el odontólogo sepa reconocer a estos pacientes y remitirlos a un especialista

ANOREXIA EN EL SEXO MASCULINO

N	Valid	79
	Missing	3
Mean		23.9715
Std. Error of Mean		1.5365
Median		22.9167
Mode		16.67
Std. Deviation		13.6567
Variance		186.5056
Skewness		1.322
Std. Error of Skewness		0.271
Kurtosis		2.792
Std. Error of Kurtosis		0.535
Range		72.92
Minimum		4.17
Maximum		77.08
Sum		1893.75
Percentiles	25	14.5833
	50	22.9177
	75	29.1667

ANOREXIA EN EL SEXO FEMENINO

N	Valid	92
	Missing	6
Mean		33.96
Std. Error of Mean		1.6741
Median		31.25
Mode		25
Std. Deviation		16.0572
Variance		257.8344
Skewness		0.211
Std. Error of Skewness		0.251
Kurtosis		-0.904
Std. Error of Kurtosis		0.498
Range		62.5
Minimum		6.25
Maximum		68.75
Sum		3127.08
Percentiles	25	22.9167
	50	31.25
	75	47.9167

ANOREXIA EN EL SEXO MASCULINO

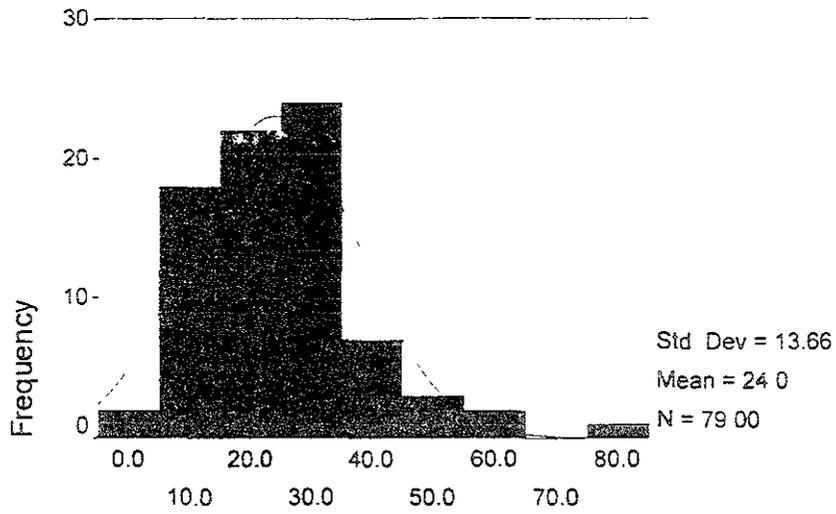
Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Comulative Percent
	4.17	2	2.4	2.5	2.5
	6.25	2	2.4	2.5	5.1
	8.33	6	7.3	7.6	12.7
	10.42	5	6.1	6.3	19
	12.5	4	4.9	5.1	24.1
	14.58	1	1.2	1.3	25.3
	16.67	10	12.2	12.7	38
	18.75	4	4.9	5.1	43
	20.83	3	3.7	3.8	46.8
	22.92	5	6.1	6.3	53.2
	25	7	8.5	8.9	62
	27.08	4	4.9	5.1	67.1
	29.17	7	8.5	8.9	75.9
	31.25	3	3.7	3.8	79.7
	33.3	3	3.7	3.8	83.5
	35.42	3	3.7	3.8	87.3
	37.5	3	3.7	3.8	91.1
	39.58	1	1.2	1.3	92.4
	45.83	1	1.2	1.3	92.7
	47.92	1	1.2	1.3	94.9
	54.17	1	1.2	1.3	96.2
	58.33	1	1.2	1.3	97.5
	64.98	1	1.2	1.3	98.7
	77.08	1	1.2	1.3	100
	Total	79	96.3	100	
Missing	System	3	3.7		
Total		82	100		

ANOREXIA EN LAS ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Comulative Percent
	6.25	1	1	1.1	1.1
	8.33	5	5.1	5.4	6.5
	10.42	1	1	1.1	7.6
	12.5	4	4.1	4.3	12
	14.58	2	2	2.2	14.1
	16.67	3	3.1	3.3	17.4
	18.75	1	1	1.1	18.5
	20.83	5	5.1	5.4	23.9
	22.92	5	5.1	5.4	29.3
	25	8	8.2	8.7	38
	28.08	6	6.1	6.5	44.6
	29.17	1	1	1.1	43.7
	31.25	6	6.1	6.5	52.2
	33.33	2	2	2.2	54.3
	35.42	1	1	1.1	55.4
	37.5	4	4.1	4.3	59.8
	39.58	5	5.1	5.4	65.2
	41.67	2	2	2.2	67.4
	43.75	5	5.1	5.4	72.8
	45.85	1	1	1.1	73.9
	47.42	6	6.1	6.5	80.4
	50	1	1	1.1	81.5
	52.08	2	2	2.2	83.7
	54.17	5	5.1	5.4	89.1
	56.25	2	2	2	91.3
	58.33	2	2	2.2	93.5
	60.42	1	1	1.1	94.6
	62.5	2	2	2.2	96.7
	64.58	2	2	2.2	98.9
	68.75	1	1	1.1	100
	Total	92	93.9	100	
Missing	Systema	6	6.1		
Total		98	100		

P_ANOREX

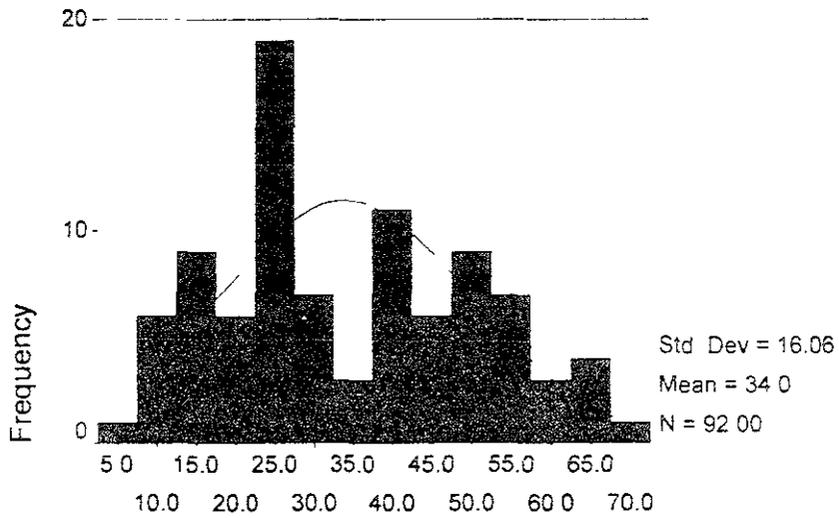
SEXO: 2 masculino



P_ANOREX

P_ANOREX

SEXO: 1 femenino



P_ANOREX

ANOREXIA

N	Valid	171
	Missing	9
Mean		29.3616
Std. Error of Mean		1.2059
Median		27.0833
Mode		25
Std. Deviation		15.7698
Variance		248.6852
Skewness		0.639
Std. Error of Skewnwss		0.186
Kurtosis		-0.208
Std. Error of Kurtosis		0.369
Range		72.92
Minimum		4.17
Maximum		77.08
Sum		5020.83
Percentiles	25	16.6667
	50	27.0833
	75	39.5833

BULIMIA

N	Valid	174
	Missing	6
Mean		25.7902
Std. Error of Mean		1.2039
Median		21.875
Mode		8.33
Std. Deviation		15.8812
Variance		252.2119
Skewness		0.782
Std. Error of Skewnwss		0.184
Kurtosis		0.057
Std. Error of Kurtosis		0.366
Range		77.08
Minimum		0
Maximum		77.08
Sum		4487.5
Percentiles	25	12.5
	50	21.875
	75	35.9375

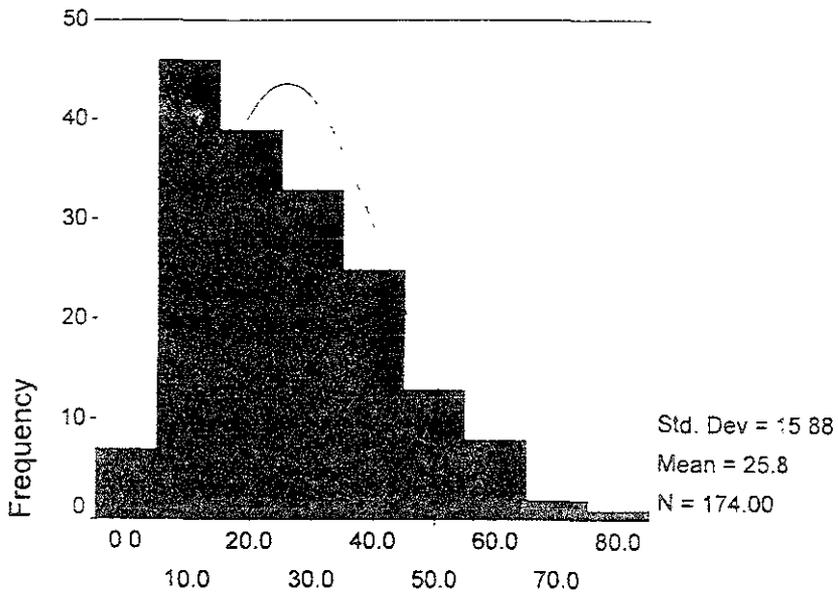
ANOREXIA

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Comulative Percent
	4.17	2	1.1	1.2	1.2
	6.25	3	1.7	1.8	2.9
	8.33	11	6.1	6.4	9.4
	10.42	6	3.3	3.5	12.9
	12.5	8	4.4	4.7	17.5
	14.58	3	1.7	1.8	19.3
	16.67	13	7.2	7.6	26.9
	18.75	5	2.8	2.9	29.8
	20.83	8	4.4	4.7	34.5
	22.92	10	5.6	5.8	40.4
	25	15	8.3	8.8	49.1
	27.08	10	5.6	5.8	55
	29.17	8	4.4	4.7	59.6
	31.25	9	5	5.3	64.9
	33.33	5	2.8	2.9	57.8
	37.42	4	2.2	2.3	70.2
	37.5	7	3.9	4.1	74.3
	39.58	6	3.3	3.5	77.8
	41.67	2	1.1	1.2	78.9
	43.75	5	2.8	2.9	81.9
	45.83	2	1.1	1.2	83
	47.92	7	3.9	4.1	87.1
	50	1	1.6	1.6	87.7
	52.08	2	1.1	1.2	88.9
	54.17	6	3.3	3.5	92.4
	56.25	2	1.1	1.2	93.6
	58.33	3	1.7	1.8	95.3
	60.42	1	0.6	0.6	95.9
	62.5	2	1.1	1.2	97.1
	64.68	3	1.7	1.8	98.8
	68.75	1	0.6	0.6	99.4
	77.08	1	0.6	0.6	100
	Total	171	95	100	
Missing	System	9	5		
Total		180	100		

BULIMIA

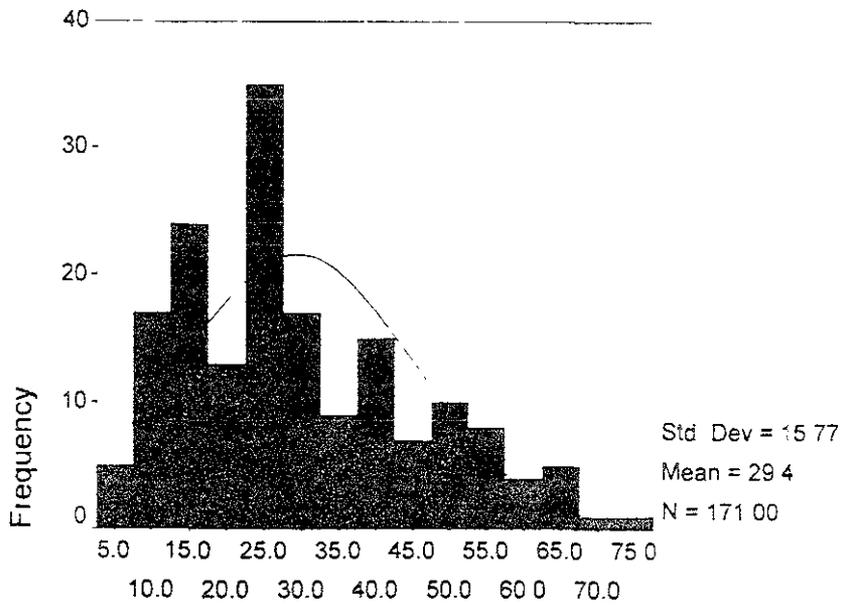
Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Comulative Percent
	0	1	0.6	0.6	3.6
	4.17	6	3.3	3.4	4
	6.25	1	0.6	0.6	4.6
	8.33	22	12.2	12.6	17.2
	10.42	3	1.7	1.7	19
	12.5	16	8.9	9.2	28.2
	14.58	4	2.2	2.3	30.5
	16.67	16	8.9	9.2	39.7
	18.75	9	5	5.2	44.8
	30.83	9	5	5.2	50
	22.92	5	2.8	2.9	52.9
	25	11	6.1	6.3	59.2
	27.08	3	1.7	1.7	60.9
	29.17	4	2.2	2.3	60.9
	29.17	4	2.2	2.3	63.2
	31.25	8	4.4	4.6	67.8
	33.33	7	3.9	4	71.8
	35.42	6	3.3	3.4	75.3
	37.5	5	2.8	2.9	78.2
	39.58	6	3.3	3.4	81.6
	41.67	5	2.8	2.9	84.5
	43.75	3	1.7	1.7	86.2
	45.83	4	2.2	2.3	88.5
	47.92	5	2.8	2.9	91.4
	50	1	0.6	0.6	92
	54.17	3	1.7	1.7	93.7
	56.25	4	2.2	2.3	96
	58.33	4	2.2	2.3	98.3
	70.83	2	1.1	1.1	99.4
	77.08	1	0.6	0.6	100
	Total	174	96.7	100	
Missing	System	6	3.3		
Total		180	100		

P_BULIM



P_BULIM

P_ANOREX



P_ANOREX

BIBLIOGRAFÍA

1. www.tuotromédico.com.
2. www.quiáholística.com/atr.
3. RAICH, ROSA MARIA. Anorexia y Bulimia trastornos Alimentarios. Madrid, Editorial Pirámide 1994.
4. RAUSCH HERSCOVICI, BAU LUISA. Anorexia Nerviosa y Bulimia. Argentina, Editorial Pardos 1990.
5. SHERMAN, ROBERTO T. Et. Al. Bulimia. México, Editorial Trillas 1999.
6. SALDAÑA GARCIA, CARMINA. Trastornos del comportamiento Alimentario. Editorial Fundación Universidad, España 1994.
7. FRENCH, BARBARA. La Bulimia. Editorial Omiro S.A. Barcelona España 1994.
8. MARTINEZ FORNES, SANTIAGO. La Obsesión por Adelgazar. Bulimia y Anorexia. Editorial Espasa Calpe 1995.

9. www2.uem.mx/deu/gaceta/gaceta74/bulimia.htm.

10. PALMA ESCANDON MARCELA. Trastorno de la conducta Alimentaria Cuaderno de Nutrición. 1997 Septiembre-Octubre Vol 20 Núm. 5 pp. 21-28

11. Fundación Internacional CBA Trastornos Alimentarios

12. DUKER M. SLADE R. Anorexia y Bulimia (una tratamiento integrado). Editorial Limusa 1988.

13. ESPEJO, SALA JOSÉ. Manual de las enfermedades de Adulto. Argentina. Editorial El Ateneo 1984

14. STRASSBURG, MANFRED. Diseases of the Oral Mucosa a Color Atlas. Alemania 1972

15. PIERRE. Manual Diagnostico Estadístico de los Trastornos Mentales. España. Editorial Masson.

16. ROJT KOP, ANALIA JUDITH. El rol de la Odontología frente a los casos de Bulimia y Anorexia. RAOA, 1990 Abril / junio Vol. 78 núm. 2 pp. 117-119.

17. GAY ZARATE, OSCAR ET. AL... Anorexia y Bulimia Nerviosa. Aspectos Odontológicos. Revista ADM. 2000. Enero/ Febrero Vol. LVII No. 1 pp. 23-33

18. www.lucas.sinplenet

19. CUCHILLA MORENO ALFONSO. Anorexia Y Bulimia Nerviosa.
Editorial Ergon. España, 1994

25. SHAFER WILLIAM G. Tratado de Patología Bucal. Editorial
Interamericana. México, 1980