

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN ESTUDIANTES
DEL PRIMER AÑO DE ODONTOLOGÍA. (ESTUDIO
COMPARATIVO EN VARIAS UNIVERSIDADES).

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

GRISEL EUGENIA GALLEGOS ZARZA

Natalia Meza Celis
DIRECTORA: LIC. NATALIA M. MEZA CELIS
ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

GRACIAS A DIOS:

Por haberme dado el don la vida y la gracia por decidir mi vocación y el gran placer por mi profesión.

A MIS PADRES:

Por la confianza que depositaron en mí, por todo el apoyo que me brindaron durante toda la carrera y su gran cariño.

A MI ESPOSO:

Por ser un gran compañero, por tenerme la paciencia y por el amor que me das día a día. Te agradezco por haberme impulsado a terminar esta meta y estar pendiente de todas mis necesidades profesionales. Por haberme dado una familia maravillosa y ser el mejor padre.

A MI HIJA:

Por ser la personita más linda de mi vida, por entenderme cuando no podía dedicarte el tiempo que yo hubiera querido.

A MIS ABUELITOS :

Por darme una palabra de aliento cuando la necesitaba y por su gran confianza.

A TODOS MIS MAESTROS:

Desde que se inicia una educación hasta el término necesitamos de ustedes, gracias por haber estado ahí cuando los necesite.

A MI DIRECTORA DE TESIS Y A MI ASESOR:

Lic. Natalia Meza Celis, por haber impulsado a concluir una meta más, por sus palabras de aliento y comprensión. Al C.D. Alfonso Bustamante Bécame por su comprensión y apoyo.

GRISEL

INTRODUCCIÓN

El propósito de nuestra investigación es el conocer los trastornos de la alimentación como lo es la bulimia y la anorexia nerviosas; conocer cuales son sus manifestaciones en la economía corporal general y las que se presentan en la cavidad bucal.

El odontólogo debe conocer los signos y síntomas que caracterizan a las enfermedades como la bulimia y anorexia nerviosas; asimismo, detectar de manera temprana estos trastornos mediante las manifestaciones bucales, con el objetivo de remitir al paciente con el profesional adecuado.

Las manifestaciones bucales más frecuentes son hipersensibilidad dentaria, erosión del esmalte, restauraciones elevadas por encima de la estructura dental erosionada, xerostomía, queilitis, irritación de la mucosa bucal, caries, hay pérdida extensa de estructura dental por el efecto erosivo del vómito, el cuidado odontológico abarca con frecuencia la rehabilitación de cobertura total.

Se pueden presentar manifestaciones físicas como deshidratación, estreñimiento, diarrea, amenorrea, piel seca, arritmia cardiaca, abuso de laxantes y diuréticos.

Las manifestaciones psicológicas son la actividad física excesiva, dificultad para enfrentar situaciones, excesiva preocupación por la figura corporal y baja autoestima.

Estos trastornos son causados por que vivimos en una sociedad en la cual se crea una imagen de la delgadez excesiva, por lo cual muchas personas intentan tener el cuerpo perfecto para así sentirse capaces de resolver cualquier problema de otra índole, ya que cuentan con seguridad y confianza.

Los trastornos como lo son la bulimia y la anorexia se presentan principalmente en mujeres entre los 18 y 28 años de edad, pero se puede presentar en hombres en menor porcentaje.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El término trastorno alimentario se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. (Raich. 1994).

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 a nivel profesional para resolverlos. (Fundación C. B. A. 1993).

Con frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria pueden estar sobrestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace un diagnóstico preciso con los mismos criterios y por otro lado, la mayoría de las veces se utilizan cuestionarios para su detección, y 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 la 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. (Raich. 1994).

Desde 1970 en todo el mundo se ha incrementado el número de personas que desarrollan estos desórdenes alimentarios. Pero fue hasta la década de 1990 que surgió un boom entre la comunidad médica debido a que personajes reconocidos a nivel mundial murieron o estuvieron a punto de hacerlo, debido principalmente a la anorexia. (Camacho. 2000).

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LOS DESÓRDENES ALIMENTARIOS

La personalidad predisponente de estos pacientes generalmente es conflictiva y poco tolerantes a las presiones.

La edad y el sexo ya que el 95 % de pacientes que padecen dichos desórdenes son mujeres entre los 18 y 28 años. El 5% restante se considera a varones con tendencias homosexuales.

El comportamiento familiar del paciente generalmente es conflictivo puede existir antecedentes de alcoholismo, drogadicción y obesidad.

En cuanto al ambiente socioeconómico, se pensaba que los desórdenes de la conducta alimentaria se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados, pero ésta enfermedad se presenta con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos. (Palma. 1997).

La promoción de la salud de un cuerpo esbelto es una tendencia poderosa en las sociedades modernas y pueden reforzar el temor a la obesidad en los pacientes con desórdenes de la alimentación o hacer que los casos limítrofes se conviertan en una franca enfermedad, la profesión también puede desempeñar un factor predisponente como entre las bailarinas o atletas que tienen que estar sometidas a grandes cargas de trabajo y que acostumbran tratar de reducir mucho la grasa corporal. (Harrison. 1998).

Factores causales genéticos como son edad (13-20 años), sexo femenino, afectivos y emocionales, características de personalidad, características familiares y factores socioculturales.

La presión social a la esbeltez y estigmatización de la obesidad serían los causales de una verdadera insatisfacción corporal, que llevaría a la primera adopción de medidas para cambiar la silueta.

Estos trastornos presentan síntomas depresivos, así como las que reflejarían que existe un elevado grado de ansiedad.

Las personas que sufren de estos trastornos serían más inestables emocionalmente, más condicionables ante el castigo y con trastornos de personalidad. (Raich. 1994).

Los trastornos emocionales implicados son; reconocimiento personal de que su carácter y su estado de ánimo ha empeorado, no se gusta y a veces se odia, alto sentimiento de culpabilidad, autoimagen muy negativa, ansiedad, gran inestabilidad emocional, cansancio físico, apatía general, ideas obsesivas y síntomas depresivos.

Los trastornos cognitivos acerca de su imagen corporal son erróneos, distorsión en la sensación de hambre y saciedad, frecuentes pensamientos

sobre la comida, errores de pensamiento, dificultad de concentración y de memoria.

Algunos factores desencadenantes son: un evento traumático, un periodo extenso de dolor emocional, padecer trastornos del estado de ánimo, un ambiente controlador, haber sido un niño sensible, una enfermedad física, comentarios acerca de su figura, una dieta o numerosas dietas fracasadas, descubrimiento de adicciones o trastornos alimentarios en los padres, elección de una carrera donde es muy importante la apariencia física. (Fundación C. B. A. 1993).

DEFINICIÓN DE BULIMIA

Es un trastorno severo de la conducta alimentaria en el cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o, más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso. El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día, va acompañada de un miedo enfermizo a engordar. (Russell.).

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. A menudo pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa unos meses o unos años antes. (Raich. 1994).

Es uno de los desórdenes alimentarios con cada vez más difusión entre hombres y mujeres, esta enfermedad muy compleja es iniciada por diversos factores, convirtiéndose en un problema que para salir se necesita de apoyo profesional y comprensión. (Fundación C. B. A. 1993).

DEFINICIÓN DE ANOREXIA

Es un trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, género y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi 50 por 100 de las personas que lo padecen usan también el vómito

autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. No existe ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición: Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. (Raich. 1994).

HISTORIA 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. (Gay. 2000).

El término bulimia puede hallarse en épocas remotas, pero dentro del significado actual debemos situarnos al comienzo del siglo XX y en términos descritos hasta ahora, en el último cuarto de siglo, en 1970 era una costumbre extendida en mujeres que residían en prestigiosos colleges. (Raich. 1994):

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 30 en adelante; sin embargo, la bulimia no se considera 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. (Gay. 2000).

HISTORIA DE LA ANOREXIA

Este trastorno ya era conocido en épocas antiguas. En la descripción de la vida de algunas santas aparece claramente explicado. Los primeros reportes de anorexia datan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya que entonces se

definía un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado "consumición nerviosa". En 1873 se hace la primera descripción clínica a cargo de Lasegue quien la llama "consunción nerviosa". Gull en 1874 la califica por primera vez de anorexia nerviosa y publica unos casos muy bien descritos en los que destaca el carácter moral del trastorno (la palabra moral en esa época corresponde a la nuestra en psicológico) que la distingue del ayuno 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 de los estudios sobre anorexia, fueron descubriendo la bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente 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 y 1987.

CLASIFICACIÓN DE BULIMIA

BULIMIA NERVIOSA

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la auto evaluación 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 un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. Se define atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Los atracones no tienen porque producirse en un solo lugar por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa, no se considera atracón al ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calóricos, sin embargo los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por una ansia de comer 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, pero la proporción de las 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 normal a escondidas y 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 los individuos ya no puedan más, incluso hasta que lleguen a sentir dolor por la cantidad ingerida. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria 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 acabarlos. 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 habitual es la provocación del vómito, este método de purga lo emplean el 80-90% de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento, los efectos inmediatos de vomitar consiste 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 vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito con el dedo o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocar el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de único método compensatorio utilizado. Los individuos con estos trastornos pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el compensar el alimento ingerido durante 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 auto evaluarse, y estos factores son 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 episodios de anorexia nerviosa. La mayoría de las mujeres bulímicas nerviosas tienen un peso normal, aunque también las hay obesas. (Duker. 1988; Hof. 1994; Mac Farland. 1995; Espejo. 1984).

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. (Palma. 1997).

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. (Palma. 1997).

CLASIFICACIÓN DE LA ANOREXIA

ANOREXIA NERVIOSA

La vulnerabilidad biológica de la adolescencia y los problemas familiares y sociales puede combinarse con una 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. (Palma. 1997).

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. (Raich. 1994).

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.

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 (Duker. 1988; Espejo. 1984).

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 de peso, puede haber falta de aumento de peso. 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 o el ejercicio excesivo. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta. Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos, les parecen demasiado gordas, pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pararse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente 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 logro perder el peso y un signo de extraordinaria autodisciplina, en cambio ven el aumento de peso como un

fracaso inaceptable de su control, algunas personas son consientes de su delgadez pero no niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. (Duker. 1988; Camacho. 2000; Espejo. 1984).

La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarca. Muy a menudo los familiares de las pacientes las 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 los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad. (Duker. 1988; Hof. 1994).

La familia juega un papel muy importante en la enfermedad de la paciente que se caracteriza, por ser sobreprotectora, rígida, aparentemente muy unidas y con algún espíritu de sacrificio, estrictas y poco tolerantes. Dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres, pero en los últimos años ha empezado a aparecer en medios socioeconómicos bajos. W. w. w. Quiálolística.

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 la 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 al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

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.

CRITERIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA

- ❖ Presencia de atracones recurrentes, un atracón se caracteriza por ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- ❖ Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo
- ❖ Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- ❖ La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

CRITERIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA

- ❖ -Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para la edad y talla.
- ❖ -Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- ❖ -Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- ❖ -En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

PREVALENCIA DE BULIMIA

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

PIERRE

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 ha incrementado en los últimos cinco años. WWW Ecomedic.

PREVALENCIA DE ANOREXIA

Los informes sobre la prevalencia de la anorexia nerviosa indican que los casos de esta enfermedad ha ido aumentado en las últimas décadas. La incidencia de los casos de anorexia nerviosa es mayor en los países sajones en comparación con las sociedades latinas y orientales. En Nueva York en la década de los sesentas, el promedio anual de incidencia fue de 0.55 por 100,000 personas, mientras que en la siguiente década este promedio aumento a un 3.26 por 100,000 personas. La anorexia nerviosa durante la década de los ochentas en diferentes estados de Estados Unidos se situó posiblemente entre el 1 y 5 % en mujeres blancas adolescentes. En Inglaterra el número de mujeres diagnosticadas como anoréxicas aumentó 11% entre 1972 y 1981 y en 1995 los informes de prevalencia de esta enfermedad fueron del 0.02% en la población general y del 0.1% en mujeres entre 15 y 29 años de edad. En contraste con países orientales la prevalencia de la enfermedad es muy baja, en Hong Kong se diagnosticaron apenas 70 casos de anorexia durante la década de los ochentas y en Japón la prevalencia fue de 0.2% en las zonas urbanas y de 0.05% en las zonas rurales. En general la prevalencia de anorexia nerviosa en países occidentales y africanos es baja. (Palma. 1997; Espejo. 1984).

En México, la anorexia es una enfermedad que principalmente la padecen las mujeres jóvenes de entre los 11 y 25 años de edad, se estima que afecta al 0.5% de la población femenina. (Camacho. 2000).

MANIFESTACIONES GENERALES DE BULIMIA

El trastorno no puede aparecer en individuos con obesidad moderada. 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. Algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana, entre atracón y atracón reduce la ingesta calórica y escoge 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 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 que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Así mismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad, a su vez todos estos síntomas desaparecen al ser tratada la bulimia nerviosa, se ha observado dependencia y abuso de sustancias de alcohol y estimulantes en aproximadamente un tercio de los sujetos, el consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso, datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta que en los casos del tipo no purgativo.

La amenorrea no es una adaptación normal al esfuerzo físico del entrenamiento: es un síntoma de que algo va mal. La amenorrea es caracterizada por baja de estrógenos en sangre, infertilidad y algunas veces por pérdida mineral de hueso. El entrenamiento vigoroso combinado con una baja ingesta energética y el estrés parecen activar la amenorrea y favorecen la pérdida ósea. La baja de estrógenos conduce la disminución de masa ósea e incrementa su fragilidad. Existe desequilibrio de fluidos y electrolitos causados por el vómito y la diarrea, que pueden causar una alcalosis metabólica, una condición caracterizada por apatía, confusión y espasmos musculares. El vómito causa irritación e infección de la faringe, esófago y glándulas salivales. El esófago puede ulcerarse hasta perforarse, así como el estómago, el uso desmedido de eméticos disminuye las concentraciones de potasio y puede permitir la muerte por ataque cardíaco. (Balong. 1999).

En los aparatos o sistemas se puede encontrar manifestaciones como son: cardiovascular; hipotensión, arritmia cardíaca, edema. Endocrino: hipoglucemia, alteraciones en la hormona del crecimiento (tiroides), irregularidades menstruales. Gastrointestinal: amilasa sérica elevada, perforación esofágica, pancreatitis, constipación, colon catártico, melena, dilatación gástrica aguda. Metabólico: deshidratación, alcalosis, acidosis,

hipocloremia, hipocalcemia, hiponatremia. Piel: piel seca y fría, callosidades, escaras en manos. Pulmonar: bronco aspiración. Renal: disminución de la filtración glomerular. (Palma. 1997).

Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, la pérdida del ácido clorhídrico producida por el vómito para determinar una alcalosis metabólica y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa. (Metzger. 1999).

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 presenta a menudo irregularidades menstruales y amenorrea, no está del todo claro si estas alteraciones se relaciona con las fluctuaciones de peso, déficit nutritivos o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se ha observado otras complicaciones que aunque raras pueden causar la muerte del individuo como son los desgarres esofágicos, 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. (Pierre.).

Los síntomas pueden depender de la cultura, la edad y el sexo, la bulimia afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluye Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueve Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. (Fundación. C. B. A. 1993).

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 periodo de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de nuestras clínicas, el curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones, se desconoce la evolución a largo plazo. (Espejo. 1984).

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares del

primer grado, puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmarlo. (Pierre.).

MANIFESTACIONES GENERALES DE ANOREXIA

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento 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 semi-inanición, 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. (Pierre.).

Los individuos que padecen este trastorno a menudo se encuentran atrapados entre el enojo y la ansiedad. Los signos corporales de la anorexia nerviosa, como el adelgazamiento y cese de la menstruación, baja de presión arterial (hipotensión), pulso lento (bradicardia), coloración violácea de manos y pies y otros apéndices (acrocianosis), así como un mayor crecimiento de pelo (lanugo) en cara y cuerpo, son todos ajustes normales de un cuerpo saludable que reacciona a una nutrición cada vez más inadecuada. (Duker. 1988).

Se ha observado en estos enfermos características propias del trastorno obesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos , la observación de la conducta asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y 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 diagnostico adicional de trastorno obesivo-compulsivo, asimismo existen características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad y la iniciativa. En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo-purgativo tienen más

probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos de buscar alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente. (Pierre.).

Se presenta bradicardia sinusal, algunas veces arritmias, puede haber anomalías difusas como consecuencia de alteraciones significativas de líquido y electrolitos. Además de amenorrea puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino en el tronco, existe bradicardia, edemas periféricos, petequias poco probables, diátesis hemorrágica, color de piel amarillento, hipertrofia de las glándula salivales, cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito. (Palma. 1997. Pierre.).

La edad promedio de inicio 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 son muy variables. (Raich. 1994).

La anorexia nerviosa parece ser mucho más frecuente en sociedades industriales, en las que abundan la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo, este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica, los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad, este trastorno se presenta rara veces antes de la pubertad, sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. (Mc Faland. 1995).

PADECIMIENTOS BUCALES DE BULIMIA Y ANOREXIA

En estos trastornos en donde está asociada la falta de alimentación al igual que la excesiva alimentación y el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos. Los cambios dentales y maxilofaciales pueden ser reconocidos y llegar al diagnóstico para poder ayudar tan pronto como se pueda al paciente, entre las manifestaciones más frecuentes en éstos pacientes tenemos: erosión del esmalte dental, tejidos blandos lesionados, queilitis

angular, problemas parodontales, sialoadenosis en glándulas salivales, xerostomía y caries dental . (Gay. 2000).

Las manifestaciones bucales más comunes son hipersensibilidad dentaria, erosión del esmalte lingual de los dientes anteriores superiores, restauraciones elevadas por encima de la estructura dental erosionada, mordida abierta anterior, xerostomía, queilitis, irritación de la mucosa bucal, caries radicular y pailas interdenciales que a menudo aparecen expandidas; si hay pérdida extensa de estructura dental por el efecto erosivo del vómito, el cuidado odontológico abarca con frecuencia la rehabilitación de cobertura total. (Chavarría. 1999).

EROSIÓN DENTAL

La erosión dental es una afección patológica individual. Al igual que con la caries, existen muchos factores que provocan erosión, afección muy extendida, la erosión es muy común en pacientes adultos y se cree que su frecuencia aumenta con la edad. Al sufrir la erosión la superficie dentaria se vuelve absolutamente lisa y pulida, a diferencia de la caries, en la cual la superficie es irregular y blanda y el explorador penetra con facilidad. La sensibilidad en la erosión dental persiste hasta que el odontólogo restaura el diente y le devuelve su integridad. A lo largo de los años se forma por dentro de la cámara pulpar, frente a la erosión una gruesa capa de dentina terciaria que aleja a la pulpa de la superficie, éste constituye un mecanismo biológico de defensa. (Barrancos.).

La erosión dental es el mayor signo en pacientes bulímicos, por el hábito del vómito que lleva todo el contenido de los ácidos gástricos y lesiona tanto tejido duro como el esmalte de los dientes, los tejidos de la mucosa bucal es necesario diferenciar entre este tipo de erosión y otros. La apariencia típica de la erosión es suave e irregular hay una decoloración , son densamente contaminadas con bacterias, afecta las caras vestibulares y linguales, presencia de manchas blancas de descalcificación en la base de las lesiones erosionadas. El esmalte reblandecido y perdido que se observa en las caras palatinas de los incisivos centrales y laterales superiores; después son las caras palatinas de los molares superiores; caras palatinas de los caninos superiores, los premolares y caras oclusales de los premolares superiores. Las caras palatinas de los incisivos superiores pueden llegar al punto de ser tan delgadas que se torna traslúcido, produciendo un borde afilado, que es fácilmente agrietado y astillado, las caras oclusales se tornan cóncavas y con apariencia lisa aumentando la sensibilidad. La erosión moderada, se

presenta en las superficies linguales y oclúyales de los dientes posteriores superiores e inferiores y prácticamente se encuentran inalteradas las superficies linguales de los dientes inferiores. (Bouquot. 1997).

La prevalencia de la lesión es relativamente baja dado que su presencia depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo del padecimiento, higiene(enjuague posterior al vómito) y dado que la erosión dental se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos. Por lo anterior, el grado de erosión dental puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión, creando un verdadero reto restaurativo, lo cual a su vez se ve complicado por aspectos como: A) Capacidad de amortiguación salival (buffer), B) pH salival, C) Magnitud de flujo salival, D) Composición y grado de calcificación de la superficie dental, E) Para funciones (bruxismo), F) Tipo de dietas (frutas, condimentos, golosinas). (Gay. 2000).

LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS

MUCOSA BUCAL

La inflamación crónica de garganta con mucosa eritematosa, especialmente en la úvula y la parte posterior del paladar blando es un cambio frecuente en éstos pacientes, éstos ocasionalmente presentan petequias traumáticas o hemorragias submucosas en el área palatina. (Bouquot. 1997).

La mucosa también se ve afectada por la disminución de saliva (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 (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, además las deficiencias nutricionales y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo una lesión en la mucosa llamada queilitis. (Gay. 2000).

QUEILITIS

La queilitis angular es una inflamación y atrofia de los pliegues cutáneos de los ángulos bucales. Puede ocurrir por chuparse los labios o el dedo pulgar con exceso, o bien por laxitud de la piel facial en personas ancianas o edéntulas. El contacto prolongado con la saliva produce maceración con posible infección secundaria por *Candida* o estafilococos. La piel en los ángulos de la boca posee fisuras eritematosas y con frecuencia exudado y costras, además el problema se exacerba al humedecer el área inflamada con la saliva. Los tejidos de la boca son afectados, primordialmente por el curso de las deficiencias nutricionales que conlleva éste desorden. La degeneración e inflamación de la mucosa labial dando lugar a queilitis angular, sigue un patrón definido de desarrollo empezando por una palidez de los labios, particularmente en las comisuras, las cuales temporalmente secan las áreas húmedas de la mucosa bucal adyacente, la palidez continúa por muchos días y es seguida por la maceración y descamación blanquecina sobre un fondo rosa, entonces las fisuras superficiales invaden los pliegues naturales en la comisuras de la boca. (Regezi. 1999).

Subsecuentemente las lesiones maceradas pueden secarse y formar costras amarillentas en los ángulos, de los cuales pueden ser removidas sin sangrar. El resto de los labios llegan a ser anormalmente rojos a lo largo de la línea de cierre y hay un notable incremento de fisuras verticales como resultado de la descamación superficial de la mucosa. Esto, usualmente es más aparente en el labio inferior, en tanto que la enfermedad progresa, las lesiones de los ángulos se profundizan y extienden atravesando el borde bermellón sobre el carillo a una distancia superior de 10 mm y en la mucosa bucal de 1 a 3 mm. Los ángulos constantemente irritados llegan a ser áreas crudas y sangrantes, con costras o escamas.

ALTERACIONES EN LENGUA

Las lesiones empiezan en una o más áreas localizadas conforme la enfermedad progresa, más y más sitios llegan a ser involucrados hasta que la totalidad de la lengua llega a ser afectada. Los cambios pueden ir desde la inflamación, cambios de color rojo brillante, una palidez excesiva; áreas sin papilas, implicación de las papilas siendo el orden usual de cambio, hipertrofia, alisamiento, fusión y atrofia; dolor y ardor, puede haber pérdida de la sensación del sabor, esto ocurre en muchos estados de deficiencia nutricional.

SIALOADENOSIS

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia, aunque es frecuente encontrarlo. Sin embargo, se ha llegado a confundir con síndrome de Sjögren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre la malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales, dentro de sus posibles causas encontramos el aumento del tamaño de las células acinales, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submandibular, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes. La sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia o anorexia han sido revertidas o puede desaparecer espontáneamente. (Gay. 2000).

Los pacientes con bulimia frecuentemente presentan aumento de tamaño de las glándulas parótidas, submandibulares o sublinguales, lo que provoca facies hinchadas (cara de ardilla) causándoles gran preocupación ya que se ven cachetonas, estos signos disminuyen, después de un tiempo de no practicar el vómito. (Palma. 1997).

El crecimiento benigno de las parótidas y glándulas submandibulares llamada también paperas nutricionales han sido reportadas en estos pacientes. (Bouquot. 1997).

XEROSTOMÍA

El significado literal de la xerostomía es : boca seca, es un estado especial de sequedad y adelgazamiento de la mucosa que tapiza las paredes de la cavidad bucal consecutivo a la detención prolongada de la detención salival, que confiere a dicha mucosa la humedad precisa. Se presenta en todos aquellos estados patológicos que comprometen la secreción salival: como enfermedades, inflamación de la boca (estomatitis) y de las glándulas parótidas. En la mujer puede presentarse también la menopausia. (Segatore. 1986).

Milosevic y Dawson no encontraron diferencias significativas en los valores de pH salival en los pacientes con bulimia y sus controles, aunque si encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad, en contra parte Touyz y Col, refieren que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (Buffer) y pH tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación se han encontrado reducidas.

Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas como la xerostomía de la saliva son debidas principalmente, a condiciones generales como malnutrición, mal absorción, deshidratación, ansiedad, anemia, desordenes hormonales así como secundarias o prescripciones medicamentosas de sedantes, antidepresivos o espasmódicos. (Gay. 2000).

CARIES

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por desmineralización de la porción inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica. (Barrancos.).

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal pueden resultar en un aumento en la prevalencia de caries dental, medicamentos prescritos ocasionalmente puede contribuir a la caries dental, como tabletas de dextrosa, vitamina C y bebidas ricas en sacarosa son factores que contribuyen a la aparición de la caries. Probablemente existían adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como S. Mutans y lactobacilos. En estos pacientes puede existir grados variables de xerostomía asociados a la deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundarios a medicaciones depresoras del SNC. Lo que contribuye a la mayor presencia y acúmulo de placa dento bacteriana (PDB). (Gay. 2000).

En algunos pacientes con bulimia existe la predisposición de caries cervical, rápidamente destructiva, la lesión dentinaria es seca con áreas grandes de socavados. (Bouquot. 1997).

PROBLEMAS PERIODONTALES

La relación entre los factores nutricionales y el mantenimiento de la salud periodontal o la patogénesis de la enfermedad periodontal es motivo de controversia. Aunque la placa dental se reconoce como el factor etiológico más importante en la enfermedad periodontal, una nutrición inadecuada vuelve al huésped más susceptible a ella o acelera el progreso de la alteración existente.

Los componentes de la defensa del huésped es de importancia particular en el mantenimiento de la salud bucal y que pueden resultar afectados de manera adversa por nutrición inadecuada incluyen:

- ❖ Respuesta inmunitaria inflamatoria óptima.
- ❖ Capacidad funcional de glándulas salivales y composición de la saliva.
- ❖ Producción de líquidos gingivales.
- ❖ Respuesta del proceso de reparación
- ❖ Integridad de la mucosa bucal

Uno de los trastornos más comunes en pacientes bulímicos es la gingivitis, los índices de la placa fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no fue representativa, contrario a quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario ala periodontitis, la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por el acúmulo de irritantes locales. (Gay. 2000).

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LOS DESORDENES ALIMENTARIOS

ORIENTACIÓN GENERAL

- ❖ Promover un desarrollo emocional sano de la familia, donde sus miembros se sientan contentos unos con otros y se respeten.
- ❖ Aprender a reconocer y expresar los sentimientos.

- ❖ Aprender a identificar las necesidades propias y a satisfacerlas sin perjudicar a otras personas.
- ❖ Aceptar que nadie es perfecto y toda persona comete errores.
- ❖ Expresar cariño y aceptación hacia los hijos.
- ❖ Conocer las características físicas, psicológicas y sociales de los adolescentes y comentarla con ellos, esto les permitirá anticipar los cambios, saber cuales son y aprender a aceptarlos y manejarlos.
- ❖ No ridiculizar ni hacer bromas acerca de la figura o el peso de las personas, a pesar de que no sean adecuados.
- ❖ Aceptar a las personas como son: por ejemplo los padres no deben exigir demasiado a sus hijos.
- ❖ Evitar comer cuando se encuentra muy alterado emocionalmente.
- ❖ Estar alerta con los jóvenes atletas y con los bailarines ya que en ocasiones se les imponen entrenamientos y dietas para que bajen de peso, estas medidas pueden no solo perjudicar su desempeño sino su salud y estabilidad emocional.
- ❖ Basar su alimentación y la de su familia en una variedad de alimentos.
- ❖ Procurar hacer comidas en familia, éstos momentos puede servir para promover la interacción familiar, estrechar lazos y dar sentido de pertenencia a sus miembros.
- ❖ Hacer las comidas significativas, esto se puede lograr al dedicarles suficiente tiempo, fomentar un ambiente tranquilo y agradable, compartir el momento, procurar comer sentados, comer despacio, masticar, saborear y degustar cada bocado.
- ❖ Comer de manera intencional en respuesta a una decisión y no empujado por circunstancias, por ejemplo si una persona acostumbre comer cuando está viendo televisión puede haber una asociación entre prender la televisión y querer comer, independientemente de que tenga hambre o no, para evitar estas situaciones se recomienda que cuando se coma ésta sea la actividad principal y se eviten distracciones u otras actividades que compitan como: hacer la tarea, leer, jugar, etc.

- ❖ Establecer un horario de comidas, éste debe resultar adecuado a las actividades que realizan las personas y les deben permitir llegar a la mesa con hambre, de manera que tenga interés y atención en el alimento, pero no muerto de hambre pues esto puede provocar que la persona se sienta decaída y disminuya el interés o bien coma rápido y en exceso.
- ❖ Pedir a los miembros de la familia que se presentan a las horas de la comida aunque no tengan hambre pues además de ingerir alimentos son momentos para socializar.
- ❖ Comer frecuentemente, la gente algunas veces no comen porque el tiempo los limita, pero ésta acción puede ser incorporada a otras actividades, tales como un refrigerio mientras se estudia o traslada de un lugar a otro, la gente come frecuentemente nunca tiene mucha hambre, ya que dispone de una variedad de comida a su alcance.

TRATAMIENTO MÉDICO Y DENTAL

El papel del nutriólogo es la atención de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; es de gran apoyo con un equipo interdisciplinario se debe de colocar en forma muy cercana con el psiquiatra, el médico (endocrinólogo o internista), el psicólogo y el odontólogo; para que no existan contradicciones en las instrucciones que se le propicien al paciente, ya que ellos podrían seleccionar la información que les conviene y enredar con facilidad terapéutico con tal de no subir de peso.

Cuando el nutriólogo atiende pacientes con trastornos de la conducta alimentaria deben tener como objetivos principales:

Restablecer la buena nutrición del paciente.

Restablecer un patrón correcto de hábitos del paciente.

La evaluación nutricional de los pacientes con bulimia o anorexia nerviosa consta de: pruebas anamnesicas, mediciones antropométricas, signos clínicos, análisis de laboratorio. De esta manera se pueden establecer los lineamientos generales del tratamiento a seguir que consta de:

Establecer el peso mínimo funcional del paciente para salir del internamiento.

Estimar los requerimientos energéticos del paciente. La cantidad de energía a consumir se distribuye en las siguientes proporciones: Proteínas 15%, lípidos 20% e Hidratos de carbono 65% diarios.

Modificar los hábitos alimenticios (instrucción personal).

Establecer la meta de peso a largo plazo ajustado de acuerdo con la talla, complexión y composición corporal en pacientes de consulta externa.

Discutir en cada una de las visitas los conceptos erróneos que sistemáticamente tienen estos pacientes en relación con los efectos de algunos nutrimentos y sus temores a la obesidad.

El tratamiento dependerá si el paciente está hospitalizado o no, en forma ideal se necesita un lugar limpio y amplio, con cocina para poder preparar la comida en forma personal y realizar prácticas necesarias. Si los pacientes se encuentran internados la vigilancia del nutriólogo es más estrecha, se realizan las encuestas alimenticias para conocer los hábitos alimenticios de los pacientes. Generalmente los pacientes tratan de consumir mayores cantidades de alimento que los que acostumbraban con tal de salir del internamiento pero a pesar de éstos esfuerzos no llegan a consumir más de 800 Kcal. / día.

El nutriólogo tiene que generarse la confianza del paciente y evitar las trampas de los pacientes que evitan seguir con la dieta, ya sea tirar la comida, esconderla, desplazarla o dejarla en el plato. Tienen que cuidar que los pacientes sigan con el tratamiento dietético en forma adecuada cuidando de que no abusen de los alimentos ya que si esto sucede, el paciente puede presentar algunos signos, como el edema debido a la disminución de la tasa de la filtración glomerular y cálculos renales, o bien por otro lado los pacientes pueden manifestar plenitud estomacal consecuencia del vaciamiento gástrico lento causado por la disminución del volumen del estómago; por esto la cantidad de alimento en la dieta no debe de ser grande ya que el paciente puede vomitar.

El aumento de peso es un signo importante de recuperación de un paciente ya sea con anorexia o bulimia que esté desnutrido; sin embargo la parte real de que el estado de nutrición está recuperado es la desaparición de las alteraciones endocrinas incluyendo la menstruación en forma regular. (Palma).

Cabe mencionar que sin el tratamiento psicológico, tanto la colaboración del endocrinólogo como la del nutriólogo son insuficientes para lograr una mejor adaptación de los pacientes. Para poder comprender la participación de cada

uno de los integrantes del equipo encargado y la manera de cómo se va dando el proceso integral en 3 fases.

La fase inicial incluye lo relacionado con el diagnóstico médico, nutricional y el estado mental. En esta fase se determina si pelagra la vida del paciente o presenta alguna alteración que amerite su hospitalización; un aspecto primordial es recuperar un estado nutricional mínimo que deje fuera de peligro la vida del paciente. En lo psicológico se realizan evaluaciones individuales y familiares y se prepara el terreno para iniciar las intervenciones psicoterapéuticas. Se establecen los límites de lo tolerable y aquello que amenaza el buen desarrollo de tratamiento y en consecuencia la salud del paciente. Es un acuerdo relacionado con el cuadro del tratamiento que determina el tiempo, lugar, frecuencia y costo de las intervenciones médicas, psicológicas y nutricias.

La segunda fase. Es la mas prolongada, las intervenciones se orientan al establecimiento de hábitos alimenticios correctos. Es entonces cuando el manejo tiene mejor impacto pero es más sofisticado ya que se trata de restaurar los sistemas de regulación hormonal alterados. En ésta etapa se consolida la alianza entre el paciente, su familia y sus terapeutas para poder llevar a cabo un trabajo largo y difícil.

La tercera fase, es la ultima es la seguimiento a largo plazo en la cuál se ha comprendido la naturaleza del problema y se ha mantenido el peso y desarrollo deseados. En ésta etapa la psicoterapia empieza a alcanzar los objetivos de funcionalidad y de sustitución de los mecanismos psicológicos primitivos de manejo de la ansiedad por otros más desarrollados. El paciente ha logrado mantener los vínculos con lo diferentes especialistas que participan en su tratamiento.

La psicoterapia individual representa en este momento el espacio para que el paciente despliegue y analice en un clima de seguridad sus conflictos existenciales. El espacio de terapia familiar deja de ser el lugar en el cual se incriminan unos a otros y pueden trabajar por un proyecto en común. Ahí donde antes existía un periodo de ayuno o bien ingestión compulsiva, vómito, ahora se espera una reflexión y un análisis de la situación durante las sesiones psicoterapéuticas. (Rocha, y cols.1997.)

El tratamiento para la bulimia nerviosa es primordialmente psiquiátrico o psicológico, pero solo el 50% de los pacientes con bulimia nerviosa se consideran completamente recuperados siguiendo un tratamiento constante de 5 a 10 años . Aproximadamente una tercera parte de los pacientes tratados sufren una recaída en 4 años. Debido a que la cura es de proporción lenta con respecto a la recaída, los profesionales recomiendan una terapia continua para mantenerse.

De los tratamientos pueden utilizarse la terapia cognoscitiva del comportamiento y psicoterapia interpersonal, ya que se ha visto que tienen el mejor resultado.

Los pacientes con bulimia superpuesta con anorexia nerviosa, tal vez cure la bulimia pero la anorexia no. Similarmente, las personas con problemas de personalidad coexistentes tienen una baja proporción de recuperación después del tratamiento que sin tales desórdenes. Esto es certero para pacientes con el llamado "Síndrome multi-impulsivo", el cual incluye entre otras cosas tres de los siguientes comportamientos anormales como: intentos suicidas, autoagresión severa, comprador compulsivo, abuso de alcohol abuso de otra droga y promiscuidad sexual (Bouquot. 1997)

El esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio.

El manejo de la sensibilidad o franco dolor producto de erosión puede manejarse desde la aplicación de fluoruro pasando por un recubrimiento de hidróxido de calcio retenido con una capa de resina compuesta con técnica opcional de grabado ácido o en su defecto, hasta el tratamiento endodóntico.

El tratamiento restaurativo, una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta una rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólógicos como dimensión vertical, sintomatológica en ATM y mordida abierta, según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud del mismo.

En cuanto al tratamiento dental básicamente es la 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; el cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener la certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y tratamientos restaurativos.

Aspectos importantes en los que se encuentran las etapas activas al padecimiento o en las etapas de remisión —exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es

recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionado con un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión. Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurren y el sentimiento de culpa, es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, etc.) y control de peso así como observar meticulosamente signos físicos de enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en la piel del dorso de la lengua.

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras 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 de uso diario. (Gay. 2000).

Los procedimientos restaurativos pueden ser realizados en dientes severamente erosionados; la aplicación de fluoruro, resinas compuestas, selladores de fosetas y fisuras tal vez asistan en el control del dolor de la dentina hipersensible. (Bouquot. 1997).

El uso de enjuagues de bicarbonato combinado con el fluoruro de sodio al 0.05% ayuda como amortiguadores entre los episodios cuando ocurren los vómitos. Las comidas y bebidas ácidas deben ser evitadas en todo lo posible. El incremento del flujo salival es ayudado a través de gomas de mascar libres de azúcar y en caso extremo con ayuda de medicamentos. (Kleir. 1984.).

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchas personas tienen la creencia de que la juventud actual goza al máximo de la vida, sin preocupaciones de ningún tipo, sin embargo ese concepto no es del todo cierto. Se sabe que en la población juvenil existe una tendencia a padecer trastornos de la alimentación, en parte provocado por los medios de comunicación como son: televisión, cine, prensa y radio al hacer hincapié en que la belleza física es lo más importante, no solo limitándose a un solo género, sino que los dos están involucrados, creyendo que el mundo es de los delgados influyendo así para que los jóvenes luchen por conseguir el físico ideal motivados por estereotipos de modelos y artistas.

Se convierte en algo primordial buscando la belleza no solo en algo externo, sino luchando contra su propia fisiología, ya que los Mexicanos no contamos con esos parámetros de delgadez, por lo que provoca la preocupación excesiva por la comida, el peso y la talla.

En la actualidad la bulimia y la anorexia son padecimientos de la conducta alimentaria que se han convertido en un verdadero peligro para nuestra juventud, además de que tienen una serie de complicaciones a nivel orgánico y secuelas bucodentales que si no son detectadas a tiempo pueden provocar la muerte.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Dado que existen un gran número de jóvenes en nuestra sociedad, entendemos la gravedad del problema, ya que son más susceptibles a copiar los modelos de otros países, además de ser bombardeados por los medios de comunicación, ambas situaciones les exigen la delgadez extrema. Nuestro interés es realizar la siguiente investigación con el fin de detectar la tendencia a padecer algún trastorno de la alimentación (anorexia y bulimia), en los alumnos que cursan el primer año de odontología en tres Universidades ubicadas en el Distrito Federal además de recabar información que nos permita corroborar o rechazar nuestra hipótesis lo hacemos con el fin de brindarles información acerca de dichas enfermedades para lograr en los jóvenes conductas que les permitan prevenirlas.

Para nosotros como Cirujanos Dentistas es importante conocer que en la cavidad oral se manifiestan síntomas de ambos trastornos como son: erosión del esmalte dental, queilitis angular, xerostomia, caries, hipersensibilidad,

sialodenoisis, etc. Nosotros tenemos que ser vistos como profesionales capacitados para manejar pacientes que padezcan o tiendan a padecer algún desorden alimentario.

Por lo tanto creemos que esta investigación podría proporcionar información para adecuar un interrogatorio en nuestra práctica clínica, que nos sirviera para detectar y ayudar a prevenir estos trastornos.

OBJETIVO GENERAL

Identificar en los alumnos que cursan el primer año de odontología, la tendencia a padecer algún trastorno alimenticio (anorexia y bulimia).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar en que genero predomina la tendencia a padecer algún trastorno alimenticio (anorexia y bulimia).

Identificar si el nivel socioeconómico influye en la tendencia a padecer algún trastorno de la alimentación (anorexia y bulimia).

Identificar en que universidad se presenta con mayor probabilidad el padecer algún trastorno alimenticio (anorexia y bulimia).

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En la comunidad estudiantil femenina de las tres universidades, predominará la tendencia a padecer anorexia y bulimia.

En las dos universidades privadas se encontrará mayor predominio a padecer anorexia y bulimia.

HIPÓTESIS ALTERNAS

En la comunidad estudiantil masculina de las tres universidades, predominará la tendencia a padecer anorexia y bulimia.

En la universidad pública se encontrará menor predominio a padecer anorexia y bulimia.

HIPÓTESIS NULA

La tendencia a padecer bulimia y anorexia se presentará indistintamente tanto en mujeres como en hombres.

VARIABLES

- 1.- Tendencia a padecer bulimia y anorexia.
- 2.- Edad.
- 3.- Género.
- 4.- Peso.
- 5.- Estatura o talla.
- 6.- Nivel socioeconómico.

VARIABLES DEPENDIENTES

Tendencia a padecer bulimia y anorexia. (cuantitativa, discontinua).

Peso. (cuantitativa, continua).

VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad (cuantitativa, continua).

Sexo o género (cuantitativa, nominal).

Estatura o talla (cuantitativa, continua).

Nivel socioeconómico (cualitativa, ordinal).

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es de tipo descriptiva ya que tenemos que referir los hechos que existen de bulimia y anorexia a través de una revisión bibliográfica detallada. También será del tipo transversal ya que captaremos información para medir la posible presencia de los trastornos alimenticios.

ESPACIO

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología.
Dirección: Circuito Interior de Ciudad Universitaria, Col. Copilco Universidad,
México, D.F. C. P. 04510, Del. Coyoacán.

Universidad Latino Americana. Domicilio. Campus del Valle. Gabriel Mancera
Número 1413. Aniceto Ortega 1119 Lcl Col. Valle. México D.F. C.P. 03100.

Universidad Tecnológica de México. Dirección. Campus Odontología. Av.
Marina Nacional Numero 500. Col. Anáhuac 11320. México, D. F.

TIEMPO

Se realizarán encuestas para observar la tendencia a padecer algún trastorno de la alimentación del día 08 de Abril al 15 de Abril de 2002.

UNIVERSO

Alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México que cursen el primer año de odontología.

Alumnos de la Universidad Latino Americana que cursen el primer año de odontología.

Alumnos de la Universidad Tecnológica de México que cursen el primer año de odontología.

GRUPO DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los alumnos que cursan el primer año de odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Latino Americana y en la Universidad Tecnológica de México, no importando edad y sexo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los alumnos que no cursen el primer año de odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Latino Americana y en la Universidad Tecnológica de México, y aquellos que no deseen participar en el proyecto.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

MÉTODO ESTADÍSTICO

Se elaboró un cuestionario con 30 preguntas para establecer la tendencia a padecer bulimia y anorexia nerviosas.

Se entiende por tendencia a padecer bulimia y anorexia nerviosas a la predisposición que presenta el alumno respecto al ambiente psicológico, familiar y socioeconómico que le rodea en cuanto a estos trastornos.

El ambiente psicológico, se refiere a las creencias que el alumno se forme en cuanto a su silueta, a su estado de ánimo, o a sentirse obeso, que lo lleva a tener un autoestima baja y por lo tanto caer en algún trastorno sin darse cuenta. El ambiente familiar será todo aquello que escuchen en el núcleo familiar con relación a la delgadez u obesidad, que sea una familia muy rígida; o bien, un ambiente hostil. El ambiente socioeconómico es la influencia de los medios de comunicación en cuanto a que ser delgado (a) es sinónimo de éxito, seguridad, control, etc.

En el cuestionario se realizó en base a la fundación Comedores compulsivos, bulimia y anorexia.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El cuestionario cuenta con 30 preguntas en total de las cuales:

PREGUNTAS	TRATAN DE MEDIR EL TRASTORNO	FACTORES PSICOLÓGICOS
1-11	BULIMIA	
12-22	ANOREXIA	
23-26	AMBOS	
27		HÁBITOS NOCIVOS
28		ANSIEDAD
29		DEPRESIÓN
30		NIVEL SOCIECONOMICO

En la pregunta 27 se uso las opciones ninguno, 1-2, 3-5, más. En la pregunta 30 se uso las opciones, bajo, medio-bajo, medio-medio, medio-alto, alto. En el resto de las preguntas se utilizaron las siguientes opciones, Siempre, Algunas veces, Nunca.

Para poder medir las variables se utilizaron las escalas nominal y ordinal para las variables cualitativas, discontinua y continua para variables cuantitativas.

A cada respuesta se le coloco un valor, siendo 3 para siempre, 2 para algunas veces y 1 para nunca, el cual nos va decir que tendencia existe a padecer o no un trastorno de la alimentación.

Para poder evaluar la tendencia a cada uno de nuestros trastornos, se realizó una escala en la que se establece lo que sigue:

Tendencia a padecer bulimia nerviosa:

33 – 25 alta tendencia

24 – 16 mediana tendencia

15 – 7 baja tendencia

Tendencia a padecer anorexia nerviosa:

33 – 25 alta tendencia

24 – 16 mediana tendencia

15 – 7 baja tendencia

Para evaluar la tendencia con los reactivos psicológicos de bulimia y anorexia nerviosa se elaboró la siguiente escala:

Tendencia a padecer bulimia y anorexia nerviosa

24 – 19 alta tendencia

18 – 13 mediana tendencia

12 – 7 baja tendencia

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEMINARIO DE TITULACION ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

La siguiente encuesta es de mucha utilidad para realizar una investigación, por favor contesta con verdad, elige el inciso que creas es el adecuado de acuerdo a tú propio criterio, subraya solo la respuesta correcta. La información proporcionada es totalmente confidencial, por tu colaboración, gracias.

Edad _____

Universidad _____

Sexo M _____ F _____

Grado _____

Peso _____

Fecha _____

Estatura _____

Complexión _____

1.- En ocasiones como impulsivamente sin poder parar:

a) Siempre

b) Algunas veces

c) Nunca

2.- Creo que la comida controla mi vida:

a) Siempre

b) Algunas veces

c) Nunca

3.- Noto que los demás me obligan a comer:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

4.- Me siento culpable después de comer:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

5.- Evito comer cuando tengo hambre; por que no puedo controlar la ingesta:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

6.- Para verme más delgado (a) realizo dietas de todo tipo sin que me funcionen:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

7.- Realizo ejercicio excesivo para controlar mi peso:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

8.- Como impulsivamente en grandes cantidades y eso me hace sentir culpable por lo cual me provoco el vómito:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

9.- Tomo diuréticos o laxantes para controlar mi peso:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

10.- Cuando como me preocupo por las calorías que contienen dichos alimentos:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

11.- Ante cualquier problema soy poco tolerante, me irrito demasiado:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

12.- Estoy preocupado (a) excesivamente por la comida:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

13.- Uno de los temores más grandes de mi vida es subir de peso:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

14.- Para controlar mi peso prefiero pasar largos períodos de tiempo ayunando (sin comer):

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

15.- Tengo que ser mucho más delgado (a) que mis compañeros o amistades para poder sobresalir más:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

16.- Mis amistades me dicen que estoy muy delgado (a) pero yo no les creo:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

17.- Mi estado de ánimo es muy cambiante, por eso paso tiempo a solas:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

18.- Tengo que ser delgado (a) porque los medios de comunicación presentan modelos delgados (as).

A) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

19.- Soy perfeccionista y no me siento satisfecho (a) cuando no me salen las cosas perfectas:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

20.- Me gusta que mis familiares y amigos hagan lo que yo quiero:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

21.- Cuando deseo algo me es muy difícil expresarme:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

22.-En mi familia tendemos a establecer alianzas secretas unos con otros, sin que los demás se den cuenta:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

23.- Tengo hábitos alimenticios diferentes a mi familia:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

24.- Paso horas leyendo libros, revistas, Internet sobre dietas y ejercicio:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

25.- Con mi apariencia me siento:

a) Muy bien b) Bien c) Mal d) Muy mal

26.- Me encuentro a gusto en los grupos a los que pertenezco como son; amigos, religión, etc. y confían ciegamente en mí:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

27.- Tengo algún familiar que padece alguna adicción como es el alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, comedor impulsivo :

a) Ninguno b) 1 – 2 c) 3 – 5 d) Más

28.- Despiertas frecuentemente durante la noche:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

29.- Te aíslas de tus familiares y lloras a solas:

a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca

30.- Cuál es tu nivel socioeconómico:

a) Bajo b) Medio-bajo c) Medio-medio d) Medio-alto

e) Alto

MUESTRA

Se realizaron 100 encuestas a estudiantes, del primer año de odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se realizaron 100 encuestas a estudiantes, del primer año de odontología en la Universidad Latino Americana.

Se realizaron 100 en cuestas a estudiantes, del primer año de odontología en la Universidad Tecnológica de México.

RECURSOS

HUMANOS: Directora de Tesis Lic. En Psicología, Asesor de tesis, Cirujano Dentista y pasante de odontología.

MATERIALES: Biblioteca de la Facultad de odontología, UNAM. Biblioteca de postgrado de odontología, UNAM. Biblioteca central, UNAM. Biblioteca del Instituto Nacional de Nutrición. Fundación Comedores impulsivos, Bulimia y Anorexia. Universidad Nacional Autónoma de México. Universidad Latino Americana. Universidad Tecnológica de México. Papelería, fotocopias, lápices, computadora, Internet .

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

CALENDARIO

ACTIVIDADES	FECHA
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	26 Febrero 2002
ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO	07 Marzo 2002
REVISIÓN DE INFORMACIÓN	19 Marzo 2002
REVISIÓN DEL CUESTIONARIO	02 Abril 2002
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO	08-15 Abril 2002
EVALUACIÓN	16 Abril 2002
ELABORACIÓN DE DATOS	17 Abril 2002
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	18 Abril 2002
REVISIÓN DE TODOS LOS TEMAS	19 Abril 2002

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados:

En la Universidad Nacional Autónoma de México se encuestaron a 100 alumnos, de los cuales se encontró que el 73% son mujeres y el 27% hombres. (Gráfico 1).

En la Universidad Latino Americana se encuestaron 100 alumnos, de los cuales se encontró que el 75% son mujeres y el 25% son hombres. (Gráfico 2).

En la Universidad Tecnológica de México se encuestaron 100 alumnos, de los cuales se encontró que el 70% son mujeres y el 30% son hombres. (Gráfico 3).

En nuestro estudio se observó que en la UNAM se come impulsivamente, siempre 42%, algunas veces 38% y nunca 20%. (Gráfico 4). Mientras que en la ULA se come impulsivamente, siempre 53%, algunas veces 29%, nunca 18%. (Gráfico 5). En la UNITEC, siempre 58%, algunas veces 27%, nunca 15%. (Gráfico 6).

Se realiza ejercicio excesivo en la UNAM, siempre 11%, algunas veces 62%, nunca 27%. (Gráfico 7). En la ULA, siempre 40%, algunas veces 38%, nunca 22%. (Gráfico 8). En la UNITEC; siempre 37%, algunas veces 45%, nunca 18%. (Gráfico 9).

Nos manifestaron que toman diuréticos o laxantes en la UNAM, siempre 1%, algunas veces 15%, nunca 84%. (Gráfico 10). ULA, siempre 3%, algunas veces 23%, nunca 74%. (Gráfico 11). UNITEC, siempre 1%, algunas veces 20%, nunca 79%. (Gráfico 12).

El temor a subir de peso en la UNAM, siempre 27%, algunas veces 48%, nunca 25%. (Gráfico 13). En la ULA, siempre 39%, algunas veces 52%, nunca 9%. (Gráfico 14). En la UNITEC, siempre 31%, algunas veces 49%, nunca 20%. (Gráfico 15).

En la UNAM se pasan largos periodos ayunando, siempre 23%, algunas veces 39%, nunca 38%. (Gráfico 16). Mientras que en la ULA, siempre 41%, algunas veces 33%, nunca 26%. (Gráfico 17). En la UNITEC, siempre 37%, algunas veces 30%, nunca 33%. (Gráfico 18).

Me gusta ser perfeccionista en la UNAM, siempre 15%, algunas veces 69%, nunca 16%. (Gráfico 19). En la ULA se observo, siempre 61%, algunas

veces 32%, nunca 7%. (Gráfico 20). Mientras que en la UNITEC, siempre 53%, algunas veces 38%, nunca 9%. (Gráfico 21).

En cuanto a que algún familiar padezca alguna adicción nos reporto que en la UNAM se presentó ninguno 33%, 1-2 38%, 3-5 21%, más 8%. (Gráfico 22). En la ULA se presenta ninguno 28%, 1-2 37%, 3-5 29%, más 6%. (Gráfico 23). En la UNITEC, ninguno 17%, 1-2 34%, 3-5 40%, más 9%. (Gráfico 24).

Nuestros resultados nos dieron a conocer que en la frecuencia a despertar en la noche en la UNAM es de siempre 22%, algunas veces 41%, nunca 37%. (Gráfico 25). Mientras que en la ULA, siempre 30%, algunas veces 39%, nunca 31%. (Gráfico 26). En tanto que en la UNITEC, siempre 34%, algunas veces 43%, nunca 23%. (Gráfico 27%)

En cuanto a que se aíslan de su familia en la UNAM, siempre 19%, algunas veces 63%, nunca 18%. (Gráfico 28). En la ULA es de siempre 27%, algunas veces 58%, nunca 25% (Gráfico 29). En la UNITEC siempre 25%, algunas veces 49%, nunca 36%. (Gráfico 30).

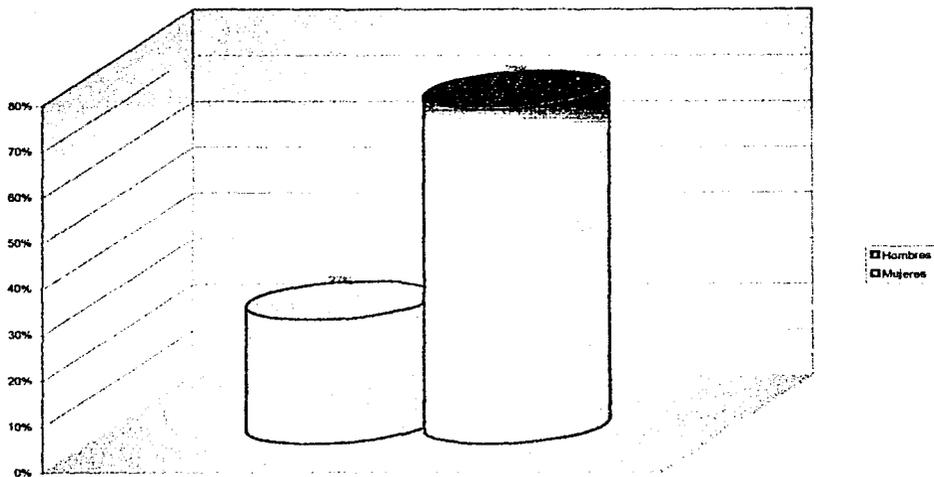
En cuanto al nivel socioeconómico en la UNAM es de bajo 5%, medio-bajo 47%, medio-medio 35%, medio-alto 11%, alto 2 %. En la ULA bajo 0% medio-bajo 12%, medio-medio 13%, medio-alto 35%, alto 40%. (Gráfico 32). En la UNITEC es de bajo 1%, medio-bajo 15%, medio-medio 18%, medio-alto 31%, alto 35%. (Gráfico 33).

Una vez analizados los resultados totales de los cuestionarios podemos observar que la tendencia a padecer algún trastorno de la alimentación es en la UNAM de 34% a una alta tendencia, el 44% una mediana tendencia y el 32% una baja tendencia.

En tanto que en la Universidad Latino Americana es de una alta tendencia el 39%, de una mediana tendencia el 40% y una baja tendencia el 21%.

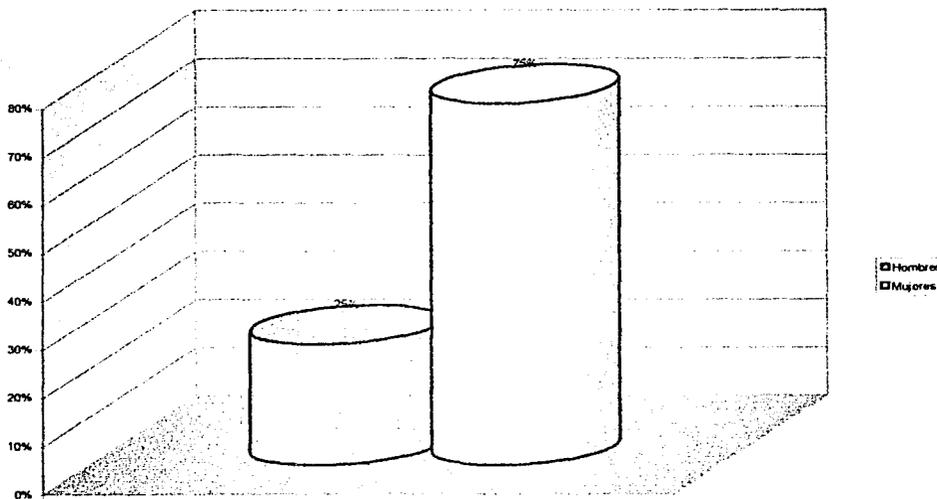
En la Universidad Tecnológica de México la tendencia fue: 36% alta tendencia, 46% mediana tendencia y 18% una baja tendencia a padecer algún trastorno de la alimentación como lo son bulimia y anorexia.

POBLACIÓN



UNAM
Gráfico 1

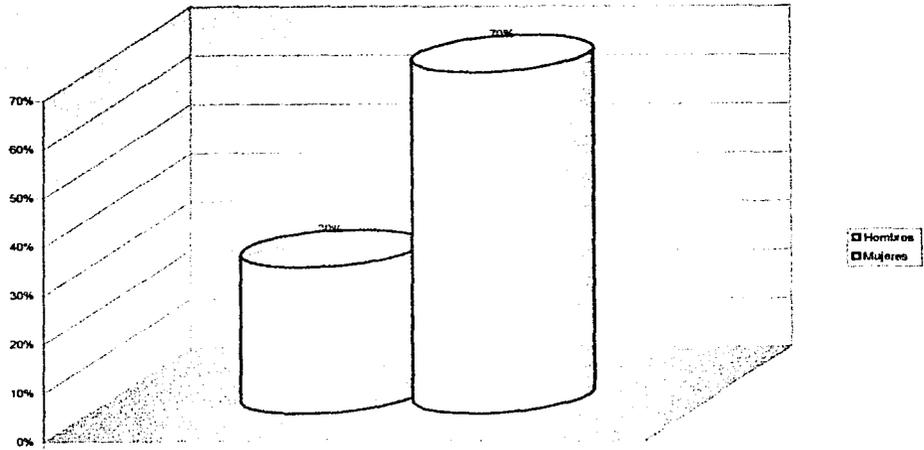
POBLACIÓN



ULA
Gráfico 2

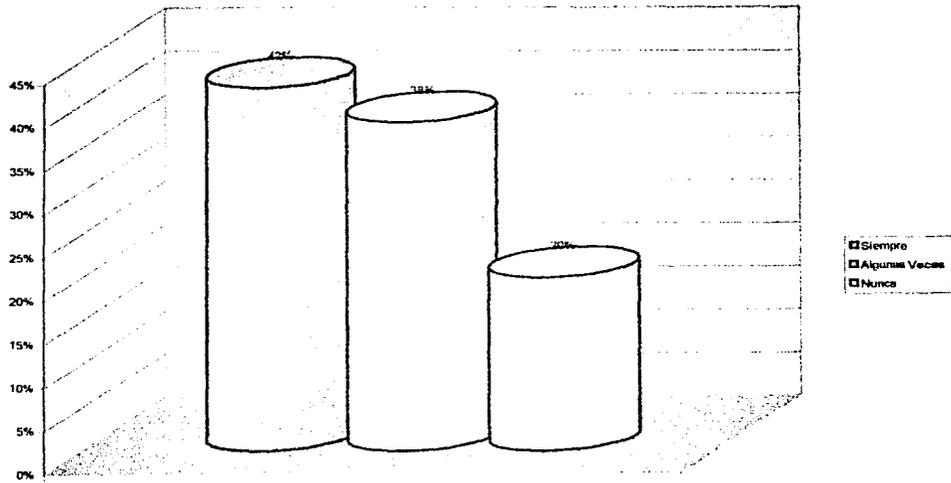
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

POBLACIÓN



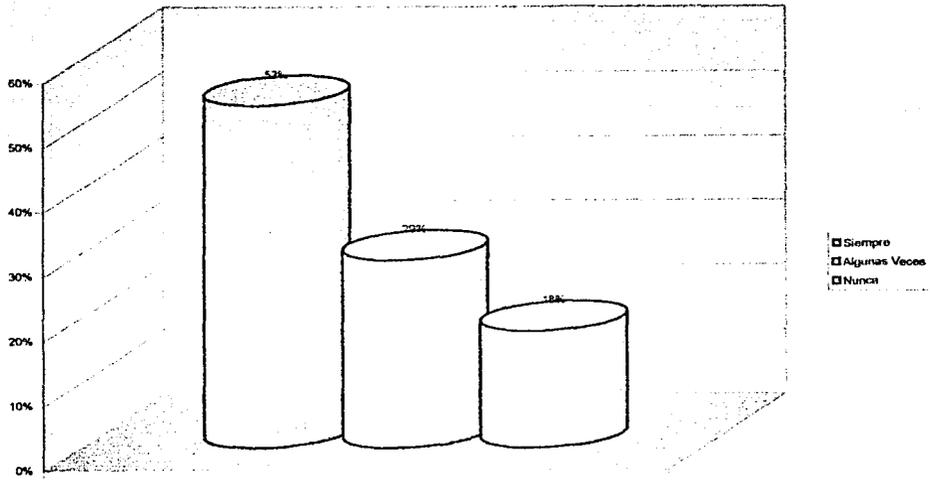
UNITEC
Gráfico 3

COMO IMPULSIVAMENTE



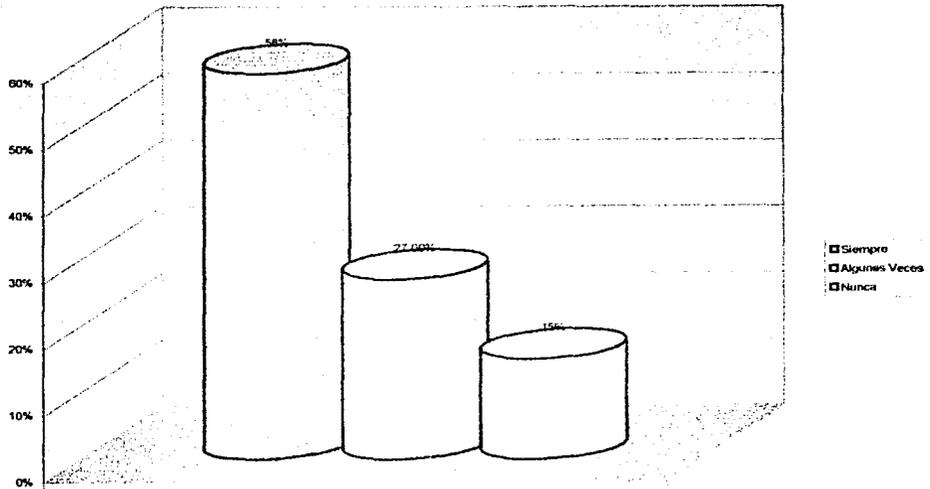
UNAM
Gráfico 4

COMO IMPULSIVAMENTE



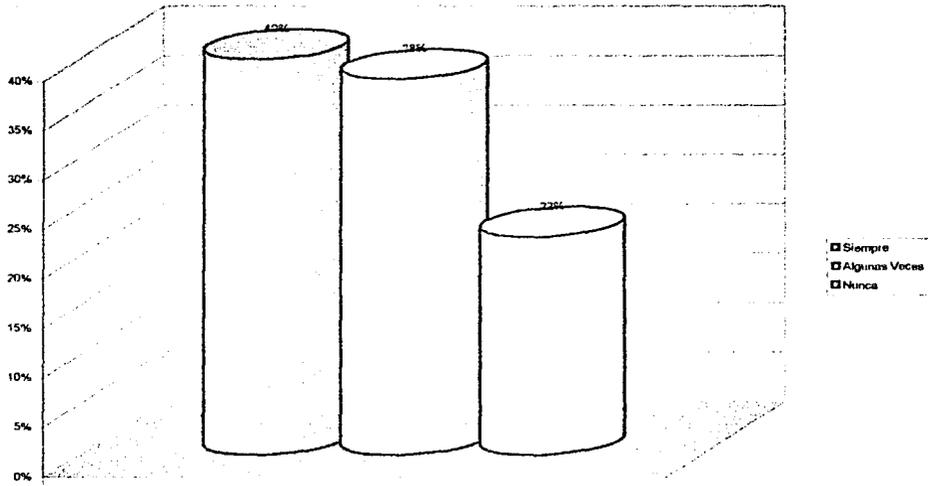
ULA
Gráfico 5

COMO IMPULSIVAMENTE



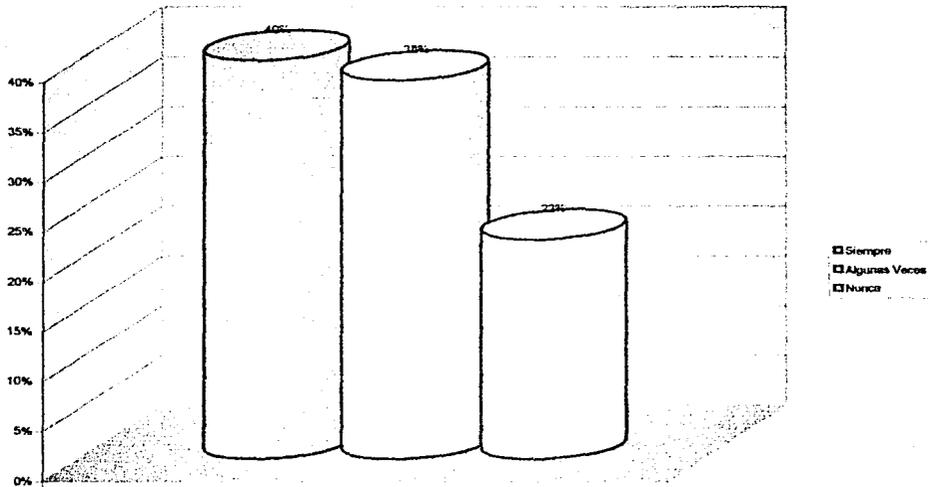
UNITEC
Gráfico 6

REALIZO EJERCICIO EXCESIVO



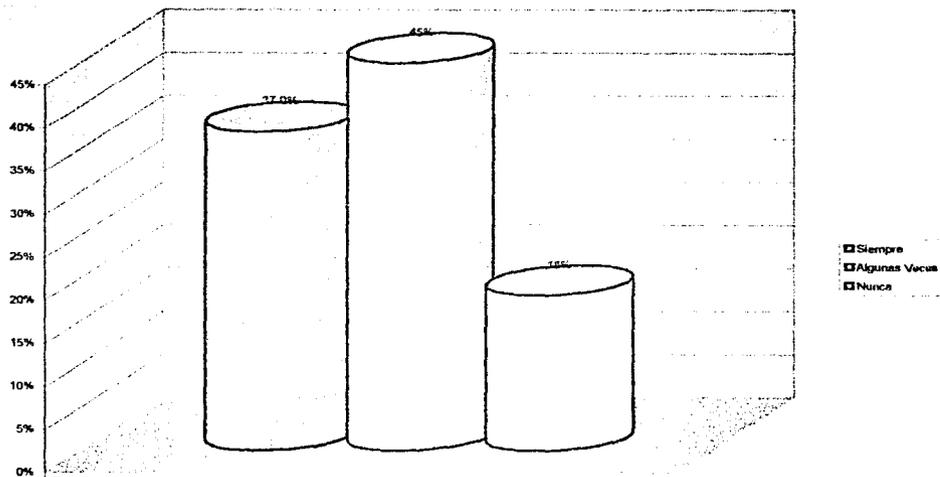
ULA
Gráfico 8

REALIZO EJERCICIO EXCESIVO



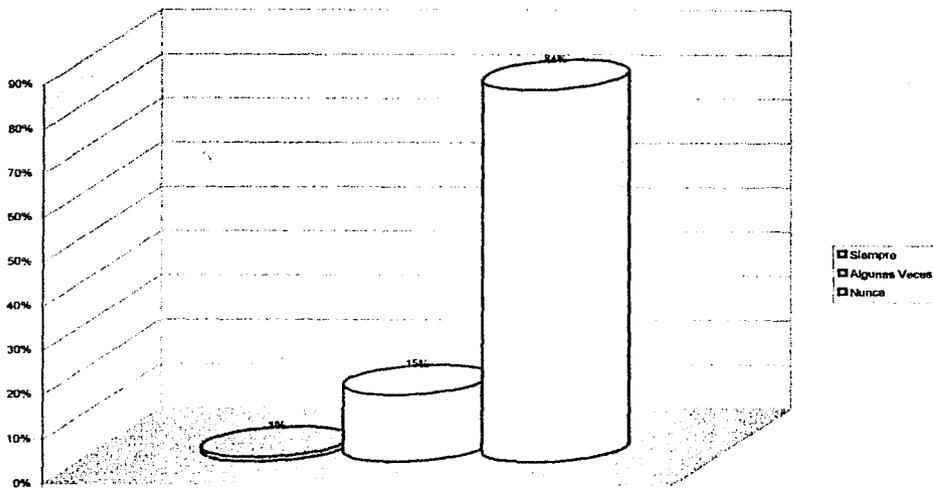
ULA
Gráfico 8

REALIZO EJERCICIO EXCESIVO



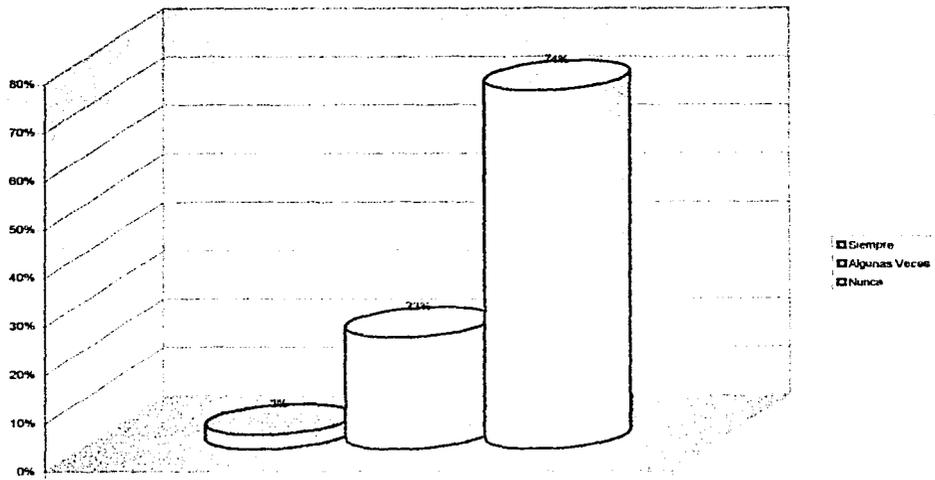
UFATEC
Gráfico 9

TOMO DIURÉTICOS O LAXANTES



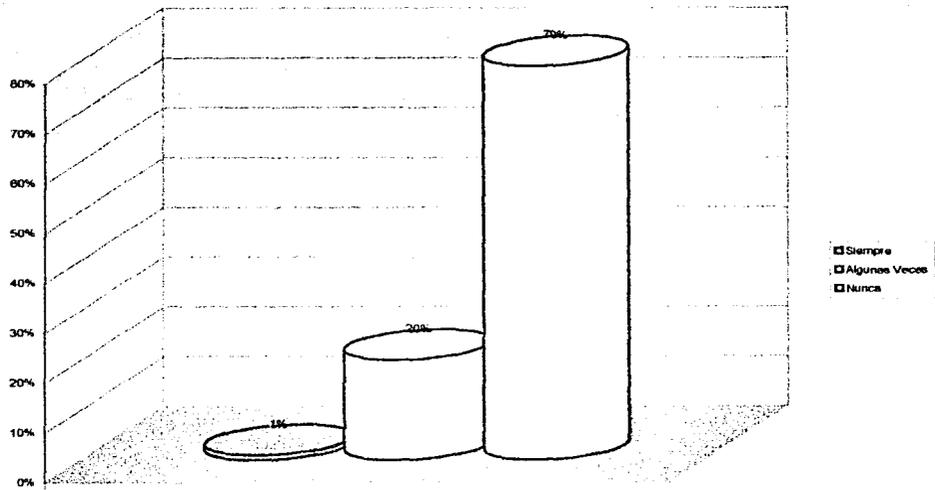
UFNAM
Gráfico 10

TOMO DIURÉTICOS O LAXANTES



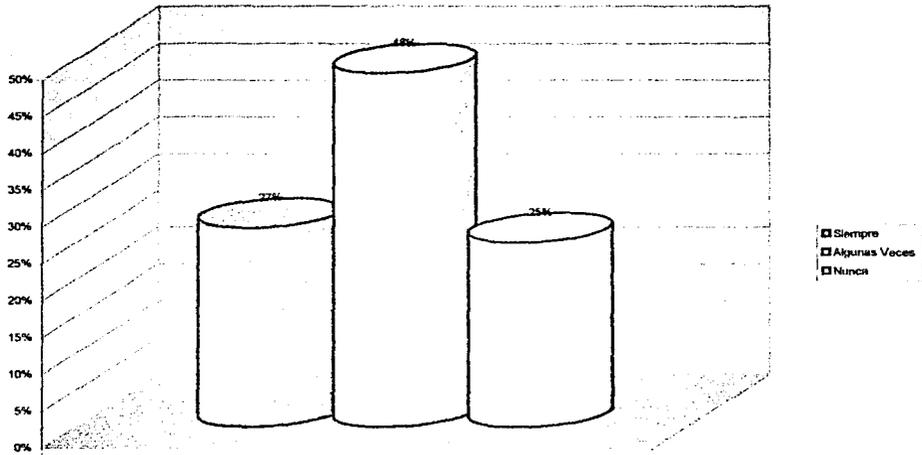
UJA
Gráfico 11

TOMO DIURÉTICOS O LAXANTES



UNTEC
Gráfico 12

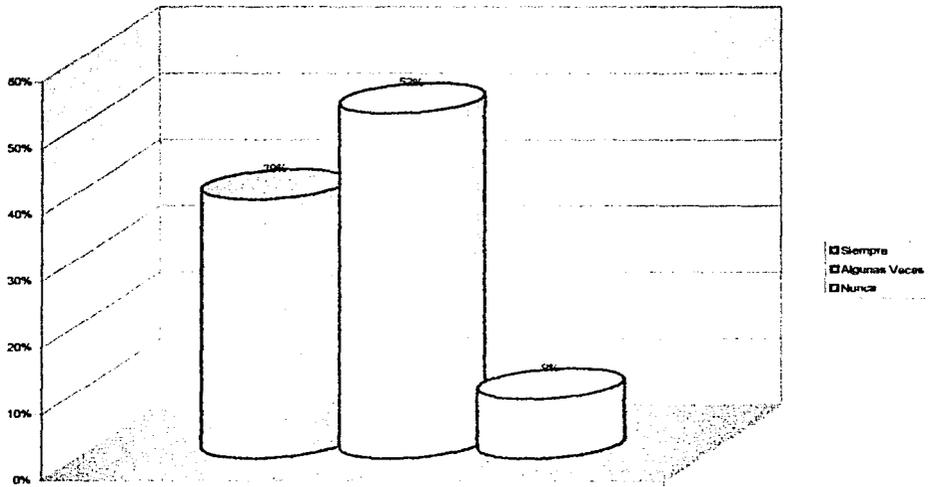
TEMOR A SUBIR DE PESO



LRAAM

Gráfico 13

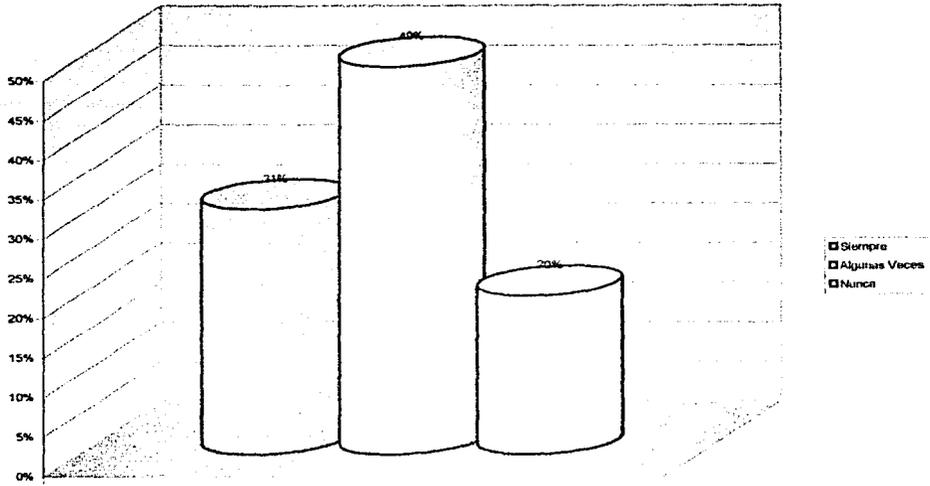
TEMOR A SUBIR DE PESO



ULA

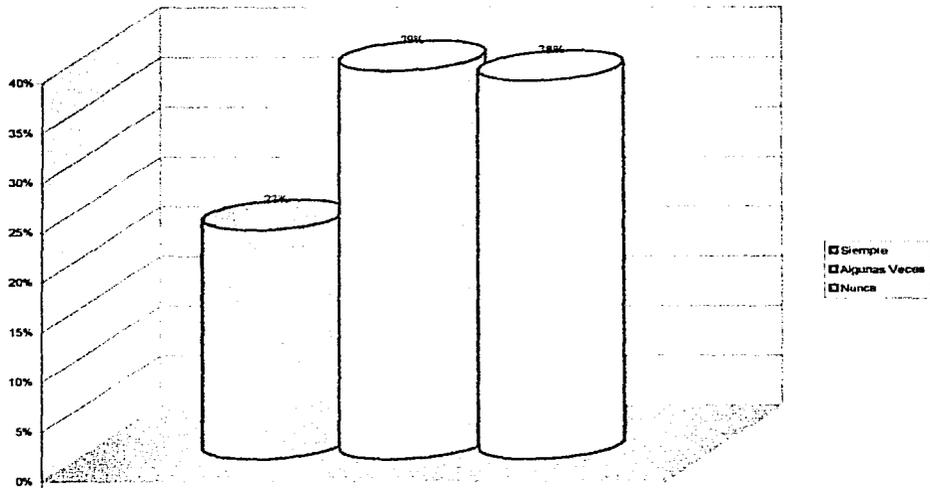
Gráfico 14

TEMOR A SUBIR DE PESO



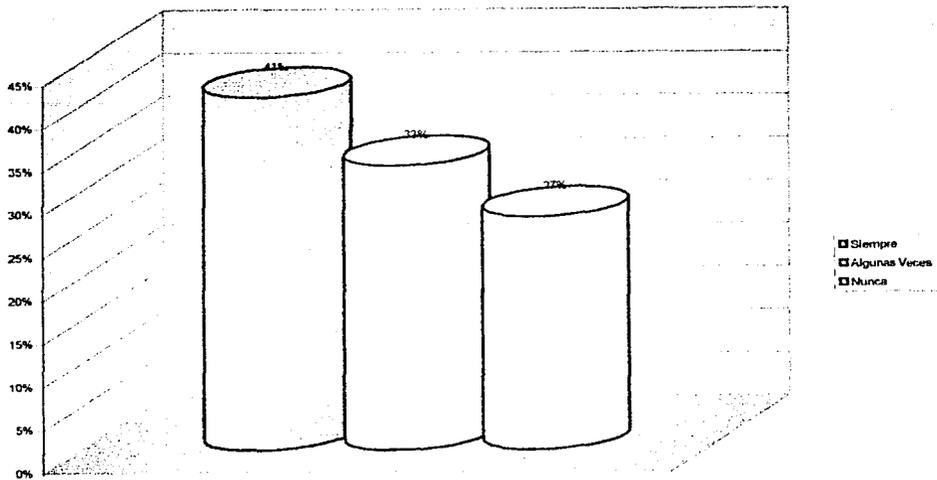
UNITEC
Gráfico 15

PASO LARGOS PERIODOS AYUNANDO



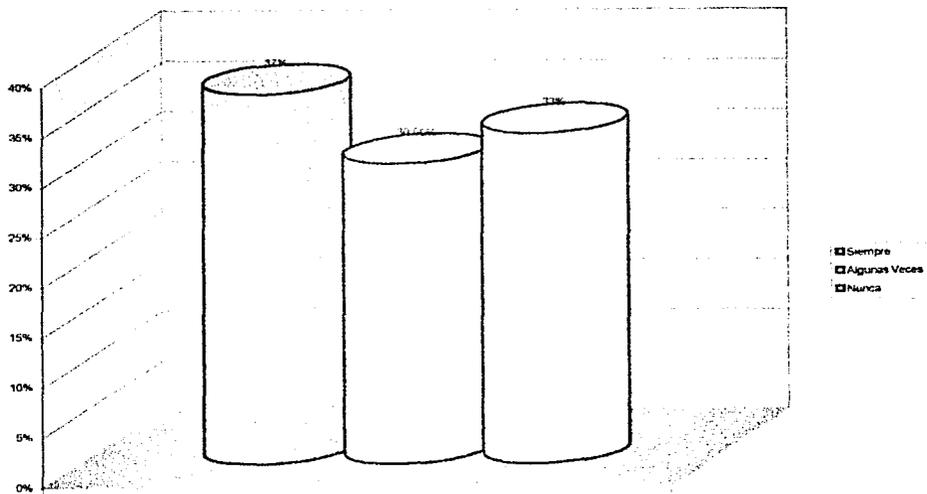
UNAM
Gráfico 16

PASO LARGOS PERIODOS AYUNANDO



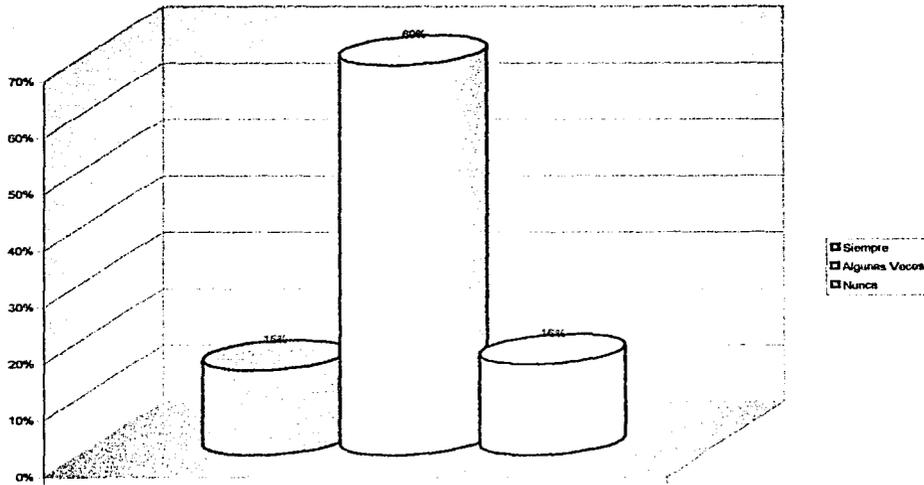
ULA
Grafico 17

PASO LARGOS PERIODOS AYUNANDO



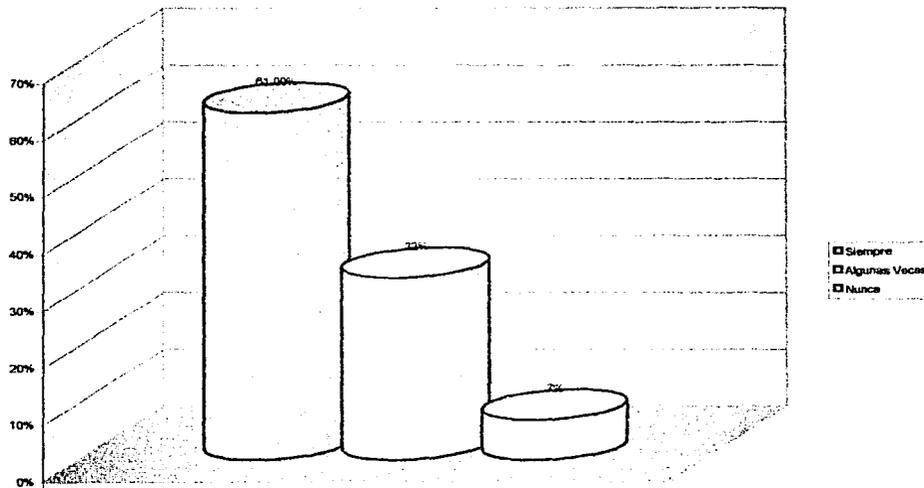
UNITEC
Grafico 18

SOY PERFECCIONISTA



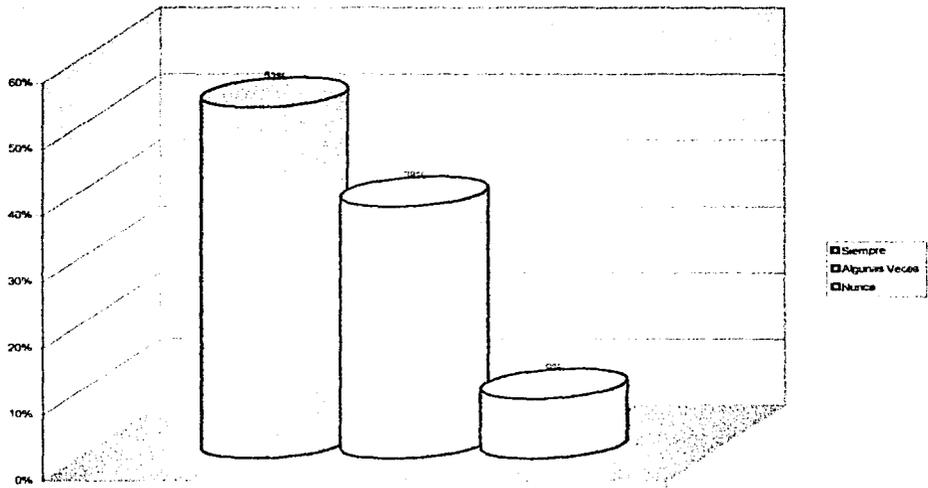
LRIAM
Gráfico 19

SOY PERFECCIONISTA



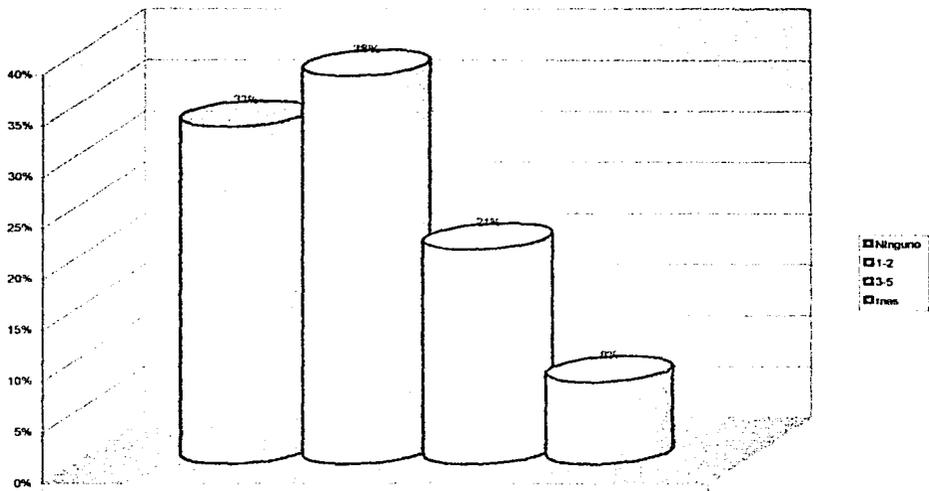
LILA
Gráfico 20

SOY PERFECCIONISTA



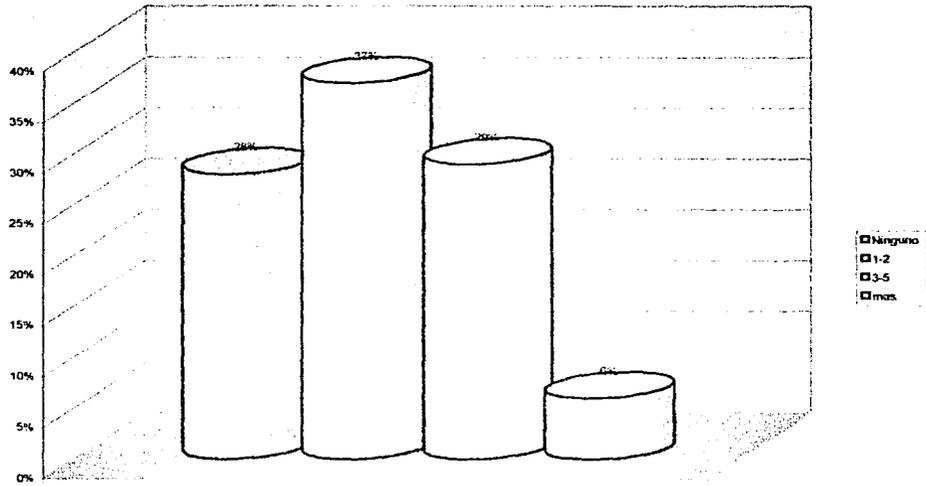
UNITEC
Gráfico 21

FAMILIAR QUE PADECE ALGUNA ADICCIÓN



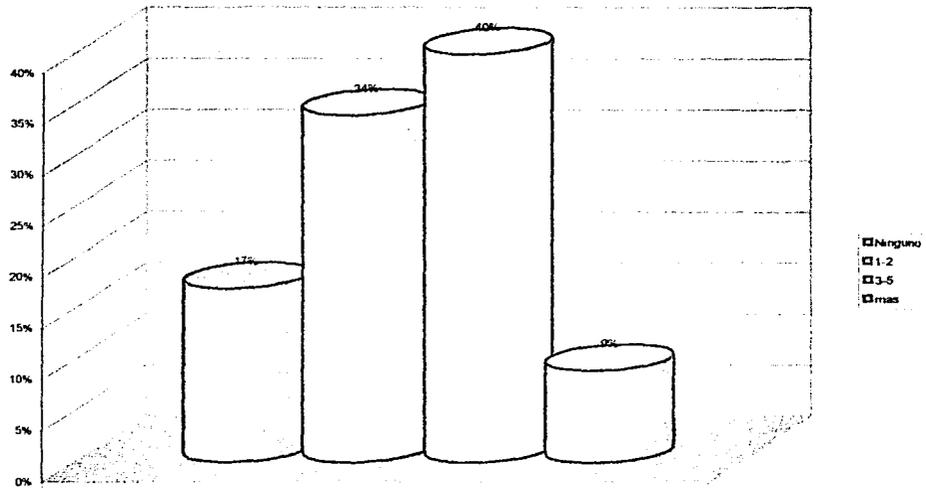
UNAM
Gráfico 22

FAMILIAR QUE PADECE ALGUNA ADICCIÓN



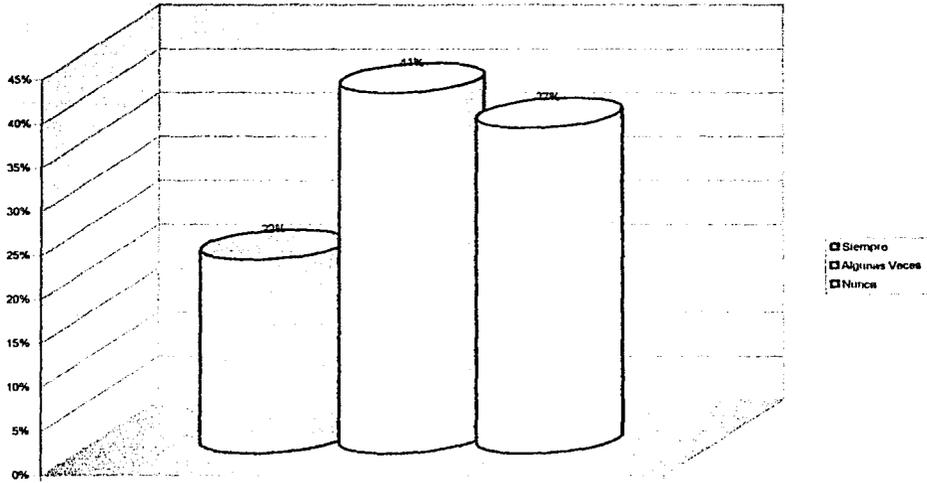
UIJA
Gráfico 23

FAMILIAR QUE PADECE ALGUNA ADICCIÓN



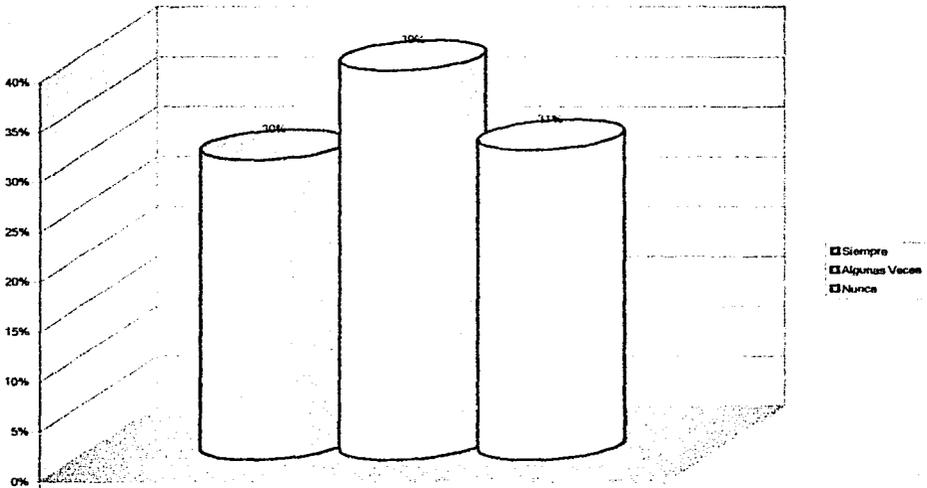
UNITEC
Gráfico 24

DESPIERTO FRECUENTEMENTE EN LA NOCHE



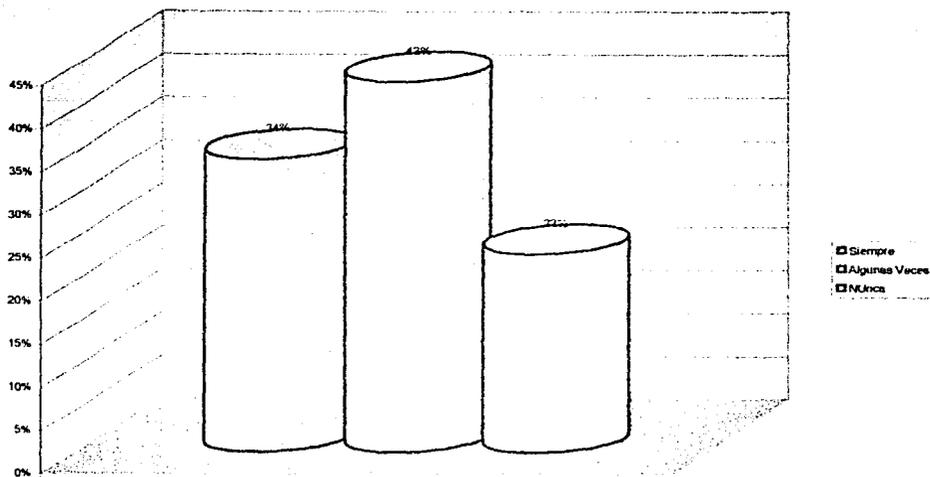
LINAM
Grafico 25

DESPIERTO FRECUENTEMENTE EN LA NOCHE



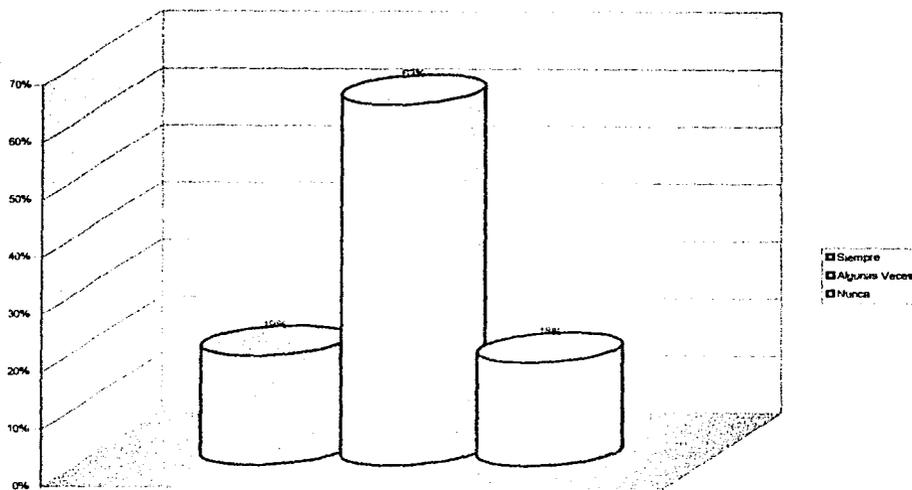
ULA
Grafico 26

DESPIERTO FRECUENTEMENTE EN LA NOCHE



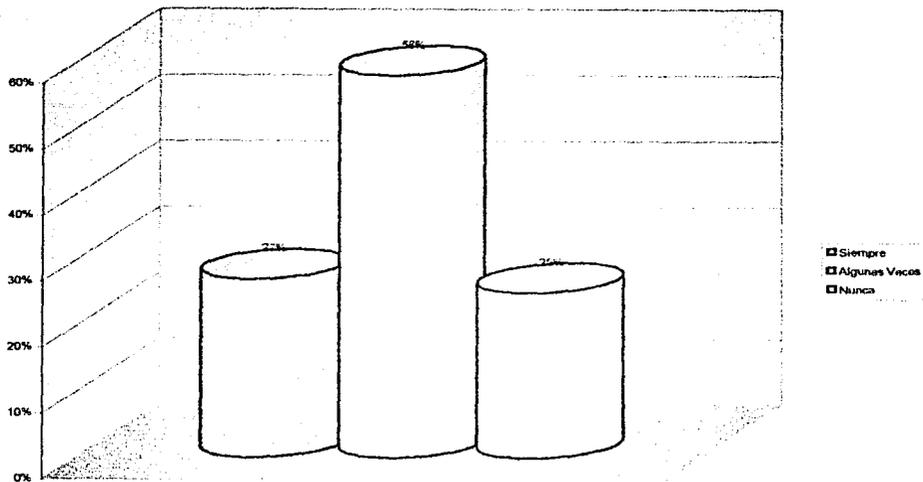
UNITEC
Gráfico 27

ME AISLO DE MI FAMILIA



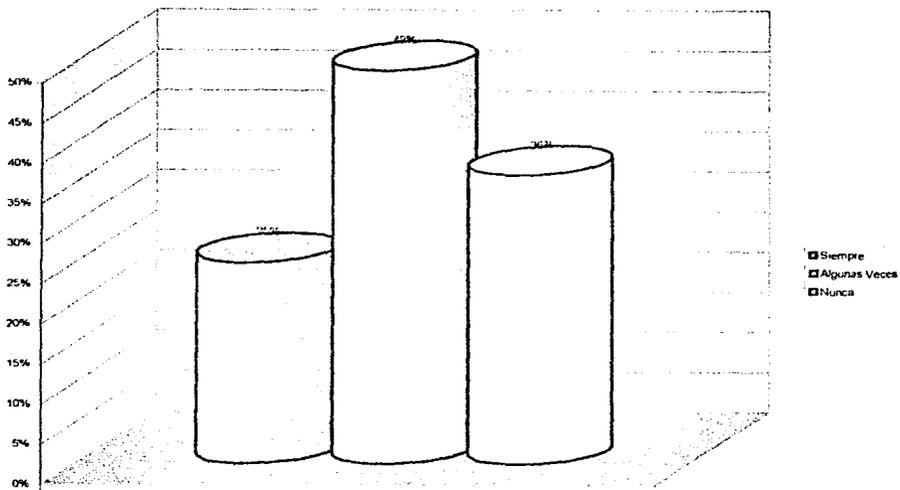
UNAM
Gráfico 28

ME AISLO DE MI FAMILIA



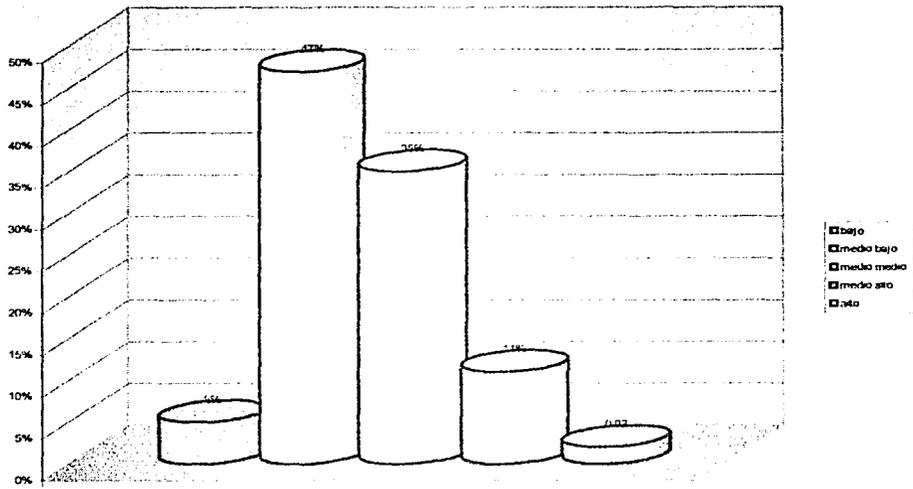
ULA
Gráfico 29

ME AISLO DE MI FAMILIA



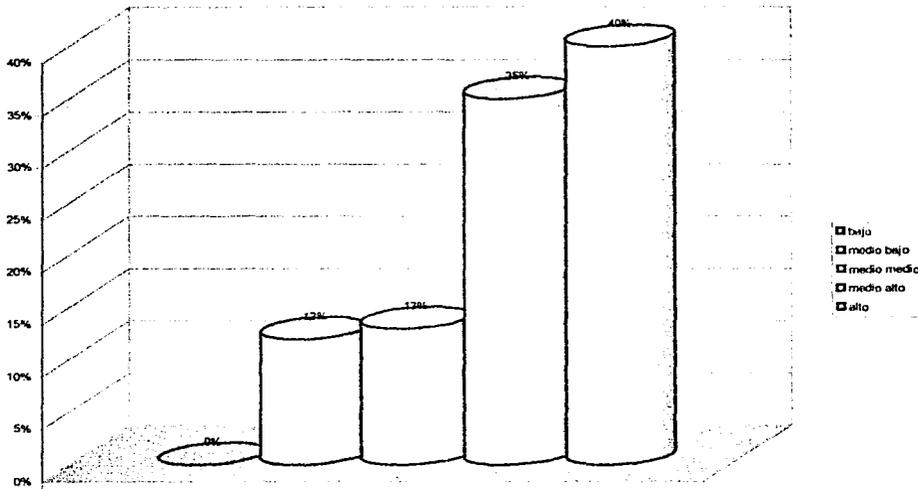
UNATEC
Gráfico 30

NIVEL SOCIOECONÓMICO



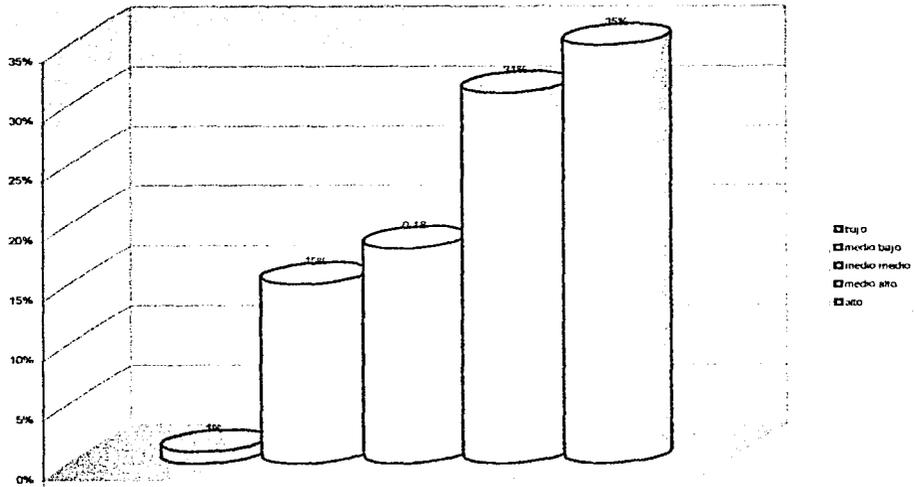
UNAM
Gráfico 31

NIVEL SOCIOECONÓMICO



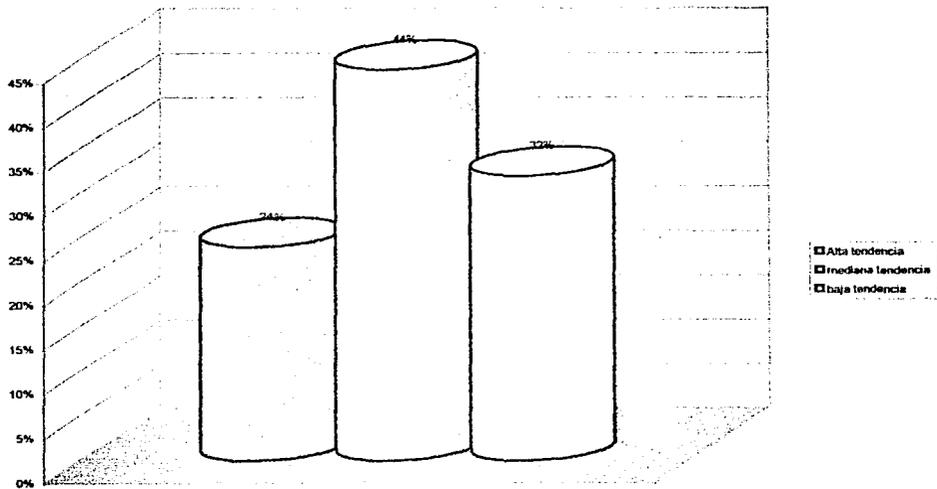
ULA
Gráfico 32

NIVEL SOCIOECONÓMICO



IPATTE C.
Gráfico 33

TENDENCIA A PADECER ALGUN TRASTORNO DE LA ALIMENTACION



UNAM
Gráfico 34

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TENDENCIA A PADECER ALGUN TRASTORNO DE LA ALIMENTACION

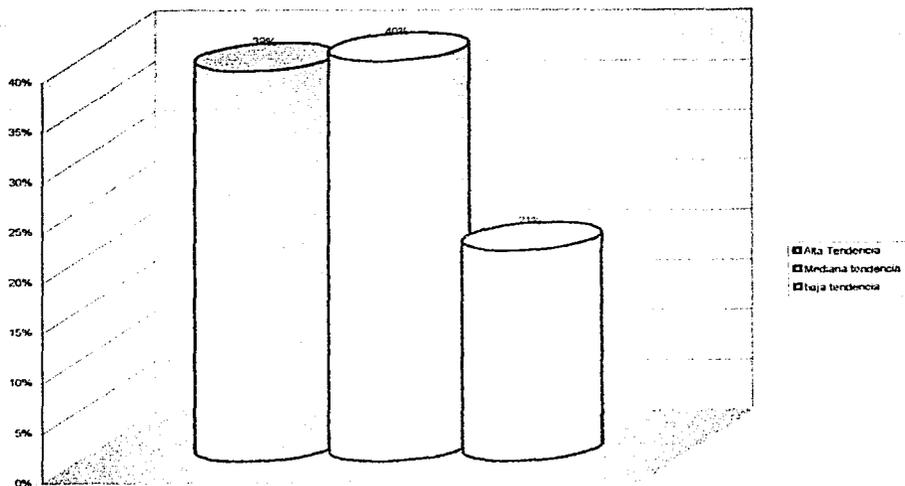
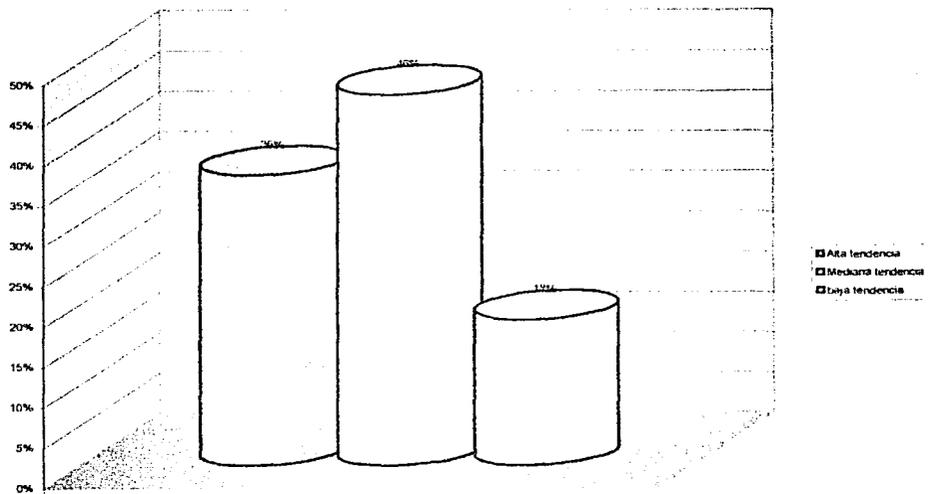


Gráfico 15
ULA

TENDENCIA A PADECER ALGUN TRASTORNO DE LA ALIMENTACION



UPRFC
Gráfico 36

CONCLUSIONES

Al conocer nuestros resultados podemos llegar a la siguiente conclusión la bulimia y la anorexia nerviosas se puede presentar indistintamente en las Universidades tanto publicas como en la privadas.

Existe una predisposición mayor a padecer algún trastorno de la alimentación en las universidades privadas pero esto es tan solo del 5% en la Universidad Latino Americana en relación con la Universidad Nacional Autónoma de México con la Universidad Tecnológica de México la diferencia es de 2% más comparado con nuestra institución.

Los resultados arrojaron que la mujer en la carrera de Cirujano Dentista; está tomando un predominio ya que tenemos en promedio el 72.6% de su presencia en las tres Universidades.

En relación al comer impulsivamente podemos observar que los jóvenes de la UNITEC presentan el mayor porcentaje los cuales indican comer impulsivamente siempre el 58%; aquí podemos mencionar que este impulso está relacionado con la ansiedad y el estrés a la que se encuentren por la tensión escolar.

El ejercicio excesivo quienes lo realizan con mayor frecuencia son en la UNITEC realizándolo siempre el 40%. En este rublo es de llamar la atención que los alumnos de la UNAM sea de siempre solo el 11%; probablemente aquí este influyendo el interés a estar delgados por el bombardeo publicitario.

Pudiéramos indicar también que los alumnos que utilizan más diuréticos y laxantes son en la ULA el 3%; lo cual pudiera estar relacionado con el temor a subir de peso que es de 39% en esta institución. Estos dos elementos se ven confirmados ya que ellos son los que tienen mayor probabilidad a padecer trastornos de la alimentación.

Es de suma importancia el dar a conocer los factores que pueden provocar o desencadenar algún trastorno de la alimentación para así poder identificar a estos pacientes en etapas tempranas para poder orientarlos a donde y con quien acudir para algún tratamiento.

En la comunidad estudiantil donde se realizó la investigación se determino que los medios de comunicación están muy ligados con este tipo de padecimientos, dado que en la actualidad el nivel de delgadez es mucho más importante para poder sobresalir en la sociedad en la que se encuentran estos alumnos.

Existen manifestaciones bucales en estos trastornos los cuales deben de ser identificados por los Cirujanos Dentistas para determinar un diagnóstico, prevenir y tratar a estos pacientes desde un enfoque odontológico.

GLOSARIO

ACIDOSIS.- Estado de reacción ácida normal de la sangre, por excesos.

ALCALISIS.- Aumento excesivo de la alcalinidad de la sangre.

AMENORREA.- Ausencia de la menstruación, cualquiera que sea la causa.

AMILASA.- Enzima causante de la hidrólisis de los glúcidos.

APATÍA.- Impasibilidad, indiferencia, abulia, dejadez. Ausencia patológica de voluntad.

ARRITMIA.- Alteración del ritmo del corazón caracterizada por una irregularidad de frecuencia y una desigualdad de sus contracciones.

ATRACONES.- Comer o beber con exceso.

AYUNAR.- Abstenerse total o parcialmente de comer o beber, privarse de algún gusto.

BACANALES.- Fiestas romanas de Baco y de los miembros dionisiacos, caracterizadas por el desenfreno o el crimen.

BERMELLÓN.- Sulfuro de mercurio pulverizado de un bello color rojo vivo.

BRADICARDIA.- Ritmo cardiaco lento normal o patológico.

CATÁRTICO.- Purgante, especialmente el de acción intermedia a los laxantes y a los diuréticos.

DESHIDRATACIÓN.- Acción y efecto de deshidratar. Estado de un organismo que he perdido parte de su agua.

DIURÉTICO.- Que hace orinar.

EDEMA.- Hinchazón patológica del tejido subcutáneo o de otros órganos, como el pulmón y la glotis, por infiltración de líquido seroso.

EMACIACIÓN.- Adelgazamiento exagerado por causa patológica.

EMÉTICO.- Cualquier sustancia que provoque el vómito; que actúe como vomitivo.

ENEMA.- Inyección de una masa líquida en la cavidad rectal, a través del orificio del ano, con fines laxantes, terapéuticos o diagnósticos.

ENZIMA.- Compuesto químico orgánico complejo de constitución desconocida, capaces de producir transformaciones químicas en otros cuerpos.

EROSIÓN.- Desgaste producido en la superficie de un cuerpo por la fricción de otro.

ESÓFAGO.- Primera parte del tubo digestivo, que va desde la faringe hasta el cardias del estómago, cuyas paredes anterior y posterior, normalmente adaptadas una con otra, solo se separan para dejar pasar el bolo alimenticio.

ESPASMO.- Contracción involuntaria de las fibras musculares, especialmente de la musculatura lisa.

ESTRÉS.- Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar.

EXUDADO.- Producto que se encuentra en los tejidos por exudación de los líquidos o de la sangre, a través de las paredes vasculares.

FACIES.- Aspecto de la cara.

FARINGE.- Región situada entre la boca y el esófago, en las que las vías digestivas se cruzan con las vías respiratorias.

HIPOGLUCEMIA.- Disminución de glucemia, es decir de la tasa normal de azúcar en la sangre humana.

HIPOTENSIÓN.- Disminución de la presión arterial por debajo de los valores normales. Puede ser transitoria o permanente; secundaria a diversas causas fisiológicas (sueño, baños calientes) o patológicas (hemorragias, shock traumático, emocional o preocupaciones).

INANICIÓN.- Estado patológico de desnutrición producido por la falta total o parcial de alimentos.

IPECACUANA.- Planta fruticosa, de tallos sarmentosos y raíz cilíndrica. Empleado como vomitivo.

LABILIDAD.- Que resbala o se desliza fácilmente. Inestable, cambiante, débil. Dícese de un humor cambiante.

LANUGO.- Suave revestimiento piloso que cubre la piel del feto.

LAXANTE.- Sustancia o fármaco que estimula la evacuación intestinal mediante la emisión de heces de consistencia normal o ligeramente más fluida (no diarreica).

LAXITUD.- Estado de falta de tono o distensión de una estructura.

MELENA.- Emisión de sangre mezclada con heces, consecuencia de cualquier zona del tubo digestivo.

MENARCA.- Menstruación. Eliminación periódica acompañada de hemorragia, de la caduca uterina cuando no ha habido fecundación.

NÁUSEA.- Sensación penosa y desagradable que precede al vómito.

MIOPATIA.- Atrofia muscular grave, de evolución progresiva.

OBESIDAD.- Aumento patológico de la grasa del cuerpo, que determina un peso superior al normal.

PATOGNOMÓNICO.- Dícese del signo o síntoma que caracteriza una enfermedad y que basta por sí solo para sentar el diagnóstico.

PERIODONTO.- Conjunto de tejidos que recubren y sirven de soporte a los dientes, estos tejidos se encuentran en íntima relación anatómica y fisiológica; además está constituida por encía, ligamento periodontal, cemento y hueso.

PETEQUIAS.- Pequeñas erupciones cutáneas no mayores del tamaño de una lenteja, provocadas por hemorragias consecutivas a minúsculas extravasaciones sanguíneas superficiales.

PURGANTE.- Estimulante para la evacuación intestinal, cuya acción es diarreica, ya que su acción sobre los movimientos peristálticos de la pared intestinal es más drástica y violenta.

SIALOADENOSIS.- Inflamación de las glándulas salivales de la cavidad bucal. Ya sea forma aguda o crónica, con más o menos notable la secreción salival.

SÍNDROME DE SÖGREN.- Es la expresión de un proceso autoinmunitario cuyo resultado principal es artritis reumatoide, sequedad de los ojos (queratocconjuntivitis seca) y boca (xerostomia) debido a la sustitución linfocítica de las glándulas lagrimal y salival.

SINUSAL.- Relativo al seno del corazón, o a un seno.

ÚLCERA.- Pérdida de sustancia de un revestimiento epitelial, cutáneo o mucoso que se acompaña de lesiones más o menos profundas en los tejidos subyacentes, y de difícil cicatrización.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Balong C**, Kelly L, Noss E. Nutrition and diet principles and practica therapy: West/wadsworth (5 edición). USA. 1999.
- 2.- **Bouquot J.E**, Seime R J. Bulimia nerviosa: dental perspectives. J. Am Dent Assoc . 1997.
- 3.- **Camacho**, Ma Guadalupe. Las desconcertantes Anorexia y Bulimia. La Jornada, México, miércoles 8 de Noviembre 2000, sección , ciencia y salud, año 16, p. 14, no. Per. 5829.
- 4.- **Duker M**, Slade R. Anorexia Nerviosa y Bulimia (un tratamiento integrado). Editorial Límusa. 1988.
- 5.- **Espejo**, Sala José. Manual de dieto terapia de las Enfermedades del adulto. Argentina. Editorial El Ateneo. 1984.
- 6.- **Gay Zárate**, Oscar, Ramírez G. Anorexia y Bulimia Nerviosa. Aspectos Odontológicos. Revista de la Asociación Dental Mexicana 2000. Enero / Febrero Vol 42. No. 1.
- 7.- **Harrison**. Principios de Medicina Interna. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 1998.
- 8.- **Hof**, SV: Anorexia Nervosa: The Historical and Cultural Specificity. Amsterdam. 1994.
- 9.- **Metzger ED**, Levive JM, Mc Ardle CR, Wolfe BE, Jimerson DC, Salivary gland enlargement and elevated serum amylase in bulimia nervosa. Biol. Psychiatry. Jua 45: 11. 1999.
- 10.- **Mc Farland**, Bárbara. Brief Therapy and Eating Disorders, San Francisco. Jossey Bass Publishers. 1995.
- 11.- **Palma**, Escandón Marcela. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuadernos de nutrición. Septiembre/ Octubre Vol. 20, No. 5. 1997.
- 12.- **Pierre**. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. España. Editorial Masson.

13.- Raich, Rosa Maria. Anorexia y Bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid. Editorial Pirámide.

14.-Regezi, J A. Patología Bucal. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1999.

15.- Segatore, L. Diccionario Médico. Editorial Teide. México 1980.

16.- [www.ecomedic.com/em/ bulimi.htm](http://www.ecomedic.com/em/bulimi.htm) Anorexia y Bulimia.