

01421
210



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ANOREXIA Y
BULIMIA NERVIOSA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA (2003)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A :

MARIA DEL CARMEN MENDOZA SAGAON

J. B. O.

**DIRECTORA DE TESIS: C. D. LEONOR OCHOA GARCÍA
ASESORA DE TESIS: C.D. MTRA. ARCELIA MELÉNDEZ OCAMPO**



MÉXICO D. F.

AGOSTO 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

ETERNAMENTE A DIOS

Por estar a mi lado continuamente y por todas las cosas maravillosas que siempre me ha dado, por ayudarme a hacer posible esta bello evento en mi vida, gracias Dios, realmente gracias.

A MIS PADRES CON MUCHISIMO AMOR Y CARIÑO

Que siempre confían en mí y por ser la mas hermosa luz que ilumina mi camino, por su enorme e infinito apoyo y amor incondicional, no existen palabras que expresen todo lo que los amo y lo mucho que representan en mi vida, gracias por siempre papá y mamá.

A MI ADORADA HIJA

Mi gran amor. Esta tesis esta totalmente dedicada a ti por ser mi fuente de inspiración , mi mayor ilusión y el amor de mi vida le doy infinitas gracias a Dios por haberme mandado al mejor de sus angelitos, te amo con toda mi alma Maryfher .

CON TODO MI AMOR A MI PAREJA

La mejor del mundo, por ser mi partner in crime, por siempre estar conmigo en las buenas y en las malas, por demostrarme lo hermoso que es amarte, pero sobre todo por jamás haberme fallado y por ser mi mas grande apoyo en este proyecto que también es tuyo, gracias por ser como eres, por estar en mi vida y llevarme de la mano para ser una mujer totalmente feliz, te amo profundamente .

A MIS HERMANOS

Por su gran ejemplo, y hacerme saber que siempre están ahí para mí y por su gran amor, mil gracias por ser unos excelentes hermanos.

A LA FAMILIA VÁZQUEZ ROBLES

Por todo su gran apoyo, su gigantesco e invaluable amor siempre incondicional y verdadero, su bellísima amistad y sobretodo por siempre estar a mi lado en todo momento. Jamás terminaré de agradecerles todas las cosas hermosas que han hecho por mí, los amo con todo mi corazón.

A ALICIA Y MAMA QUEL

A ti tía por siempre cuidarme y apoyarme ilimitadamente, y a ti mami por quererme tanto y por todos tus lindos rezos, eres un bello angelito aquí en la tierra las quiero muchísimo mil gracias por todo su amor.

A DENISSE

Por tu linda lealtad y por ser uno de mis grandes amores en la vida, te adoro flaquita.

RECONOCIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

En especial a la facultad de odontología, Por darme la hermosa oportunidad de terminar mis estudios profesionales con el mejor de los apoyos.

A LA C.D LEONOR OCHOA

Por su preciada tutoría, ayuda y sobre todo su gran amistad desde siempre. Gracias de verdad.

A LA MTRA. ARCELIA MELÉNDEZ O.

Gracias por darme la gran oportunidad de compartir su gran sabiduría y la calidez humana con la que cuenta.

A LOS DOCTORES JESÚS E. DIAZ DE LEON Y CONCEPCIÓN RAMÍREZ

Por sus atenciones, dedicación e invaluable consejos

A LA MTRA. MARIA LUISA CERVANTES E.

Por su infinito apoyo y cariño a lo largo de mis estudios y por ser un gran ejemplo a seguir.

AL DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DOCTOR ALEJANDRO CRAVIOTO

Por creer en mí y por su enorme apoyo.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL AL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

En especial a los doctores José García Marín, Alejandro Caballero R. y Claudia Unikel, por permitir y apoyar en todo momento la realización de esta investigación.

INDICE

1. Introducción	01
2. Antecedentes	03
1.Generalidades	10
1.1 Etapas de la creación de la imagen	10
1.2 Influencia de los medios de comunicación y otros factores	11
1.3 Trastorno alimentario	15
1.4 Factores de riesgo	16
2. La anorexia nerviosa	18
2.1 Definición de anorexia nerviosa según la OMS	18
2.2 Criterios de diagnóstico según la OMS para anorexia nerviosa	19
2.3 Criterios de diagnóstico para anorexia nerviosa F50.0 (307.11) según el DSM-IV	20
2.4 Tipos de anorexia nerviosa	21
2.5 Características de la anorexia nerviosa	21
2.6 Síntomas Físicos	23
2.7 Desnutrición, anorexia nerviosa y aspectos bucodentales	25
3. Enfermedades Carenciales	28
3.1 Manifestaciones clínicas	29
Cuadro 1. Deficiencia de vitaminas y alteraciones en tejidos bucodentales	29
4. Bulimia Nerviosa	32
4.1 Definición de bulimia nerviosa según la OMS	32
4.2 Criterios de diagnóstico según la OMS para bulimia nerviosa	33
4.3 Criterios de diagnóstico para bulimia nerviosa F50.2 (307.511) según DSM-IV	34
4.4 Tipos de bulimia nerviosa	34
4.5 Síntomas de la bulimia nerviosa	35
4.6 En cuanto al peso y al aspecto físico	36
4.7 Trastornos físicos en la bulimia nerviosa	38

5. Aspectos psicosociales de la bulimia y la anorexia nerviosa	40
5.1 Diferencias entre DSM-IV y CIE-10 para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa	41
Cuadro 2. Signos visibles y característicos	42
6. Información Complementaria	43
6.1 Trastornos alimenticios no especificados (TANE)	43
6.2 Epidemiología	44
Cuadro 3. Diagnóstico diferencial de anorexia y bulimia nerviosa con otros padecimientos.	46
7. Principales alteraciones bucodentales provocadas por la anorexia y la bulimia nerviosa	48
7.1 Erosión dental	48
7.2 Alteraciones periodontales	52
7.3 Lesiones de tejidos blandos	54
7.4 Sialoadenitis	55
Cuadro 4. Sialoadenitis Resumen	56
7.5 Xerostomía	56
7.6 Hipersensibilidad dental	57
3. Planteamiento del Problema	58
4. Justificación	58
5. Objetivos	59
5.1 Objetivo general	59
5.2 Objetivos específicos	59
6. Metodología	60
6.1 Materiales y método	61
6.2 Tipo de estudio	61
6.3 Población de estudio	61
6.4 Muestra	61
6.5 Criterios de inclusión	61
6.6 Criterios de exclusión	62
6.7 Variables	62
6.7.1 Variables dependientes	62
6.7.2 Variables independientes	62
6.8 Operacionalización de variables	62

7. Resultados	64
7.1 Tabla de resultados	64
8. Discusión	79
9. Conclusiones	81
10. Recomendaciones	83
11. Bibliografía	84
12. Anexos	89
13. Glosario	90



1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día resulta irónico el bombardeo publicitario, que por un lado, incita al consumidor a adquirir más alimentos y después es rechazado por no poseer un cuerpo deseado socialmente. La gente gasta grandes cantidades de dinero en más alimentos de los que necesita y después paga por el privilegio de hacer ejercicio y dietas para bajar de peso; todo con la finalidad de alcanzar una figura esbelta la cual es más importante que la propia salud. Se habla del como la imagen del cuerpo socialmente deseado esta dirigido a toda la población, sólo que su búsqueda no resulta alarmante a excepción de aquellos grupos que se encuentran más vulnerables como resulta ser el de los adolescentes y sobre todo en las mujeres quienes sin defensas intelectuales ni argumentos críticos interiorizan mayoritariamente, como siempre ha ocurrido, los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas.¹

Por lo mencionado anteriormente, el tema se reviste de actualidad en la sociedad y es evidente que es la resultante de distintos factores que intervienen en su incidencia y prevalencia, por consiguiente, es necesario reconocer su existencia, la población en riesgo y la forma de su abordaje terapéutico que, acompañado de un trabajo multidisciplinario, permita salvarle la vida a quien la padece, además que aunque resulta sumamente importante la salud en su conjunto total, es necesario "poner la lupa" en elementos esenciales para la vida y para su mantenimiento y conservación .

Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el dentista juega un rol importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos que usualmente son manejados tardamente en las clínicas psiquiátricas varios años después.

En este sentido, el Odontólogo deberá ser más que un "técnico dental" que repara de momento las afecciones provocadas por la anorexia y la bulimia nerviosa, es decir, debe fungir como "médico", observar, tratar y diagnosticar su probable padecimiento, por lo tanto es imperativo el conocimiento y la capacitación acerca de cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reajuste de las prioridades preventivas y terapéuticas en odontología.¹

El presente estudio constituye una investigación documental y de campo que tiene como propósito fundamental aportar elementos teóricos y prácticos que permitan tener una mejor comprensión de la anorexia y la bulimia nerviosa así como conocer la contribución que las distintas teorías sustentan para el desarrollo de tales patologías y su abordaje dentro de las afecciones bucodentales.¹

2. ANTECEDENTES

Clásicamente se diferencian tres periodos histórico sociales sucesivos en la historia de las ayunadoras de la Europa Occidental. ²

Un primer periodo puede considerarse del siglo V al siglo XVI. En esta época con frecuencia se encontraban mujeres que siguiendo un modelo de ascetismo comían muy poco, incluso al grado de llegar al total rechazo del alimento como un signo de divinidad. Uno de los casos más famosos es el de Santa Catalina de Siena, recogido por su confesor Ramón de Capua, la cual en un periodo muy corto de tiempo perdió la mitad de su peso, al morir ella su fama se extendió generándose de esa forma una gran cantidad de seguidoras. Las ayunadoras de esa época, consideraban que al restringir el consumo de los alimentos podían desprenderse más fácilmente de los lazos terrenales, alcanzando así una mayor espiritualidad. Con el tiempo, estas mujeres enfermaban gravemente como consecuencia de la inanición y su padecimiento les iba impidiendo cada vez más la realización de sus actividades; de hecho muchas de ellas permanecían en cama por largos periodos. Esto dio pauta a que su conducta empezara a ser interpretada como un acto demoníaco, ya que se pensaba que vivían más de "un fuego interior, que de alimentos terrestres". ³

El posmedievo comprende el segundo periodo, en el cual fueron frecuentes los casos de mujeres que sobrevivían sin comer, pasando mucho tiempo en cama y sufriendo parálisis histérica; sin embargo, la razón del ayuno se debía aparentemente al valor simbólico que esas mujeres le atribuían a la comida, al igualar al alimento y la comida con objetos sexuales "prohibidos", de ahí que se hiciera alusión (desde una postura psicoanalítica) al temor a ser penetrada-alimentada por miedo a quedar embarazada-engordar. Un caso sobresaliente de este periodo es el de Marthe Taylor, la cual tras una vida de accidentes y parálisis

de las extremidades inferiores, episodios depresivos y una tos aparatosa e incoercible, a los 18 años inició una amenorrea, al tiempo que aparecieron vómitos sistemáticos tras las comidas, dejando de comer alimentos sólidos durante doce o trece meses, sus episodios de parálisis coincidían con estados de melancolía religiosa. Este podría ser el primer caso específico de una paciente anoréxica que cumplió el criterio de la amenorrea.⁴

De acuerdo a Haberman, citado en Holtz, las mujeres antes referidas no padecían propiamente de anorexia nerviosa, de acuerdo a la definición actual, ya que en su sintomatología faltaba un elemento básico que los ayunos fueran motivados por un temor mórbido a engordar.⁵

Lességué, citado en Toro, al describir el cuadro clínico del trastorno, utilizó el nombre de anorexia histérica, debido a que su origen ya no era orgánico, sino de tipo "mental" o "nervioso", de tal manera que los pacientes no sufrían de falta de apetito, sino más bien rechazaban el alimento por temor anormal a engordar y a un trastorno de la imagen corporal. Para Lasségué, la anorexia nerviosa se iniciaba entre los 15 y 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición de la adolescencia a la edad adulta, y señaló que la evolución de la enfermedades producía a lo largo de tres etapas: en la primera la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumento su actividad física y recibe todo tipo de presiones por parte de sus padres en el sentido de incrementar su alimentación.⁶ La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, limita su conversación al tema de la alimentación y obliga a la intervención médica, ya que la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. Finalmente en la tercera etapa, Lasségué describe que el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca. Constipación resistente, atrofia gástrica anemia, vértigo y desmayos. Otra de las contribuciones importantes de Lasségué, según Toro, fue que también proporcionó excelentes descripciones sobre la patología y anomalías de la

conducta alimentaria, no sólo de las pacientes anoréxicas sino también de sus familiares, lo cual lo coloca como el primer médico en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una expresión de conflicto intrafamiliar entre la paciente y sus padres.⁶

El tercer y último periodo, se caracterizó por el firme regreso hacia las posturas psicológicas que explicaban a la anorexia nerviosa, siendo la mayoría de ellas de tendencia psicoanalítica. Fue así que durante años prevaleció la idea de que este trastorno simbolizaba el repudio a la sexualidad, con predominancia de fantasías fóbicas al embarazo.⁷

En los años 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes religiosas, un número creciente de mujeres se entregaba a la práctica del ayuno. El ayuno ha existido en varias culturas del mundo desde tiempos ancestrales, como un medio de protección contra las fuerzas del mal, garantizando cierta pureza. Con la llegada del Cristianismo se estableció como una práctica religiosa relevante, definitoria de la comunidad cristiana, e identificada con la pureza de corazón delante de Dios.⁶

Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron la anorexia y la bulimia nerviosa los catalogaron como simples trastornos, denominándolos *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*. La palabra anorexia nerviosa era utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago.⁸

Sin embargo hasta mediados del siglo XIX Habermas citó que el ayuno antes mencionado no caía propiamente en ser anorexia nerviosa ya que estos no eran motivados por un temor mórbido a engordar. De todas formas ya se comenzaba a analizar este trastorno tomando como base las prácticas religiosas del siglo,

dando pauta a un indicio de la enfermedad. Bordo en 1990 menciona que en la transformación de los ayunos prolongados como purificación espiritual a la ahora persecución de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que el servicio del alma.⁹

De la bulimia nerviosa si existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia nerviosa, término que deriva del griego "bulimy" (traducido como hambre de buey); en los siglos XVIII y XIX la bulimia nerviosa fue descrita 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.¹⁰

La postura que argumenta que la bulimia nerviosa es un trastorno relativamente reciente es acertada si se considera que fue hasta 1940 cuando se le empezó a considerar como un síndrome. Aunque hay que destacar que la mayoría de los reportes la asociaban con la anorexia nerviosa, por lo que seguía existiendo cierta inespecificidad de la bulimia nerviosa como patología, ya que no se distinguía si era un síndrome independiente, o bien un síntoma de la anorexia nerviosa. Asimismo, Habermas, estudiando la evolución histórica del "apetito voraz", llegó a la conclusión de que la bulimia nerviosa es un trastorno mucho más reciente que la anorexia nerviosa, situando su origen en los albores del siglo XX. Esto condujo a que durante muchos años se describieran síntomas clínicos de bulimia nerviosa en pacientes no anoréxicos; sin embargo tales síntomas fueron considerados una consecuencia de estados neuróticos más que de un síndrome diferenciado.¹⁰

Los primeros reportes de anorexia nerviosa datan de 1684 en Inglaterra por Morton, y se definió como un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado consumición nervosa. En 1874 Gull (citado en Hartman) asocia el criterio central del diagnóstico clínico que la

distingue del ayuno psicogénico: el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación.¹¹

La siguiente descripción que se encontró de la anorexia nerviosa fue realizada por Lasségue en 1875, definiéndola como "una restricción alimentaria que se instaura progresivamente en jóvenes de 12 a 25 años que gozaban de buena salud hasta entonces, en la que aparecen tres síntomas fundamentales: restricción alimentaria más o menos ligada al rechazo o imposibilidad de comer, amenorrea y adelgazamiento, como el reporte de la hija de MR. Duke's descrita por Richard Morton en 1969 y el "delirio hipocondríaco" de Louis-Victor Marcé's en 1860.⁶

Desde entonces, han aparecido numerosos reportes sobre anorexia nerviosa en países como Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre Otros. En muchos de esos reportes ya se asociaba a la anorexia nerviosa con síntomas bulímicos y, a la par de los estudios sobre anorexia nerviosa, fueron descubriendo la bulimia nerviosa.¹²

Según Foster, autores como Sollier, en 1891; Bouveret, 1893; Girou, 1905; Janet, 1908 y Schottky, 1932 describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportado por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome hasta 1940. El trabajo de Ludwin Binswagner en 1944 es quizá el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominantemente bulímica. Selling y Ferraro en 1945, comentan la aparición de la conducta bulímica entre población no anoréxica, ellos observaron este dato en niños refugiados en EUA y enfatizaron la relación entre la inseguridad psicológica y el "atascarse" de comida.¹³

En 1957 Marañon en su "Manual de diagnóstico etiológico" nos describe la anorexia nerviosa mental como un cuadro con trastornos por disminución del apetito que se presenta sobre todo en individuos jóvenes, principalmente del sexo femenino. Los síntomas que destaca son amenorrea, deshidratación de la piel, aspecto envejecido, hipotermia, hipotensión, atrofia muscular y descenso del metabolismo. Destaca asimismo, un trasfondo neurótico o sicótico en estos pacientes.¹⁴

Según Blinder, el efecto de la bulimia y la anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidos en los años 70's por Hellstrom.¹⁰

En los tratados de medicina de hace unas décadas, la bulimia nerviosa se consideraba simplemente como una alteración del apetito de variada etiología. Así Marañon nos la define como aumento del apetito, denominado también este cuadro como hiperfagia. Entre sus múltiples etiologías describe los trastornos nerviosos, sobre todo esquizofrenia e histerias; nos habla también de trastornos endocrinos y metabólicos secundarios a esta alteración, pero no describe manifestaciones de la enfermedad a nivel bucal.¹⁴

La bulimia nerviosa fue descrita por primera vez por Russell en 1979 como "una siniestra variedad de anorexia nerviosa".¹⁵

Sin embargo, como menciona Pope H. G. existen casos descritos de este trastorno a lo largo de la historia, como ejemplo de ello son los varios casos que en 1903 describió el físico francés Pierre Janet.¹⁶

Janet (citado en Pope) en 1903 describió dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre.

La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordad y, según Janet, desarrollarse y hacerse mujer, la persecución de la perdida de peso la conduciría a excesos en ejercicio físico. Hablaba de un verdadero delirio para

referirse al padecimiento de hambre intenso junto con la renuncia a comer. En cambio, la forma histérica, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real del apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómitos y regurgitaciones. Los pacientes incurrirían en una actividad física excesiva, en orden a negar su fatiga. Abraham en 1916 Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkard en 1959 describen los síntomas clínicos de la bulimia nerviosa ligándolos a estados neuróticos.¹⁶

Según Wilson hasta los años 70's fue muy difícil separar los reportes sobre anorexia nerviosa de aquellos sobre la incipiente bulimia nerviosa, y hay que notar que se consideraba a la misma como un mero síntoma de la anorexia nerviosa; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y revisión del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", de la American Psychiatric Association.⁷

Así, en 1979 Russell hace una descripción completa del cuadro, acuñando a su vez el término de "Bulimia nerviosa" para la conducta caracterizada por:

1. Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse;
2. Presencia del atracón seguido de la autoinducción del vómito y uso de purgantes, como medidas para evitar el sobrepeso, y
3. Presencia de un gran miedo a engordar.¹⁵

Sin embargo, aunque pareciera que en la mayoría de las épocas citadas anteriormente no se encuentra presente, el temor mórbido a engordar, sí se hallan presentes factores de orden social que inducían la realización de esas conductas, como lo son actualmente la cultura de la delgadez y el hipercontrol alimentario, que predisponen a una gran parte de la población al desarrollo de una patología alimentaria por lo que, desde este punto de vista es importante comprender a cada uno de estos trastornos en su contexto histórico-cultural.¹⁵

1.GENERALIDADES

"Mirarse a sí mismo con buenos ojos, aceptar lo que uno es y lo que tiene y decirse todos los días frases amables, es la mejor medicina para la salud y el bienestar". Anónimo

1.1 Etapas de la creación de la imagen

Existen cuatro etapas en las cuales el ser humano genera en cada una de ellas la creación de su propia imagen, es decir, vive procesos y transformaciones que ocurren durante toda su vida en donde el individuo va tomando conciencia y desea cambiar su propia imagen, a razón de sus conocimientos, cultura, creencias, desarrollo psico-social, su postura socioeconómica o su desarrollo evolutivo. Dichas etapas se dividen en: la niñez, la adolescencia, la época adulta y la vejez. Dentro de las cuatro etapas, la adolescencia es la más traumática ya que hacia los 11 años se produce el comienzo de la pubertad, es cuando sucede la autoconciencia: el niño es capaz de analizar los pensamientos sobre sí mismo. En este tiempo se produce una crisis de egocentrismo al descubrir su identidad y pensar en ella, el adolescente cree que es el centro de todo. También el comienzo de la pubertad se produce una desorganización física que provoca un gran rechazo de la propia imagen. Este rechazo durará hasta que el adolescente consiga asimilar los importantes cambios físicos que se están produciendo en su organismo. Además, en la adolescencia llega la elaboración de la imagen intelectual de uno mismo.¹⁷

Cuando la percepción de la propia imagen se aleja completamente o de manera importante de la realidad, aparecen los trastornos, las patologías. Las más conocidas entre ellas son las asociadas a la anorexia y la bulimia nerviosa -los trastornos de la alimentación más populares y más extendidos-, pero existen otras como:

Vigorexia: Afecta sobre todo a los obsesionados con el ejercicio físico. Perciben su imagen siempre delgada y poco musculosa.

Dismorfia corporal: Afecta al 1% de la población y la padecen personas que se obsesionan con alguna parte de su cuerpo, que ven siempre como defectuosa.

Trastorno border-line: Se trata de otra enfermedad psiquiátrica que provoca una enorme inseguridad con la imagen que uno tiene de sí mismo.¹⁷

1.2 Influencia de los medios de comunicación y otros factores

Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguir las de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación.¹⁸



Dedicado a la moda, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad entre los 12 y los 25 años dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la mida impone con rigor y sin consideraciones,

para los varones esto ocurre en menor medida.

Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del "genero". En contraposición a la delgadez de las modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en la últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma mas que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.¹⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Adelgazar sin esfuerzo. También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud). Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante.¹⁸

Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario.

El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras.¹⁸

Factores educativos: La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de protección deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

Factores familiares: Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder

peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre-involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.¹⁸

Factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida y ser poco habilidosos en las relaciones sociales, generan por lo regular un perfil psicológico que conforma el cultivo adecuado para el desarrollo de tipo de patologías.

Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones, divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero); aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez. Otros factores: Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física. Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se

puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc. fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones. ¹⁸

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran inmersas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas. ¹⁸

1.3 Trastorno alimentario

El término trastorno alimentario se refiere en general a trastornos psicológicos que comportan graves anomalías en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica. Entre ellos, los más conocidos son: la anorexia y la bulimia nerviosa. Se trata de trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres y en preferencia en la etapa adolescente o preadulta. Suelen asociarse con psicopatología grave provocada por factores que se creen comienzan en problemas familiares, el comportamiento inadaptado del individuo que las padece, el conflicto de la auto-identidad y el énfasis cultural exagerado sobre la apariencia física, entre otras; mismas que interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo, y de estudio. La necesidad de dedicar todos los esfuerzos a la pérdida de peso aísla, crea dificultades, entorpece la adquisición de otros aprendizajes necesarios e interfiere, causando mucho malestar, en el desarrollo de la propia vida. Sin embargo más que los problemas que generan en nuestro entorno social son las graves consecuencias físicas las que destruyen al individuo tomando en cuenta que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en su desarrollo generan, entre muchos otros padecimientos:

- Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio. Cardiopatías.
- Destrucción por úlceras del estómago y graves trastornos gastrointestinales.
- Irritación del esófago.
- Problemas dentales
- Desequilibrio de electrolitos.
- Alteraciones neurológicas.
- Anemia.
- Caída de pelo
- Crecimiento anormal del vello capilar

- Hipotermia
- Resequedad de la piel
- Alteraciones en el periodo menstrual.
- Pérdida de densidad ósea, en caso de anorexia nerviosa.
- Enfermedades en las encías.
- Retención de agua e inflamación abdominal en caso de bulimia nerviosa.
- Riesgo de muerte entre un 5 y un 15% de los casos de bulimia y anorexia nerviosa extremas.¹⁹

1.4 Factores de Riesgo

Se mencionan como factores de riesgo a aquellas condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado, señalando que existen tres tipos de factores de riesgo, es decir, los concomitantes sociales, los factores predisponentes y los factores precipitantes. Los factores concomitantes son aquellos elementos que coexisten con algún tipo de trastorno; por ejemplo: la clase social o el aislamiento social. En cambio, los factores predisponentes están ligados a la vulnerabilidad del organismo, actuando durante períodos prolongados de tiempo, o bien en etapas precoces de la vida; dentro de los cuales encontramos: los factores genéticos, los factores prenatales y perinatales, los factores psicosociales.²⁰

Los factores de riesgo en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se han clasificado desde diferentes perspectivas. Siendo las más importantes:

1. los asociados con imagen corporal,
2. los asociados con conducta alimentaria,
3. aquellos relacionados con el cuerpo biológicos, y
4. aquellas prácticas compensatorias.²⁰

Garner sugiere que los desórdenes de la alimentación son la superación de una imagen del cuerpo negativa; involucrando una intensa preocupación por la gordura, que lleva a intentos extremos por controlar el peso del cuerpo. Asimismo, menciona que algunos han sugerido que se relacione el aumento epidémico de los desórdenes de la alimentación a la intensa presión, principalmente en las mujeres, que existe hoy en día para llevar una dieta y para conformarse al papel extremadamente delgado que hoy planea la belleza femenina.²¹

En años recientes, ha habido una tendencia a entender a los trastornos alimenticios como un desorden multicausal, ya que no existe una sola causa que explique todos los casos. Más bien, se supone que hay factores culturales, individuales (psicológico y biológico), y familiares que pueden actuar exclusivamente o pueden combinar entre sí maneras diferentes que lleven a un desorden del comer.²¹

2. LA ANOREXIA NERVIOSA

2.1 Definición de la anorexia nerviosa según la OMS.

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales.²²

La mortalidad que provoca es una de las mayores causadas por trastornos psicopatológicos, la anorexia nerviosa no tratada puede tener una mortalidad del 20%. La proporción con respecto a los hombres es de 9:1. Su edad de inicio suele

situarse en la primera adolescencia, hacia los 13 años, sin que ello implique que no pueda presentarse en personas mayores."²³

2.2 Criterios de diagnósticos según la OMS para anorexia nerviosa

- Pérdida significativa de peso (Índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.²²
- *Índice de masa corporal de Quetelet =*
$$\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$
 - *Altura² (m)*
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.²²
- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobre valorada de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el pertenecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.²²

- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

En la epígrafe F50 según la OMS (trastornos de la conducta alimentaria) se agrupan los síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia y la bulimia nerviosa. Siendo la epígrafe F50.0 la que contiene específicamente a la anorexia nerviosa.²²

2.3 Criterios de diagnóstico para anorexia nerviosa F50.0 (307.11) según el Diagnóstico Estadístico para enfermedades Mentales (DSM-IV) ²⁴

a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej. Pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.

b) Medio intenso a ganar peso a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej.,. Con la administración de estrógenos).²⁴

2.4 Tipos de anorexia nerviosa:

1. Tipo restrictivo (ANR): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

2. Tipo compulsivo/purgativo (ANCP): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxante, diuréticos o enemas).²⁴

2.5 Características de anorexia nerviosa



Una de las características más palpables de las personas que sufren anorexia nerviosa es la búsqueda constante de la "perfección física" mediante la delgadez, los anoréxicos creen que al ser delgados lograrán ser amados por sus semejantes, sin embargo al rebasar los límites aceptables de peso y no caer en su propio estereotipo de figura sus inhibiciones y frustraciones son lo único que engorda, además esta misma expresión que es una falacia continua cae en romper el equilibrio natural entre la nutrición y la vida, es imposible que una persona logre tal perfección, es más, el grave problema de su círculo vicioso es lograr la destrucción paulatina del individuo en todos sus aspectos.²³

Analizando un poco lo que anteriormente se mencionó como "círculo vicioso" es simplemente tomar en cuenta los factores que hacen posible que una persona se autodestruya por medio de la casi nula alimentación a su cuerpo. Dichos factores recaen en



situaciones externas de primera mano, como sería las presiones familiares, el lamentable punto de vista de las personas que nos rodean, mismas que son las primeras en muchas ocasiones en vernos bajo un esquema propio, y al no caer en él, simplemente nos desaprueban y presionan para lograr su objetivo, vernos como debemos de vernos. Este punto se agrega a la larga lista de complejos y malos consejos de otros individuos afines a nosotros como amigos, pretendientes, o simples agresores externos. Otro punto importante son las presiones de trabajo, máxime si nuestro empleo depende de nuestro cuerpo, como sería ser bailarina, actriz, modelo, deportista u otros, cuya existencia nos limita a caer en excesos para lograr nuestra permanencia en ellos. Todo este cúmulo de situaciones externas generan las preocupaciones internas del individuo, el cual las transforma principalmente en obsesiones encaminadas a lo que su cultura le indica – ser delgado es lo correcto, es lo aceptado, ser obeso es sinónimo de pérdida de vida individual, de aceptación. La obsesión es otro síntoma de la anorexia nerviosa, son simples imágenes mentales o pensamientos que recurren una y otra vez en nuestra mente, su repetición es compulsiva, repetitiva y rígida sin ninguna lógica o pensamiento sano para el individuo. Los individuos, principalmente las mujeres, pueden volverse obsesivas por el ejercicio, por la dieta o por la comida. Cabe mencionar que son las mujeres principalmente recurrentes a ésta enfermedad por



Foto: www.addedcontent.com

el simple hecho de que son las más atacadas por todo el medio ambiente externo, su estándar es aún más alto que el de los hombre en cuestiones físicas por lo cual hace de ellas blancos fáciles para herir sus sentimientos y desbaratar su baja autoestima y lograr por ende caer en la

tentación falsa de ésta enfermedad, la esbeltez.²⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Periodos de ayuno, conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos periodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer dulces particularmente, toman grandes cantidades de café y/o fuman.²⁵

2.6 Síntomas físicos:

Si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorios anormales, la semi-inanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones.²⁶



Oftalmológicos: Visión borrosa transitoria, círculos negros, se encuentra hinchada la región palpebral.

Cardiovascular: Bradicardia, hipotensión, ECG con anomalidades, hipovolemia.

Gastrointestinal: Dolor abdominal y distensión abdominal, colitis, mal absorción de nutrientes, hipoproteinemia, hipoalbuminemia y déficit de Calcio.

Química Sanguínea: El ácido úrico puede encontrarse elevado, aumento del colesterol, hipoglucemia.

Cerebral: existe una pseudo atrofia en reducción del tamaño por la falta de una ingesta adecuada, la cual es reversible.²⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como dato importante cabe mencionar que, no es cierto que los pacientes anoréxicas no tienen hambre, de hecho, la mayor parte del tiempo tienen hambre. Muchos de estas pacientes literalmente "mueren de hambre".²⁵



Jóvenes que presentan un aspecto esquelético, o sea, que están extremadamente delgados, afirman con gran convencimiento que se ven gordos, llamada "alteración de la imagen corporal". Los pacientes con trastornos alimentarios en general tienden a sobreestimar el tamaño de su cuerpo más que los grupos de control.²⁵

El tratamiento de la anorexia nerviosa no es fácil porque el paciente no está consciente que algo "está mal" con él. En los estadios iniciales es muy difícil hacer el diagnóstico, porque puede pasar como una pérdida de peso voluntaria, tan usual en la sociedad contemporánea con más del 42% de la población con sobrepeso.

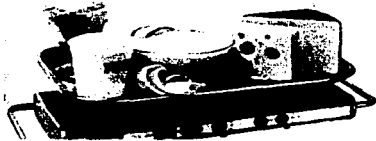
La realidad es que los pacientes anoréxicos deben de ser tratados en el hospital, en unidades especiales y con un equipo multidisciplinario que entienda el padecimiento. El tratamiento será mucho más que cambiar los hábitos de alimentación, necesitan tratamiento psiquiátrico que les ayude a solucionar su problema desde la raíz. En algunos casos se utilizan antidepressivos, pero estrictamente controlados por el médico tratante, en conjunto con la terapia psiquiátrica. El apoyo de la familia y amigos es indispensable en el tratamiento de la anorexia nerviosa, ya que el paciente necesita sentirse seguro. "Al empezar a comer siente que ha perdido la batalla". Por lo tanto, es un problema complejo y el intento de la paciente de encontrar la solución a problemas emocionales con la pérdida de peso.²⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La anorexia nerviosa, o pérdida del deseo de comer, es un síntoma prominente en una amplia variedad de padecimientos intestinales y extraintestinales. Debe ser diferenciada de la saciedad y de la intolerancia a alimentos específicos. La anorexia nerviosa se presenta en muchos padecimientos y por eso se considera que por sí misma, es de poco valor diagnóstico específico. Aún no se conoce bien el mecanismo por el que el hambre y el apetito se modifican en varias enfermedades. Normalmente, la ingestión de alimentos es regulada por dos centros hipotalámicos, un "centro de la alimentación" lateral y un "centro de la saciedad" ventromedial. Este último inhibe el centro de la alimentación después de la comida, dando lugar a la sensación de saciedad.²⁷

2.7. Desnutrición, anorexia nerviosa y aspectos bucodentales

**Dairy Calcium:
A painless approach to
Dental Health.**



La alimentación aporta al organismo sustancias formativas y sustancias energéticas, donde las primeras sirven para la construcción, renovación y reposición de la materia orgánica. Sabiendo que existe un equilibrio entre las funciones formativas (anabólicas) y las destructivas (catabólicas), en cada una de las fases de la vida la alimentación ha de variar de acuerdo a las necesidades propias del organismo. En todo alimento se encuentran algunas o todas las siguientes sustancias esenciales para la dieta: agua, carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.²⁸

La profesión odontológica orientada hacia la prevención reconoce el papel de la nutrición en la práctica clínica y aplica los principios nutricionales a la salud bucal. El cirujano dentista se encuentra en una posición excelente para observar las manifestaciones bucales debidas a una ingestión de alimentos inapropiada y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

orientar adecuadamente a sus pacientes, pero antes debe conocer los principios fundamentales de la nutrición.

Desde hace mucho tiempo los dentistas y los médicos consideran a las estructuras bucales como un espejo que refleja la salud del individuo. Los tejidos bucales son directamente afectados por el déficit nutricional, y las alteraciones objetivas y subjetivas de estas estructuras son con frecuencia la molestia principal referida por los pacientes.²⁸

Mientras los tejidos bucales sean nutridos en forma apropiada, soportan los traumatismos intensos y repetidos a los que normalmente están sujetos, y en contraste esos mismos tejidos mantienen difícilmente su integridad cuando sufren deficiencias nutritivas.

Los sub-estratos de la población que se encuentran en mayor riesgo nutricional, son las clases bajas de cualquier edad, los pacientes geriátricos en general y los pacientes con trastorno alimenticio como al anorexia y bulimia nerviosa.²⁸

En resumen las deficiencias nutricionales no solo se manifiestan como un problema bucal sino que son la causa principal de enfermedad y muerte en muchas partes del mundo.

A continuación se explicará brevemente cada uno de los componentes nutricionales que interactúan en el organismo.²⁸

AGUA: Constituye uno de los elementos nutritivos esenciales. En cantidad y peso, es el mayor componente del organismo humano, ya que el hombre según su constitución, sexo, edad, ritmo de vida, trabajo y clima tiene entre un 45 y 80 % de agua. Por regla general un adulto ingresa de uno a dos litros de agua diarios, tanto en forma de líquidos o alimentos disueltos como con los alimentos sólidos, que siempre contienen una determinada cantidad de la misma. El agua se pierde

constantemente a través de la orina, respiración, defecación y la sudoración. Se debe consumir este vital líquido a fin de que los tejidos corporales se mantengan hidratados ya que el agua asume un papel primordial de los fenómenos de intercambio entre células y humores tisulares, así como la inmensa proporción de reacciones químicas que se llevan a cabo en el organismo.²⁸

VITAMINAS: Estas son sustancias especiales necesarias para poder llevar a cabo las múltiples y complicadas reacciones químicas asociadas con la vida. Su especificidad proviene de que no pueden ser sintetizadas como tales en el organismo. Se clasifican en dos grandes grupos: Liposolubles (vitaminas A, D, E, K), e Hidrosolubles (complejo B, vitamina PP., Ácido pantoténico, vitaminas H, C, Ácido fólico. En una dieta variada y equilibrada, sobre todo cuando contiene alimentos en estado crudo o natural, todas las vitaminas necesarias para la actividad vital se encuentran en cantidad suficiente.

CARBOHIDRATOS: Son sustancias orgánicas que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno. Son fuente importante de energía para el cuerpo. Se clasifican en polisacáridos y monosacáridos. La mayoría de los alimentos los contienen, y pueden ser almacenados dentro del organismo para uso posterior en forma de glucógeno.²⁸

GRASAS O LÍPIDOS: Estas sustancias se encuentran en casi todo el material alimenticio. Son fuente de energía para el cuerpo, su principal componente es carbono e hidrógeno. Sin embargo no se absorben con tanta facilidad como los carbohidratos. Las grasas o lípidos contienen tanto ácidos grasos saturados, como no saturados.

PROTEÍNAS: Son absolutamente esenciales para el mantenimiento general de los tejidos del cuerpo, bajo condiciones normales así como después de una lesión o enfermedad. Las proteínas están formadas por aminoácidos que se clasifican en esenciales y no esenciales.²⁸

MINERALES: Tiene un papel muy importante en el mantenimiento del equilibrio ácido - base del organismo. Los minerales esenciales (calcio, fósforo, hierro, sodio, potasio, cloro, azufre, magnesio), y los oligoelementos (yodo, cobre, cobalto, flúor, manganeso y zinc), son importantes en la estructura del cuerpo. Una gran parte de los huesos y de los dientes está formada por diferentes minerales entre los que destacan el calcio y fósforo.²⁸

3. ENFERMEDADES CARENCIALES

Una enfermedad carencial ocurre cuando una o más de las sustancias nutricionales básicas no se encuentran presentes en el alimento de un individuo en cantidades adecuadas para mantenerlo en un estado de salud óptimo. Por esta razón, el estado nutricional de un paciente, se determina por sus características dietéticas que deben evaluarse tanto cualitativa como cuantitativamente.²⁸

En relación con la salud bucal, los factores nutricionales desempeñan un papel claro tanto en la formación de caries, en los procesos de cicatrización de las heridas, en el mantenimiento de la integridad de las membranas mucosas y el desarrollo de las enfermedades periodontales. Un indicador sensible y el síntoma más común de deficiencia nutricional es la irritación del recubrimiento mucoso de la cavidad bucal incluyendo las superficies linguales.²⁸

Como mencionamos arriba, los tejidos bucales difieren en su vulnerabilidad según las restricciones nutritivas. En el desarrollo de las estructuras dentales confluyen un gran número de procesos integrados. Es claro que cualquier alteración en el metabolismo, ya sea por factores externos (como deficiencias nutritivas) o internos (como alteraciones hormonales) puede afectar el crecimiento de los dientes.²⁸

Las deficiencias nutritivas se clasifican en dos grandes grupos: primarias cuando se producen por ingestión inadecuada de alimentos y secundarias cuando tienen un factor predisponente.

3.1 Manifestaciones clínicas

En la cavidad bucal es en donde encontramos las primeras manifestaciones clínicas de las deficiencias nutricionales. Una deficiencia calórica en los adultos puede dar como resultado caquexia, pérdida ponderal severa, letárgica, exagerada y prominencia esquelética.

Cuadro 1. Deficiencia de vitaminas y alteraciones en tejidos bucodentales

TEJIDO	ALTERACIONES	NUTRIENTES/PADECIMIENTOS
MUCOSA BUCAL	Lengua fisurada, hiperplasia gingival, gingivitis marginal y generalizada y enfermedad periodontal.	Hipovitaminosis A
	Hiperpigmentación	Hipovitaminosis E
	Hemorragias gingivales, equimosis, púrpura postoperatoria	Hipovitaminosis K
	Gingivitis marginal, inflamación esponjosa de las encías (en pacientes desdentados), hiperemia, ulceración y necrosis, enfermedad periodontal severa.	Hipovitaminosis C
	Sangrado secundario a trombocitopenia, glositis eritematosa intensa e irritación	Hipovitaminosis B ₁₂
	Glosodinia, estomatitis, mucosa bucal hiperémica e inflamada, gingivitis marginal y generalizada, y fisuración.	Hipovitaminosis de Niacina
	Estomatitis angular, queilosis, glositis fisurada, roja y purpúrea con atrofia central final de las papilas filiformes y fungiformes	Arriboflavinosis (B ₂)
	Estomatitis	Deficiencia de piridoxina (B ₆)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	Hipertrofia de las papilas linguales, filiformes y fungiformes	Deficiencia de Tiamina (B ₁)
	Palidez de mucosas, glosodinia, atrofia de las papilas linguales.	Deficiencia de hierro
	Crecimiento de la tiroides; en el mixedema la lengua se encuentra grande, edematosa, lo cual interfiere con el habla	Deficiencia de yodo
	Xerostomía, glositis con atrofia de papilas.	Deficiencia de Proteínas (Kwashiorkor)
	Nódulos firmes, amarillentos y consistencia de cera.	Proteinosis lípida.
	Macroglosia, hiperplasia gingival.	Mucopolisacaridosis
LABIOS, PIEL Y TEJIDOS	Xeroderma (resequedad generalizada de la piel), hiperqueratosis folicular, xerosis de las conjuntivas, xeroftalmía, nictalopía, fotofobia y midriasis.	Hipovitaminosis A
	Pelo escaso y grueso y queratinización de los labios.	Hipervitaminosis A
	Hiperemia peribucal, queilosis angular, labios partidos, palidez labial.	Arriboflavinosis
	Queilosis angular	Hipovitaminosis de piridoxina
	Labios inflamados y edematosos, al igual que los tejidos suborbitales, párpados y nariz.	Deficiencia de yodo
DIENTES Y HUESOS	Hipoplasia del esmalte y retardo en la erupción.	Hipovitaminosis A

	Desarrollo esquelético precoz.	Hipervitaminosis A
	Artralgias, movilidad dentaria severa.	Hipovitaminosis C
	Hipoplasia del esmalte en el desarrollo de la dentición	Hipovitaminosis E
	Efectos negativos en la formación y reabsorción ósea, desarrollo y mineralización ósea.	Déficit de calcio
	Resistencia a la caries dental en caso de fluorosis, manchado del esmalte.	Flúor
Fuente: Nutrición y Aspectos Bucodentales UAM-XOCH	Íntimamente asociado al metabolismo del calcio en los huesos y los dientes, por ejemplo raquitismo severo debido a baja en fósforo.	Fósforo

4. BULIMIA NERVIOSA

4.1 Definición de bulimia nerviosa según la OMS



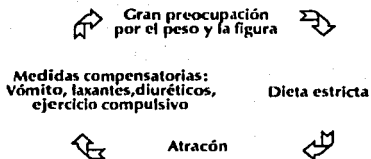
fuente: www.aldes.com.ar

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.²²



fuente: www.aldes.com.ar

La mayoría de las mujeres que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas. Generalmente se presenta en mujeres mayores que las que tienen anorexia nerviosa. La media de edad de aparición en pacientes con bulimia, está situada alrededor de los 17 años. Al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada como la anorexia nerviosa, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.²⁹

Ciclo bulímico²⁹**4.2 Criterios de diagnóstico según la OMS para bulimia nerviosa: ²²**

- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia nerviosa se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- La sicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.²²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la epígrafe F50 según la OMS (trastornos de la conducta alimentaria) se agrupan los síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia y la bulimia nerviosa. Siendo la epígrafe F50.2 la que contiene específicamente a la bulimia nerviosa.²²

4.3 Criterios de diagnóstico para bulimia nerviosa de F50.2 (307.511) según DSM IV

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej. En un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej. Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).²⁴
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo.²⁴
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.²²

4.4 Tipos de bulimia nerviosa:

- 1. Tipo "Purgativo": la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.²⁴
- 2. Tipo "No purgativo": la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.²⁴

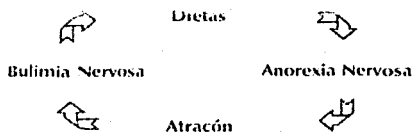
La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

4.5 Síntomas de la bulimia nerviosa³⁰

- Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.
- Antecedentes de dietas frecuentes. Muchos estudios han revelado que casi todas las personas que desarrollan bulimia nerviosa han realizado frecuentes intentos de controlar su peso.
- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.
- Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar.
- Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.
- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia nerviosa también desarrollarían bulimia nerviosa.

Se ha observado que el 40% de las personas que inicia con anorexia nerviosa, desarrollan bulimia nerviosa

Con el siguiente ciclo:²⁹



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La persona que sufre un trastorno alimentario presenta una serie de características que, aunque evidentemente pueden variar mucho de unas a otras, tienen varios puntos comunes. Tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa se pueden observar aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal.³⁰

4.6 En cuanto al peso y al aspecto físico:³⁰

- Pensamiento dicotómico (Soy atractiva o soy fea).
- El ideal irreal (Uso del ideal social como un standard de apariencia aceptable).
- La comparación injusta.
- La lupa (Observar solamente las partes más negativas de la propia apariencia).
- La mente ciega (Minimizar una parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva).
- La fealdad radiante.

- El juego de la culpa (Culpabilizar la apariencia de la propia insatisfacción).
- La mente que lee mal ("No tengo novio porque estoy gorda").
- La desgracia reveladora ("Nunca me amarán a causa de mi apariencia").
- La belleza limitadora.
- Sentirse fea.
- El reflejo del malhumor (traspasar las preocupaciones al propio cuerpo).

Sin embargo más que una mala apariencia física la bulimia nerviosa tiene efectos mucho más agresivos para el organismo tales como esofagitis, gastritis, úlcera péptica, úlcera duodenal, etc. Y de las manifestaciones bucales, la más resaltante, es la perimilolisis (desmineralización), que es la pérdida del esmalte y la dentina en la superficie palatina de los dientes, resultante de la acción química y mecánica. Esta manifestación es observada en casos muy severos, de ahí la importancia del diagnóstico del odontólogo, previendo que éstas alteraciones se desarrollen ya que son irreversibles, existen también alteraciones en tejidos blandos y ulceraciones por el uso de algunos artefactos para inducirse el vómito.³⁰

Otra de las características generales de los trastornos alimentarios es la dificultad en sus relaciones sociales. Los pacientes con trastornos alimentarios que distorsionan o devalúan su apariencia aprenden a reducir su ansiedad evitando las situaciones que podían provocarla. Las restricciones sociales que se auto imponen, para no ser observadas ni juzgadas favorece una cierta fobia social. Cuando se relajan al no asistir a una reunión social aumenta la probabilidad de no asistir en un futuro puesto que este hecho es una de las cosas más gratificantes para ellas; por tanto, aumentan grandemente sus dificultades en la relación social.

Los sentimientos predominantes en estas pacientes son negativos, se encuentran en un callejón sin salida que es el intento de control sobre la comida para cambiar su cuerpo. A su vez, se ven controladas por este problema por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza y los llantos. Otro sentimiento característico es la baja autoestima a consecuencia de identificarla con la de su propio cuerpo, sintiendo a su vez un intenso miedo al rechazo o al abandono. El miedo que experimentan por su propio cuerpo, especialmente a la ganancia de peso y hacia la comida, en particular a determinados tipos de comida, se puede definir como de tipo fóbico y, de hecho, en el tratamiento de los trastornos alimentarios se han de utilizar muchas de las técnicas de reducción de ansiedad.

31

4.7 Trastornos físicos en la bulimia nerviosa.

- Pulmonar: Neumonía por aspiración.
- Cardiovascular: Miocardiopatía y cambios electrocardiográficos por la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas.
- Gastrointestinal: Dolor abdominal, distensión abdominal, laceraciones y perforaciones en el esófago, esofagitis, melena, gastritis, úlceras gástricas.
- Renal: Anormalidades tubulares por alteraciones electrolíticas, azoemia por deshidratación.
- Ortopédico: Osteoporosis, y presencia de fracturas frecuentes.
- Dermatológico: Excoriaciones en el dorso de la mano por inducción del vómito, piel reseca, pérdida del tejido subcutáneo y de la grasa en general, presencia de lanugo y acrocianosis.³²
- Alteraciones hidroeléctricas: Alcalosis metabólicas por deficiencia de Na y K, debilidad músculo-esquelética, alteraciones en la motilidad gastrointestinal, calambres, nicturia, costipación, labilidad emocional,

disminución de los reflejos neurotendinosos, parestesias, conducción cardíaca anormal, infiltración grasa en el hígado, pancreatitis.³³

- Química Sanguínea: Incremento del ácido úrico, incremento del colesterol, alcalosis metabólicas.
- Ginecológica: Pérdida de periodos menstruales, infertilidad, vaginitis, pérdida del apetito sexual, atrofia de glándulas mamarias.
- Endocrinología: Bradicardia, letargia, intolerancia al calor, alteraciones en el cabello, alteraciones en los niveles de Ca e hipogonadismo.
- Efectos en el sueño: Sueño Mor, pérdida del sueño REM y alteraciones electrocardiográficas.³⁴

5. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA NERVIOSA

En la anorexia nerviosa fácilmente se oyen comentarios acerca de la culpa familiar, especialmente de la madre, o la del miedo a crecer y convertirse en adulta, pero no por ser conocidas son ciertas. No se ha hallado apoyo científico a estas hipótesis, sino más bien se han desconfirmado. La opinión más generalizada es que los trastornos alimentarios son de origen multicausal.³⁵

Entre las múltiples causas más comunes se encontrarían:

- Una marcada presión social a la delgadez ("Si eres una top model triunfarás en la vida").
- Turbulento pasado de "gordita".
- Sentimiento interno de gordura (no es necesario un sobrepeso real).
- El modelo de una madre a la que se considera gruesa.³⁵
- En concreto para la anorexia nerviosa encontramos las siguientes causas:
 - Factores predisponentes: Genéticos, sexo femenino, edad (13-20 años), afectivos y emocionales, características de personalidad, familiares y factores socio-culturales.
 - Factores precipitantes: Acontecimientos vitales potencialmente estresantes, separaciones y pérdidas, contactos sexuales y exceso de actividad física.
 - Factores de mantenimiento: Afecto negativo, conductas purgativas, actitudes de familiares y amigos anoréxicos.³⁵

En cuanto a la bulimia nerviosa, existen pensamientos circulares, repetitivos y persistentes sobre la comida y el peso, comportamientos rituales y comprobaciones repetidas también se observan en estas personas tanto que podrían describirse como personas obsesivo-compulsivas.³⁵

Para la bulimia nerviosa serían los siguientes factores:³⁵

- Factores pertenecientes a la historia familiar: presencia de trastornos afectivos entre familiares, abuso de sustancias, obesidad y gran preocupación de los padres por el peso y la figura de la hija.
- Factores pertenecientes a la historia personal: presencia de trastorno afectivo, obesidad, abuso sexual y diabetes mellitus.
- Determinados rasgos de personalidad y presencia de ideas sobre valoradas sobre la figura y el peso.

5.1 Diferencias entre DSM-IV y la clasificación de trastornos mentales criterios de la OMS, Códigos Internacionales de Enfermedades (CIE-10) para anorexia y bulimia nerviosa

- CIE-10 requiere que la pérdida de peso se autoinducida mediante la evitación de alimentos "que engorden".
- A diferencia del DSM-IV en el CIE-10 se señala como síntoma cardinal en el varón la pérdida del interés y de la potencia sexuales.
- En el CIE-10 se excluye el diagnóstico de anorexia si se han dado atracones en forma regular.³⁶

Cuadro 2. Signos visibles característicos³⁷**BULIMIA NERVIOSA****Conductas patológicas**

Preocupación constante por la comida (habla de peso, calorías, dietas...). Atracones, come de forma compulsiva, esconde comida. Miedo a engordar. Evita el hecho de ir a restaurantes o fiestas y reuniones donde se vea socialmente obligado a comer. Acude al lavabo después de comer. Vómitos autoprovocados, abusa de laxantes o diuréticos. Usa fármacos para adelgazar. Realiza regímenes rígorosos y rígidos. Tiene una conducta adictiva con edulcorantes.

Fuente: Mateo A. y Solano N.

Signos fisiológicos

Inflamación de las parótidas. Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos. Irritación crónica de la garganta. Fatiga y dolores musculares. Inexplicable pérdida de piezas dentales. Oscilaciones de peso (5 ó 10 Kg, arriba o abajo).

Cambio de actitud

Modificación del carácter (depresión, sentimientos de culpa, tristeza, sensación de descontrol) Severa autocrítica. Necesidad de recibir la aprobación de los demás. Cambios en la autoestima en relación al peso corporal.

ANOREXIA NERVIOSA**Conductas patológicas**

Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas. Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros y comer. Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal. Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares). Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes). Esconder el cuerpo debajo de ropa holgada. Negarse a usar bañador y que vean su cuerpo. En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos. Abuso de edulcorantes.

Signos fisiológicos

Pérdida progresiva de peso (con frecuencia sucede en un período breve). Falta de menstruación o retraso en su aparición sin causa fisiológica conocida. Palidez, caída del cabello, sensación de frío y dedos azulados. Debilidad y mareo

Cambio de actitud

Cambio de carácter (irritabilidad, ira). Sentimientos depresivos. Inseguridad en cuanto a sus capacidades. Sentimientos de culpa y auto desprecio por haber comido o por hacer ayuno. Aislamiento social.

6. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

6.1 Trastornos alimenticios no especificados (TANE)

Se denomina TANE a todo aquel paciente que presente ciertas características de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa pero que no cumpla con todos los criterios de diagnóstico establecidos por la CIE-10 o por el DSM-IV.²⁴

TANE 1. Se cumple todo lo que se menciona en los criterios de diagnóstico para anorexia nerviosa, excepto que la persona presenta todavía sus ciclos menstruales.

TANE 2. Se cumple todo lo que se menciona en los criterios de diagnóstico para anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de una importante pérdida de peso, el peso actual de la persona se encuentra en su rango todavía normal.²⁴

TANE 3. Se cumple todo lo que se menciona en los criterios de diagnóstico para bulimia nerviosa, excepto que los atracones ocurren a una frecuencia menor de dos veces por semana o por menos de tres meses.

TANE 4. Se da en pacientes que presentan peso corporal normal y que regularmente incurre en comportamientos compensatorios inapropiados después de comer pequeñas cantidades de comida. (Por ejemplo vomito autoinducido después de comer dos galletas). También se pueden presentar conductas purgativas sin atracón.²⁴

TANE 5. Se da en pacientes que frecuentemente mascan alimento para después escupirlo, normalmente en grandes porciones de comida. No existe deglución del mismo.

TANE 6. Episodios recurrentes de atracones pero con ausencia de comportamientos compensatorios inapropiados característicos de la bulimia nerviosa y la anorexia compulsivo purgativa.²⁴

6.2 Epidemiología

Martínez, y colaboradores, refieren en una investigación realizada en 1993, que los anuncios destinados específicamente a la pérdida de peso, tenían su impacto publicitario principal y significativo en la población femenina de entre 14 y 24 años de clase social media y media alta que vivían en poblaciones de más de 50,000 habitantes.³⁸

Barber y cols, después de una investigación realizada en 1992, explican que los norteamericanos gastan 33,000 millones de dólares anuales para perder peso y que 20 millones de mujeres sufren trastornos relacionados con la comida. Encontrando que el 25% de los hombres y el 50% de las mujeres están constantemente a dieta, y 9 de cada 10 personas pierden peso sometiéndose a una dieta y lo recuperan.¹

Vázquez (citado por Villalobos) menciona, que los trastornos alimenticios están a la orden del día en gente que no se encuentra a gusto con su cuerpo, que sienten fricciones de tipo social que los llevan a depresiones y angustias. En una entrevista realizada a Victoria Hottz comenta que estudios realizados por la fundación internacional CBA, demuestran que en los últimos años ha aumentado la prevalencia a los trastornos alimenticios, en diversas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México donde el 87 por ciento de las adolescentes han realizado dietas para bajar de peso, el 11 por ciento de ellas se han provocado el vómito, el 8 por ciento ha usado laxantes, el 12 por ciento diuréticos y el 27 por ciento ha utilizado pastillas para adelgazar.³⁹

Ocampo, Álvarez y Vázquez (citado en Ríos, 1999) de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, plantel Iztacala mencionan una investigación realizada

con una muestra de 2200 alumnas de 15 a 27 años, de diversas clases sociales provenientes de universidades públicas y privadas, el 8% de los estudiantes del nivel medio superior y superior del Valle de México presentaron sintomatología de trastornos alimenticios, como anorexia y bulimia nerviosa y aunque en las mujeres es más grave el problema, ya está alcanzado a los hombres. Encontraron que las chicas entrevistadas están insatisfechas por el tamaño de sus senos, debido a que los consideran muy grandes.⁴⁰

Ríos menciona que Ocampo y colaboradores refieren que en México desde hace diez años la obsesión por la figura delgada ha aumentado. Iniciando las mujeres, en promedio, la carrera de las dietas a los 11 o 12 años, influenciadas por varias situaciones como la presión social y familiar, y la imagen que difunden en los medios de comunicación.⁴⁰

La prevalencia de trastornos de la alimentación en la población general no está clara, aunque los estudios sugieren que la incidencia de la anorexia nerviosa es del 0.1 al 0.2%.

Las mujeres jóvenes son las que tienen el mayor riesgo con una prevalencia del 0.1 al 1%. Ocurre, generalmente, unos años tras la menarquia, siendo la edad media de aparición los 17 años, no obstante se han descrito casos de jóvenes de 8 años y de mayores de 60 años.⁴⁰

Cuadro 3.- Diagnóstico diferencial de anorexia y bulimia nerviosa con otros padecimientos.

Sistémicas

Locales

Sialoadenitis		Cítricos de la dieta ácida	
Alcoholismo crónico		Dentríficos.	
Síndrome de Mikulicz			
Síndrome de Sjögen			
Patología	Definición	Etiología	Características Clínicas Bucales Y Glandulares
Alcoholismo crónico	Enfermedad crónica, de desarrollo insidioso y evolución progresiva, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su manera de beber, lo que da lugar a que, en la mayor parte de las ocasiones el afectado lo haga en forma excesiva y desarrolle problemas en su salud	Es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo y por una predisposición, genéticamente determinada, para la adicción de sustancias.	-Crecimiento asintomático de la glándula parótida, por deficiencia de proteínas
Síndrome de Mikulicz	Llamada también "lesión linfoepitelial benigna" es una tumoración uní o bilateral de la glándula parótida producto de una inflamación benigna de células linfoides	Desconocida, tal vez se deba a anomalidades genéticas o susceptibilidad del sistema inmunocelular.	-En mujeres de edad media -Crecimiento asintomático progresivo de las glándulas salivales. -Reducción del flujo salival

Síndrome de	Trastorno auto	La causa específica es	
Sjögren	inmune con deficiencia completa o incompleta de las glándulas salivales y lacrimales. Afecta glándulas de la nariz, faringe y laringe	desconocida pero se relaciona con deficiencias vitamínicas y trastornos hormonales. Se relaciona también con el aumento del nivel de globulina gamma sérica, aumento difuso de las inmunoglobulinas G, A y M	-Xerostomía -Acumulación de saliva viscosa en dorso lingual -Dificultad en el habla, y en la masticación -Caries dental rápida y progresiva y deshidratación en coronas clínicas dando consistencia quebradiza -Crecimiento de la parótida.

Fuente:

<http://www.diagnostico/anorexia%22y%20bulimia.html>

Desarrollado en:

Regezi-Sciubba.

"Patología Bucal"

P.P. 270, 272,273

7. PRINCIPALES ALTERACIONES BUCODENTALES PROVOCADAS POR LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxicos y bulímico se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa dental y tejidos periodontales, sialoadenitis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la masticación y pérdida de la estética dental, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados.⁴¹

En resumen las principales manifestaciones bucales son:⁴²

- Erosión dental
- Enfermedad periodontal
- Sialoadenitis en glándulas salivales principalmente parotida
- Xerostomia

7.1 Erosión dental

La lesión dentaria de mayor prevalencia en los pacientes con trastornos de la alimentación, tanto anoréxicos como bulímicos, es la erosión dental provocada por el ácido del vomito el cual suele tener un pH de 2.⁴³

Para definir la erosión en las superficies de los dientes superiores debida al vomito, reflujo gastroesofagico, y regurgitaciones, se recurre al termino de perimilolisis, actualmente se describen lesiones erosivas localizadas en la cara palatina de los dientes superiores siendo el primer signo que aparece a nivel dental en pacientes anoréxicos y bulímicos. Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vomito voluntario y a que la propia lengua en su adaptación lateral protege a los dientes mandibulares.



Los pacientes con trastornos de la alimentación vomitadores en razón a la bulimia nerviosa, presentan mayor desgaste en las superficies palatinas de los dientes anteriores y en la zona bucal antero superior que los pacientes no vomitadores, en estos se apreciaban mayor desgaste en el sector posterior inferior en las superficies bucales y oclusales. Algunas explicaciones de este tipo de erosiones ocurre en pacientes bulímicos que ingieren grandes cantidades de bebidas ácidas y como se autoinducen el vomito, se afectan inicialmente las superficies palatinas, mientras que en los paciente no vomitadores influyen los ácidos extrínsecos de las dietas provocando erosión vestibular. Considerando que la causa de la erosión no se puede determinar por la localización de la misma solamente aunque es importante mencionar que la erosión palatina es mas frecuente en el tipo de pacientes vomitadores frente a los de dieta ácida.⁴³

En pacientes que se autoinducen el vomito, puede aparecer un signo clínico denominado signo de Rusell, que consiste en una formación cálcica en el dorso de la mano y los dedos debido a la colocación de la mano en la boca para inducir el vomito.⁴³

El ácido del vomito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxiapatita debido a la unión del ión H del ácido con el ión Calcio del esmalte, lo cual conlleva la pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido. La gravedad de la afectación del esmalte depende de su grado de mineralización, de la duración, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación).⁴³

A nivel de la dentina, los ácidos fuertes producen descalcificación de la dentina peritubular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vomito suelen realizar los pacientes, para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es el causante directo, por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva que arrastrará los prismas de esmalte debilitados por el ácido y la abrasión añadida que estos prismas arrastrados provocan durante el cepillado.⁴³

Es destacable el hecho de que la mayoría de estos pacientes presentan una disminución en la secreción salival, lo que conlleva que la superficie dorsal de la lengua continúe ácida tras el vomito, lo que incrementa la erosión en las superficies palatinas de los dientes anteriores.⁴³

Existen tres tipos de erosión dental :⁴⁴

Extrínseca: provocada por alimentos, bebidas y otras fuentes externas de ácido.

Intrínseca: relacionada con la regurgitación o reflujo de fluidos estomacales

Idiopática: cuando las causas no son obvias y la condición a menudo es generalizada.

Basándose en las características de las lesiones dentales de estos pacientes, puede establecerse un cuadro evolutivo que determinará el tiempo de evolución e intensidad de la enfermedad, distinguiendo tres periodos.⁴⁵

En el periodo inicial las alteraciones odontológicas son escasas, solo en ocasiones aparece adelgazamiento del espesor del esmalte, siendo difícil establecer el diagnóstico de la enfermedad en el gabinete dental.⁴⁵



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el periodo intermedio aparecen lesiones en la superficie del esmalte por la cara palatina de los dientes superiores, sobre todo a nivel del grupo anterior, no habiendo aún pérdida de la morfología del borde incisal. Estas lesiones nos informan que la evolución de la enfermedad es de varios meses.

45



Cuando el cuadro está muy evolucionado (periodo final) nos encontramos los incisivos muy disminuidos de tamaño, con lesiones en forma de V en la cara vestibular por la gran erosión del borde incisal y cara palatina de los incisivos, apareciendo sensibilidad dentinaria e incluso afectación pulpar en casos avanzados. Así mismo, en casos evolucionados al afectarse las caras oclusales e incisales con pérdida de tejido dental a esos niveles, podemos encontrarnos pérdidas de Dimensión Vertical de 1 a 2 mm. y falta de anatomía oclusal de cúspides y fosas en la cara oclusal. Cuando nos encontramos este tipo de lesiones, el cuadro tiene una evolución de varios años y la situación del cuadro es preocupante.⁴⁵



Mordida abierta y pérdida de D.V.



Lesiones en forma de V invertida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fuente Directa

Pérdida de anatomía oclusal por erosión

7.2 Alteraciones periodontales

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte originando en el peor de los casos pérdida tanto de densidad ósea, como de piezas dentales y afecciones en tejidos de soporte entre ellos de los más afectados suele ser la encía ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía afectando al ya no



Fuente directa

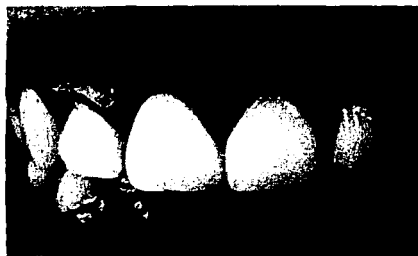
hidratar directamente a esta, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias, por lo tanto la alteración más prevalente es la gingivitis. La cual es una lesión reversible que consiste en la inflamación de la zona gingival o encías como consecuencia de la acumulación de placa bacteriana en la superficie del diente.⁴⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

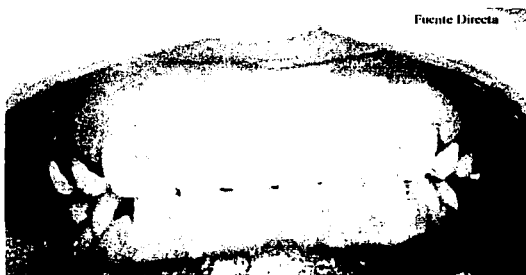
Las bacterias incluidas en el seno de la placa dental excretan toxinas y otras sustancias resultantes de su metabolismo que irritan la mucosa bucal, manifestándose en forma de encías inflamadas, enrojecidas y que sangran fácilmente.⁴⁶

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acumulo de irritantes locales.⁴⁷

Roberts y Li, estudiaron los índices de placa en estos pacientes encontrando que 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 nerviosa; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. Liew y col apoyan lo anterior.⁴⁵



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7.3 Lesiones de tejidos blandos

Existe 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, por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisulares.⁴⁴

Hay descritos casos de lesiones bucales como quelitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos de la alimentación; según Milosevic estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes.⁴⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Queilosis y fisura labial

7.4 Sialoadenitis

Definido como enfermedad inflamatoria bacteriana de las glándulas salivales, no se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa aunque es frecuente encontrarlo. Ya que se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales; dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular.⁴⁸

La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia nerviosa, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes.⁴⁸

La sialoadenitis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia nerviosa han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente.⁴⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 4.- Sialoadenitis resumen

Enfermedad	Definición	Etiología	Características Clínicas
Sialoadenitis Bacteriana Regezzi-Sclubba 1995	Enfermedad inflamatoria bacteriana de las glándulas salivales se subdivide en aguda y crónica	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus viridians</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i>	-Aumento de tamaño con dolor -Glándula afectada con sensibilidad a la presión -Alteraciones en la calidad y cantidad salival

7.5 Xerostomía

El concepto de Xerostomía implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.⁴⁹

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, debido a que el flujo salival ya no arrastra las bacterias.⁴⁹

La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente. Las principales causas son el consumo de diversos tipos de medicamento, la sialoadenitis auto inmune (síndrome de Sjögren) y la radioterapia cervicofacial.⁴⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.6 Hipersensibilidad dental

El término hipersensibilidad es conocido comúnmente como "dentera", y corresponde a una reacción exagerada ante un estímulo sensitivo inocuo.⁵⁰

La hipersensibilidad dental surge de la dentina subyacente expuesta después que el esmalte o el cemento sufren erosión en la superficie radicular.⁵⁰

La hipersensibilidad dentinaria es una reacción ante un estímulo inocuo y es un estado crónico con episodios agudos, en tanto que el dolor dentinario equivale a una reacción a un estímulo nocivo y a menudo es una situación aguda, esto es tal vez lo que causa diferencias marcadas en la descripción subjetiva del paciente sobre los dos estados clínicos.⁵⁰

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La bulimia tanto como la anorexia nerviosa son enfermedades que se distinguen hasta el punto en que el paciente ya presenta diversas alteraciones físicas, muchas de ellas reflejadas en las condiciones bucodentales tales como erosión dental, pérdida de piezas dentales, lesiones a tejidos blandos, afecciones a glándulas salivales, y que posteriormente se traducen en irritaciones orofaríngeas, hipersensibilidad y mal oclusiones dentales interviniendo directamente en una deficiente masticación y deglución, sialoadenitis, xerostomía, halitosis, entre otras, por lo tanto es de vital importancia establecer alerta en cualquier tipo de revisión médica. Por lo tanto:

¿Como identificar en el consultorio dental a un paciente con bulimia o anorexia nerviosas (sin que este lo reporte en el interrogatorio de la historia clínica), mediante las alteraciones bucodentales que llegue a presentar?

4. JUSTIFICACIÓN

La presente tesis tiene como fin primario darle herramientas al cirujano dentista para identificar por medio de la revisión clínica minuciosa y diagnostico oportuno la presencia de signos reconocibles en la boca del paciente con anorexia o bulimia nerviosa, así como de los signos visibles en esta clase de pacientes con el fin de proporcionarle el mejor tratamiento bucodental al paciente , en lo que llega a superar su trastorno alimenticio, tomar el mejor trato para este tipo de situaciones ya que son pacientes que requieren de ayuda psiquiátrica, y, por ultimo, que el cirujano dentista, pueda ser un vinculo ideal para prever o advertir a los familiares si sus pacientes presentan dichos cuadros

Estos trastornos del comportamiento alimenticio se escapan con mayor frecuencia al examen clínico dental, por lo tanto es importante el papel del cirujano dentista en el diagnóstico precoz de estos procesos en razón a que éste puede llegar a ser el primer profesional de la salud en identificar el problema debido a que el paciente suele acudir por las manifestaciones bucales como sería las molestias originadas por la hipersensibilidad dental derivada propiamente de la erosión que estos cuadros conllevan, por dar un ejemplo, y no por el trastorno primario en sí, por lo que hay que abordar el tema con gran tacto y delicadeza, teniendo una idea clara del proceso al que nos enfrentamos para poder ayudar y orientar al paciente a solucionar el problema.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de alteraciones bucodentales en pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa que demanden atención médica en el Instituto Nacional de Psiquiatría en el año 2003

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las alteraciones bucodentales más frecuentes en el paciente con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa y jerarquizarlas
- Identificar la prevalencia de bulimia y anorexia nerviosa por edad.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y METODO

Los datos fueron recolectados en las historias clínicas, previamente autorizadas por el paciente con el formato de apoyo ético, la cual fue la carta de consentimiento informada que previamente se elaboró.

El registro de las afecciones bucodentales que se presentaron en los pacientes encuestados se realizaron a través del examen clínico y del interrogatorio

A cada paciente se le aplicó una historia clínica empezando con el cuestionario de opción múltiple, cuyo primer punto incluyó el reporte a la hipersensibilidad dental, a ciertos estímulos como, al dulce, al ácido, al vomito y la cantidad de veces que se inducía este último, a la masticación de alimentos duros y al cepillado dental, posteriormente se le preguntó si presentaba irritación orofaríngea después del vomito, permanentemente, en las mañanas, por las noches o al ingerir alimentos, se examinó la presencia de aftas, y su localización (encía, lengua, carrillos, paladar, piso de boca, y fondo de saco) al igual que zonas isquémicas y su localización (encía, lengua, carrillos, paladar, piso de boca, fondo de saco, papila Inter dentaria, frenillo lingual, frenillo labial), se le cuestionó cuando fue la última visita al odontólogo y teniendo como opciones de respuesta; hace un mes, hace 2 meses, hace seis meses, más de seis meses, solo cuando había dolor o no lo acostumbraba también el interrogatorio incluyó cual fue el motivo de la consulta y las opciones fueron dolor dental, ardor de encía, lengua o paladar, prevención o revisión. Se le interrogó si cepillaba sus dientes y en caso de hacerlo, la cantidad de veces al día (1, 2, 3, más de 4, y en caso de contestar si a más de 4 se le preguntó si lo hacía después de cada vómito) también en el interrogatorio se incluyó la ingesta de bebidas como refresco o jugos cítricos y su frecuencia en litros a la semana. Para la inspección bucal, a cada paciente se le asignó un paquete estéril que contenía un espejo plano del número 5 y un explorador, se realizó este con lámpara intraoral, guantes de látex y cubre bocas.

Se comenzó revisando el margen gingival, y se calificó de acuerdo al índice gingival de Løe y Silness.⁵¹ Posteriormente mediante un odontograma se evaluó su estado dental. Se revisaron los labios para ver presencia de queilosis, y fisuras, en el superior y en el inferior. Se situaron según el periodo de erosión dental en el que se encontraron ya hubiese sido inicial, intermedio o periodo final y su localización. Se palpó la glándula parótida en forma bilateral, utilizando el pulpejo de los dedos en la parte inferior trasera del lóbulo de cada oreja tratando de alcanzar la rama ascendente de la mandíbula en su parte posterior y borde de la mandíbula con el fin de palpar los nódulos en presencia de inflamación al igual que las submandibulares. Por ultimo, se le cuestiono a la paciente si presentaba xerostomía.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Por las características de esta investigación, es un estudio observacional, descriptivo transversal.

6.3 POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes femeninos de 15 a 42 años con diagnóstico de anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa

6.4 MUESTRA

Fue determinada por asignación y acorde con los criterios de inclusión. Se examinaron a 101 pacientes con presencia de diagnóstico previo de anorexia y bulimia nerviosa que acudieron al Instituto Nacional de Psiquiatría, durante el periodo de Enero a Abril del 2003.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes entre 15 a 42 años con diagnóstico previo de anorexia y bulimia nerviosa.
- Sexo: Femenino

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no estuvieron dentro del grupo de edad .
- Pacientes que no tuvieron el diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa.
- Pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

6.7 VARIABLES

6.7.1 Variables dependientes:

- Erosión dental
- Hipersensibilidad dental
- Irritación Orofaringea

6.7.2 Variables Independientes:

- Anorexia
- Bulimia

6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Gingivitis

Se valoró de acuerdo al índice gingival de Löe y Silness. Descrita de la siguiente forma:

0 = Ausencia de signos de inflamación (tejidos bien adaptados al diente, consistencia firme, con estructura fisiológica).

1 = Inflamación leve (no se extiende alrededor del diente (cambios de color y consistencia si abarca uno o mas dientes pero no rodea completamente a ningún diente).

2 = inflamación moderada a grave que se extiende alrededor de todo el diente (brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, involucra por completo la encía y alrededor de uno a más dientes).3
= inflamación severa, tendencia al sangrado espontáneo y ulceración (marcado color rojo, inflamación marcada indicada por la pérdida de continuidad de superficie bucodental o cualquier papila interdental, marcada desviación del contorno normal como engrosamiento o agrandamiento, recesión).⁵¹

Erosión

Se determinó de acuerdo al nivel de daño que los pacientes presenten según el periodo en el que se encuentren, ya fuese:

Inicial (las alteraciones odontológicas son escasas, solo en ocasiones aparece adelgazamiento del espesor del esmalte siendo difícil establecer el diagnóstico de la enfermedad).

Intermedio (aparecen lesiones en la superficie del esmalte por la cara palatina de los dientes superiores, a nivel del grupo anterior no habiendo aun pérdida de la morfología del borde incisal, estas lesiones nos informan que la evolución de la enfermedad es de varios meses).

Periodo final (se encuentran los incisivos muy disminuidos de tamaño, con lesiones en forma de "V" en la cara vestibular por la gran erosión del borde incisal y cara palatina de los incisivos apareciendo sensibilidad dentinaria e incluso afectación pulpar en casos avanzados).⁴⁵

7. RESULTADOS

La siguiente tabla muestra la total recopilación de datos de la historia clínica completa aplicada a los 101 pacientes revisados con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa en el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Ciudad de México, De los cuales el 100% fue de sexo femenino arrojando los siguientes resultados, mismos que fueron expresados porcentualmente.

Tabla 1. Resultados

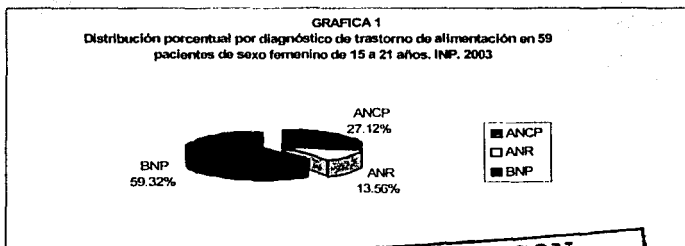
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA VACIADO DE DATOS DE 101 PACIENTES DE ENERO A ABRIL DEL 2003							
15-21 años 59 pac.		22-28 años 23 pac.		29-35 años 14 pac.		36-42 años 5 pac.	
Trastorno							
BNP	59.32%	BNP	60.87%	BNP	64.29%	BNP	100.00%
ANCP	27.12%	ANCP	30.43%	ANCP	21.43%	ANCP	0.00%
ANR	13.56%	ANR	8.70%	ANR	14.28%	ANR	0.00%
Hipersensibilidad dental							
H.D.		H.D.		H.D.		H.D.	
Sup. Frío	40.91%	Sup. Frío	45.45%	Sup. Frío	35.71%	Sup. Frío	37.50%
Inf. Frío	4.55%	Inf. Frío	0.00%	Inf. Frío	7.14%	Inf. Frío	5.00%
Sup. Calor	21.59%	Sup. Calor	36.38%	Sup. Calor	21.43%	Sup. Calor	25.00%
Inf. Calor	0.00%	Inf. Calor	0.00%	Inf. Calor	7.14%	Inf. Calor	0.00%
Sup. Dulce	12.50%	Sup. Dulce	9.09%	Sup. Dulce	3.57%	Sup. Dulce	12.50%
Inf. Dulce	5.68%	Inf. Dulce	0.00%	Inf. Dulce	3.57%	Inf. Dulce	2.50%
Sup. Ácido	14.77%	Sup. Ácido	9.09%	Sup. Ácido	21.43%	Sup. Ácido	15.00%
Inf. Ácido	0.00%	Inf. Ácido	0.00%	Inf. Ácido	0.00%	Inf. Ácido	2.50%
H.D. Vomito	44.00%	H. D. Vomito	65.00%	H.D. Vomito	57.00%	H. D. Vomito	100.00%
H. D. Cepillado	31.00%	H. D. Cepillado	17.00%	H. D. Cepillado	14.00%	H. D. Cepillado	8.00%
H.D. M.A.D.	12.00%	H. D. M.A.D.	13.00%	H.D. M.A.D.	29.00%	H. D. M.A.D.	2.00%
Frecuencia de vomito							
Intervalo M.	3 a 8 d	Intervalo M.	3 a 6 d	Intervalo M.	2 a 5 d	Intervalo M.	2 a 3 d

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA							
15-21 años		22-28 años		29-35 años		36-42 años	
Irritación Of:							
Desp. Vómito	59.00%	Desp Vomitó	52.00%	Desp. Vómito	64.00%	Desp. Vomitó	56.00%
Ing. Alim.	4.00%	Ing. Alim.	24.00%	Ing. Alim.	0.00%	Ing. Alim.	0.00%
Noches	0.00%	Noches	0.00%	Noches	12.00%	Noches	0.00%
Mañanas	11.00%	Mañanas	7.00%	Mañanas	6.00%	Mañanas	0.00%
Permanente	26.00%	Permanente	17.00%	Permanente	18.00%	Permanente	44.00%
Sang. D. V.	39.00%	Sang. D. V.	43.47%	Sang. D. V.	35.71%	Sang. D. V.	100.00%
Irritación Of.	52.54%	Irritación Of.	69.56%	Irritación Of.	71.42%	Irritación Of.	100.00%
Tiempo para visitar al odontólogo							
1 mes	10.53%	1 mes	17.39%	1 mes	23.08%	1 mes	20.00%
2 mes	10.53%	2 mes	13.04%	2 mes	7.69%	2 mes	40.00%
6 mes	7.02%	6 mes	13.04%	6 mes	23.08%	6 mes	0.00%
+ 6 meses	40.35%	+ 6 meses	17.39%	+ 6 meses	23.08%	+ 6 meses	20.00%
s/c dolor	8.77%	s/c dolor	17.39%	s/c dolor	7.69%	s/c dolor	0.00%
No Acost.	22.81%	No Acost.	21.74%	No Acost.	15.38%	No Acost.	20.00%
Motivo de visita al Od.							
Dolor Dental	25.00%	Dolor Dental	39.00%	Dolor Dental	42.86%	Dolor Dental	16.67%
Ardor encía	1.00%	Ardor encía	4.00%	Ardor encía	0.00%	Ardor encía	0.00%
Prevención	20.00%	Prevención	22.00%	Prevención	28.57%	Prevención	66.67%
Revisión	12.00%	Revisión	9.00%	Revisión	7.14%	Revisión	0.00%
No. Acost.	42.00%	No. Acost.	26.00%	No. Acost.	21.43%	No. Acost.	17.00%
Cepillado							
Si	95.00%	Si	100.00%	Si	100.00%	Si	100.00%
No	5.00%	No	0.00%	No	0.00%	No	0.00%
Frec. De cepillado							
1/Día	13.95%	1/Día	5.26%	1/Día	4.35%	1/Día	12.50%
2 /Día	17.44%	2 /Día	23.68%	2 /Día	4.35%	2 /Día	25.00%
3/ Día	26.00%	3/ Día	21.05%	3/ Día	34.78%	3/ Día	0.00%
4 ó + Día	8.14%	4 ó + Día	10.53%	4 ó + Día	13.04%	4 ó + Día	25.00%
Desp. Vómito	34.88%	Desp. Vómito	39.47%	Desp. Vómito	43.48%	Desp. Vómito	37.50%
Bebidas							
Refresco	42.37%	Refresco	65.21%	Refresco	57.14%	Refresco	60.00%
Litros/sem Media 1.2L		Litros/sem Media .7 L		Litros/sem Media 1.6 L		Litros/sem Media 2 L	
Jugos Cit.	61.00%	Jugos Cit.	60.86%	Jugos Cit.	64.28%	Jugos Cit.	100.00%
Litros/sem Media 3.3 L		Litros/sem Media 2 L		Litros/sem Media 2.5 L		Litros/sem Media 5.4 L	
Labios							
Fisurado Sup	3.00%	Fisurado Sup	8.70%	Fisurado Sup	7.00%	Fisurado Sup	0.00%
Fisurado Inf	8.00%	Fisurado Inf	13.04%	Fisurado Inf	0.00%	Fisurado Inf	0.00%
Resto d/grupo	89.00%	Resto d/grupo	78.26%	Resto d/grupo	93.00%	Resto d/grupo	0.00%

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA							
15-21 años		22-28 años		29-35 años		36-42 años	
Erosión	80.00%	Erosión	91.00%	Erosión	79.00%	Erosión	100.00%
Erosión Periodos							
P. Inicial	37.29%	P. Inicial	30.43%	P. Inicial	0.00%	P. Inicial	0.00%
P. Intermedio	37.29%	P. Intermedio	56.52%	P. Intermedio	58.00%	P. Intermedio	0.00%
P. Final	5.08%	P. Final	4.35%	P. Final	21.00%	P. Final	100.00%
Sin Erosión	20.00%	Sin Erosión	9.00%	Sin Erosión	21.00%	Sin Erosión	0.00%
Localización Erosión							
Sup/Pal	73.00%	Sup/Pal	83.00%	Sup/Pal	58.00%	Sup/Pal	0.00%
Sup/Vest	0.00%	Sup/Vest	4.00%	Sup/Vest	0.00%	Sup/Vest	0.00%
Sup/p/Bl	7.00%	Sup/p/Bl	4.00%	Sup/p/Bl	21.00%	Sup/p/Bl	100.00%
Sin Erosión	20.00%	Sin Erosión	9.00%	Sin Erosión	21.00%	Sin Erosión	0.00%
Xerostomía							
Reportó	42.00%	Reportó	74.00%	Reportó	36.00%	Reportó	60.00%
Gingivitis							
Sano	37.29%	Sano	26.09%	Sano	35.71%	Sano	20.0%
Inf. Leve	33.90%	Inf. Leve	47.83%	Inf. Leve	35.72%	Inf. Leve	40.0%
Inf. Mo. A Grave	22.03%	Inf. Mo. A Grave	13.04%	Inf. Mo. A Grave	28.57%	Inf. Mo a Grave	40.0%
Inf. Severa	6.78%	Inf. Severa	13.04%	Inf. Severa	0.0%	Inf. Severa	0.0%

Fuente directa

Respecto a trastorno de alimentación en los grupos etáreos de 15 a 21 años se observó que el 59.32% correspondió a los pacientes que presentan bulimia nerviosa purgativa (BNP), el 27.12% presentan anorexia nerviosa compulsivo purgativa (ANCP), y la proporción restante 13.56% presentan anorexia nerviosa restrictiva (ANR). (grafica 1)



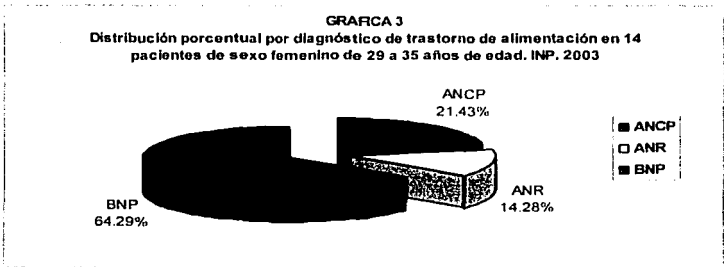
Fuente directa

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En todos los grupos etáreos se observa que el diagnostico de bulimia nerviosa purgativa esta presente con una prevalencia considerable, así, en el grupo de edad de 22 a 28 años, el 60.87% de las pacientes presenta este diagnostico y en los grupos de 29 a 35, y de 36 a 42 años de edad se observa que las proporciones mayores las ocupa también este diagnostico, en el de 29 a 35 fue de 64.29% y en el grupo de 36 a 42 años fue del orden del 100%. Se observa que en todos los grupos etáreos la anorexia nerviosa restrictiva es la que se presenta en menor proporción. (grafica 2, 3, y 4)

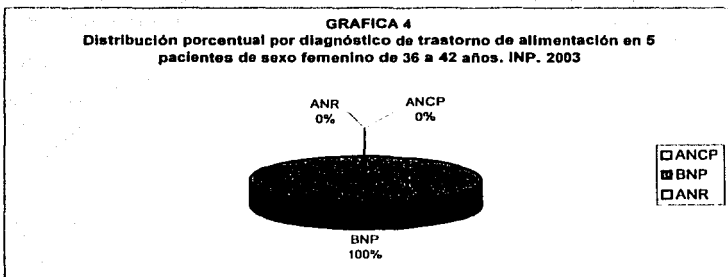


Fuente directa

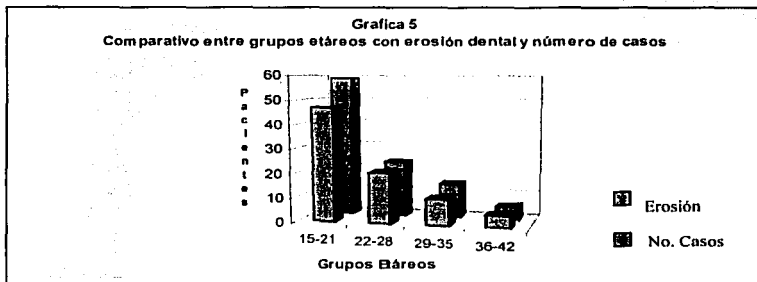


Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

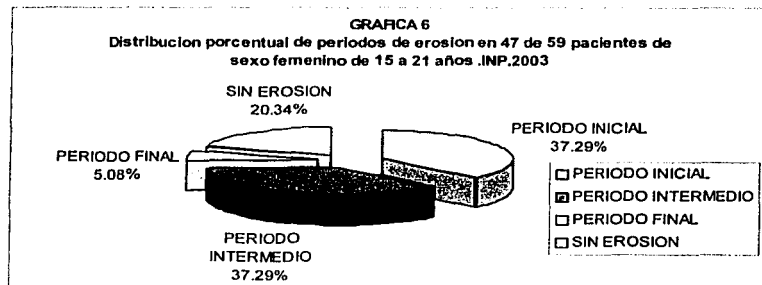


Respecto a la presencia de erosión dental se observó un porcentaje global para los 101 pacientes fue de 83.16% que equivale a 84 pacientes. De éstos, el grupo etáreo de 15 a 21 años fue del 80% (47 de 59 pacientes), en el grupo de 22 a 28 fue del 91% (21 de 23 pacientes), en el grupo de 29 a 35 fue del 79% (11 de 14 pacientes) y en el de 36 a 42 años fue el 100% (5 de 5 pacientes examinados). (grafica 5)



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

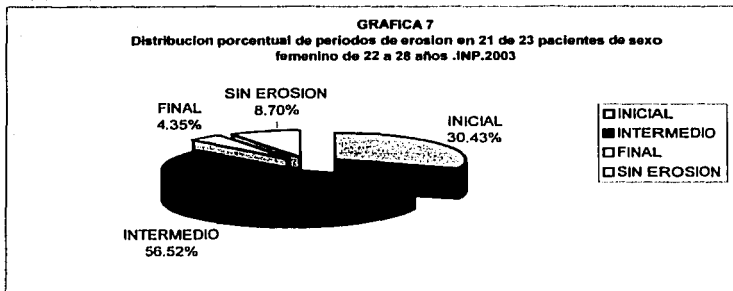
En cuanto a la erosión dental por períodos en los que se encontraron los grupos por edades examinados, arrojaron los siguientes datos: en el grupo de 15 a 21 años hubo una coincidencia entre el periodo inicial e intermedio con un 37.29%, en cuanto al final solamente el 5.08% se ubicó en ese periodo, y el 20% de los pacientes no presentó erosión dental, (gráfica 6).



Fuente directa

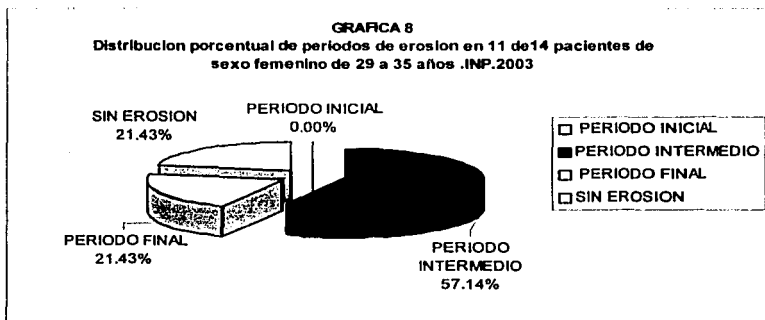
En el grupo de 22 a 28 años la mayoría se ubicó en el periodo intermedio con un 56.52%, mientras que otra parte importante del grupo se ubicó en el periodo inicial con un 30.43%, en el final con un 4.35% y el resto del grupo con 9% no presentó erosión (gráfica 7).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



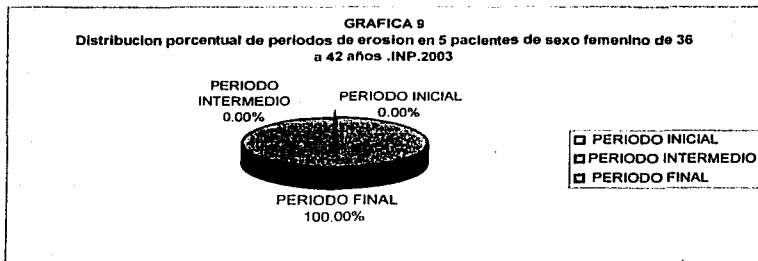
Fuente directa

En el grupo de 29 a 35 años ningún paciente fue ubicado en el periodo inicial, concentrándose el mayor porcentaje en el periodo intermedio con el 58%, el final con el 21%, y un resto de un 21% el cual no presentó erosión (gráfica 8). En el grupo etáreo de 36 a 42 sólo se reportó el periodo final con un 100%, (gráfica 9).



Fuente directa

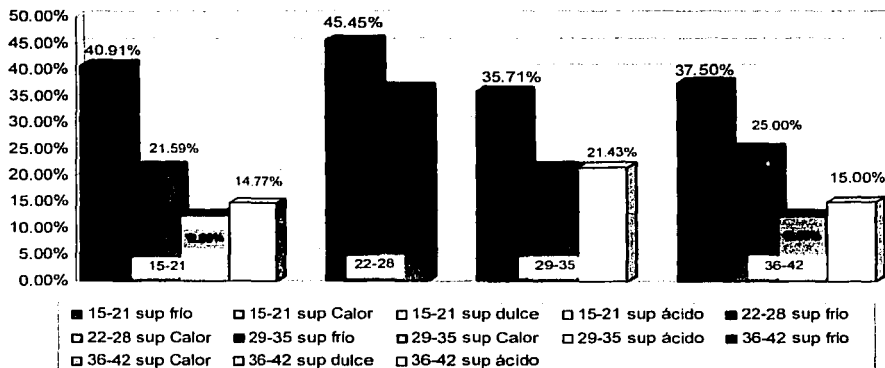
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En la gráfica correspondiente a hipersensibilidad dental se agrupó a los 101 pacientes divididos por grupos etáreos y por la hipersensibilidad dental que reportaron en cuanto a la posición dental (anteriores superiores y/o inferiores) discriminando porcentajes menores al 10%. Los pacientes del grupo de 15 a 21 años, mostraron una mayor sensibilidad al frío en superior con un porcentaje de 40.91%, al calor con un 21.59%, al dulce con un 12.50% y al ácido con un 14.77%. En el grupo de 22 a 28 años igualmente la mayoría reporto sensibilidad en los dientes superiores siendo al frío la mas predominante con un 45.45% seguido por la hipersensibilidad dental al calor con un 36.36% y el resto menor al 10%. En el grupo de 29 a 35 años la mayor incidencia de hipersensibilidad dental se reportó en el cuadrante anterior superior al frío con un 35.71% , y al calor con un 21.42% y al ácido con un 21.33%. en el grupo de 36 a 42 años, la mayor hipersensibilidad reportada se dio con al frío con un 37.50%, al calor con un 25% , al dulce con un 12.50% y al ácido con un 15% siendo todo en el cuadrante anterior superior. (grafica 10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

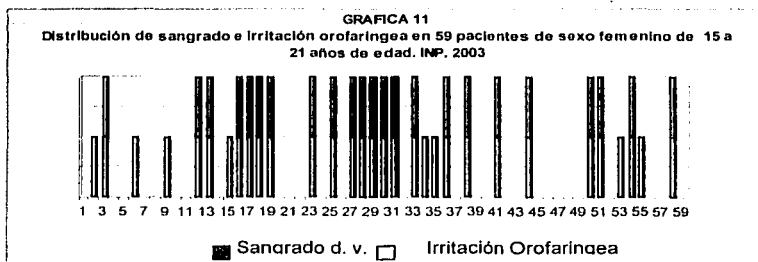
GRÁFICA 10
Distribución porcentual de hipersensibilidad dental en 101 pacientes por grupos
étnicos de sexo femenino. INP.2003



Fuente directa

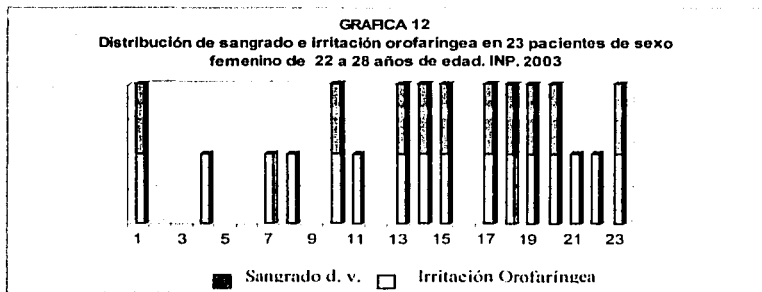
En cuanto a lesiones en tejidos blandos uno de los aspectos que se examinó fue la irritación orofaríngea y el sangrado que se llegaba a presentar después del vómito (d.v). En el grupo de 15 a 21 se reportó sangrado después del vómito (d.v.) en un 39% del grupo total. En cuanto a la irritación orofaríngea, hubo un 52.54%, y el resto del grupo que no presentó lesión fue de un 47.6%. (gráfica 11)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



Fuente directa

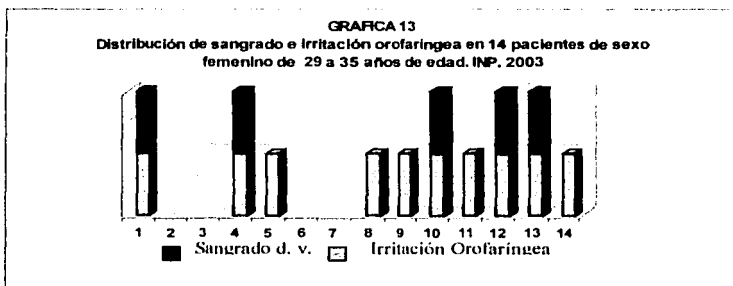
En el grupo de 22 a 28 años se reportó sangrado después del vómito (d.v.) en un 43.7%. En cuanto a la irritación orofaríngea se reportó un 69.56% y el resto del grupo que no presentó lesión fue del 30.4% (gráfica 12)



Fuente directa

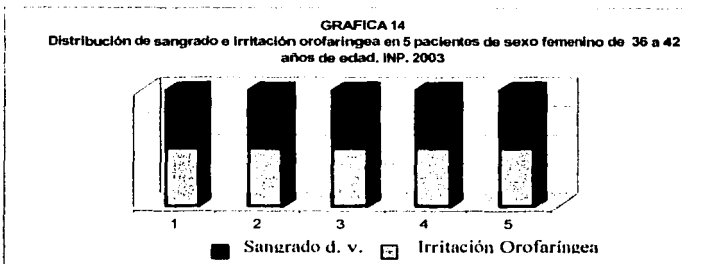
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el grupo de 29 a 35 años se reportó sangrado después del vómito en un 35.71%. En cuanto a la irritación orofaríngea se reportó un 71.42% y el resto del grupo que no presentó lesión fue del 28.58% (gráfica 13)



Fuente directa

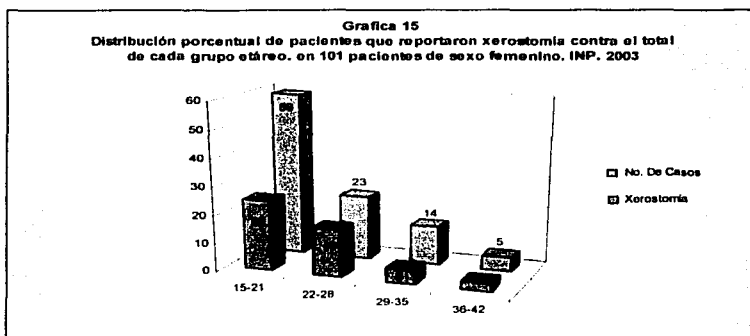
En las edades de 36 a 42 reportó sangrado después del vómito en un 100% e irritación orofaríngea en un 100%. (gráfica 14)



Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

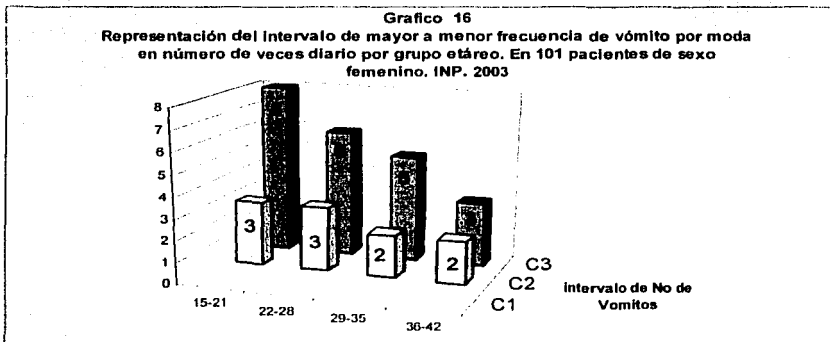
Respecto al reporte de xerostomía dado por los pacientes se observó un porcentaje global para los 101 pacientes de 49.9% que equivale a 50 pacientes. De los cuales del grupo etáreo de 15 a 21 años fue del 42.37% (25 de 59 pacientes), en el grupo de 22 a 28 fue del 73.91% (17 de 23 pacientes), en el grupo de 29 a 35 fue del 35.71% (5 de 14 pacientes) y en el de 36 a 42 años fue el 60% (3 de 5 pacientes examinados) (grafica 15)



Fuente directa

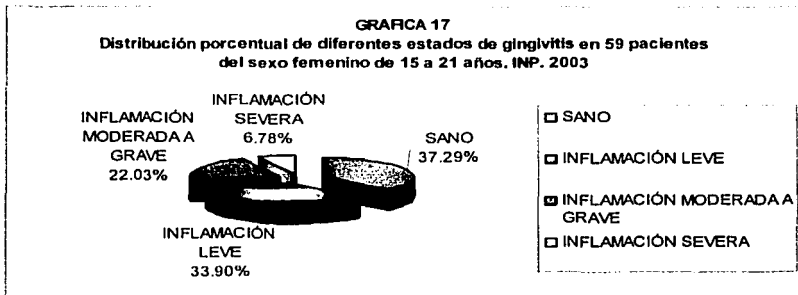
En cuanto al número de veces que las pacientes reportaron que se autoinducían el vómito, se graficó el intervalo de mayor a menor número por medio de la moda, se encontró que en el grupo de 15 a 21 años de edad mantenían un intervalo de 3 a 8 vómitos por día como moda. En el grupo de 22 a 28 años reportaron una moda en número de veces al día de vómitos autoinducidos de 3 a 6 veces por día. En el grupo de 29 a 35 años de 2 a 5 veces al día, y en el grupo de 36 a 42 años de 2 a 3 veces al día. (grafica 16)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fuente directa

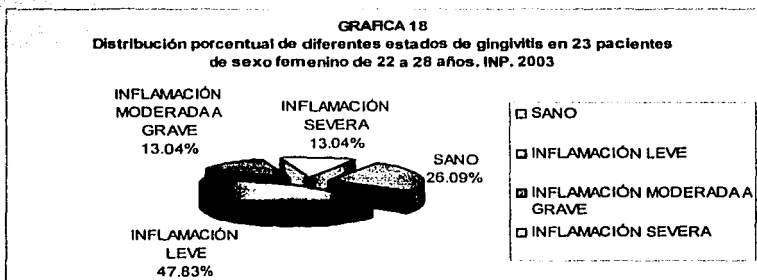
Respecto a la gingivitis los resultados obtenidos fueron: en el grupo de 15 a 21 años de edad, los siguientes datos: inflamación leve en el 33.9% de los pacientes, la inflamación de moderada a grave en un 22.03% y una inflamación severa de 6.78%. El resto del grupo que constituyó el 37.29% no reportó esta patología. (grafica 17)



Fuente directa

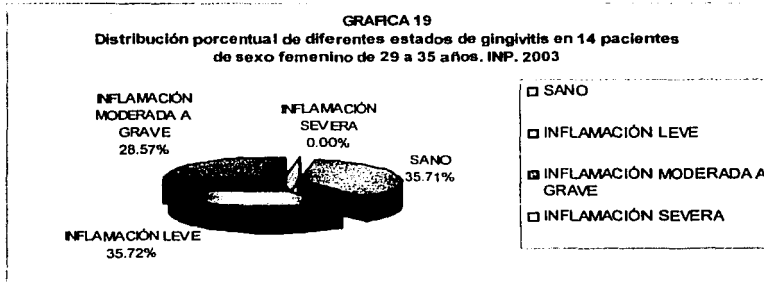
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el grupo de 22 a 28 años de edad, se obtuvieron los siguientes datos: inflamación leve en el 47.83% de los pacientes, la inflamación de moderada a grave en un 13.04% y una inflamación severa igualmente del 13.04%. El resto del grupo que constituyó el 26.09% no reportó esta patología. (grafica 18)



Fuente directa

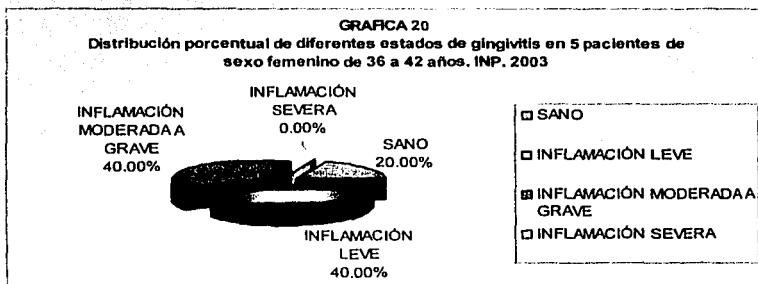
El grupo de 29 a 35 años de edad, se obtuvieron los siguientes datos: inflamación leve en el 35.71% de los pacientes, la inflamación de moderada a grave en un 28.57%, siendo nula la inflamación severa. El resto del grupo que constituyó el 35.71% no reportó esta patología. (grafica 19)



Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el grupo de 36 a 42 años de edad, se obtuvieron los siguientes datos: inflamación leve en el 40% de los pacientes, la inflamación de moderada a grave igualmente en un 40% y no se reportó inflamación severa. El resto del grupo que constituyó el 20% no reportó esta patología. (grafica 20)



Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. DISCUSIÓN

Trabajos como el de los investigadores Antonio Domínguez y colaboradores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, hacen evidente que las manifestaciones más latentes de la anorexia y la bulimia nerviosa se ha hecho presentes desde preadolescentes de entre 10 a 12 años, pasando principalmente por adolescentes de 15 a 21 años, hasta casos aislados de entre 30 hasta 42 años, mismos que en la presente investigación se hace notar de igual forma pasando desde el intervalo de 15 a 21 años como el principal grado de incidencia de casos, siendo moderada la presencia de entre 22 a 28 años hasta los casos aislados de entre 36 a 42 años; siendo la edad un detalle importante a considerar ya que en diversas investigaciones realizadas tanto en los Estados Unidos por el National Institute of Dental Research que reportó los mismos datos, como Europeas (como es el caso citado), han dado la idea de que en un mundo global ahora los problemas se diseminan en similares circunstancias, siendo la edad un factor prácticamente constante en todo el mundo.

De igual forma el National Institute of Dental Research (USA), declara en sus investigaciones que no queda claro o concluyente, padecimientos como la caries dental en pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, situación que de igual forma nos llevó a descartar su desarrollo en el presente trabajo por el hecho de encontrar que los factores en las pacientes analizadas no presentaban evidencia concluyente de que su padecimiento o trastorno alimenticio generara directamente la incidencia de caries dental en sus dientes. Solamente existió evidencia de que la erosión en la capa superior de los dientes podía ser causa de una proliferación de caries dental. Una de las investigaciones que marcó algunas diferencias con la presente investigación fue la realizada en el Hospital Universitario de Puebla en el año 2001 a pacientes de entre 14 a 18 años, aplicada a 32 pacientes. Las diferencias marcadas fueron, que según los datos estadísticos obtenidos de su investigación el 100% de los casos presentaban caries dental, atribuyendo al

hecho de que en el caso de los bulímicos y los anoréxicos compulsivo-purgativos, principalmente, la incidencia de vómito genera graves daños en los tejidos tanto duros como blandos, generando así dicho padecimiento, sin embargo aún que sí se puede afirmar que el vómito podría ser un factor probable de causa de caries dental como lo hemos mencionado anteriormente, no es una razón concluyente de posibilidad directa de dicho padecimiento dental. Por otro lado, algunas coincidencias con dicha investigación fueron el alto grado de erosión dental que presentaron sus casos junto a la sensibilidad dental presentada (69% con respecto a 41% de la tesis), e irritación orofaríngea (69% con respecto a 59% de los resultados de la misma).

9. CONCLUSIONES

La erosión en los dientes; una de los eventos más agresivos , que en todos los casos analizados se observó su presencia en porcentajes alarmantes conviniendo que a mayor incidencia de vómito se provocaba una mayor erosión obviamente por el contacto de los ácidos estomacales en la boca, esto está directamente relacionado con los años del padecimiento y se pueden observar pacientes de largo proceso con mordida abierta por degradación completa de los dientes superiores.

Otro factor que incrementó la erosión en los pacientes, fue la ingesta de líquidos cítricos y/o refrescos los cuales apoyaban la erosión del esmalte dental. Además de existir el factor del inapropiado cepillado al ejecutarlo principalmente después de cada vómito.

En pacientes anoréxicas el riesgo de una mala dieta o nula ingesta de alimentos se traduce en desmineralización del esmalte por lo que los dientes en éste tipo de pacientes p son frágiles y quebradizos.

Los pacientes presentan hipersensibilidad dental indiscutiblemente por la erosión presentada, siendo lógico que los resultados arrojados mostraran que a mayor edad o implementación de los hábitos anteriores la sensibilidad presentada era mayor.

Por el mismo proceso del vómito recurrente todos los pacientes presentan irritación Orofaringea, dándose una mayor percepción por parte del paciente después del vómito, observando en algunos de ellos hasta sangrado.

La relación que se encontró entre la gingivitis dentro de las patologías tratadas fue principalmente dirigido a que el vómito crónico afecta las glándulas salivales, las cuales al ser afectadas generan una mala producción de saliva, en cuanto a calidad y cantidad provocando la mala hidratación de los tejidos gingivales, además de no haber arrastre de bacterias y aunado a las deficiencias dietéticas (factor común en ambas patologías) se puede explicar su presencia como un factor general de los pacientes tratados. Cabe mencionar que la higiene bucal de los casos fue, salvo en un paciente de los cien analizados, de buena a excelente, ya que el hábito de la limpieza bucal predomina como práctica compensatoria dentro de la anorexia y la bulimia nerviosa, y por lo tanto la gingivitis observada si muestra una diferencia clara con personas comunes en donde la mala higiene es un factor determinante.

10. RECOMENDACIONES

Por los resultados arrojados en la presente investigación, se considera importante exhortar al Cirujano Dentista en su labor como profesional de la salud, recomendándole los siguientes puntos, en el posible caso de presentarse la oportunidad por su parte de atender a algún paciente que exponga las características o las condiciones bucodentales que he descrito en la investigación sobre personas con anorexia o bulimia nerviosa:

Considerar de primera intención, la realización del historial clínico para todo paciente (máxime si presenta el físico característico del anoréxico), incluyendo en él preguntas como pérdida de peso substancial en poco tiempo, presencia de vómito, número de veces, ingesta del alimento tres veces al día o cuantas, tipos de bebidas comunes, etc. para tener elementos más completos de análisis inicial de las condiciones del paciente. Sería prudente de igual forma el tener medidas alternas al historial clínico, ya que es común que este tipo de pacientes eludan o se nieguen al proceso, por lo cual se recomienda implementar a medida de pláticas, preguntas similares sobre alimentación y hábitos de ingesta.

Continuar con un minucioso examen buco dental, con el fin de identificar las afecciones mencionadas en la investigación; como sería de primera intención la erosión dental, hipersensibilidad o xerostomía, entre otras. Por ejemplo se puede observar el daño que muestran los tejidos dentales por erosión, así como el tiempo que el paciente ha mantenido su trastorno alimenticio.

Una vez identificado este tipo de pacientes, sería apropiado sugerirles o en su defecto a su tutor o padre de familia, la posibilidad de obtener ayuda psiquiátrica y nutricional, misma que resultaría necesaria para un buen tratamiento integral, evitándole por consiguiente el continuar destruyendo tanto su salud física como bucodental. Principalmente en casos críticos de anorexia se debe de remitir (bajo condiciones de urgencia dental), a centros de ayuda que ofrezcan dicho apoyo integral ya que es la única forma de atender de manera segura a éste tipo de pacientes.

11. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Barber, S., Bolaños, C. P., López, J. Ch., Y Ostrosky, A. (1995) **Los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia nerviosa y Obesidad**. Psicología Iberoamericana 3: (2), 20-34
- ² Guillemot, A. Y Laxenaire, M (1994), **Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura**. España: Masson. Pp 98-107
- ³ Bell, R.M. (1985), **Holy anorexia**. Chicago: University of Chicago. Pp 59-66
- ⁴ Silverman, J.A. (1986). **Anorexia nervosa in seventeenth century England as viewed by physician, philosopher and pedagogue an essay**, International Journal of Eating Disorders. 5 (5), 847-853
- ⁵ Holtz, V (1985), **Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa** Psicología Iberoamericana. 3 (2), 5-13
- ⁶ Toro, J, (1996) **El cuerpo como delito**. . (pp 20-38) Barcelona: Ariel y ciencia
- ⁷ Wilson, G.T. y Walsh, B.T., (1991), **Eating disorders in the DSM-IV**, Journal of Abnormal Psychology, 100 (3), 362-365.
- ⁸ Toro, J, Vilardell, E. (1987) **Anorexia nerviosa**. (pp 229-234) Barcelona: Martínez Roca.
- ⁹ Unikel S. Gómez, Pérez-Mitré, _G. (1999) **Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferencias y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas**. Revista de la psicología conductual 7 (3) pp. 417-429
- ¹⁰ Blinder B.J., y Candenehead, K. (1988), **Bulimia: una reseña histórica** pp. 23-35 En: S.C. Feistein y A.D. Sorosky (comps.) **Trastornos en la alimentación**. Argentina, Nueva Visión.
- ¹¹ Hartman D. **Anorexia nerviosa-diagnosis, aetiology and treatment**. Postgrad Med J 1995: 71 712-6
- ¹² Ramírez G. Zárate O. **Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**. Aspectos Odontológicos. Revista ADM Vol. LVII. No. 1 Enero-Febrero 2000, pp 23-32

- ¹³ Foster DW. "**Anorexia nerviosa y bulimia**". En: Harrison, Principios de medicina interna, 13ª ed. Madrid: Interamericana/ Mc Graw-Hill; 1994 vol I: 527-31
- ¹⁴ Marañón G. "**Manual de Diagnóstico Etiológico**". Ed. Espasa-Calpe, Madrid 1974 pp. 187-190
- ¹⁵ Russell GF. "**Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa**". Psicol. Med. 1979, 9 429-448
- ¹⁶ Pope HG, Hudson JI, Mialel JP. "**Bulimia nervosa in the late nineteenth century; the observations**" of Pierre Janet Psychol Med. 1985; 15 739-743
- ¹⁷ Revista Quo. Artículo "**Nos vemos mejor de lo que somos**". No. 61, noviembre 2002. Editorial Televisa México., pág. 14
- ¹⁸ Artículo No. 11. "**Anorexia en adolescentes y T.V.**" [en línea] 1999 febrero 20 [fecha de acceso 12 noviembre 2002]; URL disponible en: www.ctv.es/diagnostico/diagnostico/anorexia%20y%20bulimia.html
- ¹⁹ Lic. Lidia Isabel Valles Huerta. "**Ensayo sobre anorexia y bulimia**". Ed. Interamericana. 9a Edición. 1999
- ²⁰ Chorot, P. Pérez, LL. Sandín. "**Métodos de investigación en psicología**". En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. "Ed. Eds." Manual de psicología Vol. 1 pp. 6-124 España. MacGraw Hill. Interamericana 1995
- ²¹ Garner, D.M. "**Does anorexia nervosa exist on a continuum?**" International Journal of Eating Disorders, 2, 11-20
- ²² Organización Mundial de la Salud. Ginebra CIE-10 "**Trastornos mentales y de comportamiento**". Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 1992
- ²³ Gloria Marsellach, Umbert, Rosa Mª Raich, "**Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios**", Editorial Pirámide.5ª Edición. Pags. 200-205
- ²⁴ DSM-IV –tr. "**Diagnostical and statistical manual of mental disorders**". Publicado por Asociación Psiquiátrica Americana. C.C. de Washington 1994
- ²⁵ Mancilla J.M. Mercado, (1999) "Factores de riesgo en los trastornos alimentarios". Revista mexicana de Psicología, 16 (1), 37-46.
- ²⁶ University of Toronto, "**Hand Book of eating disorders**", University of Toronto, Canadá 1992,. Pp. 41-42

- ²⁷ Thorn, Adams, Braunwald, Isselbacher, Petersdorf. Harrison, **"Medicina Interna"** 5a Edición español. Traducción de la 8ava. En inglés. Tomo I, Ediciones científicas La prensa Médica Mexicana, S.A., pp 246-247
- ²⁸ Artículo No. 2 **"Nutrición y aspectos bucodentales"**. Universidad Autónoma Metropolitana. U. Xochimilco.[en línea] 2002 [fecha de acceso 12 marzo 2003]; Disponible en: www.odontologia.com.mx
- ²⁹ Raich, E. R. (1998) **"Definición y evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios"**. Revista de psicología y ciencia social. Vol. 1 P. 201
- ³⁰ J. Vallejo **"Introducción a la psicopatología y psiquiatría"**, Ed. Salvat. México. pp. 125-133
- ³¹ Ducker M, Slade R, **"Testing the hipótesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents"**, Adolescence 1997, Spring; 32 (125): 101-111
- ³² W. Reiff, **"Eating Disorders nutrition therapy in the recovery process"**. Aspen publication, Gaithersburg Maryland, 1992., pp 69
- ³³ López-Ibor, **"Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"** (DSMIV), Masson, 1995., pp
- ³⁴ Morris C. **"Psicología"**, Ed. Prentice may, quinta edición, México, 1987., pp 102-107
- ³⁵ Internet. SIMÓN. **"Bulimia y anorexia"** [en línea] 1999 agosto 28 [fecha de acceso 17 de noviembre el 2002]; Disponible en: http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/buli_anore/default.htm
- ³⁶ Dr. Alejandro Caballero R. Conferencia **"Evaluación y manejo de los trastornos alimentarios"**. Instituto Nacional de Psiquiatría. México. D.F. 2003
- ³⁷ Mateos, A. y Solano N. (1997) **"Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia"**. Revista Electrónica de Psicología, 1 (1), 1-19
- ³⁸ Martínez M., Toro, T., Blecua, M., y Zaragoza, M. (1993) **"Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la estimulación"**. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20 (2), 51-65

- ³⁹ Villalobos, B. **"El disgusto con el propio cuerpo es causa de sentimientos de depresión, estrés y culpa en hombres y mujeres"**. [en línea] 2000 septiembre [fecha de acceso 17 de noviembre 2002]; Disponible en: <http://www.terra.com.mx/noticias/articulos/020575>
- ⁴⁰ Ríos, L (1999) **"Ideal estético: Fuente de Insatisfacción"**. Reforma, 11-11[en línea] 1990 [fecha de acceso noviembre 2002]; disponible en: <http://www.fumtadip.com.ar/salgado.htm>
- ⁴¹ Stege P, Visco Dangler L, Rye L. **"Anorexia nerviosa: review including oral and a dental manifestations"**. JADA 1982; 104 648-52
- ⁴² Gross K, Brough KM, Randolph PM. Eating disorder: **"Anorexia y bulimia nerviosa nerviosas"**. J Dent Child 1986, 5: 378-80
- ⁴³ Milosevic, A. **"Eating disorders and the dentist"**. Br Dent J, 1999; 186; 109-113
- ⁴⁴ Declaración de la Federación Dental Internacional. **"Erosión dental"** [en línea] 2001 [fecha de acceso 24 de Noviembre 2002]; Disponible en: http://www.ateneo-odontologia.org.ar/revista_2001_03.html
- ⁴⁵ TOUYZ SW, LIEW VP, FRISKEN K, WILLIAMS H, BEUMONT PJV. **"Oral and dental complications in dieting disorders"**. Int J Eating disord 1993; 18: 341-348.
- ⁴⁶ TUBOTICA.NET **"La Gingivitis"**. [en línea] 2000 [fecha de acceso Noviembre 2002]; Disponible en: http://www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Gingivitis.htm
- ⁴⁷ Journal of Periodontology. **"Como diagnosticar y manejar la gingivitis"**. Facultad de Odontología. Universidad de Colombia. Marzo 1998. pp. 1-4
- ⁴⁸ Regezi – Sciubba. **"Patología Bucal"** Segunda Edición. McGraw Interamericana., pp.267 o tutores.
- ⁴⁹ TUBOTICA.NET **"La Xerostomía o sequedad bucal"** [en línea] 2000 [fecha de acceso Noviembre 2002]; Disponible en: http://216.239.39.100/search?q=cache:6l_cxu6ZP0C:www.tubotica.net/consejos/Salud/Higiene_Bucal/Xerostomia.htm+GINGIVITIS+CARIES+POR+ANOREXIA&hl=es&ie=UTF-8

⁵⁰ Dra. Luna Pinto. "**Hipersensibilidad Dental**" [en línea] 1998 [fecha de acceso Noviembre 2002]; Disponible en:
<http://www.tupediatra.com/odontologia/hipersensibilidad-dental.htm>

⁵¹ Carranza- Newman. "**Periodontología clínica**" Editorial Mc Graw-Hill Octava Edición 1998.

12. ANEXOS

Historia Clínica.

Carta de consentimiento informado para padres de familia o tutores y pacientes.

Cartas de apoyo para la investigación de campo Dr. Alejandro Cravioto.

Constancia de conclusión de investigación de campo por el Instituto Nacional de Psiquiatría.



PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA DEL I.N.P.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD SEXO

1. PRESENTA SENSIBILIDAD EN:

ARCADA SUPERIOR :

--	--	--	--

ARCADA INFERIOR

--	--	--	--

- 1) FRÍO 2) CALOR 3) DULCE 4) ÁCIDO

2. LA SENSIBILIDAD SE PRESENTA DESPUES DE:

- 1) VÓMITO 2) CEPILLADO 3) MASTICAR ALIMENTOS DUROS

--	--	--

3. PRESENTA IRRITACIÓN OROFARÍNGEA:

- 1) AL VOMITAR 2) PERMANENTEMENTE 3) EN LAS MAÑANAS 4) POR LAS NOCHES
5) AL INGERIR ALIMENTOS

--	--	--	--

4. PRESENCIA DE AFTAS:

SI	NO
----	----

5. LOCALIZACIÓN:

- 1) ENCIÓN 2) LENGUA 3) CARILLOS 4) PALADAR 5) PISO DE BOCA 6) FONDO DE SACO

--	--

6. PRESENCIA DE ZONAS ISQUÉMICAS:

SI	NO
----	----

--	--

7. LOCALIZACIÓN:

- 1) ENCIÓN 2) LENGUA 3) CARILLOS 4) PALADAR 5) PISO DE BOCA 6) FONDO DE SACO
7) PAPILA INTERDENTARIA 8) FRENILLO LINGUAL 9) FRENILLO LABIAL

--	--	--	--

8. PRESENTA IRRITACIÓN OF.:

SI	NO
----	----

9. SANGRADO OF.:

SI	NO
----	----

10. ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO:

- 1) HACE UN MES 2) HACE DOS MESES 3) HACE SEIS MESES 4) MÁS DE SEIS MESES
5) SOLO CUANDO HAY DOLOR DENTAL 6) NO LO ACOSTUMBRO

--

11. MOTIVO DE LA CONSULTA:

- 1) DOLOR DENTAL 2) ARDOR DE ENCIÓN, LENGUA O PALADAR 3) PREVENCIÓN 4) REVISIÓN

--

12. CEPILLA SUS DIENTES:

SI	NO
----	----

13. FRECUENCIA DEL CEPILLADO :

- 1) UNA VEZ AL DÍA 2) DOS VECES AL DÍA 3) TRES VECES AL DÍA 4) NO ME CEPILLO

--

14. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES BEBIDAS INCLUYE EN SU ALIMENTACIÓN?

- 1) REFRESCO (GASEOSO) 2) JUGOS (CITRICOS)

--	--

FRECUENCIA

FRECUENCIA

--

--

INDICE GINGIVAL

16	12	24
44	32	36

- 0 TEJIDO PERIODONTAL SANO
- 1 INFLAMACIÓN GINGIVAL LIGERA SIN SANGRADO AL SONDEO
- 2 INFLAMACIÓN MODERADA CON SANGRADO AL SONDEO
- 3 INFLAMACIÓN CON SANGRADO ESPONTÁNEO

CARIES

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

- 0 SANO
- 1 CARIADO
- 2 OBTURADO SIN CARIES
- 3 OBTURADO CON CARIES
- 4 PERDIDO POR CARIES
- 5 PERDIDO POR OTRAS CAUSAS
- 6 EXTRACCIÓN INDICADA
- 7 NO ERUPCIONADO
- 8 NO APLICABLE

LABIOS

FISURADOS: SUPERIOR SI NO INFERIOR SI NO

QUEILOSI SI NO

EROSIÓN:

1) PERIODO INICIAL 2) PERIODO INTERMEDIO 3) PERIODO FINAL

LOCALIZACIÓN

EXAMINACIÓN DE PARÓTIDAS: INFLAMACIÓN SI NO

INFORMACIÓN RELEVANTE:

FIRMA DEL ENCUESTADO _____

89-B

México, D.F. a ____ de _____ del 2003



Carta de consentimiento informada

María del Carmen Mendoza Sagaón
Pasante de Odontología
Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

Por medio de la presente me permito solicitarle de la manera más atenta sea tan amable de contribuir con su presencia en un breve estudio bucal, el cual ayudará a complementar con datos de campo, la tesis de licenciatura "Prevalencia de alteraciones bucodentales en pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa". Teniendo como objetivo del estudio incrementar el conocimiento de las afecciones dentales degenerativas que provocan dichos padecimientos, mejorando por consiguiente en los futuros odontólogos tanto su atención como su óptimo tratamiento.

En el estudio a tratar se realizará un breve cuestionario y una revisión bucal del su estado dental así como una examinación de tejidos blandos. Como retribución a su cooperación se le establecerá un diagnóstico y un plan de tratamiento personal a seguir. Así mismo cabe mencionar que el examen no genera costo alguno, los resultados y hallazgos encontrados serán totalmente confidenciales. El material a utilizar en el examen contará con lo siguiente: Lámpara intraoral, bolsa estéril que contiene un espejo desechable, abatelenguas y/o explorador (de ser necesario). El paquete será abierto en su presencia con fines de higiene y confiabilidad. De ser indispensable (y solamente bajo su completa autorización) se utilizará una cámara digital, con el fin de agregar al estudio pruebas clínicas única y exclusivamente de su dentadura. Por último cabe mencionar que dispone de toda la libertad para rechazar la revisión bucodental que le solicito, sin tener ninguna implicación con la atención que actualmente recibe en el instituto.

Agradeciéndole de antemano la atención y la resolución de esta atenta petición.

Respetuosamente

María del Carmen Mendoza Sagaón

Directora de Tesis Dra. Leonor Ochoa García,
C.D. Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo,
Facultad de Odontología de la UNAM

Nombre y firma: _____

En caso de ser menor de edad, nombre y firma de la persona que autoriza: _____

Parentesco: _____

89-C



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION

OFICIO FMED/AC/0695/02

ASUNTO: *Se solicita autorización*

DR. GERARDO HEINZE MARTIN
DIRECTOR GENERAL
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
Presente.

Estimado Doctor Heinze:

Por medio de la presente me permito solicitar a usted, de no existir inconveniente, se le permita el acceso a la Señorita María del Carmen Mendoza Sagaon, alumna de la Facultad de Odontología de esta universidad, al servicio de atención a pacientes del Instituto a su digno cargo.

La alumna Mendoza, esta actualmente realizando su proyecto de tesis sobre el tema "*Prevalencia de afecciones bucodentales en pacientes con diagnóstico de anorexia y bulimia*". Motivo por el cual, necesita realizar una investigación de campo en pacientes con este diagnóstico donde se les realizara una pequeña historia clínica, que consta de un breve cuestionario dicotómico y una revisión bucodental.

Agradezco de antemano el apoyo que se le pueda brindar a la alumna María del Carmen Mendoza Sagaon y aprovecho para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, D.F., a 25 de noviembre de 2002

EL DIRECTOR

DR. ALEJANDRO CRAVIOTO

AC*sgz.

89-D



Calz. México-Xochimilco 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



Tel. 56 55 28 11, Fax 56 55 04 11
<http://www.inpcedam.edu.mx>

México, D.F. a 21 de Abril del 2003.

C.C.D. Leonor Ochoa García
Directora de Tesis
Presente

Me permito informar a usted que la C. María del Carmen Mendoza Sagaon, Pasante de la carrera de Cirujano Dentista realizo practicas profesionales el presente año en este Instituto, con una duración aproximada de tres meses, tiempo en el cual hizo una investigación de campo para la realización de su Tesis Profesional, la cual lleva el título: "**PREVALENCIA DE ALTERACIONES BUCODENTALES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA**" la cual a la fecha ya culminó.

Para su conocimiento y efectos.

Atentamente,

Dr. José García Marín
Director Médico

c.c.p. C.C.D. Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo-para su conocimiento.

*JGM/bao

INP-SCAD-091

897

12. GLOSARIO

- **Alcalosis:** Cualquier trastorno fisiológico que tiende a remover ácido o un añador álcali.
- **Amenorrea:** Se define como la ausencia de la menarquía alrededor de los 16 años, a pesar de la presencia o ausencia de los caracteres sexuales secundarios, o la ausencia de menstruación durante seis meses en una mujer con menstruaciones periódicas previas.
- **Anemia:** Disminución de la masa total de glóbulos rojos circulantes por debajo de los límites normales.
- **Disfagia:** Se define como una sensación de obstrucción del paso de los alimentos a través de la boca, faringe, esófago.
- **Esofagitis:** Inflamación del esófago.
- **Excoriación:** Irritación o desolladura superficial en la piel.
- **Hipotensión:** Tensión arterial baja.
- **Melena:** Color negro de las heces, por la presencia de sangrado intestinal.
- **Nicturia:** Orinar en la noche.
- **Pancreatitis:** Inflamación del páncreas.
- **Sueño Mor:** Sueño de movimiento rápido de los ojos; se caracteriza por actividad cerebral de ondas dentadas, relajación muscular y rápido movimiento de los ojos; la mayor parte de los sueños ocurren durante esta clase de sueño.
- **Ascetismo:** Doctrina moral que impone al hombre una vida rigurosamente austera, con la renuncia de todas las cosas terrenas, la mortificación de las tendencias naturales de la sensibilidad y la lucha constante contra los instintos carnales. 2 Profesión de la vida ascética.

-
- **Incoercible:** Que no puede ser coercido.
 - **Coercer** Contener, refrenar, sujetar. como *mecer*. Ús. esp. como término jurídico, lo mismo que sus derivados. El sujeto que coerce es la ley, la autoridad, el mando. Inanición.
Estado de extrema debilidad y desnutrición por falta de alimento: a diario mueren en el mundo muchas personas por inanición
 - **Emesis:** Acción de vomitar.
 - **Hipovolemia:** Disminución del volumen de la sangre circulante en el cuerpo.
 - **Hipoproteinemia:** Disminución de la concentración sérica de proteínas (6,5 g/dl). Las causas más frecuentes son la malnutrición, síndromes de mala absorción, pérdidas renales (síndrome nefrótico), pérdidas intestinales (mala absorción, enfermedad celíaca, colitis ulcerosa, pancreatitis crónica, etc.) o déficit de síntesis (hepatopatías tipo cirrosis). Esta disminución se efectúa a expensas de la albúmina, fundamentalmente, y condiciona la disminución de la presión oncótica, pasando y acumulándose el agua desde el espacio intravascular al intersticial, con desarrollo de edema y ascitis a veces generalizado (anasarca).
 - **Hipoalbuminemia:** Nivel de albúmina en sangre por debajo de lo normal.
 - **Letargia:** Estado de somnolencia o estupor profundo.
 - **Estupor:** Alteración de la conciencia de una menor intensidad que el coma.
 - **Azoemia:** Existencia de sustancias nitrogenadas en la sangre. Apl. impropriamente al nitrógeno de la urea contenida en la sangre.
 - **Lanugo:** Vello muy fino que cubre el feto en el momento de su nacimiento.

- **Acrocianosis:** Coloración violácea de las extremidades, de origen vascular, que tiene como fondo un desequilibrio neuroendocrino. coloración rojiazulada de los extremos corporales
- **Concomitante:** *Adj.* Acompañante, asociado. Su uso es exclusivo de la terminología científica: *fenómenos concomitantes*. Se limita a señalar la idea de asociación, sin decir nada sobre la conexión mutua de los hechos concomitantes ni su agrupación causal, a diferencia de *concurrente, relacionado, coordinado*.
- **Hipoglucemia:** Descenso del nivel de glucosa en la sangre.