



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERFIL DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS
PREVALENTES EN UNA MUESTRA DE PASANTES
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNAM. 2014.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DULCE GABRIELA VILICAÑA MIRANDA

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



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

A Dios, porque cada vez que me caí, y cada vez que me sentí derrotada me mostraste la luz que guiaría mi camino. Gracias por permitirme llegar a este momento de mi vida junto a mi familia y tener el honor de entregarle mi título a mi padre.

A mi papá, a quien jamás encontraré la forma de agradecer el que me haya brindado su mano en las derrotas y los logros de mi vida, haciendo este triunfo más suyo que mío, por ser el mejor papá del mundo, por su cariño, compañía, consejos, por enseñarme a ser mejor ser humano, fuerte y luchar por lo que quiero... Te Amo papi!!!

Nuevamente a mí papá y a mi tío Enrique, por todo el apoyo que me dieron para concluir mi más grande sueño, por confiar y estar orgullosos de mí, gracias a ustedes...

LO LOGRÉ!!!

A mi mamá, por ser la mejor amiga, por estar a mi lado en mis mejores y más aun en los peores momentos, por tus consejos y respetar mis decisiones. A mis hermanos porque gracias a su cariño, apoyo y confianza he llegado a realizar esta meta en mi vida, Gracias por estar orgullosos de mí. Los amo!!!

A mi hijo Iker, aunque estás muy pequeño... algún día entenderás que todo el esfuerzo que hice, fue por ti y que tu llegada a mi vida fue la más grande motivación para salir adelante... te amo bebé!

A mis abuelitas, tíos, primos, sobrinos, por estar en los momentos más importantes de mi vida.

A mi amiga Andrea, por estos 11 años de amistad, por las risas, las lágrimas, el tiempo dedicado, por tus consejos, por dejar todo por escucharme, darme ánimos para terminar mi carrera, por todo tu apoyo... Gracias por ser parte de mi vida! Te Quiero Mucho!!!

A mi tutora la Dra. Arceña Felicitas Meléndez Ocampo por su paciencia y dedicación para la realización de este trabajo, sin importar las desveladas, por sus consejos y escucharme cuando más lo necesite. GRACIAS!!!

Al término de esta etapa de mi vida, agradezco especialmente a la Universidad Nacional Autónoma de México y a todos aquellos que con su esfuerzo la hacen día a día una de las mejores universidades.

Mi tesina te la dedico a ti hermano ROFOLFO, aunque ya no estás físicamente con nosotros se que siempre estuviste a mi lado y que estas orgulloso porque logré lo que siempre esperaste de mí. Quisiera tenerte a mi lado para abrazarte, porque te extraño... TE AMO HERMANITO!!!



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1 Trastornos alimenticios.....	7
2.2 Trastorno por atracón.....	9
2.3 Trastornos alimenticios no especificados.....	10
2.4 Etiopatogenia.....	11
2.5 Anorexia.....	21
2.6 Bulimia.....	27
2.7 Trastornos alimenticios en hombres.....	33
2.8 Repercusiones en la cavidad oral.....	36
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
4. JUSTIFICACIÓN.....	49
5. OBJETIVOS	49
5.1 General.....	49
5.2 Específicos.....	50
6. METODOLOGÍA.....	50
6.1 Material y método.....	50
6.2 Tipo de estudio.....	52
6.3 Población de estudio.....	52
6.4 Muestra.....	52
6.5 Criterios de inclusión.....	52
6.6 Variables de estudio.....	52
6.7 Variable independiente y variable dependiente.....	53
6.8 Análisis de la información.....	53
7. Resultados.....	53
8. Conclusiones.....	67
9. Referencias Bibliográficas.....	69



1. INTRODUCCIÓN

La sociedad otorga suma importancia a la figura y peso corporal, esto se refleja en ideales de belleza, demandando un cuerpo cada vez más delgado y a los hombres con mayor masa muscular. Esto puede llevar a que algunos jóvenes realicen conductas nocivas para la salud, ocasionándoles daño físico, social y emocional, y en los casos severos a desarrollar un trastorno alimenticio.

De tal forma que la alimentación es una actividad importante e imprescindible en la vida de los seres humanos de manera que los excesos, las deficiencias y los desequilibrios crean problemas no solo fisiológicos, sino psicológicos, poniendo en riesgo la vida.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas, caracterizadas por graves alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión descontrolada de alimentos, aunadas a la preocupación excesiva por el peso o con la forma del cuerpo.

La anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos inespecíficos, son alteraciones relacionadas al acto de comer y la imagen corporal. A finales del siglo XX y en el siglo XXI, estos padecimientos han sido ligados a un modelo de “delgadez”, transformándose por las influencias culturales que favorecen los cambios en la conducta alimentaria por medio de los valores estéticos.

La anorexia nerviosa se define como un síndrome que afecta a las mujeres adolescentes, pero que también puede presentarse en prepúberes y adultas y, en menor medida a los hombres. Se caracteriza por la pérdida de peso autoinducida, por medio de la restricción alimenticia y

el uso de conductas compensatorias como son el uso de laxantes, diuréticos, vómitos y actividad física excesiva. Tienen una imagen distorsionada del taño y forma de su cuerpo.

En la bulimia nerviosa también existe una sobrevaloración de la figura y el peso, además de episodios recurrentes de atracones seguidos de sentimientos de vergüenza o culpa, para posteriormente compensarlo con medidas drásticas (dietas restrictivas, inducción del vómito, uso de laxantes), extremo control de peso. El síntoma bulímico fue considerado como parte de la anorexia nerviosa, fue hasta el siglo XX que Russell, describió como lo que hoy día conocemos como bulimia nerviosa.

Estos comportamientos crean complicaciones en el aparato digestivo, sistema cardiovascular, respiratorio, urinario y genital, por consiguiente pueden llevar a la presencia de alteraciones y daños en la cavidad bucal, dentro de las manifestaciones orales más importantes y de mayor prevalencia destacan: desmineralización y erosión del esmalte, caries, alteraciones de la mucosa y del periodonto.

Es de vital importancia la labor del odontólogo, no porque sus manifestaciones dentales pudieran poner en peligro la vida, sino por ser en algunos casos irreversibles, razón por la cual debe actuar con prontitud en su diagnóstico y tratamiento.

Se considera entre los grupos de mayor prevalencia a las adolescentes y adultas jóvenes, aunque no se descarta la presencia en varones. Se consideran enfermedades multifactoriales, determinadas por la interacción de estos, entre ellos socio-culturales, genéticos, familiares y químicos.

La evidencia científica hace referencia a la publicidad, los medios de comunicación, las propagandas de dietas y productos adelgazantes como precursores en la adquisición de los trastornos de conducta alimentaria.

El bombardeo publicitario que incita al consumidor a adquirir alimentos insalubres, para después ser rechazados por no poseer un cuerpo socialmente deseable.

Diversos estudios han demostrado que la exposición de imágenes publicitarias de moda, a las que se les atribuye atractivo, felicidad, popularidad y éxito, en pacientes con anorexia y bulimia, provoca un aumento en la insatisfacción corporal.

Las influencias culturales específicamente las que contribuyen a una modificación corporal por razones estéticas y sociales, contribuyen al desarrollo de psicopatologías y teorías como la comparación social.

Sin embargo existen pocos cuestionarios que las evalúan, uno de ellos es el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), el cual es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el impacto de determinados factores relacionados con el culto al cuerpo a padecer anorexia y bulimia; fue validado por una muestra de mujeres hispanas- españolas- por Toro, Salamero y Martínez (1994). Presento una consistencia interna (*alfa Cronbach*) de 0.93 lo que nos proporciona un grado de confiabilidad para la realización del presente estudio.

En México el CIMEC se validó en población femenina por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2002), este cuestionario también ha sido utilizado en hombres mexicanos (Vázquez et al., 2005).

Se han realizado diversos estudios en población mexicana y debido a su alta prevalencia en los jóvenes en estos trastornos alimenticios, se realizó un estudio para determinar la influencia de los modelos estéticos y corporales en alumnos de la Facultad de Odontología.

2. ANTECEDENTES

2.1 Trastornos alimenticios

Un trastorno alimenticio habla de un comportamiento en donde intervienen más factores que el solo hecho de realizar dieta para perder peso o realizar alguna actividad física todos los días.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son un grupo de Psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta como restricción de alimentos. Alrededor del 95% de los sujetos son adolescentes del sexo femenino y adultas jóvenes, Episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y el peso.¹ Los TCA se clasifican en el Manual Diagnóstico de los Trastorno Mentales (DSM-IV) publicado por la *American Psychiatric Association*.^{2,10,13}

Los trastornos alimenticios más comunes son la anorexia y bulimia nerviosa^{2,29} consideradas de esta forma, ya que son resultado de un malestar mental (Jáuregui,2006); sin embargo también se clasifican como el resultado de una cultura moderna, en la cual los estándares de delgadez extrema son una norma a cubrir, convirtiéndose en sinónimos del éxito la aceptación y el logro. ³

Existe un subtipo de los TCA y éste es el trastorno alimentario no especificado (TANE)²⁹, donde se incluye el trastorno por atracón y otros TCA que no cumplen con los criterios clínicos de Anorexia y Bulimia Nerviosa.⁴

Cuadro 1. Otros trastornos de la conducta alimentaria

Drunkorexia	Consiste en seguir una dieta de adelgazamiento aquellos alimentos que, por su elevada carga energética, deben ser limitados para no exceder de las calorías adecuadas.
Hiperfagia	Es un aumento considerable de la sensación de tener apetito y por consiguiente la ingesta descontrolada de alimentos. Suele aparecer aún después de haber comido normalmente.
Ortorexia nerviosa	Se caracteriza por una obsesión por la comida “sana” y la dieta, eliminándose todos los productos que no sean naturales y sanos. Se considera una adicción y se presenta por diferentes causas como el estrés o la depresión.
Polifagia	Incremento anormal de la necesidad de comer debido a ciertos trastornos psicológicos o a alteraciones hormonales. También es una de los principales síntomas de la diabetes mellitus.
Síndrome del comedor nocturno	Se caracteriza por una ingesta diurna escasa de alimentos o inapetencia y un aumento anormal del apetito o polifagia durante la noche.
Tragorexia	Se trata de un trastorno no muy común caracterizado por un aumento grave de peso originado por un apetito insaciable y compulsivo.

Fuente: <http://trastornosalimenticios.org/pica-vigorexia-potomania-ortorexia/>

2.2 Trastorno por atracón

No existe conducta compensatoria típica de la bulimia como el vómito y no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia o la bulimia.

Este trastorno se caracteriza por ingerir grandes cantidades de comida en un periodo discreto, acompañado de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta. Estos episodios debería estar asociados con tres o más de los siguientes síntomas: comer más rápido de lo habitual, comer hasta sentirse demasiado lleno, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza por todo lo que se come; sentir disgusto con uno mismo, culpabilidad o depresión después de los atracones y un marcado malestar por tal conducta.⁹ *Imagen 1*

Según los criterios señalados en el apéndice de DSM-IV^{10,13} los atracones deberían ocurrir por lo menos dos veces por semana durante seis meses, aunque para el DSM-V la propuesta actual es una vez a la semana durante tres meses.



Imagen 1

Fuente: <https://www.google.com.mx/search>

Un reporte reciente de La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que utiliza los criterios propuestos en el apéndice del DSM-IV se estima que 1.6% de los adultos mexicanos ha cumplido criterios para el trastorno por atracón alguna vez en su vida.⁹

Las personas que padecen éste trastorno y aumentan mucho de peso, tienen mayor riesgo a desarrollar diabetes, tener cardiopatías y otras enfermedades relacionadas con el sobrepeso.²

2.3 Trastornos alimentarios no especificados:

Estos trastornos afectan a personas del sexo femenino que sufren anorexia, pero que todavía tienen el período y que pueden incluso presentar un peso adecuado, pero que tanto sus pensamientos como comportamiento son anoréxicos o una combinación de conductas bulímicas con otro tipo de trastorno de conducta alimentaria, denota aquellos trastornos que no cumplen criterios para ningún TAC específico, algunos ejemplos son:

1. En mujeres que cumplen todo los criterios de anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa,, con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (Ejemplo: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón, el cual consiste en atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas, típicas de la bulimia nerviosa.⁷

2.4 Etioopatgenia

a) Factores biológicos

La genética. A partir de una identificación de diferentes genes y desarrollando una hipótesis para explicar la influencia de éstos en los TCA a través de la interacción de los cambios del componente genético con las variables ambientales y su influencia medida por variables psicológicas.

Se obtiene que las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo.^{4,13,22}

Se sugiere que el tipo de riesgo genético para los atracones puede estar mediado por el género y las estimaciones de heredabilidad. El deseo de estar delgado y la insatisfacción corporal, la pérdida de peso intencional y el comportamiento alimentario anormal fueron significativamente más bajos entre los niños en comparación con las niñas.⁴

El sobrepeso y la obesidad: En el mundo contemporáneo en el que vivimos promueve un ambiente en el desarrollo de la obesidad, caracterizado por muchos factores, tales como el fácil acceso a los alimentos de bajo costo, altos en calorías y agradables al paladar, la presión de los medios de comunicación mediante la imposición de una imagen corporal ideal y el consumo de alimentos poco saludables.

El sobrepeso y la obesidad son más frecuentes entre los chicos en comparación con las chicas, la insatisfacción con la imagen

corporal, el comportamiento alimentario no saludable y los TAC son más frecuentes entre las niñas. ⁴

Se ha observado que los niños a edades muy tempranas, aproximadamente entre los 6 y 9 años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que se puede decir que a edades muy tempranas ya se ha adquirido un estereotipo de lo que es ser atractivo.²⁴

La obesidad es una condición de alto riesgo, ya que la insatisfacción corporal y ser víctima de “críticas/burlas” por parte de la familia y/o compañeros es un factor que experimentan los adolescentes.⁵

Por otra parte un IMC alto, la presión sociocultural para reducir peso, y la comparación del cuerpo son factores de riesgo de realización de conductas de pérdida de peso, lo cual predice el uso de estrategias extremas para controlar o favorecer la pérdida de peso lo que provoca otros daños a su salud en general.

b) Factores socio-culturales: Las presiones socio-culturales por tener un cuerpo “ideal” promueven una mayor de la aparenial, generando una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos^{13,14}.

Cogan et al (1996) señalan que los valores asociados con la delgadez y la gordura están influenciados por condiciones socioculturales. No es necesario el traspaso de fronteras para que se produzca un proceso de aculturación o mejor de transculturación debido a la influencia ideológica que conllevan

las globalizaciones económicas así como las ideas difundida través de los medios de comunicación. ²⁴

La moda de ser delgadas y sofisticadas, la creciente propaganda de dietas y fármacos adelgazantes, el hablar continuamente de niveles calóricos y de peso, como el ridículo social “reservado” a la chica gorda, destinada a ser “solitaria y rechazada”; parece influir en la adquisición cultural de los trastornos. ²⁸

Baile et al. (2003) y Cafri et al. (2005) sostienen que los factores socio-culturales son muy influyentes en la percepción corporal, siendo elementos poco motivadores de bienestar y satisfacción con el propio cuerpo de la cultura occidental.

La influencia de los medios de comunicación:

Los medios de comunicación parecen ser un factor influyente en los valores estéticos adoptados por la sociedad (Harrison, 1997).³⁰

El constante bombardeo de la televisión, prensa y demás vehículos de información y propaganda parece conseguir acciones tan peligrosas para la salud mental y somática de una parte muy importante de la población (Toro 1999) ²⁴

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres, estigmatizando por otra parte la obesidad.⁴

La ropa diseñada y modelada para cuerpos delgados, los deportes que premian la figura esbelta, la proliferación de anuncios y programas para la reducción de peso, hacen que los

adolescentes sean más susceptibles a los TCA y posteriormente la realización de estrictas dietas para conseguir la delgadez.^{5,7,14} Un estudio que mide púberes la insatisfacción con la imagen corporal, desde una dimensión actitudinal o afectiva, a través del factor denominado malestar con la imagen corporal, donde en un reactivo se pregunta ¿Te gustaría tener el cuerpo de, y se añade el nombre específico de algunos artistas y figuras importantes del medio del espectáculo, en el caso de las mujeres el resultado fue Britney Spears, Anahí o Thalía, expresando gusto por el cuerpo delgado de las artistas de televisión. En cuanto los hombres expresaron el gusto por tener el cuerpo de Arnold Schaezenegger, Rambo o Guardianes de la Bahía, lo que se relaciona con la importancia en los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como volverse un hombre musculoso.²¹

Becker y cols, identificaron que sólo las redes sociales de exposición de los medios se asociaron con indicativos de TCA, puesto que las niñas trataban de parecerse a las mujeres que se encontraban en los medios de comunicación y los niños y las niñas que estuvieron expuestos a las revistas sobre pérdida de peso, presentaron mayor riesgo de a atracón y uso de estrategias extremas para controlar el peso.⁴ *Imagen 2*



Imagen 2

Fuente: http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Delgadez&lanq=2

Los medios de comunicación muestran mensajes que enfatizan que ser delgado es hermoso, bombardean a los niños (as) y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres.

Un estudio desarrollado por Schooler y Trinh registró, entre las niñas, que el perfil de uso de la televisión fue el predictor más fuerte de insatisfacción con la imagen corporal.

La literatura señala que quienes leen revistas de moda y prestan más atención a los comerciales relacionados con la apariencia muestran mayor preocupación por la delgadez, insatisfacción corporal, frustración con el peso, miedo a no pertenecer al estándar social y mayor riesgo de pertenecer al estándar social y mayor sintomatología de un TCA, en comparación a quienes leen otro tipo de publicaciones.¹⁶

La exposición continúa a los modelos con cuerpos musculosos, mediada por la comparación física con ellos, se asocia a la presencia de conductas alimentarias no saludables (Rodgers et al 2012) y con baja autoestima (Escroto et al. 2012).²⁷

Influencia de las relaciones interpersonales: Los padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente aumentando el riesgo de la persona a desarrollar problemas con la alimentación y la figura del cuerpo^{4,5}, un estudio realizado por Levine et al. (1994) encontró que las desaprobaciones, burlas, bromas y las críticas tanto de familiares como de amigos, en relación al peso, predicen los problemas alimentarios de las hijas adolescentes, asociándolo

con insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivo e intentos suicidas.¹⁸

Mellor y cols, destacan la influencia de los padres sobre los hijos como el factor de riesgo más grande de insatisfacción con el cuerpo y pérdida de peso entre adolescentes de ambos, sugiriendo que la familia desarrolla un papel muy importante, a diferencia de los amigos y los medios de comunicación.

Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre-involucrada en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes.

Por otra parte estudios pioneros indican que los padres de pacientes con TCA presentan problemas de peso y preocupación por la comida (Crisp, Harding & mCGuinness, 1974) y por otro lado los padres de pacientes con anorexia presentan mayor insatisfacción con su cuerpo, preocupación por el peso y seguimiento de dietas restringidas (Kalucy, Crisp & Harding, 1977).¹⁸

Los sujetos con anorexia describen a sus familias como cohesivas y organizadas y con una tolerancia al conflicto más baja (Glodstein et al 1981), opuesto a los sujetos con bulimia quienes reportan a sus familias como significativamente más conflictivas y menos cohesionadas (Strober et al 1981)²⁰. Así que los trastornos de conducta alimentaria podrían ser entendidos como un síntoma de la disfunción familiar, ya que los jóvenes perciben la desestructuración familiar en forma de tensión, ansiedad, frustración e insatisfacción para consigo mismo.

Estudios reportan que las personas con algún tipo de TCA tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren alcoholismo o abuso de sustancias, en comparación con la población en general.⁵

La violencia doméstica, el abuso sexual, la carencia de afecto⁷, comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de padres y amigos para que sean delgados, contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa y las consecuencias posteriores que ponen en riesgo la salud.⁴

El comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de padres y amigos para que sean delgados, contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa y las consecuencias posteriores que ponen en riesgo la salud.

Aspectos transculturales

Los trastornos del comportamiento alimentario no se dan uniformemente en todas las culturas y en algunos casos se manifiestan con características diferentes de la enfermedad. Durante mucho tiempo se consideró que los TCA o su sintomatología sólo se presentaba en personas de estratos socioeconómicos altos o en sociedades occidentalizadas e industrializadas, y predominaba en personas blancas¹⁵. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que también ocurren en un amplio rango de grupos étnicos y culturales, se distribuye en los diferentes estratos socioeconómicos, así como en países poco industrializados u orientales.¹⁴

Niñas indígenas americanas y latino-americanas y niños indígenas americanos, hispanos y negros tenían tasas más altas de comportamiento asociados con las prácticas inadecuadas para perder peso que sus compañeros blancos no hispanos.

Jennings y cols., identificaron que un grupo de Asiáticas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en psicopatología de los TCA, en comparación con las caucásicas.⁴

Los casos de TCA descritos en muchas culturas, en las cuales el miedo mórbido a engordar y/o los trastornos de imagen corporal o las conductas compensatorias no están presentes como síntoma de enfermedad, o casos en que la preocupación está centrada en la apariencia facial.

c) Factores psicológicos

Internalización del ideal de delgadez: La preocupación por el peso se refleja en el deseo de las niñas y los niños de un cuerpo ideal, delgado y/o musculoso. Un estudio de cinco años de seguimiento, las adolescentes que querían estar más delgadas eran cuatro veces más propensas a desarrollar actitudes alimentarias negativas en comparación con sus compañeras que no tenían ese deseo.

Insatisfacción con la imagen corporal: La imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural, la insatisfacción con las partes del cuerpo es una preocupación común entre los adolescentes y se asocia con el

inicio de la pubertad en las niñas, caracterizada por la ganancia de peso, característica de una mayor proporción de grasa que músculo.

El papel de la pareja es determinante en la satisfacción del propio cuerpo (Gondoli et al., 2011) ya que los comentarios negativos de los novios y las comparaciones sobre el cuerpo de la mujer son factores que pueden influir en el inicio de la enfermedad y en su evolución (Fox 2005) ³⁰.



Imagen 3

La insatisfacción corporal está presente en un 25% a un 81% de las adolescentes y en un 16% a un 55% en niños

Fuente:

<http://periodicobrujula.com.ar/?p=85>

44

La insatisfacción corporal está relacionada con la obesidad, la baja autoestima²² y síntomas de depresión, lo que contribuye a ser un factor de motivación para la realización de dieta, la implicación de conductas no saludables de control de peso, que pueden dar lugar a la ingesta compulsiva de alimentos.

La imposición de un estándar de belleza hace que las personas con exceso de peso se alejen del ideal y por lo tanto sean más vulnerables a la insatisfacción de la imagen corporal.

Baja autoestima y el efecto negativo

En la pubertad, las hormonas sexuales promueven el cambio de organización de los rasgos psicológicos y de comportamiento, se sugiere que sus acciones afectan el estado de ánimo y la conducta alimentaria, especialmente si el individuo es de maduración temprana, lo cual puede favorecer la aparición de los TCA.

La baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se sabe que se asocia fuertemente con la imagen negativa del cuerpo, mientras que una autoestima alta se constituyó un factor de protección para los problemas relacionados con el peso entre las niñas y los TCA en ambos sexos. ⁴

Los efectos negativos de las presiones por estar delgadas, las burlas y críticas por parte de familiares y amigos sobre el peso de los/las adolescentes, puede favorecer a la aparición o aumento en el nivel de baja autoestima, y por lo tanto iniciar un proceso de comparación social y actitudes y comportamientos alimentarios negativos, aumentando los prejuicios, especialmente en las niñas, agravando la insatisfacción con su imagen corporal.

Dieta. Para lograr la apariencia ideal, los adolescentes a menudo utilizan comportamientos inadecuados, tales como dieta restrictiva, al ayuno, los vómitos auto-infligidos, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales. Los estudios longitudinales demuestran que la dieta restrictiva ayuda a aumentar el riesgo de problemas de salud relacionados con la apariencia física, es decir, el aumento de peso, atracones, bulimia depresión y baja autoestima.

Neumark-Sztainer y cols. Encontraron que el 55.4% y 24.8% de las niñas y los niños, informaron hacer dieta, colocándose

en una mayor vulnerabilidad en la adopción de hábitos alimenticios inadecuados. El ayuno estuvo presente el 23%, con puntuaciones altas en restricción dietética y el ayuno prolongado fue más frecuente que la dieta sin orientación médica y las purgativas.

Un estudio prospectivo informó de comidas menos frecuentes entre los adolescentes de ambos sexos y menos calorías e ingesta de nutrientes entre las niñas que persistían en las prácticas inadecuadas de pérdida de peso en comparación con sus compañeros que no hacían o no dejaron de realizar estos comportamientos.

La restricción de la ingesta calórica es un factor de riesgo de reducción de la actividad física entre los varones y comportamiento extremo de pérdida de peso en las niñas.

2.5 Anorexia

La existencia de la anorexia data del siglo V al siglo XVI con frecuencia se encontraban mujeres que siguiendo un modelo de ascetismo comían muy poco, incluso al grado de llegar al total rechazo de alimento como un signo de divinidad.⁵ En el postmedievo fueron frecuentes los casos de mujeres que sobrevivían sin comer, pasando mucho tiempo en cama y sufriendo parálisis histérica; sin embargo la razón de ayuno se debía aparentemente al valor simbólico que esas mujeres le atribuían a la comida, al igualar el alimento y la comida con objetos sexuales “prohibidos”, de ahí que se hiciera alusión (desde un punto de vista psicoanalítico) el temor a ser penetrada-alimentada por miedo a quedar embarazada-engordar.⁵

En los años 1200 y 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes religiosas, un número creciente de mujeres se entregaban a la práctica del ayuno, como un medio de protección contra las fuerzas del mal, garantizando cierta pureza.

Habermas en el siglo XIX citó que éste ayuno no caía propiamente a ser anorexia nerviosa, ya que éstos no eran motivados por un temor mórbido a engordar.

Los primeros reportes de la 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 consumación nerviosa.

En 1874 Gull asocia el criterio central de diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicogénico: el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación (adelgazamiento).⁵

Bordo en 1990 menciona que la transformación de lo ayunos prolongados como purificación espiritual a la de un ideal estético, la auto-inanición se volvió un proyecto al servicio del cuerpo, más que al servicio del alma.⁵

Las personas anoréxicas llegan al punto de inanición perdiendo entre un 15% y un máximo de 60% del peso corporal normal.

Es la enfermedad crónica más común de mujeres adolescentes según el DSM-IV y se estima que se presentará en 0.5% a 3% de todos los adolescentes¹⁹. La prevalencia es mayor en EE.UU., Canadá, Europa Occidental, Japón, Australia y Sudáfrica¹⁵. Se han encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%, y el riesgo de muerte aumenta cuando la paciente tiene un déficit de peso/talla de 40%.⁷

Las jóvenes anoréxicas presentan frecuentemente depresión y el riesgo de suicidio¹⁵ es 20 veces mayor que para las jóvenes en general.¹¹

Anorexia

La anorexia proviene del griego *anoertous* o *asitous* que alude a quienes carecen de apetito o evitan el alimento.

La anorexia nerviosa es definida como el dejar de comer de manera voluntaria, lo que origina una pérdida excesiva de peso (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2004). Se caracteriza por un temor mórbido a engordar y se acompaña de una distorsión de la imagen corporal y amenorrea.^{3,4}

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.⁵



Imagen 4

Fuente:

<http://www.taringa.net/posts/info/7989543/Anorexia-Cuidado.htm>

2.5.1 Tipos de anorexia nerviosa

1. Tipo restrictivo (ANR): durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.
2. Tipo compulsivo/purgativo (ANCP): durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.^{5,11,15}

2.5.2 Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
2. Miedo intenso de ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso corporal.
3. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación que implica el bajo peso.
4. En mujeres postpuberales, presencia de amenorrea: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.^{6,7}

2.5.3 Características psicológicas

Autoimagen distorsionada, baja autoestima, depresión, pensamientos obsesivos y tendencia al perfeccionismo, escasa comunicación con los demás, conductas autodestructivas, dificultad para concentrarse, irritabilidad y obsesión por la comida.⁶

Cuadro 2. Síntomas de anorexia

SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES	SÍNTOMAS DE COMPORTAMIENTO	SÍNTOMAS FÍSICOS
Pánico a aumentar de peso.	Rechazo voluntario a alimentos con muchas calorías.	Fatiga y pérdida de peso.
Trastorno severo de la imagen corporal.	Alimentos cocidos o la plancha.	Piel desecada y descamada. Pelo quebradizo y lanugo.
Negación de sensaciones de hambre y sueño.	Disminución del número de horas de sueño.	Deshidratación y amenorrea.
Desinterés sexual.	Disminución de la ingesta de líquidos.	Pérdida de pelo /alopecia.
Temor a perder el autocontrol.	Uso de laxantes, diuréticos y enemas	Hipotermia y osteoporosis.
Afloramiento de los estados obsesivos y depresivos.	Aumento exagerado de la actividad física para gastar energía.	Anemia, calambres, mareos e hipotensión.
Desinterés por actividades lúdicas y de tiempo libre.	Irritabilidad y mentiras.	Daños renales y hepáticos, bradicardias y arritmias.
Dificultad de concentración.	Uso compulsivo de la balanza.	Hipertrofia parotídea.
Negación a la enfermedad.	A veces vómitos autoinducidos.	Vértigo, dolor de cabeza, diarrea y/o estreñimiento.

Fuente: Jiménez Bernardo, 2001

2.5.4 complicaciones médicas

A pesar de la emaciación, los pacientes niegan tener hambre, así como estar delgados o sentirse cansados; tienen un aspecto físico peculiar, caquéctico y prepuberal. Las manifestaciones físicas habituales son: hipercarotinemia, intolerancia al frío y cianosis en las extremidades.⁶

La falta de alimento puede provocar, debilitamiento de las uñas, mareos e imposibilidad de concentrarse, inflamación de las articulaciones y fragilidad ósea.² La desnutrición proteico-energética, con la consiguiente pérdida de masa corporal magra, se vincula con la reducción de masa ventricular izquierda y disfunción sistólica.

Las complicaciones cardiovasculares consisten en: bradicardia, hipotensión ortostática y arritmias; las complicaciones gastrointestinales son: retraso del vaciamiento gástrico, disminución de la motilidad del intestino delgado y estreñimiento.^{6,15} Las sensaciones de meteorismo y plenitud abdominal complican el proceso de realimentación; la grasa puede llegar a ser indetectable, aunque el tejido mamario a menudo se conserva. El aumento de tamaño de las glándulas parótidas y el edema pueden acompañarse de anemia, leucopenia, hipopotasemia e hipoalbuminemia. Las concentraciones basales de hormona leutinizante y foliculoestimulante son bajas lo que explica la menorrea; las menstruaciones suelen reaparecer con la recuperación del peso.^{6,15}

2.5.5 Tratamiento

El resultado de la anorexia nerviosa depende de diversos factores pronósticos, entre ellos el índice de masa corporal (IMC), la duración de los síntomas, la atención hospitalaria y el estado de las relaciones familiares. Una buena relación entre el paciente y los padres, tiende a dar resultados favorables; el mantenimiento de la seguridad es importante, de tal manera que la hospitalización no debe parecer un castigo, con el fin de preservar la autoestima y evitar así eventos suicidas.¹⁵

Es esencial controlar el peso de los pacientes, signos vitales, niveles de electrolitos; aunque el aumento de peso es el objetivo principal del tratamiento, no debe ser excesivo, ya que puede presentarse el síndrome de retroalimentación que consiste en la hinchazón excesiva, edema y en raras ocasiones, insuficiencia cardíaca congestiva. Se recomienda iniciar con 1500 calorías²¹ por día, incrementando

gradualmente a 2000-3000 calorías divididas en 4-6 comidas/día.¹⁵

La alimentación será por vía oral, en caso de no haber cooperación puede ser a través de sonda nasogástrica

Estos pacientes deben ser abordados por un equipo multidisciplinario en el que debe estar presente un médico, psiquiatra, un endocrinológica y nutriólogo.^{6,15,22}

2.5.6 Pronóstico

Los predictores pronósticos más consistentes son: ¹⁰

Buen pronóstico:

- ✓ Edad de inicio temprana.
- ✓ Intervalo breve antes de la hospitalización.
- ✓ Menor número de hospitalizaciones.

Mal pronóstico:

- × Peso muy bajo.
- × Duración prolongada de la enfermedad.
- × Anormalidades premórbidas clínicas o del desarrollo.
- × Presencia de conductas purgativas.
- × Disfunción familiar.

2.6 Bulimia

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). ⁵

Fue hasta 1940 cuando se le consideró como un síndrome independiente ya que la mayoría de los reportes la asociaban con la anorexia nerviosa, el trabajo de Ludwin Binswagner en 1944 es el reporte más temprano y detallado sobre la conducta anoréxica que después se convierte en predominante bulímica.

Según Foster y autores como Sollier en 1891 y cols describen el vómito autoinducido, en pacientes anoréxicas, como recurso para contrarrestar la obligación de comer para evitar ganar peso.⁵

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.

La bulimia fue descrita por primera vez por Russell en 1979 donde hace una descripción completa del cuadro, acuñado a su vez el término de “bulimia nerviosa” para la conducta caracterizada por:

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

Bushnell et al. Encontraron una prevalencia de 1.6% de bulimia nerviosa en las tierras de Nueva Zea según criterios DSM; Kendler et al. Encontraron una prevalencia de vida para los casos definitivos y probables de 2,8%.¹⁷ Las personas bulímicas tienen un peso corporal de nivel normal alto, la prevalencia entre mujeres jóvenes varían de 4% a 10%, aunque algunos investigadores sostienen que el problema es subestimado porque muchas pacientes son capaces de ocultar sus purgas o vómitos.⁷

Un estudio realizado en Canadá, mostró mayores niveles de abuso sexual infantil, depresión, intentos de suicidio y conductas psicópatas, así como insatisfacción con sus funciones picosociales, como disgusto en el trabajo o escuela, actividades de ocio.¹⁷

Por otra parte diversos autores, han argumentado que en familias con psicopatología bulímica existe mayor prevalencia de

depresión, alcoholismo y abuso de drogas en comparación con familias sin TCA.

Bulimia

Se define como la ingesta excesiva de alimento en un tiempo menor, al que cualquier persona ingeriría la misma cantidad, de acuerdo con los criterios propuestos por DSM-IV la frecuencia es de dos o más episodios por semana, durante al menos 3 meses¹⁷; seguida de sentimientos de culpa que preceden a periodos prolongados, de ayuno y otras conductas compensatorias con la finalidad de perder peso.^{3,4} Se origina por múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de personalidad, presiones familiares y el hecho de vivir en una sociedad en la existe un estereotipo de delgadez relacionado con el éxito.

La bulimia nerviosa según la OMS

La bulimia 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.^{5,13}



Imagen 5

Fuente: <http://pdq.estalos.com/la-bulimia-nerviosa>

2.6.1 Tipos de bulimia nerviosa

1. Tipo “Purgativo”: se caracteriza por ingesta excesiva de alimento con una frecuencia de vómito de varias veces al día durante muchos meses,¹¹ la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
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. ^{5,13}

2.6.2 Criterios diagnósticos de bulimia nerviosa

1. Presencia de ingesta excesiva de alimentos caracterizada por:
 - a) Ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo (Ejemplo: 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (Ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).
2. Conductas compensatorias inapropiadas, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómitos, uso excesivo de laxantes, diurético, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
3. Las ingestas excesivas y las conductas compensatorias inapropiadas realizadas, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

4. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
5. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.⁷

2.6.3 características psicológicas

Las mujeres con riesgo a padecer BN, tienen potenciación de la respuesta cardíaca de defensa y el reflejo motor de sobresalto (parpadeo) ante la exhibición de imágenes de comida.¹⁶

Estado de ánimo lábil, frustración, impulsividad, depresión mayor, distimia, trastornos de ansiedad y de personalidad, y abuso de sustancias, conductas autolesivas.⁶

2.6.4 Signos

- ⊙ Tener miedos a aumentar de peso.
- ⊙ Sentirse realmente insatisfecha en el tamaño, forma y el peso corporal.
- ⊙ Inventar excusa para ir al baño inmediatamente después de comer.
- ⊙ Comer sólo alimentos dietético o con bajo contenido en grasa
- ⊙ Comprar laxantes, diuréticos o enemas con regularidad
- ⊙ Pasar la mayor parte del tiempo haciendo ejercicio o intentando quemar calorías.
- ⊙ Aislarse socialmente, especialmente evitando las comidas o festejos donde se sirve comida.
- ⊙ Callosidades en el dorso de la mano (signo de Rusell).^{8,12}

Cuadro 3 2.6.5 Síntomas de bulimia

SÍNTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES	SÍNTOMAS DE COMPORTAMIENTO	SÍNTOMAS FÍSICOS
Pánico a engordar y deseo impulsivo de perder peso.	Atracones a escondidas 2 veces a la semana durante al menos 3 meses.	Fatiga y pérdida de energía.
Trastorno de la imagen corporal.	Almacenamiento de comida y vómitos de distintos lugares de la casa.	Amenorrea y deshidratación.
Sensación persistente de hambre.	Ingesta compulsiva de comida, restos de comida o comida de animal doméstico.	Cara hinchada consecuencia de la inflamación parotídea.
Baja autoestima física y psicológica.	Vómitos auto provocados.	Pérdida de pelo / alopecia
Egocentrismo acentuado.	Uso de laxantes, diuréticos y enemas.	Dolor de estómago, úlcera péptica y dilataciones.
Variaciones rápidas del estado de ánimo.	Consumo de bebidas bajas en calorías, café y agua.	Anemia, calambres, mareos e hipotensión.
Fijación de metas por encima de sus posibilidades.	Irritabilidad y mentiras.	Abrasiones en manos y nudillos (signo Rusell).
Dificultad de concentración.	Abuso del alcohol y drogas.	Dolor de garganta crónico.
Sensación constante de culpa.	Abstinencia y/o promiscuidad sexual.	Vértigo, dolor de cabeza, diarrea y/o estreñimiento.

Jiménez Bernardo, 2001

2.6.6 Complicaciones médicas

Los vómitos constantes y la falta de nutrientes pueden provocar: dolor estomacal constante, daño en el estómago y los riñones, pérdida de potasio ocasionando problemas cardíacos e incluso la muerte.²

Pancreatitis, crecimiento de parótidas, lesiones gastrointestinales, anemia, amenorrea, trastornos electrolíticos, cardiotoxicidad, arritmias, estreñimiento¹⁵, hematemesis, esófago de Barrett y otras complicaciones del vómito, como erosión del esmalte dental.^{6,13,}

2.6.7 Tratamiento

A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, los sujetos que padecen bulimia, suelen avergonzarse de sus síntomas, lo que facilita su compromiso en el tratamiento. Reeducación y normalización de los hábitos alimentarios y sugerir hacer cuatro o cinco comidas al día.⁶

2.6.8 Pronóstico

Los predictores pronósticos más consistentes son: ¹⁰

Buen pronóstico:

- ✓ Edad temprana de presentación.
- ✓ Motivación al tratamiento.
- ✓ Presencia de red de apoyo (amistades)

Mal pronóstico:

- × Severidad del trastorno alimentario y de la frecuencia basal de vómito.
- × Fluctuaciones de peso acentuadas.
- × Impulsividad.
- × Baja autoestima.
- × Presencia de trastorno comórbidos.
- × Conductas suicidas.

2.7 Trastornos alimenticios en hombres

Los hombres muestran aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo.²²

La musculatura suele vincularse con la masculinidad (Luciano 2007) en consecuencia, mas hombres desean poseer un cuerpo grande y musculoso, con pectorales y brazos bien desarrollados y cintura pequeña.²⁷

En la actualidad, el estudio de la influencia que ejercen los medios de comunicación –televisión, revistas, radio- en varones es importante, ya que promueven un ideal corporal masculino, el cual es la figura musculosa, observándose un claro incremento de la musculatura en los personajes de televisión y modelos que aparecen en revistas. (Andersen et al. 1997)

Al igual que las mujeres que padecen trastornos alimenticios, los hombres presentan una distorsión de su imagen corporal. Pueden presentar la sintomatología de una dismorfia muscular, que se caracteriza por una preocupación en desarrollar los músculos^{2,14}, ya que éstos se ven más pequeños de lo que realmente son y quieren aumentar de peso o masa muscular, recurriendo a prácticas dañinas para la salud, como el consumo de esteroides anabólicos (Olivardia, 2002)²³ u otras drogas peligrosas, para lograr su objetivo.

La DM tiene grandes similitudes con los TCA puesto que ambos trastornos involucran insatisfacción con el tamaño y forma de su cuerpo, dicha insatisfacción puede conducir a la práctica de dietas rígidas, ejercicio excesivo, con el fin de reducir la discrepancia entre la figura idealizada y la real.²⁷

Muchos hombres realizan ejercicio físico para evitar ser gordo o extremadamente delgado, percibiendo el deporte y la actividad física como un signo de masculinidad (Drummond, 2002).²³ De tal manera que el deporte pasa a ser una actividad saludable y placentera a convertirse en un problema y sufrimiento cuando interfiere con actividades de la vida cotidiana o existen complicaciones médicas.

Fuente:
<http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/4408276/Anorexia-En-Hombres.html>

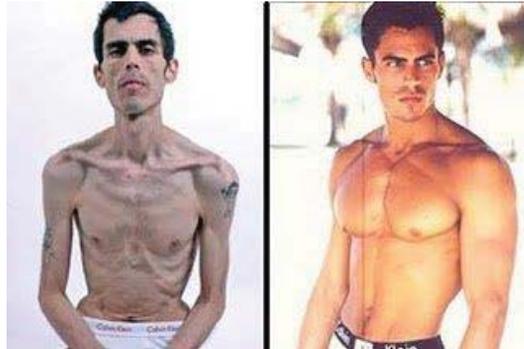


Imagen 6

Aunque los hombres con trastornos alimenticios presentan los mismos signos y síntomas que las mujeres, son menos propensos a ser diagnosticados ya que socialmente se considera un trastorno femenino.²

Guadarrama (2003) y cols. Apuntan que los hombres tienen menores porcentajes de anorexia y bulimia que las mujeres; en la anorexia, los hombres sufren más obsesiones y compulsiones, mientras que las mujeres manifiestan una mayor motivación por adelgazar. En la bulimia, ellos tienen medidas/medias más elevadas en atracones y conductas compensatorias respecto a las mujeres, quienes expresan más sentimientos negativos después del atracón. Lo anterior permite señalar a las mujeres como el grupo más vulnerable a padecer estos trastornos aunque los hombres no están exentos (Costín, 2002 y cols) ³

2.8 Repercusiones en la cavidad oral

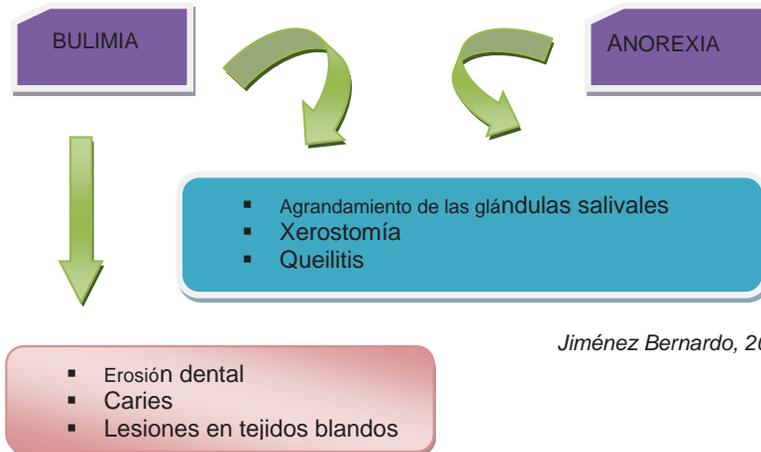
Según Blinder, el efecto de la bulimia y anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidas en los años 70 por Hellstrom.⁵ Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes anoréxico y bulímicos se encuentran:¹³

- Erosión dental
- Enfermedad periodontal
- Sialodentitis en glándulas salivales, principalmente parótida
- Xerostomía

Las manifestaciones orales que se producen son causadas principalmente por deficiencias nutricionales y alteraciones metabólicas, pero también está relacionada con la falta de higiene oral, personal y perturbaciones psicológicas.¹³

En la cavidad bucal, las secuelas son graves a causa de la pérdida de los tejidos dentarios provocada por la acción repetida y localizada de los ácidos gástricos (etiología intrínseca) agravada en algunos casos por el consumo frecuente de jugos cítricos naturales, gaseosas de bajo pH (etiología extrínseca).¹²

Gráfica 1. Repercusiones en la cavidad oral en pacientes con Anorexia y Bulimia



Jiménez Bernardo, 2001

2.8.1 Agrandamiento de las glándulas salivales

Los pacientes presentan, un aumento del tamaño de las glándulas parótidas¹⁵ y en algunos casos también de las glándulas submaxilares. En ocasiones se acompaña de hipertrofia de los maseteros.^{8,13}

Imagen 7. Agrandamiento de glándulas salivales.



Fuente:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-007520040006000006&script=sci_arttext

La hipertrofia de las glándulas generalmente es bilateral, indolora e inicialmente intermitente, según Rauch, la aparición y magnitud es proporcional a la frecuencia del vómito y sugiere que el estímulo colinérgico asociado al vómito activa a las glándulas, aumentando su tamaño.¹² Ogren y colaboradores creen que las enzimas pancreáticas proteolíticas llevadas a la boca durante el vómito estimulan los receptores linguales del gusto y estos aumentan el estímulo de la glándula, provocando hipertrofia.¹²

Esto cuadros son asintomáticos y reversibles cuando desaparece el trastorno. Esta manifestación hace que se produzca un enmascaramiento de la pérdida de peso, puesto que las dimensiones faciales permanecen sin cambio acusados. La etiología de esta alteración es diferente en las dos patologías. En la bulimia, se produce principalmente por la alteración metabólica, consecuencia del desequilibrio hidroeléctrico producido por los vómitos y la deshidratación. En el caso de la anorexia, además de los trastornos metabólicos, participa la malnutrición, la falta de vitamina B12, el aumento excesivo de los ácidos en la cavidad oral y, por último la alteración en la concentración de los residuos metabólicos que intervienen fundamental en la inflamación de las glándulas salivales.⁸

DuPlessis propone varias hipótesis sobre los mecanismos patogénicos del aumento de tamaño:

- a) *Producción de una hipertrofia de los tubuloacinos:* tanto a expensas del aumento del tamaño celular, como el aumento de células. Esto origina un estrechamiento de la luz del túbulo, dificultando cada vez más la salida de la secreción salival.

- b) Infiltración grasa por los desórdenes metabólicos.
- c) Fibrosis crónica inflamatoria: esta teoría es la que hace necesario un diagnóstico diferencial con el síndrome de Sjögren.⁸ Para un diagnóstico certero se realiza una biopsia de una glándula salival menor, situada en el labio inferior.

2.8.2 Xerostomía

Se considera la principal consecuencia de alteración de la parótida(aunque esta produzca el 20% del total); se caracteriza por la disminución del flujo salival⁸ y la sensación de boca seca, a consecuencia de una hiposalia, es decir una disminución funcional patológica de la producción de saliva, puede complicarse en candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.⁵

Se produce una variación tanto en la cantidad como en la composición de la saliva, esta variación queda patente por el aumento de los valores de calcio en el flujo de la glándula submaxilar, el aumento de los valores del ácido clorhídrico en el flujo parotídeo estimulado, el aumento de los iones amonio en la parótida y el aumento de los valores de potasio en el flujo salival parotídeo estimulado y no estimulado.⁸

Imagen 8 Xerostomía



Fuente: <http://www.hearthsidhomecare.com/2012/02/dry-mouth-xerostomia-effects-oral-environment/>

También han sido reportado casos de Sialometaplasia necrotizante en asociación con la bulimia.¹³

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento¹³ y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización, neutralizar el medio ácido causado por los alimentos.⁵ Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente.

2.8.3 Alteraciones periodontales

Los trastornos periodontales son comunes, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales, especialmente en vitamina C, su deficiencia predispone a la gingivitis y en caso particular al escorbuto provocado por la síntesis de colágeno defectuoso, que puede estar asociada a gingivitis generalizada, sangrado gingival espontáneo, ulceraciones y movilidad dental,^{5,13} originando en el peor de los casos la pérdida, tanto de densidad ósea, como de piezas dentales y afectaciones en los tejidos de soporte, entre ellos los más afectados suele ser la encía, ya que la mayoría de los pacientes presenta xerostomía, al no hidratar directamente a ésta, al no haber la cantidad ni calidad suficiente por el arrastre de bacterias.⁵

Liew, estudió los índices de placa de 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, al contrario 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.⁵

2.8.4 Lesiones en los tejidos blandos

La mucosa oral parece eritematosa e inflamada debido a la irritación química que produce contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la inducción de instrumentos para provocarse el vómito (cepillos de dientes, cucharas).⁸ El método, más frecuente es la introducción de la propia mano, formando callosidades de ésta, signo de Rusell.¹² Además de estas lesiones, es característico la aparición de heridas en el paladar y mucosa faríngea, y en algunas ocasiones se encuentran cicatrices de quemaduras ocasionadas por la ingesta de agua caliente para facilitar la producción del vómito tras la llegada de esta al estómago.⁸

Las deficiencias de nutrientes y vitaminas del grupo B, especialmente B1, B6 Y B12 han sido asociadas para la conservación y recambio epitelial, produciendo un cuadro de glositis atrófica¹³ y queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento fisuras labiales y comisurales, se han descrito lesiones bucales como queilitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con TAC, según Milosevic estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales que presentan estos pacientes.⁵

2.8.5 Quelitis

En los pacientes bulímicos se presenta queilitis provocadas por diferentes causas:

a) *Los vómitos autoinducidos.* Por un lado el descenso del pH debido a la presencia del ácido clorhídrico que procede el vómito. Por otro lado, al provocarse

el vómito, producen una excesiva apertura bucal consecuentemente las comisuras bucales se agrietan, produciéndose así la queilitis.

- b) *Las variaciones del equilibrio hidroeléctrico:* Producen deshidrataciones, que hacen que la epidermis de los labios se encuentre mas sensibilizada a las agresiones externas como ser los ácidos de los vómitos.
- c) *Por pérdida de la dimensión vertical:* Debido a la gran erosión dentaria en esos pacientes es obvia la dimensión vertical, causa a su vez fundamental en el proceso de formación de una queilitis angular.⁸

La característica de estos pacientes, es una queilitis aguda, caracterizada por la presencia de escamas, vesículas y costras. Los labios suelen aparecer edematosos y dolorosos, este tipo de lesiones se localizan en la mucosa labial externa, especialmente en el labio inferior y en las comisuras labiales.⁸

Este tipo de queilitis puede cronificarse, sobre todo si el paciente es considerado bulímico crónico, pero para que esta se produzca debe existir un gran déficit de vitamina A y B, especialmente riboflavina.⁸

2.8.6 Erosión dental

La lesión dentaria de mayor prevalencia en los pacientes con TCA, tanto anorexia como bulimia, es la erosión dental provocada por el ácido del vómito el cual suele tener un pH de 2,⁵ Mislosevic informa en su estudio un valor promedio de pH 3,8 para el vómito. ^{11,12}

La erosión dental es un lesión de etiología no bacteriana, multifactorial en la cual el flujo salival y su capacidad buffer son factores predisponentes para que se presente. Existen medicamentos capaces de disminuir el flujo salival, entre ellos

los antidepresivos;¹¹ Bretz de la Universidad de Michigan observo disminución en el flujo salival en pacientes medicadas con fluoxetina. ¹² La disolución del esmalte se produce por acción de los ácidos, el esmalte dentario es dependiente del pH y está sujeto a continuos procesos de desmineralización y remineralización, manteniendo el medio bucal en un pH 7; la desmineralización del esmalte se inicia a partir de un pH 5,5.¹²El ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxiapatita, lo cual conlleva la pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido. La gravedad de la afectación depende de su grado de mineralización, de la duración, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación). Otro factor de desarrollo de la erosión dental es el uso de bebidas ácidas durante la actividad física. Algunos pacientes utilizan el vinagre y el jugo de limón (o rodajas de limón) para eliminar el mecanismo del gusto. ¹³ Para definir la erosión en las superficies de los dientes superiores debida al vómito, reflujo gastroesofágico, y regurgitaciones, se recurre al término de perimiólisis^{5,12,13}, se describen lesiones erosivas localizadas en la cara palatina de los dientes superiores, siendo el primer signo a nivel dental.

Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vómito y la lengua en su adaptación lateral protege a los dientes mandibulares.⁵

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito 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 arrastrará los primas de esmalte debilitados por el ácido y durante el cepillado, favoreciendo esto la formación de caries.⁵

Los procesos observados se diferencian en dos grupos, dependiendo si el diente se encuentra con una restauración previa o se encontraba en perfecto estado.

En la exploración podemos ver:

a) *Diente sin restaurar*: se observa una pérdida excesiva de esmalte, incluso dentina en casos más graves. las pérdidas adamantinas suelen verse localizadas en caras palatinas de incisivos superiores, caras oclusales de molares superiores y en menor medida en las caras linguales de los incisivos inferiores.

Cuando el proceso se cronifica, se produce la pérdida de los ángulos mesio y distoincisales de los incisivos superiores.

b) *Dientes restaurados*: esta erosión se clasifica de acuerdo al tipo de restauración del diente.

- Obturaciones con amalgama: aparecen las amalgamas flotantes, debido al desgaste de las superficies dentarias, las obturaciones quedan elevadas respecto al diente.
- Obturaciones con composite: este tipo de obturaciones aparecen totalmente desgastadas, ya que el ácido, afecta de igual manera a este material.
- Corona Unitaria: en este caso, depende del material con el que se encuentre elaborada, si es de acrílico aparecerá totalmente desgastada. Si es de porcelana el material no se ve afectado pero en la encía podemos observar recesión gingival, además de filtraciones de los ácidos a través del cemento sellador.

Consecuencias de la erosión dental

- ⊗ Hipersensibilidad dentinaria debido a la exposición dentinaria.
- ⊗ Mayor numero de caries por la disminución del grosor del esmalte o la pérdida de este.
- ⊗ Disminución del tamaño de la corona clínica.
- ⊗ Pulpitis reversibles debido a la agresión bacteriana directa sobre el tejido dentinario expuesto, en casos más graves, pueden presentarse pulpitis irreversibles o exposiciones pulpares.
- ⊗ Alteración de la estética cuando se produce la erosión de los ángulos proximales de los incisivos superiores.
- ⊗ Pérdida de dimensión vertical.^{8,12}

Tratamiento de la erosión dental

En primera fase será necesario estudiar los grados de erosión dentaria, en los casos en los que la afectación de los incisivos superiores sea muy severa, se colocaran coronas unitarias de metal-porcelana, no se recomienda la colocación de carillas de composite por lo antes mencionado.

Cuando se produce la pérdida de dimensión vertical, el tratamiento deberá estar encaminado a la recuperación de la funcionalidad y no de la estética, ya que si no se trata la pérdida de dimensión vertical las consecuencias son graves, originando descompensación del sistema estomatognático tanto a nivel dentario como a nivel articular.⁸ En cuanto a la prevención de la progresión de la erosión dental, Imfeld sugiere la indicación de cepillos de cerdas suaves para la higiene oral con pastas dentales no abrasivas, no cepillar inmediatamente después del vómito, sino después de una hora para permitir la acción reparadora de los iones salivales Ca y P. La utilización de pastas de uso diario que contengan fluoruro, y posteriormente control

odontológico para topificaciones de fluoruro con pH neutro cada 3 meses en los casos de gravedad clínica; estimular el flujo salival con gomas de mascar que contengan xilitol y otros sustitutos de la sacarosa.¹²

2.8.7 Caries

El riesgo de presentar caries en estos pacientes es alto, ya que con frecuencia se ingieren bebidas azucaradas, dulces o goma de mascar no solo para la energía si no para aplacar la sensación constante de hambre.¹³

De acuerdo con la teoría quimioparasitaria presentada por Miller, quien refiere que la caries dental es causada por los ácidos que producen los microorganismos acidógenos, lo cual disminuye el pH de la saliva de la placa dentobacteriana, aumentando la actividad acidógena, seguida por la descalcificación de la molécula del esmalte y la posterior formación de cavidades.^{8,11}

Debido a la erosión dentaria, la xerostomía y el desequilibrio hidroléctrico, producida por el vómito y la ingesta de medicamentos antidepresivos, los índices de caries en estos pacientes es elevada, existe una gran prevalencia de caries interproximales de gran tamaño y avance muy rápido debido a la disminución del espesor del esmalte.

Esto aumenta el riesgo de exposición pulpar yatrógena. El tratamiento será la endodoncia, nunca el recubrimiento directo, ya que este material no es resistente a los ácidos.⁸

Imagen 9. Erosión y desgaste dental



Fuente <http://www.neim.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1207495?viewType=Print&>

Imagen 10. Caries dental



Fuente <http://detododental.blogspot.mx/2011/02/bulimia-y-sus-efectos-sobre-tus-dientes.html>

Imagen 11



Fuente <http://www.nycsmiledesign.com/new-york-city-cosmetic-dentist/dental-erosion-ny-eating-disorders.htm>

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los llamados trastornos alimenticios la bulimia y la anorexia son los más frecuentes y cuando se habla de ellas es de vital importancia analizar variables como publicidad y otros factores de riesgo de índole social ya que han creado estándares de “belleza” superficiales con graves alteraciones físicas.

La publicidad no solo motiva a personas de más de cuarenta años ya que los adolescentes son un blanco fácil debido a la necesidad de ser aceptados socialmente y sin darse cuenta empiezan a probar las formas milagrosas de pérdida de peso sin ninguna orientación médica .

La literatura apunta más al género femenino pero también entre los varones se ha documentado y es la población menor de 30 años la que con mayor ligereza se rinde a la seducción de una comunicación persuasiva y carente de información y en este sentido se han adelantado estudios en muestras de jóvenes en otros países y como es de esperarse, con diferente perfil social pero se cuenta con reducida información en grupos etáreos entre 20 y 30 años en nuestro país, por lo tanto, la pregunta de investigación que sustenta a la presente investigación fue:

¿Cuál es la influencia que la publicidad tiene en nuestro país identificada en una muestra de universitarios?

4. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes constituyen uno de los principales grupos de riesgo nutricional, debido a los cambios culturales, demográficos y sociales que han experimentado los países industrializados y que han influido en la alimentación.

De acuerdo con Moraleda es necesario desarrollar estrategias de prevención y búsqueda activa de casos de TCA, debido a la elevada prevalencia y alto porcentaje de adolescentes con estas conductas de riesgo., por lo tanto, una evaluación como el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético y Corporal (CIMEC) pppppppLos prevenirse y/o detectarse por medio de un diagnóstico precoz responsabilidad de los profesionales de atención primaria.

Diversas investigaciones mexicanas han demostrado que la preocupación del peso y la imagen corporal así como modificaciones drásticas en el patrón alimentario conduce a conductas de riesgo que tienen importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

- ✓ Determinar la actitud y práctica sobre trastornos alimenticios en una muestra de universitarios de primero y último año de la carrera de Cirujano Dentista UNAM.

5.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar por edad y sexo la proporción de alumnos que mencionan el impacto de productos adelgazantes publicitados en anuncios y revistas.

- ✓ Determinar la actitud en términos de variable tiempo que adoptan los encuestados, respecto al peso, la imagen física y su comparación contra un estándar publicitado.
- ✓ Identificar por sexo la proporción de encuestados que refieren estar en contacto con personas a las que les impactan lo referente a dieta productos adelgazantes

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se llevó a cabo en la Facultad de Odontología en la UNAM con la participación de alumnos de primer ingreso y alumnos que cursaron el seminario de titulación.

Se aplicó el **Cuestionario de Influencias del Modelo Corporal (CIMEC)**, creado por Toro, Salamero y Martínez. La cual detecta las influencias culturales relevantes o la justificación de adelgazamiento por razones estéticas y sociales. Fue elaborado por una muestra española de 59 anoréxicas y 59 controles.

El CIMEC está compuesto por 35 preguntas integradas/divididas en cinco factores, que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales.

Incluye las preguntas: [4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31], que muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que proporcionan el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Para tal efecto, se solicitó asentaran edad y género y respondieran lo más veraz posible el cuestionario que se les suministró. Posteriormente la información se capturó en el programa excel para realizar el cruce de variables así como la determinación de proporciones, razones y promedios a que dio lugar el análisis para comparar entre las dos muestras de alumnos la información capturada con el sistema SPSS.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estudiantes universitarios inscritos en la Facultad de Odontología

6.4 MUESTRA

Muestra 1. 100 alumnos de primer ingreso, 50 mujeres y 50 hombres.

Muestra 2. 100 alumnos de Seminario de Titulación, 50 mujeres y 50 hombres.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Encuestas llenadas en su totalidad de alumnos que aceptaron participar.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO:

- edad
- género
- trastornos alimenticios
- influencia de la publicidad para.....



6.7 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

- publicidad
- trastornos alimenticios

6.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

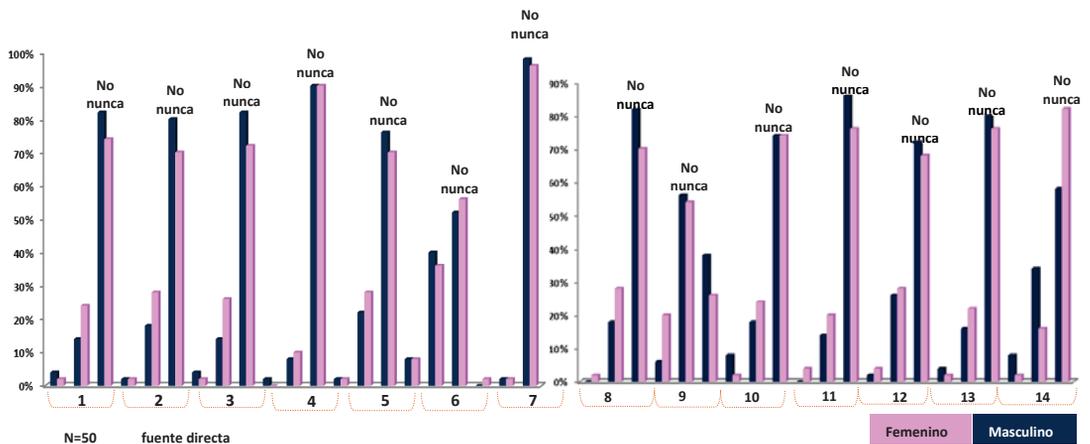
La información se presenta en proporciones y se corrió el coeficiente de correlación (Pearson r^2) y se graficó.

7. RESULTADOS

Factor I

En el estudio participaron 100 estudiantes elegidos por criterio, el grupo A se conformó por 50 alumnos de primer año de la Carrera de Cirujano Dentista con un promedio de edad de 18.7 El Grupo B (alumnos inscritos en el Seminario de Titulación) presentaron un promedio de edad de 25 , ambos grupos fueron pareados por sexo (50% correspondió al sexo femenino y el 50% al masculino.) Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario aplicado a los alumnos de pregrado puso en evidencia que en el Factor I (Influencia de la publicidad) la mayoría contestó a los 14 ítems **No, Nunca,** lo que puso en evidencia que realmente no se ven afectados por ésta al menos más del 70%. (Gráfica 1)

Gráfica 2. Factor I Influencia de la Publicidad.



- N=50 fuente directa
1. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
 2. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?
 3. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
 4. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos?
 5. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando oyes o miras anuncios dedicados a esos productos?
 6. ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?
 7. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?

8. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
9. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad?
10. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o miras un anuncio dedicado a ellas?
11. ¿Hablas con tus amigas (o amigos) acerca de productos o actividades adelgazantes?
12. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc?
13. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?
14. ¿Recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?

Los ítems 4 (sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos?) y 7 (¿llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?) tanto en hombres como en mujeres tienen el mayor porcentaje de respuesta negativa.

En el ítem 11 (¿hablas con tus amigas (o amigos) acerca de productos o actividades adelgazantes? El sexo masculino respondió en un 82% con respecto a las mujeres (76%), obsérvese que el ítem 14 (¿recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?) fueron más las mujeres que contestaron no, nunca, por lo tanto hay más los varones que si lo recuerdan.

Obsérvese en el cuadro 4 la distribución porcentual de las otras opciones de respuesta para estos ítems.

Cuadro 3 Distribución porcentual de respuestas sobre influencia de la publicidad. (Alumnos pregrado)						
Ítem	Si, siempre		A veces		No, nunca	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
4	0%	2%	10%	8%	90%	90%
7	2%	0%	2%	2%	96%	98%
11	4%	0%	20%	14%	76%	82%
14	2%	8%	16%	34%	82%	58%

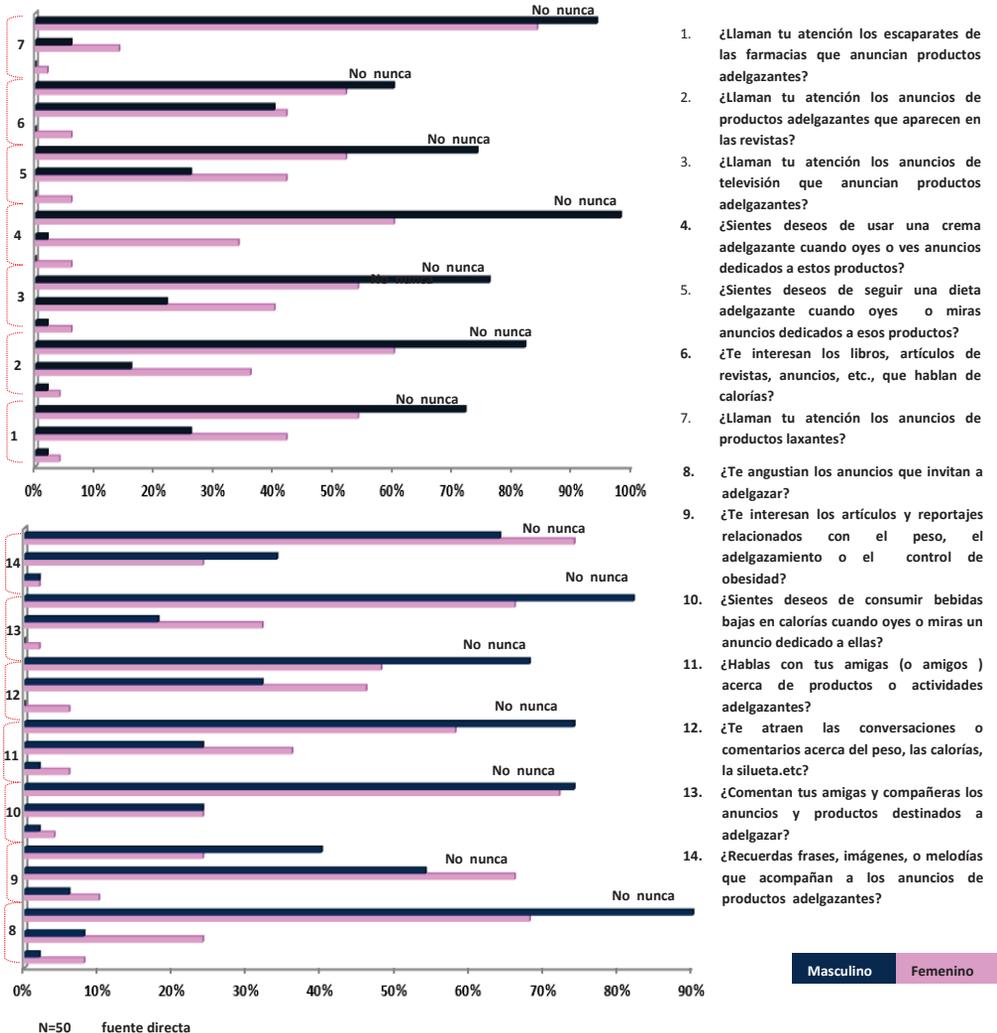
Fuente directa

Los resultados obtenidos en las encuestas contestadas por los alumnos del Seminario de titulación difieren un poco, en los ítems 4 (¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos?), 5 (¿Sientes deseos de seguir una dieta?), 6 (¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?) y 7 (¿Llaman tu atención los anuncios de productos

laxantes?) no contestaron los varones, sus respuestas se distribuyeron en mayor porcentaje a **NO, nunca** y en menor porcentaje a **A veces**.

(Gráfica 3)

Gráfica 3. Factor I. Ansiedad ante situaciones que cuestionan.



Cuadro 4 Distribución porcentual de respuestas sobre ansiedad ante situaciones por cuestionamiento. (Alumnos Seminario de Titulación)						
Ítem	Si, siempre		A veces		No, nunca	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
4	6%	0%	34%	2%	60%	98%
5	6%	0%	42%	26%	52%	74%
7	2%	0%	14%	6%	84%	94%
8	8%	2%	24%	8%	68%	90%
9	10%	6%	66%	54%	24%	40%
10	4%	2%	24%	24%	72%	74%
11	6%	2%	36%	24%	58%	74%
12	6%	0%	46%	32%	48%	68%
13	2%	0%	32%	18%	66%	82%
14	2%	2%	24%	34%	74%	64%

Fuente directa

Obsérvese que es en el sexo masculino donde las respuestas se tienden más a la opción **No, nunca**.

Los ítems 9 (¿te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad?) y 14 (¿recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?) tienen el mayor porcentaje de respuesta negativa tanto en hombres como en mujeres.

El ítem 14 presenta un porcentaje mayor a 90% en hombres, siendo éstos los que menos recuerdan frases, imágenes o melodías de

productos adelgazantes, en comparación con las mujeres la cuales solo mas del 65% no las recuerda. (Gráfica 3)

Factor II

Los ítems 3 (¿has hecho régimen para adelgazar alguna vez en la vida?) y 6 (Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?) que refieren la realización de alguna conducta para bajar de peso, tanto hombres como mujeres se inclinaron por responder **a veces**, no hubo diferencia significativa entre ambos sexos.

Cuadro 5							
Distribución porcentual de respuestas sobre ansiedad ante situaciones por cuestionamiento. (Alumnos Seminario de Titulación)							
Ítem		Si, siempre		A veces		No, nunca	
		F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
1	¿Te atrae y a la vez te angustia contemplar tu cuerpo en un espejo, en un en un aparador etcétera por verte "gordito o gordita"?	12%	4%	58%	46%	30%	50%
2	¿Te angustia ver pantalones, u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	22%	2%	56%	34%	22%	64%
3	¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	10%	2%	52%	50%	18%	48%
4	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera (o ligero) de ropa o tener que usar traje de baño?	14%	0%	40%	26%	46%	74%
5	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos seas mujer o seas hombre?	24%	0%	26%	12%	50%	88%

Cuadro 6 Distribución porcentual de respuestas sobre ansiedad ante situaciones por cuestionamiento. (Alumnos Seminario de Titulación)							
Ítem		Si, siempre		A veces		No, nunca	
		F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
6	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?	16%	2%	64%	60%	20%	38%
7	¿Te angustia que te digan que estas “llenita o llenito”, “gordita o gordito”, “redondita o redondito” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?.	24%	4%	40%	30%	36%	66%
8	¿Envidias la delgadez de las o los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	16%	0%	30%	14%	54%	86%
9	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	24%	6%	26%	22%	50%	72%
10	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	4%	0%	36%	28%	60%	72%

Fuente directa

Las mujeres se inclinaron mas por responder **A veces** en los ítems 1 (¿te atrae o angustia contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador etcétera por verte “gordito o gordita”?) y 2 (¿te angustia ver pantalones, u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?) en comparación con los hombres que respondieron no, nunca, resultando las

mujeres una mayor preocupación con su imagen corporal y disgusto por el aumento de peso.

Los resultados obtenidos en los ítems 4 (¿te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera o ligero de ropa o tener que usar traje de baño?), 5 (¿te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos seas mujer o seas hombre?), 8 (¿envidias la delgadez de las o los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?) , 9 ¿envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?) y 10 (¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?) los hombres no respondieron y se inclinaron más por repuestas **negativas**. Las mujeres tuvieron una congruencia en los porcentajes de estos ítems, aunque en menor porcentaje respondieron **a veces** en comparación con los hombres.

Factor III:

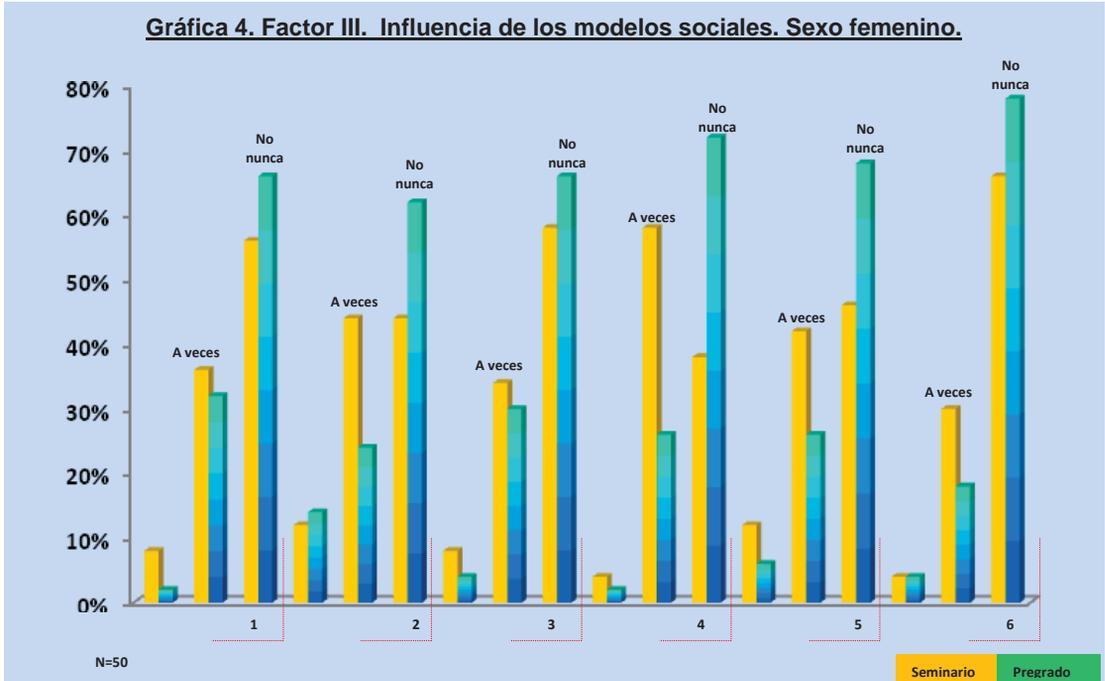
Como en los anteriores factores, al comparar sexo femenino de Pregrado vs Seminario de titulación es mayor la proporción de respondientes que seleccionaron la opción **No, nunca**, los ítems fueron los siguientes.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices (o actores) fijándote especialmente en si son gordos o delgados?
2. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas o bailarines de ballet o de las personas que practican gimnasia rítmica?
3. ¿Cuándo vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
4. Te atraen las fotografías y anuncios de personas en traje de baño o ropa interior?
5. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
6. ¿Cuándo comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingieren cada una de ellas?

En todos los ítems las mujeres del Seminario respondieron más frecuentemente **A veces**, obsérvese el ítem 4, aun número mayor de

mujeres mayores de 25 años si les atraen las fotografías de personas en traje de baño.

Gráfica 4. Factor III. Influencia de los modelos sociales. Sexo femenino.



(Las sumatorias no resulta el 100% ya que son dos poblaciones de mujeres las que se comparan)

Fuente directa

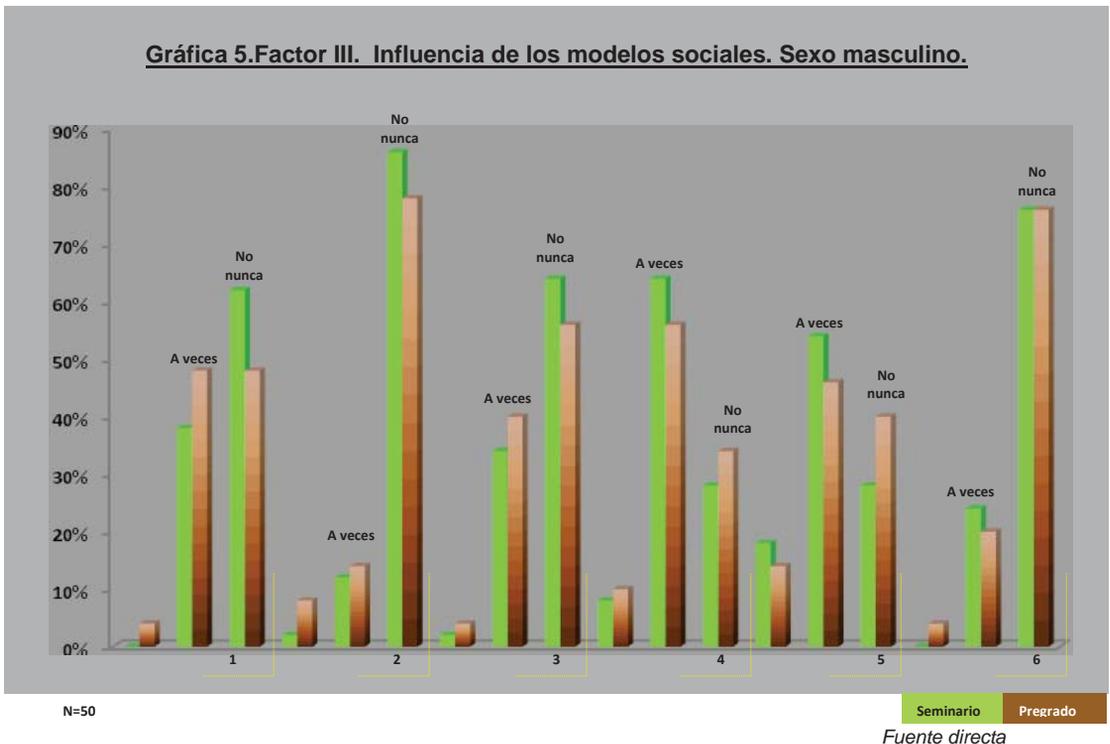
Al comparar sexo masculino de Pregrado vs Seminario de titulación es mayor la proporción de respondientes que seleccionaron la opción **No, nunca**, los ítems fueron los siguientes.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices (o actores) fijándote especialmente en si son gordos o delgados?
2. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas o bailarines de ballet o de las personas que practican gimnasia rítmica?
3. ¿Cuándo vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
4. Te atraen las fotografías y anuncios de personas en traje de baño o ropa interior?
5. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
6. ¿Cuándo comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingieren cada una de ellas?

Obsérvese en el ítem 6 el mismo número varones de pregrado y seminario obtuvieron el porcentaje de respuesta **No, nunca** refiriendo a no observar la cantidad de comida que ingieren las demás personas.

En los ítems 4 y 5 los alumnos de seminario se inclinaron por responder **A veces** en mayor proporción, se observa en la gráfica a un número de hombres mayor a 25 años les atraen las fotografías y anuncios de personas en traje de baño o ropa interior así como les resultan mas simpáticas y atractivas las personas delgadas.

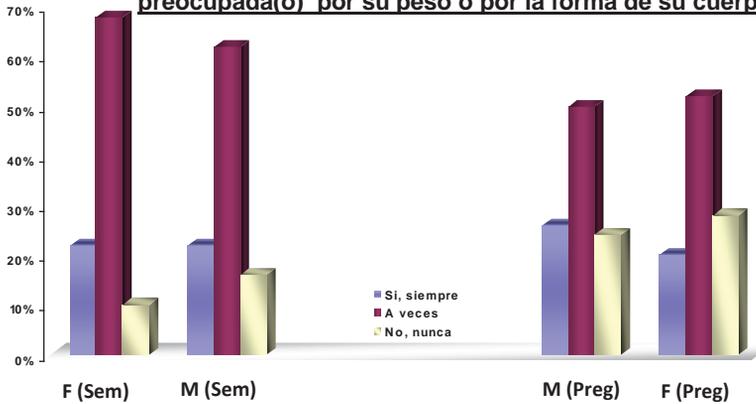
Gráfica 5. Factor III. Influencia de los modelos sociales. Sexo masculino.



(Las sumatorias no resulta el 100% ya que son dos poblaciones de varones las que se comparan)

Factor IV: Influencia de las relaciones sociales

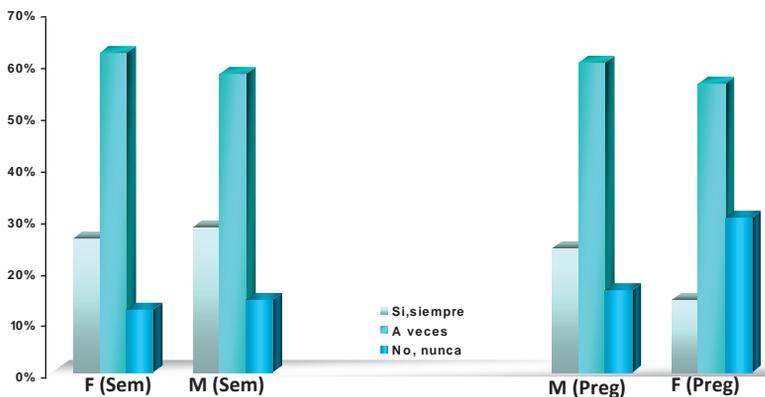
1. ¿Tienes alguna amiga(o) o compañera(o) angustiada(o) o muy preocupada(o) por su peso o por la forma de su cuerpo?



Fuente directa

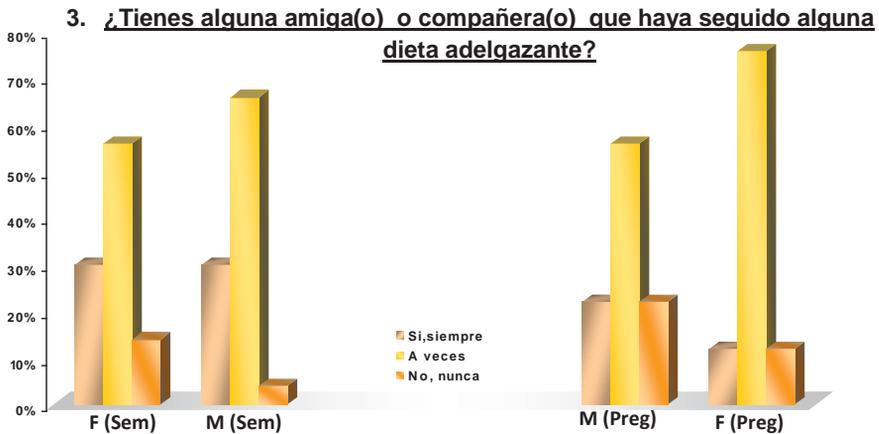
Obsérvese que tanto los alumnos del Seminario como los de Pregrado tienen casi la misma opinión sobre este ítem. Es mayor el porcentaje de alumnos mayores de 25 años que opinaron en este ítem **A veces**.

2. ¿Tienes alguna amiga(o), hermana(o) o compañera(o) que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?



Existe diferencia entre los varones de seminario con los de pregrado, presentando estos un mayor porcentaje.

A diferencia las mujeres de seminario refieren presentar en mayor porcentaje, conocer a alguien que realice alguna actividad con el fin de adelgazar. El ítem de mayor porcentaje fue **a veces**.

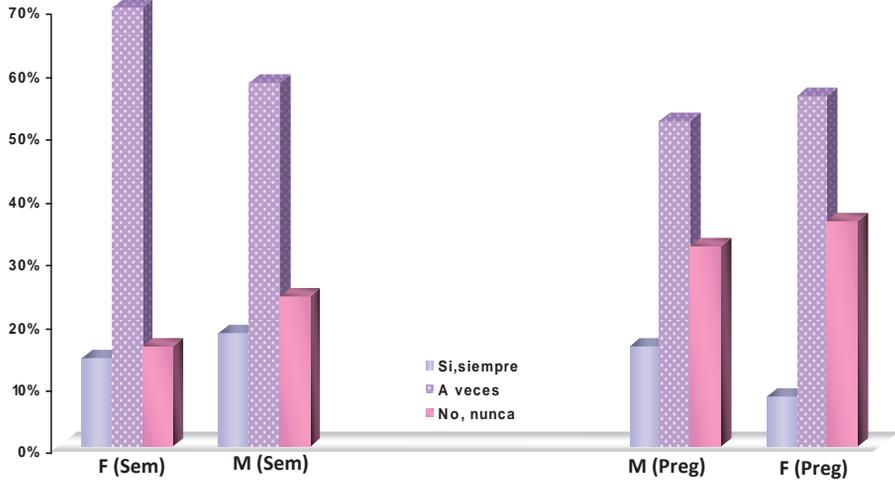


Fuente directa

Existe diferencia entre las alumnas del seminario y los de pregrado, respondiendo estas a un mayor porcentaje de respuestas a veces. Al contrario con los varones, los de seminario presentaron mayor porcentaje en conocer a una persona que siga una dieta adelgazante.

El ítem de mayor porcentaje fue **A veces**.

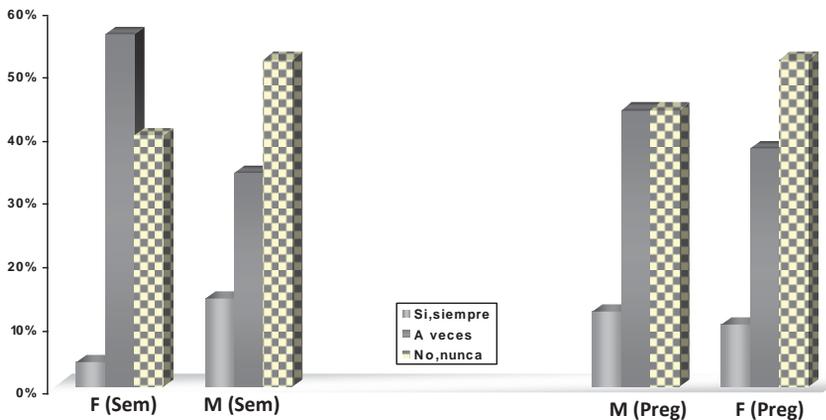
4. ¿Crees que tus amigas(o) y compañeras(o) están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?



Fuente directa

Los alumnos del seminario como los de pregrado tienen casi la misma opinión sobre este ítem. Obsérvese la mínima diferencia de porcentajes entre hombres y mujeres de pregrado. El mayor porcentaje de alumnos mayores de 25 años que opinaron en este ítem **A veces**.

5. Crees que tus amigas(os) y compañeras están preocupadas(os) por el excesivo tamaño de su pecho?



Fuente directa



Las mujeres del seminario presentaron un mayor porcentaje en este ítem respondiendo **A veces**, en comparación con las alumnas de pregrado quienes refirieron un mayor porcentaje en la respuesta **no, nunca** obsérvese casi la misma opinión con los varones de seminario. Los varones de pregrado presentaron el mismo porcentaje en las respuestas **A veces** y **no, nunca**.

8. CONCLUSIONES

La influencia que ejercen los medios de comunicación, el explorar los modelos estéticos corporales de la delgadez y la musculatura, así como las influencias sociales, predisponen al desarrollo de algún tipo de trastorno alimenticio, en personas jóvenes.

Las mujeres presentan mayor número de casos de angustia debido a la imagen corporal y el aumento de peso, asimismo tienden a desarrollar algún TCA, sin descartar la posibilidad que estos se presenten en el género masculino.

Los hombres refirieron tener mayor preocupación por la realización de alguna actividad física para tener un mejor físico y sentirse más atractivos, menos preocupación evidencian con la dieta y productos de adelgazamiento como lo señala la literatura.

Ambos niveles académicos refirieron haber realizado alguna vez conductas para bajar de peso.

Entre la publicidad las dos muestras de estudio refirió no tener interés en productos para adelgazar, pero son en mayor proporción los varones son quienes recuerdan publicidad relacionada para bajar de peso.

Las alumnas de seminario mayores de 25 años presentaron un porcentaje mayor respecto a la variable “conocer personas con insatisfacción corporal”.

Para el odontólogo es de suma importancia la detección de dichos trastornos ya que estos pacientes disfrazan su conducta para no ser detectados y algunas manifestaciones orales no pueden ocultarse.



El Cuestionario de Influencias del Modelo estético Corporal (CIMEC) es un instrumento confiable para la detección de algún tipo de trastorno alimenticio ya que en determinados grupos sociales se ha observado que la prevalencia ha ido en aumento, poniendo en riesgo la vida de muchos jóvenes a nivel mundial.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomas J, Ibáñez E, Morales R, Gómez N, Vázquez I, Leguizamón P, et al. *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y conocimiento frente a daños en cavidad oral en estudiantes de odontología, año 2010*. Rev Colomb Investing Odontol 2011; 2 (6): 163-171.
2. <http://trastornosalimenticios.org/>
3. Guadarrama R, Mendoza S. *Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo*. Enseñanza e Investigación en Psicología 2011; 16 (1): 125-136.
4. Portela SM, da Costa Ribeiro JH, Mora GM, Raich RM. *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. Nutr Hosp. 2012; 27: 391-401
5. García L, Dufoo S, de León C. *Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia*. Rev. Odont. Mex.2008; 12 (1): 46-54.
6. Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MA, Munguía AE. *Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes*. Rev Esp Méd Quir 2013; 18 (1): 51-55.
7. Morales A, Ramírez W, Ureña M, Sevilla A, Umaña P, Chaves R. *Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes*. Act pediátr. Costarric 2002; 16 (3)
8. Jiménez M, Martínez S, Esparza G, Cerero R. *Anorexia y Bulimia ¿Qué ve el odontólogo?*. Av Odontoestomatol 2011; 17: 89-97.
9. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina M. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes*. Salud Ment 2012; 35 (6)

10. Del Bosque GJ, Caballero RA. *Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia*. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2009; 66 (5)
11. Thomas Y, Ibáñez E, Serrano C, Teherán D. *Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo*. Rev CES Odont. 2008; 21 (2): 33-38.
12. Berner E, Piñero J, Valente S. *Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos*. Arch. Argent. Pediatr 2004; 102(6): 440-444.
13. Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. *Oral manifestations of eating disorders: critical review*. Oral diseases 2008; 14: 479-484.
14. Mancilla DJ, Lameriras FM, Vázquez AR, Álvarez RG, Franco PK, López AX, et al. *Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2010; [internet]: 36-47.
15. Diaconescu S, Ciubara A, Gimiga N, Constantín A, Olaru C. *Mental anorexia in a teenager*. A case report. Romanian Journal of Oral Rehabilitation 2013; 5 (1): 6-10.
16. Zuvirie HR, Rodríguez OM. *Reacción psicofisiológica a la exposición de imágenes de mujeres delgadas en universitarias*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2011; [internet]: 33-41.
17. Garfinkel P, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, et al. *Bulimia nervosa in Canadian Community Sample: prevalence and comparison of subgroups*. Am J Psychiatry 1995; 152 (7): 1052-1058.
18. León HR, Aizpuru PA. *Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con trastorno de la Conducta Alimentaria*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 119-124.

19. Manrique AF, Barrera SL, Ospina DJ. *Prevalencia de bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados*. Avances en enfermería 2006; 24 (2): 38-46.
20. Cruzat C, Ramírez P, Meipillán R, Marzolo P. *Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile*. Psykhe 2008; 17 (1): 81-90.
21. Saucedo MT, Unikel SC. *Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociado a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos*. Rev. Chil. Nutr. 2010; 37 (1): 60-69
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v37n1/art06.pdf>
22. Marín V. *Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes*. Rev. Chil. Nutr. 2002; 29 (2)
23. Vázquez AR, Velázquez AG, López AX, Álvarez RG, Mancilla DJ, Franco PK. *Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de Influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos*. Psicología y ciencia social 2010; 12 (1,2): 5-11.
<http://tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/index.php/pycs/article/download/26/24>
24. Acosta GV, Llopis MJ, Gómez PG, Pineda GG. *Evaluación de la conducta alimentaria en riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México*. Intern. Jour. Psychol. Ther. 2005; 5 (3): 223-232.
25. Vázquez R, Alvarez G, Mancilla J. *Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana*. Salud Mental 2000; 23 (6): 18-24.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262303>
26. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina M. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa e adolescentes*. Salud Mental 2012; 35 (6): 483-490.
27. Barrientos N, Escoto C, Bosques L, Enríquez J, Juárez C. *Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en*

- hombres y mujeres usuarios de un gimnasio*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2014; 5: 29-38.
28. http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9/reportes/a_anorexia.asp
29. Benavente DM, Rodríguez MF, Martín LC, Hirueka BM. *Factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en una comunidad de escolares*. Atem Primaria 2003; 32 (7): 403-409.
- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707562#>
30. Carrillo V, Del Moral A. *Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas y no afectadas por anorexia y bulimia*. Saúde Soc. Sao Paulo; 22 (2): 468-484.
31. Johansson A, Norring C, Unell L. *Eating disorders and oral health: a matched case-control study*. Eur J Oral Sci 2012; 120: 61-68.