



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ALUMNOS DE SECUNDARIA**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

GARCÍA PÉREZ LAURA
LÓPEZ ASCENCIO SERGIO FERNANDO

DIRECTORA: LIC. NATALIA M. MEZA CELIS
ASESORES: LIC. ROSA MARÍA CELIS BARRAGÁN
C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME
DR. ISAAC A. RODRÍGUEZ GALVÁN



MÉXICO, D.F.

2001

Natalia Meza Celis

RECEBIDA EN LA SECRETARÍA DE ODONTOLOGÍA
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
EL 15 DE ABRIL DE 2001



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

Con admiración y respeto agradecemos a nuestra directora: Lic. Natalia Magdalena Meza Celis, a nuestros asesores: Lic. Rosa María Celis Barragán, C.D. Alfonso Bustamante Bácame y al Dr. Isaac Alfonso Rodríguez Galván por su apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

También queremos agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera colaboraron con la realización de la tesis.

A nuestros amigos: Nora, Yumiko y Marcela por brindarnos su amistad y apoyo incondicional en todo momento.

Agradecemos a Dios por habernos dado la oportunidad de realizar uno de nuestros sueños y guiarnos día con día..

Laura:

A mi hermano Juan y a mis hermanas Rosario, Ana Bella y Rubí por brindarme su cariño y apoyo sincero, por sus contribuciones en la realización de la investigación. A mis padres: María de Jesús y Fernando; a mi abuelo Isidro por la confianza que depositaron en mí, por todo el apoyo que me brindaron durante toda la carrera y su gran cariño.

Sergio:

A mis familiares Maura Lourdes y Pamela por haberme brindado el apoyo necesario así como su cariño en todo momento. A mi primo por su colaboración y aportación a esta investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
Trastornos de la Conducta Alimentaria	3
Anorexia Nerviosa	5
Criterios para el Diagnóstico de anorexia nerviosa	13
Bulimia Nerviosa	14
Criterios para el Diagnóstico de bulimia nerviosa	20
Manifestaciones bucales y Complicaciones dentales	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	26
OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICO	27
HIPÓTESIS	27
METODOLOGÍA	
Material y Método	29
RESULTADOS	37
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	54

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad enfatiza la delgadez como primer criterio de belleza, la preocupación por la figura y el peso es muy frecuente en nuestros días, por lo que no es nada raro ver cómo personas con un peso normal hacen dieta para adelgazar.

Vivimos en una sociedad que tributa un culto excesivo a la imagen, al cuerpo y a la delgadez. Algunas personas intentan a través de ese cuerpo perfecto resolver otra serie de problemas y/o dificultades que nada tienen que ver con la alimentación y sí con otros aspectos como la seguridad y confianza. Éste fenómeno es de extraordinaria importancia para la aparición y mantenimiento de la anorexia y bulimia nerviosas, trastornos psicológicos que conducen a graves desajustes en el comportamiento alimentario afectando a mujeres, preferentemente jóvenes, mucho más que a hombres.

Los trastornos de la ingesta, se caracterizan por una relación impropia con el alimento, o una grave desviación de los hábitos alimentarios, llegando más allá de un problema conductual, afectando la salud física y emocional del paciente, perjudicando su desempeño social y profesional. Las variantes principales de los trastornos de la ingesta incluyen: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, fenómenos complejos e íntimamente relacionados.

Los trastornos de anorexia y bulimia son trastornos de la alimentación que suponen un fondo conductual básico de miedo y ansiedad permanentes a la obesidad, que además de su naturaleza psicológica, cursan con una gama de disfunciones orgánicas severas.

El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones buco-dentales sean graves o pudieran poner en peligro la vida, sino por ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser debidamente reconocidas preventivamente y tratadas oportunamente.

En esta investigación se explica en qué consisten estos trastornos, los factores que influyen más claramente en su aparición, resaltando que se trata de un problema que puede tener múltiples causas. Contiene un cuestionario realizado para detectar la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas en el alumno de secundaria haciendo una comparación con el factor socioeconómico dado que es uno de los factores causales de dichos trastornos entre otros.

Por todo lo anterior, es necesario vincular las distintas áreas de la salud para entender más sobre el tema y abordarlo integralmente, no solo como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una curiosidad médica, sino como una enfermedad bien definida, dado que es usual que este tipo de trastornos tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de salud como Nutrición, cuando se demuestra que tienen características iguales o más importantes para la salud integral, como el estado anímico y psicológico de los pacientes por mencionar algunos.

ANTECEDENTES

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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

Una vez iniciados estos trastornos son muy difíciles de dejar, y salir de ellos no es cuestión de falta de voluntad y por tanto se requiere de una ayuda más profunda y sobre todo a nivel profesional para resolverlos.¹³

Cabe aclarar que los datos de frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria pueden estar sub o sobrestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace el diagnóstico preciso con los mismos criterios y por otro lado, la mayoría de las veces se utilizan cuestionarios para su detección, y la mayoría de las personas que presentan dichas conductas tratan de esconderlas debido a que se sienten culpables por realizarlas. El diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaria es difícil debido a que el enfermo y sus familiares no tienen claro que los rasgos presentados al comer son síntomas de enfermedades complejas y graves que requieren de atención especializada.¹

Desde 1970 en todo el mundo se ha incrementado el número de personas que desarrollan éstos desórdenes alimentarios. Pero fue hasta la década de 1990 que surgió un boom entre la comunidad médica debido a que personajes reconocidos a nivel mundial murieron o estuvieron a punto de hacerlo, debido principalmente a la Anorexia.¹²

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

- ✓ **El sexo.** El 95% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia nerviosas son mujeres; según algunos expertos, la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales. ^{11,13}
- ✓ **La edad.** La anorexia nerviosa habitualmente se presenta entre los 15 y 26 años, mientras que la bulimia se presenta entre los 18 y 28 años. ^{11,13}
- ✓ **La personalidad predisponente.** En la anorexia nerviosa las pacientes se caracterizan por ser obsesivas, dependientes y obedientes, en tanto que las pacientes que padecen bulimia generalmente son conflictivas, impulsivas y poco tolerantes a las presiones. ^{11,13}
- ✓ **El ambiente familiar.** En general las familias de las pacientes con anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios. La familia del paciente con bulimia generalmente es conflictiva; además, en ellas pueden existir antecedentes de alcoholismo, drogadicción y obesidad. ^{7,11,13}
- ✓ **El ambiente socioeconómico.** Hasta hace poco se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaba sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados. Sin embargo, ésta enfermedad se presenta cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos; desafortunadamente éstos países no cuentan con datos que confirmen la frecuencia de la enfermedad y si se está incrementando. Duker menciona que estos problemas suelen manifestarse en un sector social que no carece de recursos. Las enfermas de anorexia y bulimia nerviosas por lo general provienen de hogares respetables, de clase media relativamente acomodada. ^{11,12,13}
- ✓ **Los factores ambientales y culturales.** En los países occidentales, la imagen ideal o preferida del cuerpo de la mujer ha

cambiado con gran rapidez en las últimas décadas; cada vez se les exige que sean más esbeltas y, como consecuencia, existe también la presión por el consumo de alimentos bajos en energía. Si bien éstos factores no provocan la enfermedad, sí facilitan el desarrollo de la misma y más grave aún, la disfrazan durante un buen tiempo.^{11,13}

ANOREXIA NERVIOSA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición: Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo.¹

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

Este trastorno era ya conocido en épocas antiguas. Los primeros reportes de anorexia nerviosa datan de Inglaterra en 1684 por Morton, ya entonces se definía un trastorno alimentario asociado con ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado "Consumición Nerviosa", otros como Laségue en 1873 y Gull en 1874 asocian además el criterio central del diagnóstico clínico que la distingue del ayuno psicógeno: el miedo normal a la obesidad a pesar de la emaciación. Desde entonces han aparecido numerosos reportes sobre anorexia en países como Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia, entre otros. En muchos de esos reportes ya se asociaba a la anorexia con síntomas bulímicos y, a la par de los estudios sobre anorexia, fueron descubriendo la bulimia. Por ello, es difícil separar los reportes sobre anorexia de aquellos sobre la incipiente bulimia, y hay que notar que se considera a la misma como un síntoma de la anorexia; por lo tanto, también su historia se entrelaza, para separarse finalmente en 1980 y 1987 con la edición y

revisión del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-III-R), de la American Psychiatric Association. ^{1,10,11}

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

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

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarca, sufren de amenorrea. ^{2,5,7}

Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.⁷

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de sus dietas todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (ej. vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.^{2,7}

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.⁷

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta. Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo, especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos, les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pararse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina, en cambio ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su control. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero no niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.^{7,12,14}

La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarca.^{6,7}

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso. Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.^{2,3,15}

SUBTIPOS

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

TIPO RESTRICTIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.^{1,7}

TIPO COMPULSIVO O PURGATIVO. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presenta atracones, pero suele recurrir a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de

comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima (no confundir con bulimia).¹⁷

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la semi-inanición. Por eso es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso, parcial o totalmente.⁷

Se ha observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso; se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una

gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y la iniciativa.^{7,11}

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos de abusar de alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.⁷

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semi-inanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Así mismo la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales. Es frecuente la aparición de anemia leve, rara vez se observa trombocitopenia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica, hipocloremia, y el abuso de laxantes acidosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina suelen estar en el límite normal bajo y los de triyodotironina disminuidos.^{7,18}

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos y los varones niveles asimismo bajos de testosterona.⁷

COMPLICACIONES MÉDICAS

Se observa bradicardia sinusal y rara vez arritmias. Puede haber anomalías difusas como consecuencia de alteraciones significativas de líquido y electrolitos.^{7,11,13}

Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición. Además de amenorrea puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos presentan edemas periféricos, excepcionalmente presentan petequias, en general en las extremidades, indicadores de diátesis hemorrágica, en algunas personas el color de piel es amarillento y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.^{711,13}

El estado de semi-inanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia puede dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como son la anemia normocítica, función renal alterada, trastornos cardiovasculares.⁷¹⁷

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA EDAD Y SEXO

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo. Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. De la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad, este trastorno se presenta raras veces

antes de la pubertad, sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia entre los 13 y 18 años el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres.^{4,7}

PREVALENCIA

Los estudios sobre prevalencia realizados en mujeres adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0.5-1 para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo. Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.^{7,14}

CURSO

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es de 17 años aunque algunos datos sugiere la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante, el curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de años. Para establecer el peso del individuo y el equilibrio hidroelectrolítico es necesario que el enfermo ingrese en un centro hospitalario. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se

produce principalmente por la inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.^{1,7}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay una característica atípica, como el inicio de la enfermedad después de los 40 años. En las enfermedades médicas (enfermedades digestivas, tumores cerebrales, etc.) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros, los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.

7

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

- ✓ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.⁷
- ✓ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.⁷
- ✓ Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.⁷
- ✓ En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.⁷

BULIMIA NERVIOSA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición: Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control de peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes. A menudo pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa unos meses o unos años antes. ¹

De la bulimia sí existen reportes muy tempranos y certeros, desde las bacanales romanas se practicaba lo que hoy se conoce como bulimia, término que deriva del griego "bulimy" (traducido como hambre del buey); en los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades; los primeros reportes sobre conducta bulímica como tal, datan de fines del siglo XIX, aunque generalmente se asocian a la anorexia nerviosa. ^{1,10,12}

En cuanto al abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar el peso, fue reportada por primera vez por Nogués en 1913 y después, en forma esporádica, de los años 30 en adelante; sin embargo, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940. Finalmente, Abraham, en 1916, Krisbaum en 1951, Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia, ligándolos a estados neuróticos. ^{1,10,12}

El efecto de estos trastornos sobre los dientes y estructuras bucales fue reconocido apenas 23 años en los 70 por Hellstrom. ^{1,10,12}

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia del peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

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

atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociado a los atracones no es absoluta. Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones, el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consiste en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar y vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito con el dedo o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.^{2,3,4,5}

Los individuos con estos trastornos pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autoevaluarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar

peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.^{7,10}

SUBTIPOS

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

TIPO PURGATIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos, y enemas durante el episodio.^{1,7}

TIPO NO PURGATIVO. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.^{1,7}

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno no puede aparecer en individuos con obesidad moderada. Algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reduce la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico, a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón. La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta, al igual que los otros

trastornos del estado de ánimo. En muchos individuos la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Hay así mismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad, a su vez todos estos síntomas desaparecen al ser tratada la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias de alcohol y estimulantes en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.^{1,7,11}

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, la pérdida del ácido clorhídico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa.^{7,16}

HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS

Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito. En mujeres con bulimia nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea, no está del todo claro si estas alteraciones se relaciona con las fluctuaciones de peso, déficit nutritivos o estrés

emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se ha observado otras complicaciones que aunque raras pueden causar la muerte del individuo como son los desgarres esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas. En comparación con los enfermos que padecen bulimia nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquido y electrolitos.^{7,14}

SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL SEXO

La bulimia afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluye Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca aunque el trastorno puede afectar también a otro grupo étnico. Por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres.^{7,13}

PREVALENCIA

La prevalencia entre los adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones la prevalencia es de diez veces menor.⁷

CURSO

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de nuestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo.^{5,7}

PATRÓN FAMILIAR

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.^{7,13}

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- ✓ Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias, (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.⁷

- ✓ Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos: ayuno y ejercicio excesivo.⁷
- ✓ Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.⁷
- ✓ La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.⁷
- ✓ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.⁷

MANIFESTACIONES BUCALES Y COMPLICACIONES DENTALES DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.^{10,11}

Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados. Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales, se describen a continuación:¹⁰

Erosión del esmalte

Aunque baja en porcentaje (38%), podría decirse que es la lesión dental típica de estos pacientes en orden descendente de prevalencia: ¹⁰

- Erosión extensa superficie palatina anterior.
- Erosión moderada superficie vestibular, anterior, superior.
- Erosión moderada superficie lingual y oclusal posterior superior e inferior.
- Y prácticamente inalteradas las superficies linguales inferiores. ¹⁰

Como se mencionó, la prevalencia de la lesión es relativamente baja dado que su presencia depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómitos, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), etc., y dado que la erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos. Por lo anterior, el grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión, creando un verdadero reto restaurativo, lo cual a su vez se ve complicado por aspectos como: ¹⁰

- a) Capacidad de amortiguación salival (buffer).
- b) pH salival.
- c) Magnitud del flujo salival.
- d) Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- e) Parafunciones (bruxismo).
- f) Tipo de dieta (frutas, condimentos, golosinas). ¹⁰

Caries

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, etc. En estos pacientes puede existir grados variables de

xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC lo que contribuye a mayor presencia y acúmulo de PDB. ¹⁰

Sialoadenosis

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia, aunque es frecuente encontrarlo. Sin embargo, se ha llegado a confundir con síndrome de Sjogren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce. Se describió por primera vez en 1975. Dentro de sus posibles causas, encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración de grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico. ^{10,16}

La sialoadenosis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia. ^{10,16}

Mucosa

Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor, aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso. ¹⁰

Además, las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la reconseración y recambio epitelial se ven alterados produciendo también queilosis, caracterizada por resequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales. ¹⁰

Periodonto

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el frecuente la gingivitis. Roberts y Li,

estudiaron los índices de placa en estos pacientes encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos.¹⁰

TRATAMIENTO Y MANEJO DENTAL

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales.¹⁰

Aspectos importantes en los que se encuentran en etapas activas del padecimiento o en etapas de remisión-exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.¹⁰

Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dada las prácticas en las que incurren y el sentimiento de culpa, es importante observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en la piel del dorso de la mano.¹⁰

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%), así como el contenido en la pasta dental de uso diario que además de proteger el esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries.¹⁰

El tratamiento restaurativo, una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando al grado de erosión y el material restaurativo más adecuado.¹⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que las pautas culturales han determinado que la delgadez sea sinónimo de éxito social. Muchos de los jóvenes luchan por conseguir el físico ideal motivados por modelos, artistas o por la publicidad comercial. Muchos creen que el mundo es de los delgados. Otros, por un peso natural que excede el estándar de delgadez que la sociedad impone, se deprimen y se autocritican sintiéndose fracasados o desvalorizados.

El culto del cuerpo forma parte de los intereses prioritarios y la búsqueda de la belleza nunca había obligado a tantas mujeres a luchar contra su propia biología, sintiendo insatisfacción por el cuerpo, preocupación excesiva por la comida, el peso, la talla y la figura corporal, etc.

Podría parecer raro que haya escasez de especialistas en este terreno, dado la gran importancia conferida por nuestra cultura al aspecto externo y sobre todo a la delgadez.

Actualmente la anorexia y bulimia nerviosas, dos complejas enfermedades alimentarias se han convertido en un verdadero flagelo para la juventud de nuestro país, teniendo además como consecuencia complicaciones médicas y dentales serias, por lo que si no son detectados y atendidos oportunamente, pueden llegar a provocar la muerte.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Debido a la gravedad de este problema, la presente investigación se realizará con el fin de detectar la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas en los alumnos de secundaria para brindarles información acerca de éstas enfermedades con el fin de lograr en los jóvenes actitudes y conductas que le permitan prevenir la anorexia y bulimia nerviosas.

Como Cirujanos Dentistas es importante saber que en la boca se manifiestan mucho de los síntomas de estos trastornos tales como caries dental, erosión dental, hipersensibilidad, etc., (10) razón por la cual el Cirujano Dentista no debe ser visto como un simple "artesano", sino como todo un profesional del área de la salud capacitado para manejar diferentes pacientes que padecen desórdenes alimentarios con repercusiones bucales y sistémicas, sabiendo que en el organismo existen mecanismos muy especializados que están diseñados para extraer los nutrientes que necesitan las células del cuerpo.

Saber elegir los alimentos adecuados aleja las enfermedades, porque los hábitos alimentarios están directamente asociados con la salud: una dieta equilibrada previene las enfermedades y esto incluye, por supuesto, las enfermedades buco-dentales.

Otra de las razones de esta investigación es crear un precedente informativo para ser incluido dentro de un interrogatorio de salud dental ideal, además de motivar futuras investigaciones sobre el tema, con el fin de establecer nuevas alternativas para prevenir y evitar estos trastornos, creando nuevos programas de prevención, pláticas a padres de familia, etc.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Identificar en alumnos de secundaria de 12 a 16 años la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar en qué clase socioeconómica predomina la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas.
- ✓ Distinguir en qué género predomina la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas.

HIPÓTESIS

1.HIPÓTESIS DE TRABAJO:

En la secundaria privada se encontrará mayor tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas.

2.HIPÓTESIS ALTERNA:

En la secundaria privada se encontrará menor tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas.

3.HIPÓTESIS NULA:

No habrá diferencia en la secundaria pública y privada en cuanto a la tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas.

1.HIPÓTESIS DE TRABAJO:

En la población estudiantil femenina de las dos secundarias, predominará la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas.

2.HIPÓTESIS ALTERNA:

En la población estudiantil masculina de las dos secundarias, predominará la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas.

3.HIPÓTESIS NULA:

La tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas se presentará indistintamente tanto en hombres como en mujeres de las dos escuelas secundarias.

VARIABLES

- 1.Tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas.
- 2.Edad.
- 3.Sexo
4. Peso.
5. Estatura.
6. Estado socioeconómico.

VARIABLES DEPENDIENTES

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

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Edad (cuantitativa, continua).
2. Sexo (cualitativa, nominal).
3. Estatura (cuantitativa, continua).
4. Estado socioeconómico (cualitativa, ordinal).

MÉTODO

SUJETOS DE ESTUDIO

Los sujetos de estudio fueron alumnos inscritos en una escuela secundaria pública y una privada. En cada secundaria se trabajó con un grupo de primero, segundo y tercer grado, de sexo masculino y femenino, de 12 a 16 años en el turno matutino de ambas secundarias.

Escuela Secundaria Pública: Boulevard Copri #97. Col. Lomas Estrella. Del. Iztapalapa.

Escuela Secundaria Privada: Ejidos de Piedierna S/N. Col. San Francisco Culhuacán. Del. Coyoacán.

MATERIAL

Se elaboró un cuestionario de 26 reactivos para establecer la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas.

¿A qué le llamamos Tendencia a padecer Anorexia y Bulimia Nerviosas? Se entiende por tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas a la predisposición que presenta el alumno respecto al ambiente familiar, psicológico y socioeconómico que le rodea en cuanto a estos trastornos.

Ambiente familiar: Todo aquello que escuche en el seno familiar respecto a la delgadez u obesidad, que sea una familia muy rígida; o bien, un ambiente hostil y desorganizado, etc.

Ambiente psicológico: Se refiere a las creencias que el alumno se forme en cuanto a su silueta, a su estado de ánimo, o a sentirse obeso, etc. que lo lleve a tener una autoestima baja y por lo tanto caer en algún trastorno sin darse cuenta.

Ambiente socioeconómico: Toda la publicidad que le rodea; es decir, la influencia de los medios de comunicación en cuanto a que ser delgada (o) es sinónimo de seguridad, éxito, sociabilidad, etc. El pertenecer a una clase acomodada, los puede llevar por el camino de querer ser más perfectos y caer en algún trastorno.

En el cuestionario, 21 reactivos se refieren a la anorexia nerviosa y 13 a la bulimia nerviosa. A su vez, también contiene reactivos psicológicos, de los cuales 11 fueron para anorexia nerviosa (1,2,5,10,13,21-26) y 5 para bulimia nerviosa (10,13,19,20,26): Los reactivos clínicos para anorexia nerviosa fueron 9 (3,4,6-9,11,12,14,) y 8 para bulimia nerviosa (9,11,12,14,15-18).

Dentro del mismo cuestionario, algunos reactivos se consideraron claves para anorexia y bulimia nerviosas, los cuales fueron 4 para anorexia nerviosa (6,7,8,12), y 4 reactivos para bulimia nerviosa (15,16,17,18,).

Esto se estableció de acuerdo a la información obtenida.

En 3 preguntas (1,2,4) sólo se usaron dos opciones que fueron A)Si y B)No. En el resto de las preguntas se utilizaron 3 opciones: A)Frecuentemente, B)Algunas veces, C)Nunca.

A cada reactivo se le dio un valor de acuerdo con la Escala de Likert. Esta escala se utilizó para medir actitudes y se seleccionó un número de frases que representaron actitudes favorables y desfavorables sobre el tema ^a, tales como: Frecuentemente, Algunas veces y Nunca. Se fotocopiaron 200 cuestionarios.

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

Para poder evaluar la tendencia de cada trastorno, se realizó una escala en la cual se estableció lo siguiente:

Tendencia a la anorexia nerviosa:

- ✓ 21-28 _____ muy alta
- ✓ 29-35 _____ alta
- ✓ 36-42 _____ medianamente alta
- ✓ 43-49 _____ baja
- ✓ 50-57 _____ muy baja

Tendencia a la bulimia nerviosa:

- ✓ 13-18 _____ muy alta
- ✓ 19-23 _____ alta
- ✓ 23-28 _____ medianamente alta
- ✓ 29-33 _____ baja
- ✓ 34-39 _____ muy baja

Para evaluar la tendencia a los trastornos con los reactivos psicológicos y clínicos de anorexia y bulimia nerviosas, se elaboró otra escala de la siguiente manera:

Preguntas clínicas de anorexia:

- ✓ 11-14 _____ muy alta
- ✓ 15-18 _____ alta
- ✓ 19-22 _____ medianamente alta
- ✓ 23-26 _____ baja
- ✓ 27-30 _____ muy baja

Preguntas psicológicas de anorexia:

- ✓ 9-12___muy alta
- ✓ 13-15___alta
- ✓ 16-19___medianamente alta
- ✓ 20-22___baja
- ✓ 23-26___muy baja

Preguntas clínicas de bulimia:

- ✓ 5-7___muy alta
- ✓ 8-9___alta
- ✓ 10-11___medianamente alta
- ✓ 12-13___baja
- ✓ 14-15___muy baja

Preguntas psicológicas de bulimia:

- ✓ 8-11___muy alta
- ✓ 12-14___alta
- ✓ 15-17___medianamente alta
- ✓ 18-20___baja
- ✓ 21-24___muy baja

El cuestionario fue realizado, tomando algunas preguntas de Ítem del Body Image Avoidance Questionnaire, Factores en el EAT (Eating Attitudes Test) de Garner y Garfinkel 1979, Factores de Bulit tomado del libro Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. ¹ Otras preguntas se realizaron de la información obtenida.

RECURSOS HUMANOS: Directora de tesis, Asesores de tesis y Pasantes de Odontología.

RECURSOS FÍSICOS: Escuela Secundaria Pública y Privada, Biblioteca de la Facultad de Odontología, Biblioteca Central, Hemeroteca de la Facultad de Medicina, Posgrado de Odontología, ADM, Papelerías, Fundación CBA, Instituto Nacional de Nutrición, Eating Disorders México.

PROCEDIMIENTO:

1. Se seleccionaron dos escuelas secundarias: una pública y una privada en la Delegación Coyoacán e Iztapalapa para realizar el estudio.
2. Se visitó a cada una de las secundarias con una carta de la Facultad de Odontología para solicitar el permiso a trabajar con los alumnos. En ambas secundarias los directores respectivos nos entregaron una hoja en la cual mencionaba a los tres grupos de cada grado, explicándonos que debía ser así por falta de tiempo.
3. En la primera visita a la secundaria, se aplicó el cuestionario en los alumnos con la ayuda de cinco pasantes de Odontología, dividiéndonos dos en cada grupo para facilitar y agilizar el trabajo debido al tiempo restringido.
4. Al término del cuestionario, se le brindó a cada grupo una breve plática sobre anorexia y bulimia nerviosas, donde ésta se hizo muy participativa por parte de los alumnos, ya que en la mayoría de ellos surgieron inquietudes del tema. Al término de la visita se dejó una tarea que consistía en realizar un cartel por equipos de lo que habían asimilado, obteniendo una excelente participación en los alumnos.
El material que se utilizó para dar la plática fueron folletos.
La primera visita fue a la secundaria pública y después a la secundaria privada.
5. En la segunda visita se recogieron los carteles de cada grupo y se formó un periódico mural en cada secundaria. Al finalizar se tomaron fotografías de los carteles realizado por el alumnado.
6. Para obtener los resultados, se trabajó con el programa de computación SPSS, el mejor sin duda alguna para establecer los resultados en cuanto a la prevalencia de la tendencia a la anorexia y bulimia nerviosas. Para graficar los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel.
7. Se realizaron otras visitas a las secundarias para entregar los resultados obtenidos con el cuestionario.

8. Se obtuvieron las conclusiones de acuerdo con los resultados obtenidos.

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

El siguiente cuestionario será de mucha utilidad para llevar a cabo una investigación, te suplicamos nos ayudes a contestar sinceramente cada pregunta subrayando solamente la respuesta correcta.

Peso _____ Estatura _____ Sexo _____ Edad _____

1. Las reglas impuestas por mi familia son poco flexibles.

A) Si B) No

2. Mi familia ha sido sobreprotectora.

A) Si B) No

3. Estoy obsesionada (o) con la comida al punto que siempre estoy pensando en ella.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

4. He bajado de peso mucho últimamente.

A) Si B) No

5. Uno de los temores más grande de mi vida es el subir de peso.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

6. Juego con la comida: Ej. parto la comida en trozos muy pequeños, escondo mi comida y la escupo sin tragármela, remuevo la comida por el plato para que parezca que estoy comiendo, etc.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

7. Me doy cuenta de que prefiero comer sola (o) o cuando estoy segura (o) de que nadie se va a fijar en mí, por eso fabrico excusas cuando me invitan amigos o familiares.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

8. Para controlar mi peso puedo pasar largos períodos sin comer (ayunando).

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

9.Tengo hábitos alimenticios diferentes a los de mi familia y amigos.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

10.Puedo pasar horas inmersa (o) en libros y revistas de dietas y ejercicios.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

11.Me importa mucho ser mucho más delgada (o) que mis amistades para sobresalir.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

12.Mis amistades me dicen que estoy muy delgada (o) pero yo no les creo porque me siento gorda (o).

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

13.Mi estado de ánimo es muy cambiante y paso más tiempo a solas.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

14.Yo quiero estar delgada (o) porque en los medios de comunicación siempre presentan a las modelos muy delgadas.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

15.Por verme delgada siempre he realizado todo tipo de dietas, pero no me han funcionado.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

16.Tengo grandes atracones de comida y eso me hace sentir culpable, por eso me provocho el vómito para deshacerme de la comida.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

17. Uso diuréticos o laxantes para controlar mi peso.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

18.Realizo ejercicio excesivo para tratar de bajar de peso.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

19. Tiendo al perfeccionismo y no me siento satisfecha (o) cuando no me salen las cosas perfectas.

A)Frecuentemente B)Algunas veces C)Nunca

20. Ante cualquier problema mi comportamiento es impulsivo y me irrito con facilidad.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

21. Soy muy leal a los grupos a los que pertenezco.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

22. Me gusta que mis amigos o mis familiares hagan lo que yo quiero, que siempre estén conmigo.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

23. Cuando deseo algo, me es difícil expresarlo.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

24. Al tener un conflicto no puedo expresar fácilmente mi molestia

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

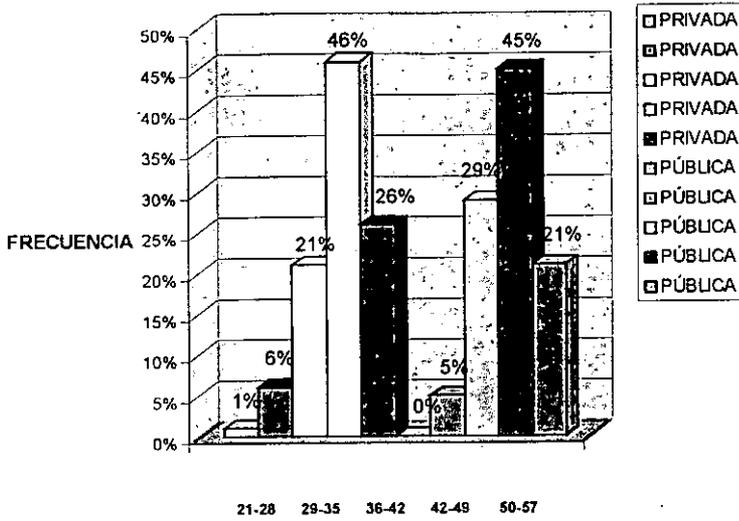
25. En mi familia tendemos a establecer alianzas secretas unos con otros, sin que los demás se den cuenta.

A) Frecuentemente B) Algunas veces C) Nunca

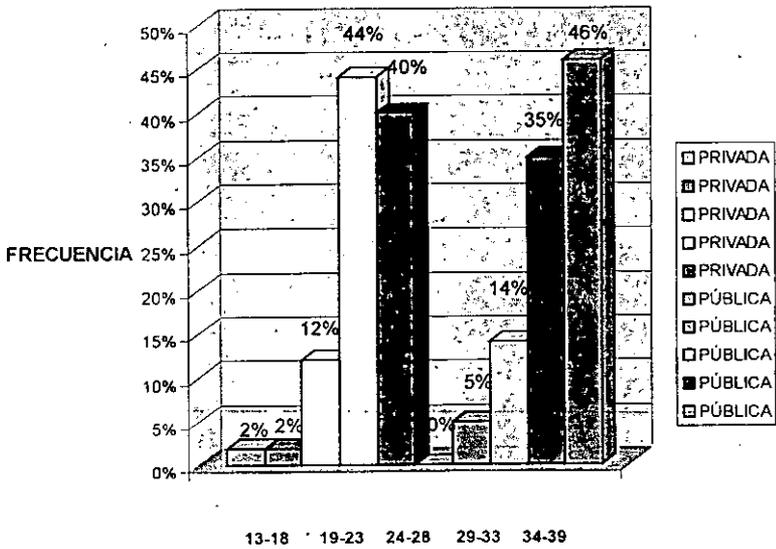
26. Tengo algún familiar cercano con problemas de alguna adicción: comida, bebida, cigarrillo, etc.

A) Sí B) No

Gráfica 19
TENDENCIA A LA ANOREXIA
(NIVEL ECONÓMICO)

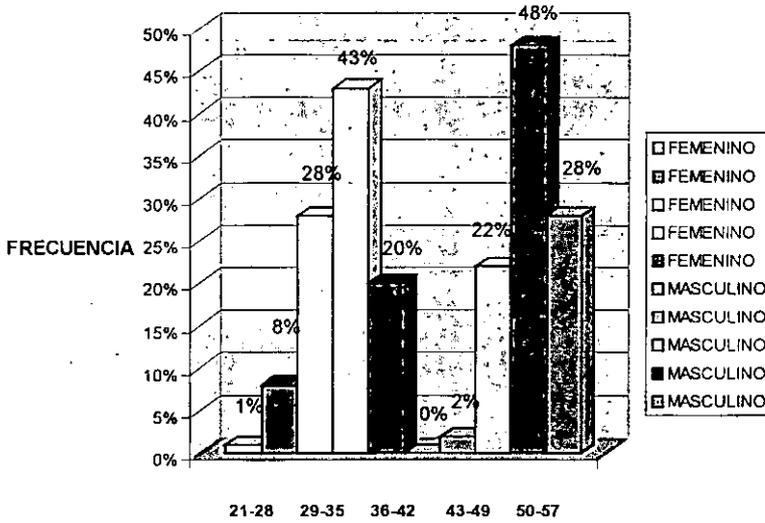


Gráfica 20
TENDENCIA A LA BULIMIA (NIVEL ECONÓMICO)

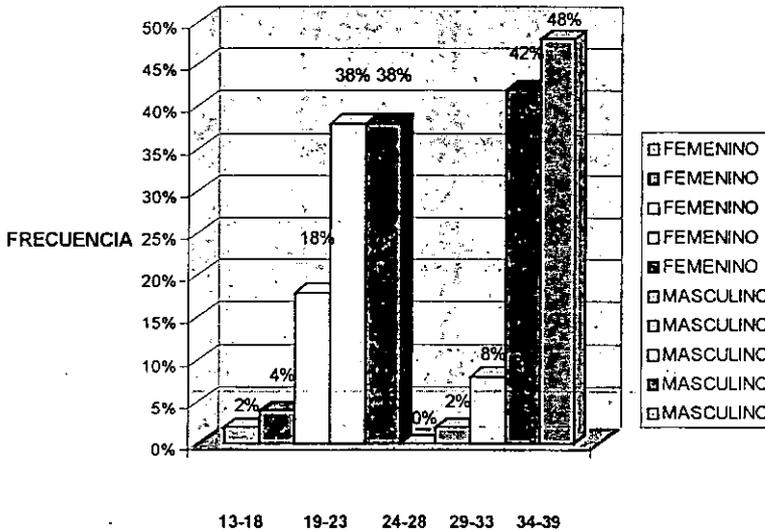


ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

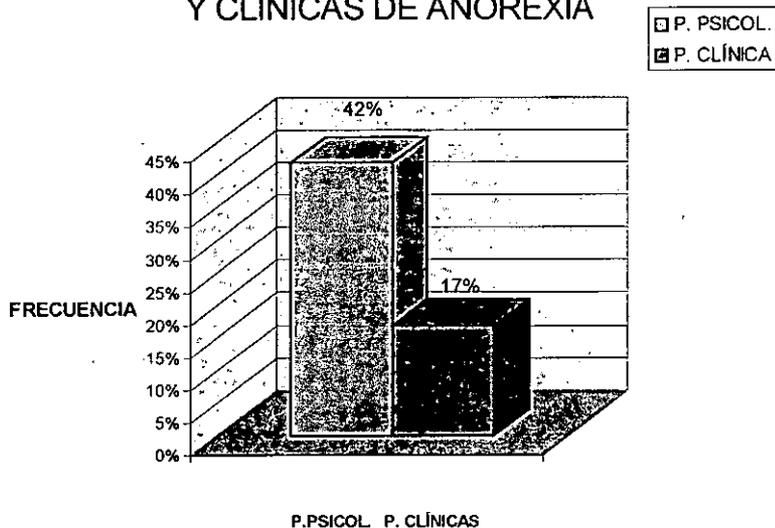
Gráfica 21
TENDENCIA A LA ANOREXIA (SEXO)



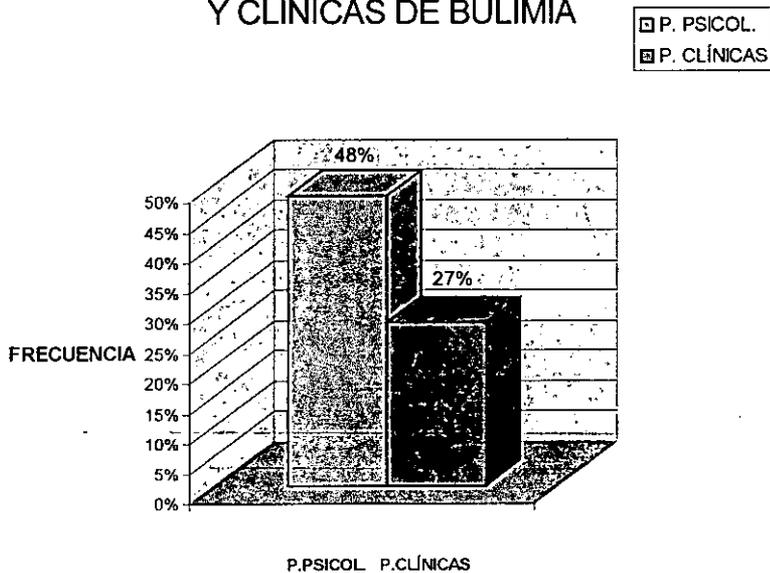
Gráfica 22
TENDENCIA A LA BULIMIA (SEXO)



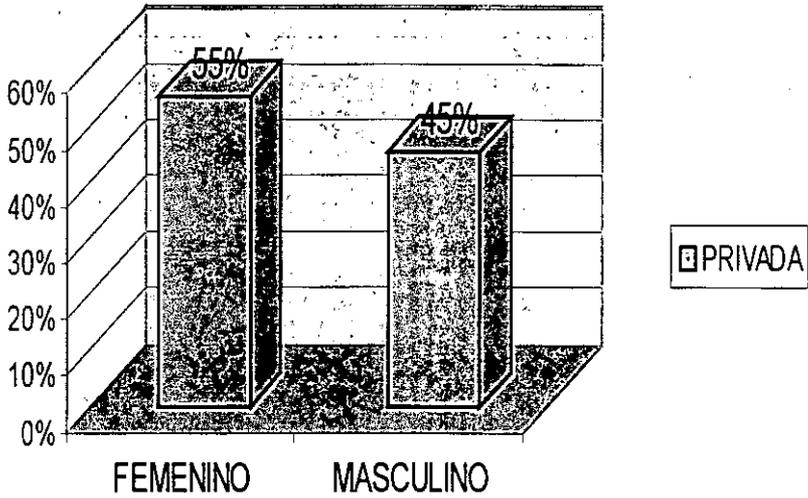
Gráfica 23
COMPARACIÓN ENTRE PREGUNTAS PSICOLÓGICAS
Y CLÍNICAS DE ANOREXIA



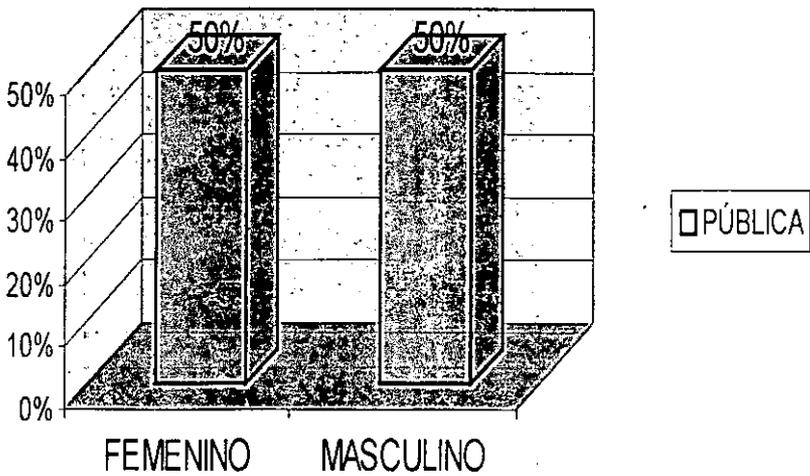
Gráfica 24
COMPARACIÓN ENTRE PREGUNTAS PSICOLÓGICAS
Y CLÍNICAS DE BULIMIA



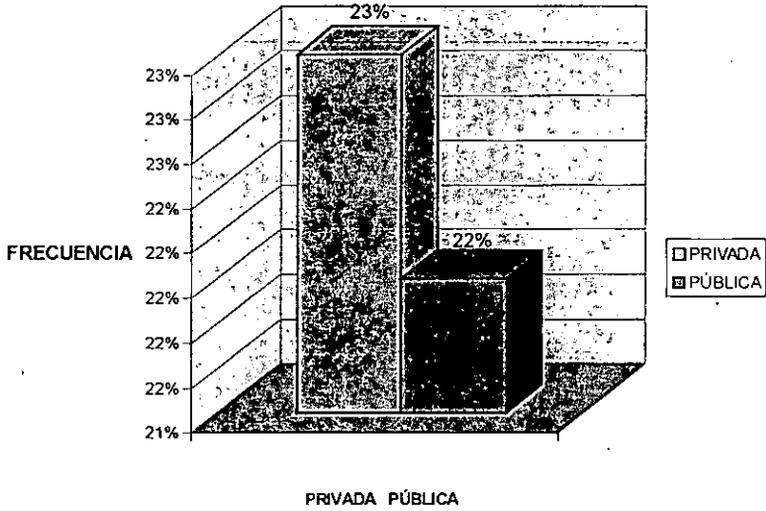
Gráfica 1
NIVEL ECONÓMICO (PRIVADA)



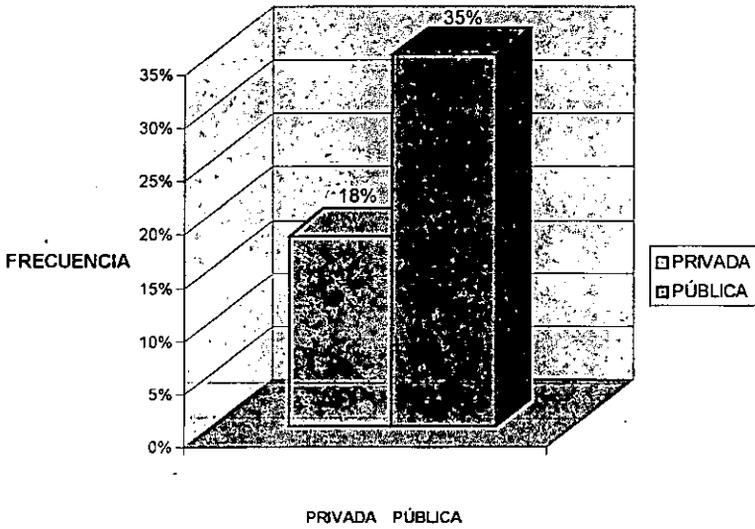
Gráfica 2
NIVEL ECONÓMICO (PÚBLICA)



Gráfica 3
JUEGO CON LA COMIDA



Gráfica 4
PREFIERO COMER SOLA



CONCLUSIONES

Después de los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión de que el nivel socioeconómico no es un factor en que haya mayor o menor prevalencia en los trastornos alimentarios, ya que en nuestros resultados la tendencia en anorexia y bulimia nerviosas se presentó indistintamente en las dos secundarias (pública y privada).

Se realizó esta comparación debido a la inquietud que surgió con respecto a lo que mencionan los autores Duker ² y Palma ¹¹ en cuanto a que en el nivel socioeconómico alto predominan estos trastornos.

En relación al sexo, se demostró nuestra hipótesis, en donde se notó de una forma trascendental que en el sexo femenino predominó la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosas, principalmente a la edad de 13 a 14 años.

La investigación que realizamos nos arroja datos que si bien no pueden ser extrapoladas a la población de jóvenes adolescentes en general por las condiciones en que se tomó la muestra; pero si podemos inferir según los estudios analizados y los datos arrojados por nuestro proyecto que los trastornos de la conducta alimentaria están presente en la población mexicana. Se debe tomar en cuenta que las dos secundarias estudiadas no son representativa de la población mexicana como ya mencionamos; sin embargo, nuestros resultados manifiestan que la tendencia está presente y de acuerdo con el porcentaje de estos trastornos en México, la anorexia y bulimia nerviosas representan un problema que va en aumento sin importar el nivel socioeconómico según nuestros resultados, y aunque es predominante en mujeres, también se presentó esta tendencia en hombres aunque en menor grado.

Es de suma importancia enfatizar que las variables psicológicas manejadas en nuestra investigación, demostraron ser factores predictivos de las variables clínicas para detectar las tendencias a padecer trastornos de la conducta alimentaria, confirmando con ello, lo reportado por los

por los estudios de investigación analizados, por lo que se concluye que estos trastornos son netamente de origen psicológico.

Dado que las manifestaciones bucales en los individuos con estos trastornos son determinantes para su diagnóstico, es obligación del Cirujano Dentista conocer sus características para poder prevenir, detectar y tratar a estos pacientes desde un enfoque odontológico, además de estar capacitados para establecer niveles de interconsulta con Psicólogos, Nutriólogos y Médico General, con el fin de brindar un tratamiento especializado a aquellos jóvenes que por buscar mejorar su estética corporal destruyen sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raich, Rosa María. Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Madrid. Editorial Pirámide 1994.
2. Duker M, Slade R. Anorexia Nerviosa y Bulimia (un tratamiento integrado). Editorial Limusa 1988.
3. Hof, SV. Anorexia Nervosa: the historical and cultural specificity. Amsterdam 1994.
4. McFarland, Bárbara. Brief Therapy and Eating Disorders. San Francisco. Jossey Bass Publishers. 1995.
5. Espejo, Sala José. Manual de Dietoterapia de las Enfermedades del Adulto. Argentina. Editorial El Ateneo 1984.
6. Strassburg, Manfred. Diseases of the Oral Mucosa a Color Atlas. Alemania 1972.
7. Pierre. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. España. Editorial Masson.
8. Días de Santos. Evaluación de programas sociales . España 1996.
9. Rojt Kop, Analía Judith. El rol de la Odontología Frente a los casos de Bulimia y Anorexia. RAOA 1990 Abril/Junio Vol 78 No. 2 pp117-119.
10. Gay Zárate, Oscar. Ramírez Hernández Graciela E. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Aspectos Odontológicos. Revista ADM 2000 Enero/Febrero Vol. LVII No.1 pp 23-32.
11. Palma, Escandón Marcela. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuadernos de Nutrición. 1997 Septiembre/Octubre Vol. 20 No. 5 pp21-28.
12. Camacho, Ma. Guadalupe. Las desconcertantes Anorexia y Bulimia, per. La Jornada, México, miércoles 8 de Noviembre del 2000, sec. ciencia y salud, p14, año 16 no. Per. 5829.
13. Fundación Internacional CBA. Trastornos Alimentarios.
14. [http:// www.ecomedic.com/em/bulimi.htm](http://www.ecomedic.com/em/bulimi.htm) Bulimia y Anorexia.

15. Gendall KA, Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, McIntosh VV, Carter FA. Body Weight in bulimia nervosa. *Eat Weight Disord*, 1999 December 4;4, PP 157-64.
16. Metzger ED, Levine JM, McArdle CR, Wolfe BE, Jimerson DC. Salivary gland enlargement and elevated serum amylase in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*, 1999 Jun 45:11, pp1520-22.
17. Milosevic A. *Br Dent J*, 1999 Feb, 186:3, pp 109-13.