

01421
192



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON
ANOREXIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

SANDRA LILIA MARÍN VILLASEÑOR

DIRECTORA: CD. LILA A. DOMÍNGUEZ SANDOVAL





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



En primer lugar agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

Quiero dedicar este trabajo a

Mi Madre que está en alguna parte... cerca de Dios y que estoy segura ha estado conmigo todo el tiempo.

Mi Padre ... Que puedo decirte a ti que no sepas, le doy gracias a la vida; porque entre millones de personas yo tengo la fortuna de que tú seas mi papá.

Mi Esposo... Por estar siempre a mi lado, por tu apoyo, tus desvelos... tu comprensión y amor, ya que sin ti no lo hubiera logrado.

Mi hijo... Por existir y ser la luz que ilumina mi vida, pero también debo pedirte perdón, por el tiempo que te robé para poder hacer realidad este sueño.

Mi hermano Francisco.. Por el gran apoyo que siempre me brindó.

Mis hermanos Beatriz y Marco Antonio... Por darme ánimos para seguir adelante.

Mis sobrinos... Amelia, Yazmin, Alfonso, Karen, Armando, Estephany y Francisco por cuidar de mi hijo y ser como sus hermanos.

A toda mi familia... Por tenerme presente en sus oraciones.

Agradezco

A mis compañeros y amigos....Ivonne, Dulce y Armando por todo lo que compartimos, sufrimos y disfrutamos juntos. Por la enorme solidaridad que hubo entre nosotros. Con nada podré pagarles todo lo que hicieron por mi.

A Perla... Dios te bendiga por estar siempre en el momento justo, por tus palabras de aliento, por ser más que una amiga....por ser como una hermana.

A todos los Doctores que se involucraron en mi formación profesional.

A la Dra. Elba Leyva... Por permitirme ser parte de éste extraordinario seminario de Patología General.

A mi Directora de Tesina la Dra. Lila A. Domínguez mi eterno agradecimiento por los conocimientos que compartió conmigo, por su valioso tiempo dedicado a este trabajo, por su paciencia y por el apoyo incondicional que en todo momento recibí de Usted.

Finalmente quiero agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera hicieron posible este trabajo de tesina y que no las mencioné.

Gracias a todos.

Sandra Lilia Marín Villaseñor

D

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	
Capitulo I La anorexia a través de la historia	5
Capitulo II Anorexia	13
Epidemiología	15
Factores predisponentes	19
Características psicológicas	29
Cambios conductuales	31
Cambios biológicos	34
Trastornos culturales	39
La densidad ósea en la anorexia	41
Anorexia en los varones	44
Exámenes de laboratorio	47
Diagnóstico diferencial	48
El tratamiento de la anorexia	49
Capitulo III Manifestaciones bucales y complicaciones dentales	
de la anorexia	67
Tratamiento y manejo dental	73
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	75
4. HIPÓTESIS	76
5. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	76
6. MATERIAL Y MÉTODO	77
7. TIPO DE ESTUDIO	77

8. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	78
9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	78
10. RESULTADOS	79
11. CONCLUSIONES	82
12. ANEXO 1	83
13. GLOSARIO	85
14. REFERENCIAS	87

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gandhi	3
Figura 2. Sor Juana Inés de la Cruz	6
Figura 3. Diana de Gales	8
Figura 4. Anorexia	13
Figura 5. Hipotálamo	36
Figura 6. Osteoporosis	41
Figura 7. Anorexia en varones	44
Figura 8. Electrocardiograma	47
Figura 9. Hospitalización	60

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Personas encuestadas	79
Tabla 2. Total por edades del sexo femenino	79
Tabla 3. Total por edades del sexo masculino	80
Tabla 4. Total por patologías del total de alumnos encuestados	80
Tabla 5. Total por patologías del sexo femenino	81
Tabla 6. Total por patologías del sexo masculino	81

X

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Total alumnos encuestados	79
Gráfica 2. Total sexo femenino (edad)	79
Gráfica 3. Total sexo masculino (edad)	80
Gráfica 4. Total alumnos encuestados (patologías)	80
Gráfica 5. Total sexo femenino (patologías)	81
Gráfica 6. Total sexo masculino (patologías)	81

INTRODUCCIÓN

El ser humano en su condición de animal racional, ha visto determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos. Entre éstos últimos deben señalarse los instintos o impulsos primarios, entre los que merecen mencionarse el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y también obtener placer), y la sexualidad (promovida también por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y condicionante además de requisitos estéticos para la autoestima y atracción).

Por otra parte, desde antes el hecho de comer ha tenido una connotación social, resultando la comida el momento del encuentro de los individuos para compartir conocimientos y experiencias, propiciándose la relación y la empatía.

Son otras las necesidades básicas del hombre, pero las dos mencionadas tienen una estrecha relación con la cuestión de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y su evolución a lo largo de la historia.

El ajuste de éstas necesidades básicas a los requerimientos que supone la existencia en una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o éticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos, como ya expuso el psicoanálisis en su momento, y como es lógico suponer por otra parte.

El individuo alcanza la felicidad de las maneras más dispares, y ello supone el control, por diversos mecanismos, de las pulsiones básicas, sustituyéndolas por valores más espirituales o intelectuales que aportan también felicidad.

A lo largo de la historia, la medicina y otras disciplinas han abordado desde puntos de vista muy dispares éste aspecto fundamental de la condición humana, dando respuestas que van desde la implantación de códigos éticos y religiosos hasta la descripción de enfermedades en que el hambre y sus alteraciones (desnutrición), la sexualidad (en términos de atractivo – imagen – aspecto – renuncia a), y otros fenómenos psíquicos están en primer plano enfatizándose según las escuelas en aspectos más psicológicos, físicos o sociales.

En el contexto de ésta disparidad de respuestas, aún hoy día diversos autores dudan de la condición de enfermas que pueden tener las personas con anorexia (aún cuando su proceso lleva a la muerte), presentando su situación como una forma de entender la existencia, tan respetable como otras.

Si se revisan las características personales y existenciales de los grandes ascetas y místicos de religiones cristianas y orientales, se podría concluir que existe una estrecha frontera entre lo que puede considerarse patología o normalidad en lo que concierne a la alimentación, considerando además que en psiquiatría dicho límite siempre es difícil de trazar.

Gandhi (**fig. 1**), artífice nada menos que de la independencia de la India, mantuvo durante su vida una alimentación probablemente más hipocalórica e hipoprotéica que la de muchas personas con anorexia restrictiva, y nadie pone en duda su condición de personaje admirable, tan pacifista y profundo en sus convicciones como enérgico y resuelto en su manera de ejecutarlas. Desde la óptica psicoanalítica, Gandhi habría sublimado sus pulsiones primarias, dando lugar a su "espiritualización" y transformación en ideales, acompañado todo ello de pragmatismo y coherencia a la hora de llevarlos a la práctica.

¿Fue Gandhi un anoréxico?, no es fácil responder a esta pregunta desde planteamientos fenomenológicos e historicistas de lo que suponen éstas patologías, si bien, manejando los manuales diagnósticos de consenso actuales (DSM IV, CIE 10) la respuesta es que no.

La misma pregunta cabe hacerse a otros tantos personajes históricos en campos como la religión, el arte, la literatura y otros.



fig. 1 Tomada de: <http://www.geocities.ar/gandhi.html>

No obstante de que la anorexia es un padecimiento ya reportado en la literatura antigua, poco se ha escrito sobre el tema desde el punto de vista odontológico, siendo evidente que día con día va adquiriendo auge al ritmo del revolucionado mundo actual, que incide de manera directa en el aumento de casos de etiología psiquiátrica, repercutiendo en la práctica odontológica en aspectos de tipo diagnóstico, preventivo y en las expectativas terapéuticas a corto, mediano y largo plazo; además, su reconocimiento oportuno, puede llevarnos a identificar trastornos endocrinos, cardiovasculares, psicológicos, gastrointestinales, entre muchos más; agregados que comprometen las condiciones de salud general del paciente durante un procedimiento dental.

El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones bucodentales sean graves o puedan 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.

Es importante la adecuada interpretación en el aparente aumento de las tasas de incidencia, que parecieran representar más acertadamente un incremento en el conocimiento de estos padecimientos (diagnóstico), y no en la incidencia real del problema (número de casos).

Por todo lo anterior, es necesario vincular las distintas áreas de la salud para entender más sobre el tema y abordarlo íntegramente, no sólo como un síntoma aislado de otras enfermedades o como curiosidad médica, sino como un síndrome bien definido, dado que es usual que este tipo de trastornos alimenticios tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de la salud como la nutrición, cuando se demuestra que debe ser importante para la salud integral.

CAPITULO I

LA ANOREXIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

A lo largo de la historia de la humanidad se ha ido recopilando abundante información sobre la existencia de conductas alimenticias desordenadas. Los primeros datos se remontan a los banquetes romanos en donde se comía y bebía con abundante exageración y los vómitos constituían un remedio eficaz y usual para reiniciar la comilona. ¹

Asimismo, se pueden encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria. Inicialmente estaba más asociada a aspectos religiosos, los primeros cristianos y los místicos predicaban el ayuno como penitencia y como un medio para lograr un estado espiritual elevado. ²

También en el mundo árabe existen referencias a esta enfermedad. Así, en el siglo XI Avicena describe el caso del joven príncipe Hamadham, que estaba muriendo por negarse a comer, preso de una intensa melancolía. En éste caso, probablemente el cuadro inicial fuera una depresión. ²

Las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar tan delgadas que perdían su menstruación. Un ejemplo histórico adicional fue una monja camelita que sólo comió hostia de la Eucaristía durante siete años. ³

Un típico caso de anorexia con desnutrición severa fue el de Catalina de Siena (1347-1380) que la llevo a la muerte a los 32 años de edad. ²

Se cree que muchas santas han padecido algún tipo de anorexia, claro que su fin no era una silueta delgada sino una vida consagrada a la penitencia y al sacrificio, donde los ayunos eran cada vez más prolongados.⁴

Además muchas de ellas eran mujeres muy jóvenes, como Santa Liberata, Santa Wilgerfortis o la propia Sor Juana Inés de la Cruz.² (**fig. 2**)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fig. 2 Tomada de: <http://www.geocities.ar/sorjuana.html>

Tiempo después en el siglo XVII a causa de las reformas religiosas, las mujeres que tenían "el poder" de la abstinencia eran consideradas brujas, mandadas a la hoguera o quemadas vivas. Escuadrones científicos eran enviados para desenmascarar a las falsas santas ayunadoras.⁵

El primer caso documentado de anorexia se remonta a 1694, cuando un médico inglés llamado Morton describió a una joven paciente en estado de desnutrición extrema... "parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles y padecía un frío descomunal".⁵

En la década de 1870 dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos. Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad anorexia nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando la existencia de una negación perversa a comer.

Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y señaló la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.⁵

A principios del siglo XX la anorexia fue erróneamente confundida con insuficiencia pituitaria y se implementaron tratamientos invasivos con insulina y electrochoques.¹

Se sabe de otras probables anoréxicas no condicionadas por cuestiones místicas o religiosas, más modernas, como Juliette Greco, cantante francesa de los años 40-50 y musa de toda una generación de existencialistas, o Simone Weil, superviviente del holocausto nazi y después ministra del gobierno francés. Como se puede apreciar, mujeres consistentes intelectualmente, con inquietudes trascendentales y no cultivadoras de su físico.³

¿Tal vez rechazadoras a priori del mismo y por ello excesivamente cultivadoras del espíritu o del intelecto?. Según la concepción actual de la enfermedad, ésta podría ser una interpretación; sin embargo, Diana de Gales (*fig. 3*), podría considerarse más encuadrada en la concepción actual del trastorno, en el sentido de un excesivo culto al cuerpo perfecto. Un rasgo común en todas ellas es la presencia de antecedentes personales altamente conflictivos.¹



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 3 Tomada de: <http://www.geocities.ar.dianadegaes.html>

Una enfermedad tan curiosa e incomprensible tenía, por fuerza que despertar curiosidad en la comunidad científica, como así resulto con ésta. La anorexia está presente tanto en la literatura médica como en la literatura común. Ya en 1500, Simone Porta había observado algún caso que podríamos identificar como una anorexia (Acconero y Baraldi), sin olvidar la mencionada descripción de Avicena.

En 1914, Simmons a través de autopsias establece una nueva hipótesis causal de la anorexia, la disfunción hipofisiaria, denominándola "caquexia hipofisiaria", lo cual supone un drástico cambio en la perspectiva etiopatogénica del trastorno, que hasta 1938 pasa a ser considerado de origen orgánico.³

Sheeham en 1938, establece claramente las diferencias entre anorexia y caquexia hipofisiaria, enfermedad de origen sistémico, lo cual no impide que hasta los años 50 la anorexia sea considerada de origen endocrinológico (conocida como Enfermedad de Sheeham).¹

Desde el punto de vista de la psiquiatría, el psicoanálisis fue la primera escuela que estableció interpretaciones causales.²

Freud, Abraham, Fenichel o M. Klein consideraron la anorexia una neurosis, relacionándola primero con la histeria (Freud) y después con la melancolía. ²

También la fenomenología, las escuelas de medicina psicosomática, el conductismo y la psiquiatría biológica más recientemente han establecido hipótesis sobre un trastorno de difícil ubicación nosológica y etiopatogénica puede suponer un ejemplo el caso de Ellen West, descrito por Binswanger, que fue diagnosticada de melancolía por Kraepelin, de esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger y de "trastorno endógeno psiquiátrico y endocrinológico" por Zutt. La anorexia ha sido considerada como una enfermedad adscrita al espectro depresivo, al histérico, al obsesivo-compulsivo, al psicótico y a otros, hasta que tomó entidad propia, aún cuando frecuentemente curse comórbida con otros trastornos.¹

En el simposio de Gottingen en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas:

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

Los trabajos de Hilde Bruch en 1973, haciendo hincapié en la distorsión de la imagen corporal, de Russell (1970-1977), concertó las hipótesis más biológicas con las sociales y psicológicas y últimamente de autores entre los que destacan Garfinkel y Gamer (1982), han contribuido a un establecimiento del modelo vigente de la anorexia como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores

predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.¹

En los años 30 con el apogeo del psicoanálisis se exploraron las causas psico-sexuales de la anorexia.

En la década de los setentas, la Dra. Brunch en Estados Unidos, describió las características de la personalidad de los individuos que sufren anorexia, Brunch observó aspectos comunes en los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales.³

En la actualidad la anorexia se encuentra clasificada detalladamente en el DSM IV. En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal.³

Las pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal.

La mayoría de las anorexias que se diagnostican hoy día son, desde el punto de vista fenomenológico, radicalmente distintas a las clásicas intelectuales-místicas: chicas adolescentes, muy influidas por una sociedad que premia en exceso la belleza y la imagen, partícipes de una civilización consumista, despilfarradora y superficial en la que los referentes espirituales y las inquietudes trascendentales se han perdido en detrimento de otros valores que transmiten los

medios de comunicación con un enorme poder, como la televisión. En nuestra sociedad occidental, la estructura familiar y sus tradiciones tienen un escaso poder contenedor frente a la insistencia subliminal y abierta de mensajes que identifican "cuerpo de diez" con felicidad. Es como si en una mayoría de casos, el espíritu ascético, la capacidad para soportar el hambre de la restricción, se hubiera perdido en línea con la filosofía del "todo vale" y "todo es fácil".¹

Evidentemente, se siguen viendo y diagnosticando anorexias según el esquema clásico, pero actualmente son minoría. Probablemente la tasa de prevalencia de éstas no haya variado de forma tan sustancial como la de las otras anorexias "modernas" que se han descrito, mujeres cuya máxima aspiración es el cuerpo de diez, a costa de lo que sea, incluyendo la destrucción de sí mismas a más corto plazo con tal de conseguirlo.³

Cabría preguntarse si se trata de la misma enfermedad, aún con tan distinto trasfondo y la respuesta es que sí, ya que el proceso biológico que rápidamente se pone en marcha es el mismo en ambos procesos y la resultante psicológica de dicho proceso también. Pero ante la epidemia de trastornos alimentarios que padecemos, deberíamos ser muy críticos con el modelo de sociedad que hemos creado y padecen nuestras adolescentes.³

Puede concluirse que los trastornos alimentarios, y en concreto la anorexia, han existido siempre, pero la historia de ellos nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, lo que ha supuesto un reto para la medicina y otras disciplinas ya que siendo una enfermedad de clínica constante y clara, la interpretación de su causalidad ha sido y sigue siendo un enigma cambiante.³

Aún cuando se avance en la investigación biológica de su etiología, es evidente la concordancia de los trastornos actuales con un estilo de sociedad muy imperfecta que explica muchos de los actuales fenómenos asociados.³

CAPITULO II

ANOREXIA

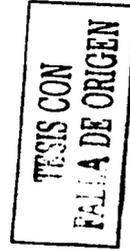


Fig. 4 Tomado de: <http://www.psicopactiva.com.ar/anorexia2>

La anorexia es un trastorno del comportamiento alimenticio que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos, diuréticos, etc.⁶

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad de inicio.

El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye cada vez más y de una manera alarmante. Se produce una distorsión de la imagen corporal, lo que obliga a mantener la dieta.⁶

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos: hipotensión, alteraciones de la piel, caída de cabello, trastornos gastrointestinales, etc. También se dan síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos.⁷

Esta malnutrición también provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio. Las preocupaciones por el alimento se hacen auténticamente obsesivas. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación, y la evolución de la enfermedad indican que después del diagnóstico, un 25% de las pacientes siguen siendo anoréxicas, un 40% tiene síntomas depresivos y un 25% obsesivos. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10% pero cuando la enfermedad dura más de 30 años éste dato se eleva al 18%. Tras doce años de evolución de la enfermedad en una persona, la rehabilitación se considera prácticamente imposible.⁶

Como ya se había mencionado en párrafos anteriores, en la aparición de la anorexia intervienen **factores socioculturales**, es la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación, el anhelo de delgadez. Intervienen también **factores individuales**, como son los cambios corporales que obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo. Es éste momento en que el adolescente compara su imagen corporal con el modelo estético corporal presente en su medio social.⁷

Se habla también de la familia como factor importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de los pacientes con anorexia. Pero estos elementos no pueden considerarse factores definitivos de ésta enfermedad, ya que se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento.⁸

De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares son evidentes y cobran gran importancia.⁸

EPIDEMIOLOGÍA

La población joven del mundo occidental tiende a homogeneizarse, con similar formación escolar, iguales intereses culturales y las necesidades básicas cubiertas, se puede decir que el grupo de riesgo para la anorexia ha aumentado de forma espectacular en los últimos cincuenta años al englobar a toda la población femenina adolescente. Sabemos que una gran parte de nuestra población femenina tiene actitudes anormales frente a la alimentación: los deseos de perder peso, mantener la figura o una excesiva credibilidad a los mensajes de los medios de comunicación son la causa principal de éste aumento. No debemos olvidar que ésta "cultura del cuerpo" ha movilizad o grandes intereses económicos, lo que supone una presión constante.⁹

Inciden cia y prevalencia: El alarmante aumento de la incidencia y prevalencia en Europa, E.U.A. y Canadá se ha podido observar en los últimos treinta años, a merced de estudios de seguimiento. Antes de los años sesenta se consideraba que la incidencia de anorexia era del 0.24% al 0.45% por 100,000 habitantes al año, después de los sesentas ésta cifra ha aumentado hasta el 1.6% por 100,000.⁹

La estimación de la prevalencia de anorexia en Estados Unidos fluctúan de 2 a 18%. La gran mayoría de pacientes – cerca de 90% - son mujeres. Y aunque sólo 10% de adultos con anorexia son hombres, sus números se están incrementando. Los factores de riesgo para los hombres, incluyendo un autoestima pobre y una incidencia más alta de lo normal de los abusos físicos y sexuales durante la niñez, son similares a los factores de riesgo para mujeres, contrario a la opinión popular, la homosexualidad no es un factor de riesgo.⁹

Los hombres son más aptos para ocultar un trastorno del comer que las mujeres, haciendo el tratamiento más difícil porque la enfermedad puede estar avanzada cuando es diagnosticada.⁹

También puede ser no reportada lo suficiente, es más, un estudio sobre hombres mayores de edad encontró que un 11% tenían alguna forma de trastornos del comer que dio lugar a la malnutrición.⁹

Sexo: La anorexia se manifiesta ligada al sexo femenino de una manera rotunda, hay unanimidad en todos los trabajos revisados que el 90-95% son mujeres. Se considera que en ésta predisposición intervienen más los factores socioculturales que los de índole biológica.⁹

Edad: Otra constante epidemiológica que se mantiene con más o menos regularidad, a pesar del tiempo transcurrido, es la edad de aparición, que suele ser al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud. Después de ésta edad la incidencia es mucho menor, la edad de aparición cada vez es más precoz y se mantienen cifras bajas de inicio del trastorno después de los 25 años. La anorexia es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá en 0.5 a 3% de todos los adolescentes. Aunque todos los grupos de edades son afectados, incluyendo ancianos y niños tan pequeños como de seis años.⁹

Una encuesta reciente de estudiantes en quinto y sexto grado reportó que 73% de las niñas y 43% de los niños querían estar más delgados y 10% del grupo expresó actitudes desordenadas hacia el comer. Entre mediados de 1950 y 1970 la incidencia de anorexia se incrementó por casi 300%.⁹

Geografía y etnicidad: Los trastornos alimentarios no se limitan a los Estados Unidos, las tasas son comparables en otros países desarrollados. Por ejemplo: mujeres noruegas tienen un riesgo de toda la vida de 1.6% para bulimia y 0.4% para anorexia. Los trastornos de la alimentación son raros en países menos desarrollados.⁸

Cerca de 94% de las personas con anorexia son caucásicas. Cuando aparece en las poblaciones no blancas, no existen diferencias en las características de la enfermedad.

Nivel socioeconómico: Desde los primeros trabajos, clínicos o epidemiológicos, se manifiesta de forma explícita que la anorexia se presenta con mayor frecuencia en unos estratos socioculturales concretos: altos y medio altos, destaca que es superior la incidencia de éste trastorno en las escuelas de mayor nivel social. Más tarde se observó que si bien hasta 1975 el 70.6% de las pacientes anoréxicas pertenecían a las clases altas, a partir de ésta fecha se reducían al 52%. Se considera que los cambios de distribución de la enfermedad hay que atribuirlo a las actitudes de los adolescentes, independientemente de la clase social hacia la comida, la sexualidad, la imagen corporal y el peso. El nivel de exigencia y la disponibilidad de alimentos son similares entre los miembros de diferentes clases.⁸

Educación: La mayoría de los autores de forma unánime consideran que las pacientes anoréxicas son muchachas con un buen rendimiento intelectual, que tienen éxito en sus estudios y que por pertenecer a clases medias y altas pueden desarrollar éstas capacidades, éstas características unidas a la autoexigencia, perfeccionismo y deseo de agradar a los demás se interpreta habitualmente como un marco adecuado donde desarrollar el trastorno.⁹

El desarrollo de las sociedades occidentales, que ha elevado el nivel de vida de la mayoría de la población, garantizando unos niveles suficientes de subsistencia, y la educación a la mayoría de los jóvenes ha propiciado un aumento del grupo de riesgo.¹⁰

La población joven de éstas sociedades occidentales tiene muchos puntos en común: programas educativos similares e intereses culturales comunes: moda, música, cine, etc., que les hace por igual susceptibles frente a la presión cultural de los estereotipos culturales, "la cultura de la delgadez y el éxito a través de una figura atractiva".⁸

Se observa que la incidencia de estos trastornos ha aumentado en países como el nuestro, que en las tres últimas décadas, se ha incorporado al grupo de sociedades occidentales más progresistas.⁸

HISTORIA NATURAL

La enfermedad se presenta entre un mes y dos años antes de que el paciente sea visto en la consulta. En éste tiempo la pérdida ponderal reconocida oscila entre los 3 y 5 kgs. La mortalidad de la anorexia es de aproximadamente el 8 al 10% de los casos diagnosticados.¹¹

Las causas más frecuentes de mortalidad son las complicaciones cardíacas y los suicidios. Durante la evolución el 40% de los pacientes alcanzan el peso normal, el 25% permanecen emaciados y el 20% delgados. El resto se vuelven obesos o mueren de inanición.¹¹

Son factores de buen pronóstico: la buena adaptación educativa y ocupacional, madurez psicológica, buena relación con los padres y la existencia de factores desencadenantes del trastorno.⁹

El pronóstico es peor en los pacientes varones, de clase social baja, edad tardía al inicio, presencia de vómitos, abuso de laxantes, episodios bulímicos, obesidad premórbida, dismorfofobia y si hay hospitalizaciones previas.⁹

FACTORES PREDISPONENTES

No se puede hablar de una única causa o causas específicas que desarrollen el trastorno pero si de unos factores influyentes:

Factores culturales: Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas corporales y la realización para conseguir las de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación, la presión y los estereotipos sociales.¹⁰

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distinta manera en las diferentes épocas de la historia del mundo occidental. El modelo de belleza femenino de la época de Rubens es muy distinto al actual. Los cambios históricos acarrear cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales.⁴

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población.⁶

Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen éstas características, padecen baja autoestima.⁸

En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores aunque en cada país se tenga su prototipo de belleza específico. Por ejemplo: en la India, donde escasea el alimento, la obesidad es signo de prestigio social y de potencial socioeconómico. Por el contrario, el ideal de delgadez se da en sociedades donde la obtención del alimento no es problema.¹¹

Los estereotipos estéticos suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, de las clases más elevadas a las más bajas.¹¹

En las sociedades más desarrolladas, hay una relación inversa entre clase social y obesidad. Huenemann (1969) verificó que el 11.6% de la población adolescente femenina de clase baja eran obesas mientras que las de clase alta sólo había un 5.4%, ésta distribución por clases sociales es totalmente opuesta a la que se da con la anorexia.¹⁰

Este fenómeno supone que los valores asociados al alimento (necesidad básica) son sustituidos por otros de carácter estético más culturizados y alejados de lo primario, de lo más estrictamente biológico.¹⁰

Pero para que la restricción ingestiva se inicie, no basta con que la persona tome la decisión de reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales. Estas se canalizan a través de los demás y del ambiente.⁹

Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas, nos hallamos inmersos en una sociedad donde televisión, prensa, radio, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes.¹⁰

También se sabe que los valores del mundo anglosajones, en especial Estados Unidos, ejercen una gran influencia sobre el resto del mundo y que pronto serán implantados en otros países.⁸

En relación a los grupos de jóvenes más afectados por la anorexia, Garner y Garfinkel realizaron algunos estudios concluyéndolos con la afirmación de que toda la presión sociocultural todavía es mayor en determinados grupos homogeneizados que están en función de ciertos intereses y actividades. Este es el caso del estudiante de música y danza o en modelos de alta costura.¹¹

Se planearon la posibilidad de que los estudios de éste género resultan humanamente estresantes por su alta competitividad. Más adelante se observó que el factor clave no es la competitividad sino la dedicación a actividades que subrayan el valor del cuerpo delgado.¹¹

En 1986, se volvió a hacer otro trabajo (por Ordeig y cols) con muestras de estudiantes de danza, modelos de alta costura y gimnastas. Las puntuaciones obtenidas fueron de 30, 14.8 y 18.6 respectivamente, mientras que en el grupo control fue de 11.¹²

Este estudio confirmó el resultado obtenido por Garner y Garfinkel.¹²

El cine, la fotografía, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal. Pero, además, todo este mundo de palabras e imágenes van a crear un importantísimo mercado descubierto por los comerciantes y productores de más de mil recursos de adelgazamiento rápido.¹⁰

Se realizó un análisis de publicidad de pro-adelgazamiento en 1985. De todas las revistas que se publicaron en España se eligieron aquellas que contaban con un 60% de lectores del sexo femenino que a la vez tenían una difusión de más de 100,000 ejemplares. De aquí se seleccionaron diez que constituyeron el 80% de todas las revistas leídas por la población femenina.⁷

De éstas revistas, se analizaron todos los anuncios que aparecían, seleccionando todos aquellos que de manera directa o indirecta incitaban al uso o consumo de productos para adelgazar.⁷

Los resultados fueron éstos:

- Anuncios directos 10.43%
- Anuncios indirectos 14.24%
- Anuncios totales 24.67%

Con esto se constata que casi uno de cada cuatro anuncios que llegan al público femenino invitan de alguna manera, a perder peso.⁷

También se midió el coeficiente de impacto. Este mide la capacidad de difusión de un mensaje en una población dada.⁷

Como es de suponerse, toman prioridad aquellos productos que son de acción específica e inmediata, como es el caso de las cremas y pomadas adelgazantes. En segundo lugar aparecen los alimentos de tipo hipocalórico.⁷

Es difícil predecir si esta tendencia se mantendrá, por eso antes había una gran preocupación por la salud y actualmente lo que se está dando es un vuelco hacia lo estético, es decir, se hace notar que vende más la motivación en estética que lo sanitario o lo saludable.⁷

En 1985 el 55% de los argumentos pro-adelgazamiento eran estéticos mientras que sólo el 19% estaban relacionados con la salud.⁷

El llamado coeficiente de utilización indica la cantidad de veces que una palabra aparece en publicidad. Los más utilizados son: tipo, silueta, figura, delgado, línea, centímetro, kilos, adelgazar, calorías e hipocalorías.⁷

La mayor difusión de ésta publicidad se produce, principalmente en mujeres de 15 a 24 años de edad. Esto es solo un botón de muestra para darnos cuenta del bombardeo al que están sometidos los jóvenes y adolescentes.⁷

Factores educativos: La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por el contrario la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes.⁸

Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

Factores familiares: Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos alimenticios. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de la madre. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes.⁹

Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos alimenticios, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas.¹⁰

Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos alimenticios tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos alimenticios una incidencia mayor de abuso sexual.¹²

Factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionista, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, poco control sobre la vida, poco habilidoso en relaciones sociales es el perfil psicológico adecuado para el desarrollo de éste tipo de patologías.⁷

Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero), aspectos todos ellos que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.⁷

En el caso de la mujer la presión es sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. En ésta misma línea, han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas.¹¹

Trastornos emocionales: Los trastornos alimenticios como la anorexia van acompañados con frecuencia de depresión, trastornos de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son la causa o el resultado de los trastornos alimenticios.⁸

Entre un 40 y un 80% de todos los pacientes con anorexia experimentan depresión y ésta es común en las familias de los pacientes. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia ya que los trastornos alimenticios rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento, tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente.¹¹

Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiecen a aumentar de peso.⁷

Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores – mensajeros químicos del cerebro – en algunas personas con anorexia severa, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Los niveles reducidos de éstos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo.¹²

Un estudio reciente encontró que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptófano, un componente en la comida, es esencial en la producción de serotonina, produce depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a éste estado emocional de estímulo proteínico.¹¹

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia, las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno alimenticio, y asimismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo.¹²

Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos, por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortarla en pedazos diminutos o ponerla en envases pequeños. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo; aunque la mejoría en el trastorno alimenticio a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad.¹³

Atletismo excesivo: La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que sólo pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. El ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia.¹⁴

El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos alimenticios y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas. La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles retener una figura muscular añeja sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo.¹⁴

Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan frente a los miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivamente, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos.¹⁴

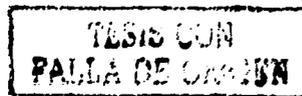
Problemas alrededor del nacimiento: En algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos alimenticios.¹⁵

Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas de estómago o intestinales desde edades muy tempranas.¹⁵

Infecciones: Se ha encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico (GABHS), la causa de la faringitis. GABHS ya se ha identificado como un factor causante de una forma rara de trastorno obsesivo-compulsivo en los niños, éste y anorexia tienen varios comportamientos en común.

Epstein Barr, el virus que causa la mononucleosis también ha sido asociado con el desarrollo de anorexia. Una teoría que explica estos vínculos es que los anticuerpos heterófilos provocados por los organismos pueden accidentalmente lesionar el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. Los antibióticos, la terapia inmunológica y una vacuna experimental contra la fiebre reumática pueden inclusive ayudar a tratar la anorexia en estos pacientes.⁸

Factores genéticos: La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndoles más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia.¹⁵



CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Imagen corporal: La mayoría de las personas con anorexia perciben una imagen corporal distorsionada porque se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto. Uno de los principales temores es llegar a estar gorda y la decisión de mantener un peso corporal bastante bajo a cualquier precio.⁹

Un acontecimiento crucial: Este se refiere a la inmediata adultez de la joven y la independencia que la sociedad espera que ella logre. A medida que se vuelve más delgada y más débil, la persona anoréxica requiere más atención de quienes la rodean y ya no tiene que preocuparse por salir sola ya que si no, supondría un mayor control sobre su propia vida.¹⁵

Satisfacción de necesidades conflictivas: La libera de parte de estrés de entrar en la adultez y lograr la independencia, mientras que atrae la atención de los padres y ofrece una medida de control de su propia existencia.¹⁵

A través de éstas características psicológicas se pueden observar dos tipos de anorexia:

- a) Anoréxicas austeras: Comienzan perdiendo peso a través de dietas y ejercicio, por lo general ayudadas con laxantes, píldoras de dieta y/o diuréticos.⁸
- b) Anoréxicas voraces: Muestran características de la bulimia, es decir, que pasan por atracones y vómitos.⁸

Otro tipo de características que presentan las personas que sufren de anorexia, son las siguientes:

Un historial de ligero sobrepeso: Estas personas comienzan teniendo un ligero sobrepeso por lo que comienzan con dietas estrictas y luego no se detienen cuando llegan al peso deseado sino que, se agradan y continúan perdiendo peso.¹²

Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes: Intentan agradar a los demás a expensas de su propia felicidad por lo que desarrollan una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás. Intentan mantener el control sobre su entorno porque no tienen control sobre su propia vida. Esto además conlleva a que tengan miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y así les surgen los problemas de identidad y control.¹²

Elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso: Las carreras de bailarina, actriz, modelo y deportista fomentan esta enfermedad porque se le concede un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable.¹⁵

Concesión de una gran importancia emocional al comer, al peso y al aspecto: Este caso puede ocurrir cuando los padres están relacionados con algún tipo de relación estrecha con la comida: restaurantes, trabajan en la industria alimenticia, etc.¹⁵

REGIS
FALLA DE ORIGEN

CAMBIOS CONDUCTUALES

Los pensamientos de las personas que sufren de anorexia suelen preceder a la acción, así se manifiestan los distintos comportamientos, como son:

Comportamiento ingestivo: Los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva, suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica.¹⁰

Suelen utilizar varios recursos para seguir la dieta:

- a) Vómitos.
- b) Uso de laxantes: Suelen padecer estreñimiento y para vencerlo utilizan laxantes ya que piensan que "a más retención, más peso". Su problema es la falta de información.
- c) La utilización de diuréticos: Disminuyen así la retención líquida y por tanto, de peso.

Las conductas que realizan son extravagantes, raras e incluso compulsivas. Aumenta todo lo relacionado con la alimentación y el peso; como son las conversaciones y las lecturas. Se informan de todo lo relacionado con las dietas posibles, el uso de cremas, colecciona libros, recetas, suele incluso preocuparse hasta de lo que comen en su casa. A partir de éste momento realizará rituales con la comida como desmenuzarla, repartirla en el plato, a esconderla en los bolsillos, a almacenarla en la boca para escupirla después, tomar alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar.¹⁰

Hiperactividad: Es la práctica de la actividad física de manera obsesiva, así camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico y supone que cuanto más ejercicio haga menos hambre tiene.⁸

Todo ello supone la posibilidad de que la persona con anorexia incremente sus actividades físicas en dos mecanismos: El primero de ellos es **cognitivo-conductual** en las que sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento. El segundo es el **psicofisiológico** en donde la disminución de la ingesta representa más actividad física.⁸

La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La persona con anorexia decide dormir menos porque así, al estar despierto, hace más gasto calórico.¹³

Comportamiento familiar: Es el primer sitio donde la persona con anorexia ataca, ya que la alimentación cuenta con un importante componente emocional. Las madres son las que imponen su papel de alimentadoras ya que la alimentación es igual a salud y no alimentarse es enfermedad. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, desencadena la ansiedad familiar.¹¹

La interacción familiar incrementa y codetermina los comportamientos desadaptados y desadaptadores de la persona con anorexia. La familia no tiene porque ser la causante de la anorexia, pero la familia afectada evoluciona y actúa de modo paralelo a como evoluciona y actúa la persona con anorexia.¹¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conducta social y sexual: El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Todos éstos y muchos otros factores contribuyen a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales.¹⁴

También es una realidad la disminución del interés de la práctica y del placer sexual por parte de las personas que sufren de anorexia, aunque esto se ha estudiado de manera diversa porque no es lo mismo una niña de 13 años que una mujer casada de 35, ya que no se puede esperar la misma respuesta sexual de una niña, sin casi experiencia, a otra ya con experiencia.¹⁵

El interés sexual de éstas personas está disminuido o acumulado. Ellas pueden darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran más peso.¹¹

A pesar de ello, desean perder más kilos, y las cosas suceden como si su apariencia le permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físico.¹¹

TRASTORNOS AFECTIVOS

Existe una relación entre la anorexia y los trastornos afectivos ya que las personas con anorexia suelen manifestar síntomas depresivos como tristeza, llanto frecuente, insomnio, etc. Todo ello relacionado con la pérdida de peso.¹⁵

CAMBIOS BIOLÓGICOS

No siempre el problema de la pérdida de peso es el que lleva a los familiares de éstas personas a la consulta médica sino las manifestaciones clínicas, consecuencia de la anorexia como: estreñimiento, insomnio, aparición de intensa debilidad muscular, calambres, etc.⁹

Manifestaciones dermatológicas: En la exploración física general van a presentar un aspecto marchito y envejecido, con una faz triste que intentan aparentar desarrollando una actividad física normal o exagerada. La piel aparece seca e incluso agrietada, con aumento en la pigmentación. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y están fríos, unas quebradizas, se produce caída de cabello. Aún así se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose a lo sumo una cierta reducción de tamaño.¹³

Manifestaciones cardiovasculares: Suelen producirse bradicardias e hipotensión. En el corazón se describe el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y disminución del trabajo cardíaco. Al igual que sucede en otros casos de malnutrición, hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se produce una menor contracción cardíaca, que se corrigen con la normalización del estado nutricional.¹⁵

La mayoría de los estudios dinámicos cardiovasculares realizados en la anorexia, muestran una disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco proporcionales a la pérdida de peso.⁹

Según las características, la mortalidad de éstas personas varía entre un 4 y un 30% y en un cierto número de éstos casos representa muerte súbita. Atribuibles a arritmias secundarias, a alteraciones electrolíticas debido a vómitos o abuso de laxantes. Sin embargo, muchas de éstas muertes se relacionan mejor con cuadros de desgaste o lesión miocárdica y su riesgo de aparición aumenta mucho cuando el peso de éstas pacientes disminuye más del 35 al 40% inicial.¹⁴

Manifestaciones gastrointestinales: Las personas con anorexia presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompaña de dolor abdominal y estreñimiento, esofagitis, prolapso rectal y pancreatitis. Este y la sensación de hinchazón son lo que suelen inducir a la toma de laxantes. Incluso algunas pacientes se producen diarreas porque creen que les ayudará a perder peso.¹⁵

Manifestaciones hematológicas: La anemia es relativamente frecuente, en la mayoría de los pacientes la anemia es normocrómica, pero en algunas ferropénica. Leucopenia, neutropenia y trombocitopenia.¹⁰

En algunos casos se han hecho descripciones de disminución en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico, de disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad de su fijación en relación con grupos controles.¹³

También la médula ósea aparece hipoplásica en ciertos casos, con un aumento exagerado de mucopolisacáridos y desaparición de grasas.⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Manifestaciones bucales: Erosión del esmalte, caries, sialoadenosis, bruxismo, queilosis.

También pueden observarse cifras moderadamente bajas de HDL, sin embargo, en más de la mitad de las pacientes con anorexia se observan hipercolesterolemias, con elevación de LDL y con niveles normales de triglicéidos.⁷

Trastornos hipotalámicos y endocrinos: En la anorexia existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendócrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan son responsables de la manifestación reversible con la recuperación del estado nutricional.¹⁵

Hipotálamo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

adam.com

fig. 5 Tomado de: <http://www.adam.com/hipotalamo.html>

Las diferentes alteraciones neuroendocrinas y metabólicas que se pueden presentar en la anorexia son:

Eje hipotalámico-hipofiso-gonadal: Una de las manifestaciones es la aparición de amenorrea secundaria que sigue a la pérdida de peso que llevan a la conducta anoréxica.⁹

Se ha comprobado que con éstos cambios dietéticos se producen cambios hormonales que llegan a modificar el ciclo menstrual normal.

Pero con la recuperación del peso corporal dentro de los valores normales generalmente aparecen los ciclos menstruales de nuevo, el ejercicio físico intenso se asocia a retrasos en la edad de aparición de la menstruación y a una mayor incidencia de trastorno menstrual.¹⁵

Los ovarios de las pacientes con anorexia son mucho más pequeños que los de las mujeres hormonalmente sanas, con la recuperación del peso, el tamaño ovárico se normaliza y su estructura llega a ser quística, sin cambios en el estroma y de una forma semejante a lo que ocurre en el curso del desarrollo puberal normal.¹⁴

Eje hipotalámico-hipofiso-tiroideo: Algunos de los síntomas y signos de la anorexia semejan muchas de las manifestaciones que acompañan al hipotiroidismo tales como piel seca, estreñimiento, hipotermia y sensibilidad aumentada al frío.¹⁵

Eje hipotalámico-hipofiso-suprarrenal: Se describen en la anorexia cambios en los niveles de hormonas glucocorticoides y concretamente aumentos variables de cortisol, la producción neta de cortisol está aumentada en éstas pacientes y las concentraciones de cortisol libre en la orina también son altas.¹⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se cree que el hipercortisolismo que presentan éstas enfermas es la consecuencia de un aumento de secreción de FLHC hipotalámico, la ausencia de hipercortisolismo se explicaría por una reducción del número de receptores celulares al cortisol.¹⁰

Con la recuperación del peso desaparece la alteración, aún cuando la respuesta de FLHC pueda persistir alterada durante meses e incluso años.¹⁰

Hormona del crecimiento: En la anorexia las concentraciones de ésta hormona son variables estando elevadas en el 50% de los casos.¹²

Aún cuando las cifras de ésta hormona son altas, no aparecen los característicos efectos anabólicos y de estimulación de crecimiento. En la anorexia el aumento de secreción de la hormona del crecimiento sirve para obtener energía, al estimular la movilización de los depósitos de grasa y favorecer la lipólisis.¹²

Existe una fuerte correlación directa positiva entre la elevación de ésta hormona y la cantidad de ingesta calórica. No hay relación en cambio con el grado de pérdida de peso, al iniciar la realimentación, en pocos días los valores basales de la hormona retomarán a la normalidad.¹⁴

Hormona autidiurética: Muchas de las pacientes no pueden concentrar su orina cuando son sometidas a una situación de privación de agua. Casi la mitad de las pacientes con anorexia presentan un cuadro que podría diagnosticarse como de diabetes insípida parcial.¹²

La hormona antidiurética es segregada al plasma, pero también al líquido cefalorraquídeo, por tanto, atendiendo a algunas de las funciones descritas de ésta hormona por el sistema nervioso central, que su secreción puede influenciar funciones conductuales o cognitivas que pueden tener relación con las alteraciones que presentan éstas pacientes.¹²

Termorregulación: En los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. En general, en los individuos se presentan pérdidas importantes de peso, les aparecen también defectos en la regulación de la temperatura.¹⁵

En la anorexia ante un clima frío aparece una caída rápida de la temperatura corporal, sin presentarse escalofríos. En un ambiente caluroso la elevación de la temperatura corporal se produce de una forma más rápida que en sujetos normales, existiendo un significativo retraso en la aparición de la vasodilatación. Estos defectos se asocian a la disfunción hipotalámica, pero también tiene que ver con la pérdida de la grasa corporal, así como posibles alteraciones en la regulación vasomotora.⁷

Metabolismo de carbohidratos: En la anorexia, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal, además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa.¹⁴

TRASTORNOS CULTURALES

Ha habido múltiples hechos históricos, sociales y culturales que aparecen asociados a los trastornos alimenticios.¹⁵

Así se pasa por las santas anoréxicas, doncellas ayunadoras, deportistas y bailarinas.¹⁵

Otras sociedades, otras culturas, también han manipulado su cuerpo decorándolo, perforándolo, pero se trata de modelos heredados, transmitidos de generación en generación y por lo general dependiendo de rituales. La manipulación que se hace ahora es más a conciencia porque cuando la persona cree en la realización de un deseo, no para hasta conseguirlo.¹⁵

LA DENSIDAD ÓSEA EN LA ANOREXIA

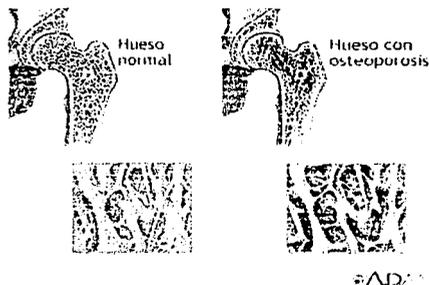


fig. 6 Tomada de: <http://www.adam.com/osteoporosis.htm>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hoy se considera a la osteoporosis una complicación médica temprana de la anorexia. La densidad de la masa ósea es el mayor determinante de la osteoporosis, el mayor aumento de la densidad es corregida tempranamente en la pubertad. La mayoría de las pacientes adolescentes que presentan anorexia están en alto riesgo de presentar una osteoporosis. La etiología de la desmineralización ósea en la anorexia, es multifactorial:¹⁶

- a) Larga duración de anorexia y amenorrea
- b) Presentación temprana de anorexia y amenorrea
- c) Masa muscular y grasa baja
- d) Ingesta baja en calcio, vitamina D y proteínas
- e) Hipoestrogenemia e hipercortisolemia

En un estudio realizado por Jagielska y cols., se estudiaron 61 pacientes diagnosticadas de anorexia según criterios del DSM-II-R. La densidad ósea se midió en todas las pacientes, en todo el cuerpo de las 61, específicamente en zona lumbar a 43 de ellas.¹⁷

El inicio de la enfermedad fue en la adolescencia en todos los casos y en un tercio se presentó antes de la menarca. Una característica más de éste estudio es que la duración de la enfermedad, la duración de la desnutrición y de la amenorrea secundaria era más corta que lo aparecido en otras investigaciones.¹⁷

A pesar de la corta duración de la desnutrición fueron encontrados anomalías en la densidad ósea corporal (DOC) en el 24% de las pacientes y en la densidad ósea lumbar (DOL) en el 3% de las pacientes.¹⁷

El grado de descalcificación fue mayor en la zona DOL que en DOC, siendo congruentes con otros estudios demostrándose que la osteopenia-osteoporosis es una complicación frecuente y temprana de la anorexia.¹⁷

Puede ser que el hecho de que la afectación sea mayor a nivel lumbar que en todo el cuerpo, se deba al hecho que la masa ósea trabecular sea más activa metabólicamente, y por tanto, responde más a los cambios metabólicos y hormonales que la masa ósea cortical.¹⁸

La masa ósea se relaciona significativamente con el estado nutricional del paciente y con la duración de la enfermedad y tanto la pérdida ósea a nivel corporal como la pérdida a nivel lumbar se relacionan, igualmente, con la edad de la menarca.²⁰

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este factor que mejor explica la descalcificación corporal total y el 35% de la variación de la descalcificación a nivel lumbar. Probablemente se deba a una mineralización acelerada y a un incremento de la densidad ósea durante el año anterior y posterior a la menarquia. Un pequeño, aunque significativo aumento se presenta al final de la segunda década de la vida.²¹

Se puede concluir que: la desmineralización es una complicación precoz, es más frecuente a nivel lumbar, los factores importantes son el grado de desnutrición, la duración de la enfermedad y la edad en la menarca.²¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANOREXIA EN LOS VARONES



fig. 7 Tomada de: <http://www.psicoadictiva.ar/artanorexia.html>

La anorexia es más frecuente en las mujeres que en los varones pero esto no quiere decir que no haya hombres que la padezcan, son pocos pero los hay. Debido a que son pocos se ha llegado a considerar diferente de la anorexia femenina. Se han hecho comparaciones, entre las características clínicas y evolutivas de varones y mujeres anoréxicas.⁷

El primer estudio se hizo en 1985 en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Munich, y en el instituto Max-Panch en donde se compararon las características de 29 anoréxicos con 23 anoréxicas. Se llegó a la conclusión de que la edad media de inicio del trastorno es la misma para ambos sexos. El 95% de los varones manifestó una negación de la enfermedad, hiperactividad, ideal de delgadez, fobia al peso y dieta. Los síntomas bulímicos se dieron en el 76% de ellos siendo considerados restrictivos el 24%. Los vómitos se produjeron en la mitad de los pacientes.

Esta sintomatología es igual en las mujeres pero con algo más de intensidad que ellos, manifestaban más quejas somáticas, más preocupaciones específicas, más ansiedad relacionada con los temas sexuales, más hiperactividad.¹⁵

También se estudiaron los rasgos de personalidad de unos y otros y no encontraron ninguna diferencia.¹⁵

Se realizó un segundo estudio que se llevó a cabo en el St. George Hospital de Londres en 1986 y se compararon 36 varones anoréxicos contra 102 mujeres anoréxicas. Se llegó a lo siguiente:¹⁴

Semejanzas:

- a) Fobia ante el peso
- b) Ideal de delgadez
- c) Edad media de inicio del trastorno (16 años)
- d) Clase socioeconómica de procedencia (alta y media alta)
- e) Características del peso previo (ligero sobrepeso)
- f) Duración de la enfermedad en el momento de la consulta
- g) Seguimiento de dietas de adelgazamiento
- h) Orden en la familia, número de hermanos (último)
- i) Actividad sexual premorbida
- j) Rendimiento académico (alto)
- k) Enfermedades mentales en los padres
- l) Trastornos de peso en la familia (obesidad, anorexia)

Diferencias:

- a) En algunos de los procedimientos empleados para luchar contra el aumento de peso, las mujeres utilizan más laxantes.
- b) Los varones han practicado más deportes que las mujeres.
- c) Los controles de seguimiento entre los 2 y 20 años después de la consulta parecen señalar unos resultados más optimistas en los varones, pero sin alcanzar diferencias significativas.
- d) Hay una aparente existencia de una proporción sexual y más concretamente de homosexualidad en los varones anoréxicos.

En la práctica clínica se observa que los varones anoréxicos más que otras delgadas desean no estar gordos, por eso se preocupan por conseguir una cierta musculatura para impresionar a las chicas, además los varones adolescentes experimentan mucha mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso, asumiendo y practicando lo que se ha denominado "fiscalidad"¹¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EXAMENES DE LABORATORIO

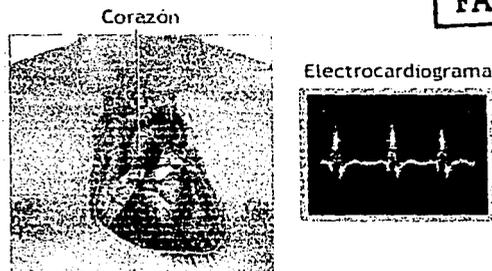
Los exámenes de laboratorio de rutina incluyen electrolitos plasmáticos, gases venenosos, glicemia y hemograma.²³

En general los electrolitos plasmáticos están normales salvo en los casos de consumo de diuréticos o laxantes. La hipoglicemia es frecuente en éstos pacientes pero es usualmente sintomática.²³

El hemograma habitualmente presenta leucopenia que puede asociarse además a neutropenia, anemia y trombocitopenia.²³

En pacientes con amenorrea por más de 6 meses en necesario solicitar una densitometría ósea con el fin de evaluar la presencia de osteopenia.¹⁵

- Estudio de química sanguínea completo
- Análisis de orina
- ECG



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ADAM.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse con enfermedades somáticas que producen pérdida de peso y con otros trastornos mentales que presentan alteraciones en la conducta alimentaria.⁷

Enfermedades somáticas

- Gastrointestinales:
 - Síndrome de malabsorción
 - Enfermedad inflamatoria (Crohn, colitis ulcerosa)
- Endocrinas:
 - Hipertiroidismo
 - Diabetes Mellitus
 - Enfermedad de Addison
 - Hipopituitarismo
- Neurológicos:
 - Tumores del sistema nervioso central

Trastornos mentales

- Depresión
- Esquizofrenia

EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA

La intervención: A menudo es utilizada por quienes quieren a la persona afectada y les preocupa su conducta ya que es un comportamiento autodestructivo. La intervención puede ser un medio eficaz de comunicar su preocupación, establecer algunas reglas y hasta que la persona afectada decida buscar ayuda.²³

Para intentar una intervención son necesarios los siguientes puntos:

- 1) Si es posible, es positivo comentar la intervención con un consejero o médico de cabecera.
- 2) Es necesario plantear la intervención con cuidado. Quiénes deben de estar ahí son los padres, hermanos, novios. En general las personas idóneas son las más próximas al paciente, quienes la vean con más frecuencia y cuyas vidas se han visto afectadas por su conducta.

Es necesario conocer los hechos para así poder dar al paciente razones de su preocupación. No es conveniente criticar y decir "estás destruyendo a ésta familia" es perjudicial y melodramático – aunque pueda ser verdad – en su lugar se podría decir que se siente preocupación por su salud, quizá incluso por su vida.²³

Hay que mantenerse firme, puede que no se produzca un milagro de la noche a la mañana, pero eso no es una razón para cambiar de opinión de que existe un problema. Es normal esperar resistencia de la persona con anorexia. Obtienen una sensación de orgullo e identidad del hecho de estar delgadas y se sienten atacadas cuando alguien trata de cambiarlo.²⁴

Es conveniente documentarse, hay que leer bibliografías sobre el tema de la ingesta, ver si hay algún programa o grupo de apoyo en su comunidad. Hay que recordar en todo momento el propósito de la intervención. Su objetivo es ayudar a la persona afectada. Si no se consigue la primera vez, hay que continuar intentándolo, no hay que renunciar ni perder de vista el objetivo.¹²

Es necesario reconocer los miedos de la paciente. Para una persona con anorexia, la idea de cambiar de hábitos mantenidos durante meses, quizá años, asusta de verdad porque comenzará a pensar o temer que se está intentando convertirla en una gorda. No hay que minimizar éstas preocupaciones aunque parezcan irracionales.²³

No es conveniente esperar, es muy importante intervenir pronto porque probablemente no se conseguirán resultados inmediatos, quizá se requieran varios días o varias semanas para que una persona con anorexia acepte finalmente buscar ayuda.²³

El médico de cabecera es un buen comienzo. Si ésta no es una opción, actualmente muchos hospitales disponen de programas para el tratamiento de la anorexia. Cuando se plantee ésta situación, es necesario buscar un programa adecuado para tratar el trastorno.¹²

A la hora de examinarlo hay que tener en cuenta lo siguiente:

- 1) Referencias del personal o personas a cargo del programa.
- 2) Experiencia del personal, el tiempo de existencia del programa y el porcentaje de éxito.
- 3) Los componentes del programa, duración del proceso de evaluación y su consistencia.

Por último, una cuestión importante a tener en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento de anorexia es que una relación estrecha y de confianza entre paciente y terapeuta es esencial para la relación terapéutica. La paciente debe sentirse cómoda con las personas que la están tratando, de lo contrario hay muchas posibilidades de que la terapia no resulte tan eficaz como se espera.¹²

Es importante recordar que no hay una cura milagrosa para los trastornos de la alimentación como la anorexia. Estas enfermedades implican problemas contra los que las pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas, pero un buen programa de tratamiento ayudará a reforzar la autoestima y enseñará a las pacientes a enfrentarse a sus problemas, a reducir a conductas autodestructivas. El programa también ayudará a restaurar la salud y la fuerza física.²⁴

En general, los tres objetivos principales de la terapia son:

- 1) Mitigar los síntomas físicos, peligrosos que representen una amenaza para la vida.
- 2) Enseñar a la paciente a comer normalmente y disfrutar de una relación más relajada con la comida.
- 3) Investigar, con la esperanza de cambiar los pensamientos destructivos en relación a la comida y el peso.

El proceso del tratamiento

Evaluación: Antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interno o externo, debe ser evaluado:¹³

- Su estado físico y mental en general.
- La gravedad de su trastorno.
- La eventual existencia de trastornos concurrentes.
- Su voluntad para cambiar.

Para que la terapia de resultado, los médicos y terapeutas necesitan la mayor información acerca de la persona a quién intentan ayudar.

Un trastorno de la alimentación como la anorexia, implica todas las facetas de la vida de alguien: la imagen de sí misma, la relación con la familia y amigos, su habilidad para hacer valer sus derechos y dar a conocer sus necesidades.¹²

La mayor parte de los afectados obtienen del trastorno una gran parte de su propia imagen, es decir, mediante éste pueden verse como delgadas o especiales o fuertes. Sólo hay que imaginarse qué se siente al desarrollar un rasgo del que alguien está especialmente orgulloso, sólo para que le digan que tiene que cambiarlo.²³

Esta es la tarea a la que se enfrentan las personas que se someten a un tratamiento, asumir que el rasgo del que se está tan orgullosa es perjudicial. Por ésta razón, la evaluación ha de ser lo más detallada posible, de manera que el terapeuta pueda adaptar la terapia a cada paciente.²³

Cuestionarios: Se han desarrollado varios cuestionarios especializados para evaluar a los pacientes con anorexia. Estos ayudan a evaluar las actitudes de alguien hacia el peso y figura y clasifican las características psicológicas como los rasgos de la personalidad, el grado de desempeño social y problemas similares. Los más usados son:²⁴

- **TAIC:** Test de Actitudes de la Ingesta de la Comida. Consiste en 26 preguntas destinadas a medir la presencia de patrones de la ingesta trastomados y determinar si la paciente sufre de anorexia.
- **ELITIC:** Estudio Logístico Indicativo con Test de la Ingesta de la Comida con 91 preguntas, destinado a medir una serie de síntomas psicológicos que se piensa que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la alimentación tales como la tendencia a la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo.

Estos cuestionarios no se pueden usar en sí mismos para diagnosticar trastornos de la alimentación, lo que sí pueden hacer es indicar quién es más propenso a tener un trastorno y cuales pueden ser algunos de sus problemas propios.²⁴

La entrevista: La entrevista de evaluación ayuda al médico o terapeuta a obtener una idea más clara del estilo de vida de la paciente, así como su peso actual, historia de la dieta, hábitos de la alimentación.²³

Otros aspectos como la asistencia al trabajo o clase, las relaciones con el novio o marido o amigas y la familia y las ocupaciones exteriores, son de interés

porque arrojan luz sobre sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento.¹²

El médico, durante la entrevista, tendrá gran interés en conocer los intentos pasados y presentes de estar a dieta, atracarse y vomitar, usar laxantes, diuréticos y píldoras dietéticas.¹³

Por último el entrevistador querrá saber si la persona está preparada para cambiar y sobre todo si está dispuesta a recibir terapia.¹²

Por otra parte, también es importante una evaluación física. Si una mujer presenta una figura emaciada y es incapaz de pensar con claridad o se muestra agitada y/o con otros signos de desequilibrio, puede requerir hospitalización inmediata. Un deterioro físico tan extremo, afecta al funcionamiento mental y la capacidad de obtener beneficios de la terapia.²³

Opciones del tratamiento: después de la evaluación, se recibirán las recomendaciones para la paciente para iniciar el tratamiento.¹³

No hay método estandarizado para tratar trastornos de la alimentación " el mejor tratamiento es el que da resultado".¹²

Lo importante es que el programa sea exhaustivo, que combine psicoterapia con terapia nutricional y asistencia sociopsicología y, si es necesario, atención médica especializada.¹²

Psicoterapia individual: Quizá el aspecto más importante de la terapia es el desarrollo de una relación cálida entre la paciente y el terapeuta.²³

A las personas afectadas frecuentemente les resulta difícil confiar en otros. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta. El enfermo debe abandonar sus miedos y comienza a desarrollar hábitos alimentarios normales.²³

Psicoterapia tradicional: Los medios de ésta psicoterapia animan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para, de ése modo, adquieran una nueva percepción de su conducta actual.²⁴

Al reconocer el papel de éstas influencias subliminales, el paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.²⁴

Esta clase de terapia viene mejor como accesorio de otros métodos. Hoy en día los psicólogos saben que el conocimiento acerca de las raíces de la conducta de una persona, no hará que se cambie esa conducta a menos que se cambie los hábitos alimentarios del paciente. Muchos de ellos pasan años en terapia tradicional sin ni siquiera revelar que tienen un trastorno.²⁴

Por otra parte, a medida que el paciente consigue el control de su ingesta, la psicoterapia tradicional puede ayudarla a identificar y manejar algunos de los sentimientos que contribuyen al trastorno.¹²

Modificación de la conducta: Esta forma de terapia ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra sólo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre un principio; reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada.²³

A las personas afectadas frecuentemente les resulta difícil confiar en otros. Es necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta. El enfermo debe abandonar sus miedos y comienza a desarrollar hábitos alimentarios normales.²³

Psicoterapia tradicional: Los medios de ésta psicoterapia animan al paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos no expresados para, de ése modo, adquieran una nueva percepción de su conducta actual.²⁴

Al reconocer el papel de éstas influencias subliminales, el paciente adquirirá una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.²⁴

Esta clase de terapia viene mejor como accesorio de otros métodos. Hoy en día los psicólogos saben que el conocimiento acerca de las raíces de la conducta de una persona, no hará que se cambie esa conducta a menos que se cambie los hábitos alimentarios del paciente. Muchos de ellos pasan años en terapia tradicional sin ni siquiera revelar que tienen un trastorno.²⁴

Por otra parte, a medida que el paciente consigue el control de su ingesta, la psicoterapia tradicional puede ayudarla a identificar y manejar algunos de los sentimientos que contribuyen al trastorno.¹²

Modificación de la conducta: Esta forma de terapia ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra sólo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre un principio; reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada.²³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Terapia conductista cognitiva: La TCC combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. Esta terapia implica los siguientes pasos:²⁴

- Intensificar el conocimiento del paciente, de sus propios patrones de pensamiento.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y los trastornos de la alimentación.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la alimentación.

Se suele asumir "creencias erróneas" en un momento u otro; la diferencia es que para un enfermo de anorexia tienen más extremas éstas creencias.²⁴

Algunos de los pensamientos típicos son:

Pensamiento blanco o negro / todo o nada: Que consiste en la convicción de que si todo no es perfecto, el desastre está a la vuelta de la esquina.²⁴

Errores de atribución: Por ejemplo, cuando una persona con anorexia afirma tajantemente que ha engordado un kilo sólo por haber comido un pastel la semana pasada cuando en realidad ese aumento de peso se debía a que estaba en la fecha del periodo menstrual, que siempre la hace retener líquidos.²⁴

Pensamiento mágico: La menor indulgencia en una comida "prohibida" significa obesidad instantánea.

Algunas personas aseguran: " Mi cuerpo no tolera los hidratos de carbono, los convierte instantáneamente en grasa" o " soy adicta al azúcar", "pruebo algo dulce y pierdo el control". Tales ideas atribuyen propiedades irreales y casi mágicas a la comida y al cuerpo humano. En éstos casos, lo mejor es leer un libro de nutrición o pedir ayuda a un experto en programas de nutrición para explicarle a la paciente como el cuerpo metaboliza la comida, con el fin de ayudarla a comprender que no existe la llamada comida "mala".²⁴

Terapia de grupos: Para las personas que nunca lo han intentado, la idea de la terapia puede resultar aterradora. Descubrir sus pensamientos más íntimos, hacer frente a sus miedos y la idea de hacerlo en grupo puede convertirlo en algo peor. Sin embargo, el propósito de la terapia de grupo es justamente lo contrario, busca proporcionar una fortalecedora red de personas que saben lo que la persona (paciente) está sufriendo y quieren ayudarla.²⁴

Los grupos de terapia exigen un compromiso firme. Algunos pueden durar sólo unas semanas, pero otros se prolongan durante un año o más.²⁴

Lo cierto es que éste tipo de terapia va más dirigido a enfermos bulímicos. Se sabe menos acerca de la terapia de grupos dirigida a anoréxicos. Algunos terapeutas afirman que ésta terapia en lugar de tratar de cambiar su terapia de conducta, en grupo, las personas con anorexia compiten fieramente por ver quién consigue mantener el peso más bajo o pasar más tiempo sin comer.²⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Terapia de familia: Muchos terapeutas la recomiendan el personas con anorexia jóvenes que con frecuencia viven con sus padres.¹²

Esta terapia permite observar a los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la alimentación. Durante la terapia, el terapeuta puede contemplar cómo se comunican los miembros de la familia entre sí. A la larga todo esto puede ayudar a que la paciente reconozca los patrones negativos de la familia, a que se vuelva más firme y a que la familia en conjunto aprenda mejores maneras de ayudar a que cada miembro logre satisfacer sus necesidades.¹²

Las características son: Trata a la familia entera como paciente y consta de 3 etapas:

Etapas inicial

- Evaluación.
- El terapeuta conoce a los miembros de la familia.
- Juntos elaboran un plan para ayudar al enfermo.
- Desempeño de la familia como unidad.

Etapas media

- Los padres aprenderán a ayudar a su hijo/a a crecer y éste aprenderá a ser más independiente.

Etapas final

- El terapeuta apartará a la familia de la terapia.

Terapia nutricional: El objetivo de ésta, es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar.²³

Deberá enfrentarse a una firme prueba de que está demasiado delgada, pérdida de la menstruación, el hecho de que siente frío todo el tiempo. Este simple enfoque, reconociendo los miedos de la paciente pero insistiendo en que coma de todos modos, ha obtenido excelentes resultados.²³

Grupos de autoayuda y de apoyo: Estos grupos existen para las personas que no quieren o no pueden entrar en programas de tratamiento formal o cuya terapia formal ha finalizado, pero desean ayuda adicional. El grupo recuerda al paciente que no es la única persona, que otras se han visto envueltas en la misma conducta y no obstante se han recuperado. Una desventaja de éstos grupos es que a diferencia de los grupos de terapia, no exigen asistencia regular.²⁴

Grupos de autoayuda: La autoayuda se refiere a aquellos grupos integrados enteramente por personas que padecen trastornos de la alimentación. No hay miembros profesionales. En éste grupo se anima a los miembros a contar sus historias personales, cómo solían ser las cosas para ellas y como son ahora.²⁴

Grupos de apoyo: Estos grupos suponen la ayuda de uno o más profesionales, aunque sus papeles pueden cambiar a medida que cambian las necesidades de los miembros del grupo, los terapeutas suelen formular preguntas y orientar comentarios.²⁴

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

¿QUIEN NECESITA UN HOSPITAL?



fig. 9 Tomada de: <http://www.marquette.edu/dhform>

La terapia de paciente externa para trastornos de la alimentación a menudo tiene éxito, pero hay casos en que ésta debe permanecer en el hospital. Esto ocurre cuando hay deterioros físicos graves o que representan un riesgo para la vida.²⁴

Uno de los objetivos de la hospitalización es impedir que la paciente se haga más daño adicional mientras recibe terapia.¹³

Se detectan trastornos concurrentes como abuso de drogas, alcohol o miedos inmotivados, mientras éstos problemas no sean tratados, el trastorno de la alimentación no se podrá resolver realmente.²⁴

Evaluación y etapa de diagnóstico: Con una duración de dos semanas antes de la admisión.²³

Etapa de paciente interna: Que dura unas seis semanas y consiste en:

- Consejo y terapia nutricional para aumentar de peso.
- Evaluación médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Terapia individual diaria.
- Terapia de grupo diaria.
- Terapia de familia.

Seguimiento durante un año de las terapias anteriores llevadas a cabo durante la hospitalización de acuerdo con las necesidades del paciente.²³

Importancia de la autoestima en la anorexia: Como se había mencionado en párrafos anteriores; la baja autoestima es una característica común de los diferentes trastornos de la alimentación ya que refleja el temor del paciente en que si "se abandona" y se muestra al mundo tal y como es en realidad, se abandone inmediatamente.²⁴

Uno de los objetivos de la buena terapia del trastorno de la alimentación es conseguir que el paciente aprecie su propio valor intrínseco.²⁴

¿Como desarrolla una persona una baja autoestima? Participan varios factores: Creencias de que la figura determina el valor, las personas con trastornos de la alimentación han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos de que estén delgadas, y por supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas. La dependencia de factores exteriores para determinar el propio valor, en lugar de quererse y valorarse internamente, miden su valor a través de señales exteriores, por ejemplo: la calificación de un examen, la aprobación por parte de los amigos, pensar en sí mismas como inútiles e incompetentes, si una persona se siente impotente respecto de su vida o entorno, es evidente que no será capaz de desarrollar mucho respeto por sí misma.¹³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Consejos para estimular la autoestima: Dedicarse a algo que el paciente haga bien, desarrollar una nueva actividad implica paciencia y el riesgo de no poseer actitudes para ella, de manera que hay que asegurarse de que el enfermo opera de baja autoestima o persona se dedique a algo que ya sabe que hace bien.²⁴

Preguntarse ¿por qué es tan importante tener un aspecto determinado?, ¿cambiará mucho la vida si pesara yo 4 kilos menos?, ¿conseguiré ser mejor en el trabajo?, ¿será más divertida en las fiestas?.¹²

Actuar como si fuese delgada, como si fuese hermosa, paradójicamente, las personas que actúan como si se quisieran comienzan a obtener una mejor reacción del resto del mundo, lo que les hace más fácil quererse de verdad.²⁴

Observar a las personas de alrededor, esto es más eficaz si se pertenece a un club o gimnasio, donde las personas pasean en diversos grados de desnudez. ¿Cuántos cuerpos perfectos se ven?, además lo que para alguien puede ser perfecto para otra persona puede no serlo.¹³

Hay que aprender a aceptarse, es genial desarrollar un plan de nutrición y ejercicio saludable, dejando bien sentado que no se está buscando un plan de adelgazamiento sino sólo orientaciones para comer, una dieta normal y saludable.²²

Lo mismo vale para un programa de ejercicio, hay que dejar sentado que se está haciendo ejercicio para beneficiar el corazón, huesos, no para lograr una figura imposible.²³

Es bueno unirse a un grupo de autoayuda o apoyo. Un grupo compuesto por otras personas que experimentan lo mismo, esto las ayudará a ver que no están solas.²³

Sugerencias para la familia: Los trastornos de la alimentación afectan a toda la familia, es imposible simular que todo está bien, muchos padres se preguntan ¿es mi culpa?, ¿he hecho algo mal?, es importante recordar que los trastornos de la alimentación pueden tener muchas causas pero no se puede negar que la presencia de un trastorno a menudo indica un problema básico en la dinámica de la familia aunque también hay que entender que el enfermo está tan influido por la cultura global como por su educación.¹²

Es importante saber que sólo en contados casos los trastornos de la alimentación logran solución sin ayuda profesional, la familia no puede culparse de la falta de actividades que sólo se puede esperar de un profesional especializado.²³

* Si creemos que alguien querido padece anorexia, hay que decírselo con franqueza, no se debe callar con la esperanza de que sólo sea una etapa, cuanto más persista la enfermedad más se agravará la paciente y más difícil será tratarla, además siempre existe la posibilidad de que el enfermo esté suplicando ayuda en silencio, esperando secretamente que alguien advierta su difícil situación y le ayude a encontrar una salida.¹³

Farmacoterapia: Ninguna farmacoterapia ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que acompaña por lo general y perpetúa el trastorno.²³

Los efectos de la inanición intensifican los efectos secundarios y reducen la eficiencia de los medicamentos antidepresivos. Además la mayoría de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso.²⁴

La fluoxetina (prozac), sertraline (zoloft), paroxetina(paxil), venlafaxine (effexor) y la fluvoxamina (luvox), son medicamentos antidepresivos conocidos como inhibidores de reabsorción de la serotonina selectivos (SSRI, por siglas en inglés), ahora se recomiendan como tratamiento de primera línea contra el trastorno obsesivo – compulsivo y pueden ayudar a las personas con anorexia.²⁴

Por lo general se necesitan dosis altas para el trastorno obsesivo – compulsivo, para los pacientes que responden bien a la terapia inicial, la terapia de mantenimiento de dosis baja puede ser suficiente, aunque la mayoría de los pacientes no tienen una respuesta inicial plenamente adecuada. Pueden causar ansiedad inicial, sin embargo, son lentos en ser efectivos.²⁴

Algunos médicos recomiendan cyproheptadine (peractin), un antihistamínico que puede estimular el apetito. No hay evidencia hasta la fecha, sin embargo, de que alguna farmacoterapia tenga beneficio específico contra la anorexia y en la mayoría de los casos, los trastornos de la depresión y pensamiento mejoran con el aumento de peso.²³

Aumento de peso: Además del tratamiento inmediato de cualquier problema médico grave, la meta de la terapia para la persona anoréxica es aumentar de peso. La meta del peso es fijada estrictamente por el médico o profesional de la salud.²¹

Esta meta es absoluta sin importar cuán convincentemente el paciente (o inclusive los miembros de la familia) pueda argumentar para lograr una meta de peso inferior. Los pacientes que están severamente malnutridos deberán empezar con un recuento de calorías de sólo 1,500 calorías al día para reducir las posibilidades de dolor de estómago e inflamación, retención de líquidos e insuficiencia cardíaca.¹²

Con el tiempo, al paciente se le dan comidas que contienen hasta 3,500 calorías o más al día. Los suplementos alimenticios no se recomiendan por lo general, ya que el paciente deberá reanudar cuanto antes los patrones de comer normales. Aunque comer es el problema, no se deben mantener otros trastornos durante las comidas, pues éstos son momentos para la interacción social relajada. La alimentación intravenosa o por tubos rara vez se necesita o recomienda a menos que la enfermedad del paciente sea potencialmente mortal. Nunca deberán emplearse tales medidas invasoras de alimentación como una forma de castigo durante la terapia conductual.¹²

La investigación indica que en algunos casos la dieta severa puede causar que el metabolismo se adapte a la malnutrición y resista los efectos de sobrealimentación, de tal manera que algún paciente puede tener dificultad de aumentar de peso aún cuando está siendo alimentado adecuadamente.¹³

Ejercicio: Para las personas con anorexia, el ejercicio excesivo es a menudo un componente del trastorno original. Los estudios han reportado que los pacientes anoréxicos en general tienen un metabolismo más alto que los individuos normales y se necesitan más calorías para aumentar de peso.¹²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Durante el programa de recuperación, pueden utilizarse regímenes de ejercicio muy controlados como recompensa por desarrollar buenos hábitos dietéticos y como una manera de reducir la dificultad estomacal e intestinal que acompaña la recuperación. El ejercicio no debe realizarse si todavía existen problemas médicos severos y si el paciente no ha tenido un aumento de peso significativo.²⁴

CAPITULO III

MANIFESTACIONES BUCALES Y COMPLICACIONES DENTALES DE LA ANOREXIA

La naturaleza de los trastornos de la alimentación, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de éstos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en el cuidado de su salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de éste tipo de padecimiento no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que son irreversibles por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.²⁵

Dentro de las primeras manifestaciones buco-dentales, en los pacientes anoréxicos se encuentra: 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 (pseudo-sobreobtusión).²⁶

Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales, se describen a continuación:

Erosión del esmalte

Aunque irónicamente baja en porcentaje (38%) podría decirse que es la lesión dental típica de éstos pacientes en orden descendente de prevalencia.²⁷

- Erosión extensa superficie palatina anterior.
- Erosión moderada superficie vestibular, anterior, superior.
- Erosión moderada superficie lingual y oclusal posterior superior e inferior.

Existe ausencia de pigmentaciones exógenas (café, té, cigarrillo, etc.), sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad.

Como se mencionó, paradójicamente 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:²⁸

- Capacidad de amortiguación salival (buffer)
- pH salival
- Magnitud flujo salival
- Composición y grado de calcificación superficie dental
- Parafunciones (bruxismo, apretamiento)
- Tipo de dieta ácida (frutas, condimentos, golosinas)

Caries

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries.

Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, etc. Probablemente existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *S. mutans* y *lactobacilos*.²⁸

En éstos pacientes pueden 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 acumulo de flora dentobacteriana.²⁶

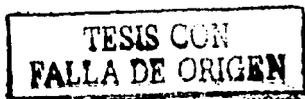
Sialoadenosis

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuentemente encontrado, sin embargo, se ha llegado a confundir con Síndrome de Sjögren.³⁰

Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia se describió por primera vez en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación

entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales, dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.³⁰

La sialoadenosis puede persistir después de un tiempo en que la anorexia ha sido revertida o puede desaparecer espontáneamente.³⁰



Saliva

Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva, son debidas principalmente a condiciones generales como malnutrición, malabsorción, deshidratación, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenosis.²⁹

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 (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso.³¹

Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitamínicas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.²⁶

Periodonto

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis. Roberts y Li estudiaron los índices de placa en éstos pacientes encontrando que fue más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia, la recesión gingival no fue representativa.²⁹

La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acumulo de irritantes locales.³²

Diagnostico diferencial

En los pacientes con trastornos alimenticios es importante para distinguirlos de condiciones que resultan de episodios que cursan con vómitos de corta duración dado que en éstos, no se presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como de condiciones dentales locales como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias.²⁷

Sistémicas:

- 1) Sialadenitis/Sialadenosis
- 2) Hiperemesis gravídica
- 3) Alcoholismo crónico
- 4) Espasmo esofágico
- 5) Estenosis pilórica
- 6) Gastritis/úlceras
- 7) Síndrome de Mikulicz
- 8) Síndrome de Sjögren
- 9) Tuberculosis

Locales:

- 1) Parafunciones / hábitos
- 2) Cítricos dieta (ácida)
- 3) Dentríficos

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.³¹

El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y retratamientos restaurativos.²⁷

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.³³

Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurren y el sentimiento de culpa es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos, etc) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en piel del dorso de la mano.²⁶

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. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio.²⁷

El manejo de sensibilidad o franco dolor producto de erosión puede manejarse desde la aplicación de fluoruro, pasando por un recubrimiento de hidróxido de Calcio retenido con una capa de resina compuesta con *Moniton* opcional de grabado ácido, o en su defecto, hasta el tratamiento endodóntico.³⁴

El tratamiento restaurativo, una vez controlado el paciente será rutinario como en cualquier paciente valorando el grado de erosión y el material restaurativo más adecuado, pudiendo ser desde una simple resina hasta rehabilitación protésica mediante coronas completas sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatológicos como dimensión vertical, sintomatología ATM, mordida abierta, etc., según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma.³⁴

Aunque se comenta que los tratamientos ensayados en anorexia son innumerables y que los fracasos son más frecuentes que los éxitos con dificultades terapéuticas numerosas y desalentadoras, esto no debe de ser un aspecto desmotivador, más aún, al contrario considerarlo como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que al conseguir función y estética dental el paciente recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.²⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe hoy en día una gran preocupación en todos los ambientes tanto profesionales, educativos y sociales, a causa del incremento significativo de los trastornos alimenticios, principalmente la anorexia en la juventud, y de cómo se considera producto del estilo de vida actual en los países industrializados.

Teniendo en cuenta lo anterior y los cambios que éstos individuos presentan en el transcurso del trastorno; es pertinente establecer cual es el posible efecto de éstos cambios conductuales de la persona con anorexia en su familia y como al mismo tiempo ésta relación afecta la interacción social de ambos, en un contexto macro como lo es la sociedad.

En ésta sociedad de consumo, donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes se vuelven víctimas de éstos mensajes y quedan envueltas en ésta trampa que les tiende la cultura reinante.

Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por éstas presiones, pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimenticio.

Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias, para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, más allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutriólogos y educadores para esclarecer e informar.

JUSTIFICACIÓN

Estos trastornos del comportamiento alimentario se escapan cada vez con mayor frecuencia al examen clínico dental, por el aumento en el número de casos que en la actualidad se presentan, es imperativo el conocimiento y la capacitación en cuanto a cómo éste tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en odontología.

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

HIPÓTESIS

La tendencia a desarrollar anorexia es igual o mayor entre mujeres universitarias que en hombres universitarios.

OBJETIVO GENERAL

Comprender mejor el proceso que lleva a un joven a desarrollar un trastorno alimentario como lo es la anorexia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer que tendencia tienen los universitarios de la Facultad de Odontología a la anorexia.
- Que tan importante es el aspecto físico para los estudiantes.
- Conocer que tanto saben respecto a la anorexia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material:

- 83 alumnos de la Facultad de Odontología.
- Computadora con programa Office Xp.
- Hoja Excell.
- 100 hojas de papel bond.
- hojas de lectura óptica.

Método:

Se realizó una encuesta a 83 alumnos de la Facultad de Odontología que constaba de 22 preguntas y que se validó de acuerdo a la escala modificada de Smith; como leve, moderada y severa. Dicha encuesta se efectuó en un día, vaciándose los resultados en una hoja de excell. (Anexo 1)

TIPO DE ESTUDIO

- Observacional
- Transversal

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

Se realizó el estudio en 83 alumnos que se encuentran en la Facultad de Odontología que accedieran a contestar el cuestionario de diagnóstico.

CRITERIOS

Inclusión:

- Alumnos de la Facultad de Odontología que estuviesen cursando de 2^º a 4^º año.
- Alumnos con deseo con deseo de participar en el estudio.
- Alumnos que tuviesen conocimientos sobre anorexia.
- Alumnos con una edad comprendida entre 19 y 30 años.

Exclusión:

- Alumnos de la Facultad de Odontología que cursan 1^{er} año.
- Personas ajenas a la Facultad de Odontología.

Eliminación:

- Cualquier cuestionario contestado que no tenía edad ni sexo.
- Cualquier cuestionario que no fue contestado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

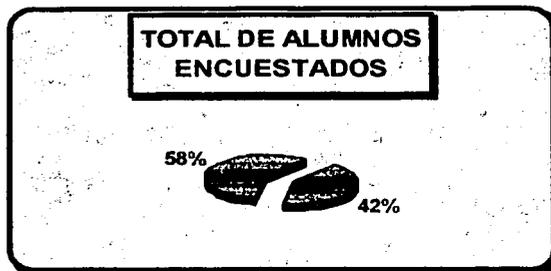
RESULTADOS

Tabla 1. 83 Personas encuestadas (100%)

Sexo Femenino
58% (48 alumnas)

Sexo Masculino
42% (35 alumnos)

Gráfica 1. Total de alumnos encuestados



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Total por edades del sexo femenino 48 encuestadas (100%)

Edad comprendida entre 19 y 22 años	44%	que corresponde a 22 alumnas
Edad comprendida entre 23 y 26 años	43%	que corresponde a 20 alumnas
Edad comprendida entre 27 y 30 años	13%	que corresponde a 6 alumnas

Gráfica 2. Total sexo femenino (edad)

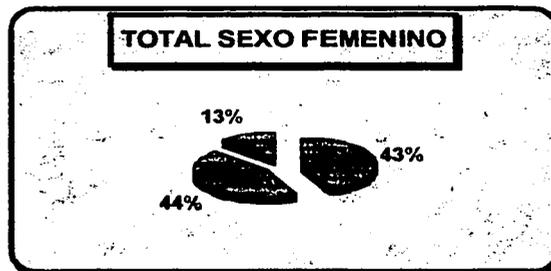
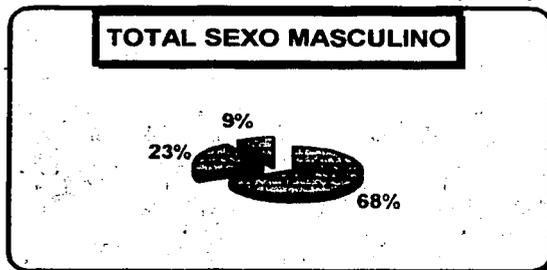


Tabla 3. Total por edades del sexo masculino 35 encuestados (100%)

Edad comprendida entre 19 y 22 años	68%	que corresponde a 24 alumnos
Edad comprendida entre 23 y 26 años	23%	que corresponde a 8 alumnos
Edad comprendida entre 27 y 30 años	9%	que corresponde a 3 alumnos

Gráfica 3. Total sexo masculino (edad)

TIPOS CON
FALLA DE ORIGEN

Después de haber obtenido los porcentajes de la población en observar que:

Tabla 4. Total por patologías de alumnos encuestados 85 personas (100%)

Sin patología	10%	que corresponde a 8 personas
Patología leve	53%	que corresponde a 45 personas
Patología moderada	33%	que corresponde a 27 personas
Patología severa	4%	que corresponde a 3 personas

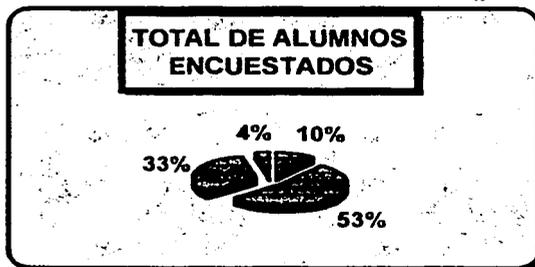
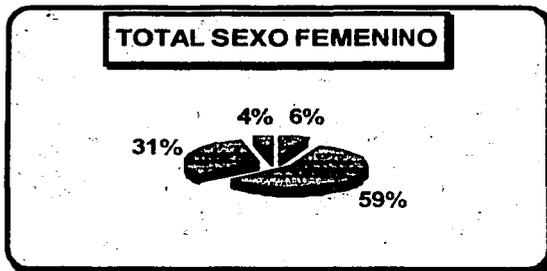
Gráfica 4. Total de alumnos encuestados (patologías)

Tabla 5. Total por patologías del sexo femenino 48 alumnas encuestadas (100%)

Sin patología	6% que corresponde a	3 alumnas
Patología leve	59% que corresponde a	28 alumnas
Patología moderada	31% que corresponde a	15 alumnas
Patología severa	4% que corresponde a	2 alumnas

Gráfica 5. Total sexo femenino (patologías)

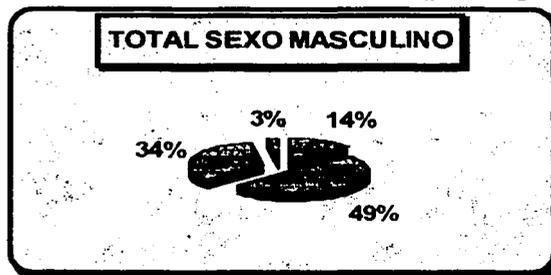


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6. Total por patologías del sexo masculino 35 alumnos encuestados (100%)

Sin patología	14% que corresponde a	5 alumnos
Patología leve	49% que corresponde a	17 alumnos
Patología moderada	34% que corresponde a	12 alumnos
Patología severa	3% que corresponde a	1 alumno

Gráfica 6. Total sexo masculino (patologías)



CONCLUSIONES

En éste estudio, dados los resultados obtenidos, es evidente que la anorexia es más frecuente en el sexo femenino, como en su momento lo señalaron los estudios realizados por Garner y Garfinkel, sin dejar de mencionar que la presencia de éste síndrome en el sexo masculino existe y se ha visto aumentada en los últimos años.

Es importante reforzar la educación, el conocimiento sobre nutrición y el desarrollo de la autoestima en los jóvenes.

Los odontólogos debemos estar prevenidos e intentar detectar todo cambio en los dientes y estructuras bucales que nos permitan hacer suponer que estamos en presencia de anorexia, siendo en muchos casos la única forma visible de detectar ésta enfermedad, ya que las manifestaciones dentales y bucales siguen un patrón que generalmente es irrefutable.

- ANEXO 1 -

CUESTIONARIO DE DIAGNÓSTICO

Edad _____ Sexo _____

Los puntos que se presentan a continuación, son aspectos comunes en personas con trastornos de la alimentación.

Señala la respuesta según corresponda tu caso.

1. ¿Restringes tu alimentación de manera regular?	Si	No
2. ¿Ingieres demasiada comida y luego vomitas?	Si	No
3. ¿Sientes que pierdes el control cuando comes?	Si	No
4. ¿Te sientes muy satisfecho (a) y en control cuando puedes dejar de comer?	Si	No
5. ¿Comes sin hambre cuando te sientes aburrido (a), enojado (a), solo (a)?	Si	No
6. ¿Sientes que tú no mereces comer?	Si	No
7. ¿Conoces el contenido calórico de lo que comes?	Si	No
8. ¿Sientes que lo único que puedes controlar en tu vida es tu peso y tu forma de comer?	Si	No
9. ¿Sientes que estas gordo (a) o no suficientemente delgado (a) a pesar de que la gente te dice lo contrario?	Si	No
10. ¿Usas laxantes, pastillas o diuréticos para bajar de peso?	Si	No
11. ¿Haces ejercicio con el propósito de quemar calorías más que por pensar en tu salud?	Si	No
12. ¿Comes a escondidas?	Si	No
13. ¿Te enojas cuando alguien comenta algo acerca de tu manera de comer?	Si	No
14. ¿Te sientes culpable después de comer?	Si	No
15. ¿Piensas en comida de manera frecuente?	Si	No
16. ¿Sientes que tu vida sería perfecta y tu serías feliz si bajaras de peso?	Si	No
17. ¿Tienes mucho miedo de subir de peso?	Si	No

18. ¿Te da pena tu manera de comer?	Si	No
19. ¿Sientes necesidad de ponerte a dieta?	Si	No
20. ¿Tu estado de ánimo depende de tu peso?	Si	No
21. ¿Te sientes mal si subes de peso?	Si	No
22. Si subes un kilo ¿sientes que seguirás subiendo?	Si	No

VALIDACIÓN

- De 0 a 3 respuestas afirmativas = Sin patología
- De 4 a 8 respuestas afirmativas = Patología leve
- De 9 a 15 respuestas afirmativas = Patología moderada
- Más de 15 respuestas afirmativas = Patología severa

GLOSARIO

- Ascético:** Adj. Que se dedica a la práctica y ejercicio de la perfección espiritual.
- Acino:** Estructura pequeña en forma de saco, en particular la que se encuentra en las glándulas.
- Arritmia:** Desviación del patrón normal en los latidos cardíacos.
- Bradycardias:** Lentitud anormal del ritmo cardíaco.
- Bruxismo:** Rechinado de dientes, inconsciente y compulsivo, mecanismo para liberar la tensión.
- Comórbido:** Coexistencia de dos o más patologías médicas o procesos patológicos no relacionados.
- Dismorfofobia:** Idea delirante respecto a la imagen corporal.
- Dopaminérgico:** Que tiene el efecto de la dopamina.
- Emaciado:** Adj. Demacrado, flaco.
- Empatía:** Participación afectuosa, por lo común emotiva.
- Estenosis:** Trastorno caracterizado por la contracción o estrechez de una abertura o vía de paso en una estructura corporal.
- Fisicalidad:** "calidad" del físico.
- Gnatología:** Campo de estudio dental o médico, que se ocupa de la totalidad del aparato masticador.
- Glucemia:** Presencia de azúcar en la sangre, especialmente cuando excede de lo normal.
- Hemograma:** Registro escrito o gráfico del recuento sanguíneo diferencial que pone énfasis en el tamaño, la forma, las características especiales y el número de los elementos sólidos de la sangre.

Heterófilo: Estado de afinidad por algo inusual o anormal, como la de un anticuerpo al unirse a un antígeno diferente con el que debe reaccionar.

Hipercolesterolemia: Trastorno en el que existe una concentración plasmática de colesterol superior a lo normal.

Hiperemesis: Trastorno caracterizado por vómitos prolongados, pérdida de peso y desequilibrio hidroelectrolítico.

Hipertono: Nivel excesivo de tensión o de actividad del músculo esquelético.

Menarca: Establecimiento o comienzo de la menstruación.

Neurotransmisores: Cualquiera de los numerosos agentes químicos que modifican o producen impulsos nerviosos entre las sinápsis.

Osteopenia: Pérdida de masa ósea.

Perimólisis: Descalcificación de los dientes causada por la exposición al ácido gástrico en pacientes con vómitos crónicos.

Ponderal: Adj. Relativo al peso.

Pulsión: Necesidad compulsiva básica, se desarrolla durante el periodo de crecimiento e incita y dirige la conducta.

Pragmatismo: Pensamiento que sólo acepta las cosas por su valor práctico.

Queilosis: Trastorno de labios y boca caracterizada por formación de escamas y fisuras provocadas por una dieta deficiente de riboflamina.

Sialoadenosis: Inflamación de una o más glándulas salivales.

Xerostomía: Sequedad de la boca provocada por el cese de la secreción salival normal.

REFERENCIAS

1. Tumbull, S. et al (1996) "The demand for eating disorder care: an epidemiological study using the general practice research database" British Journal of Psychiatry. Vol. 169, 705-712
2. <http://www.psicoactiva/anorexi2/articulo.htm>.
3. <http://www.elcomercioperu/ECSaludy nutrición>
4. Garner, D. (1993) Patogénesis of Anorexia Nervosa, The Lancet, vol. 341, no. 26, 1631-35
5. <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>.
6. <http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexi2html>.
7. Raich, Rosa María. Anorexia y Bulimia: trastornos alimenticios, (1995), ed. Pirámide, Madrid. España
8. Mendez JP, García E, Salinas JL, Pérez-Palacios G, Ulloa-Aguirre A, "Anorexia nervosa: The phases of body weight loss and recovery". Rev. Invest.Clin 41(4) 337-44, 1989.
9. <http://www.acab/anorexia/html>.
10. <http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>.
11. Toro, Josep y Villardell, Enric "Anorexia nerviosa", Ed. Martínez-Roca, Barcelona, España, 1987.
12. Selvini, Mateo, "Crónica de una investigación; la revolución de la terapia familiar", Editorial Paidós, Madrid, España, 1981
13. <http://www.methodishealth.com/spanish/mental/edanorex.html>.
14. Gull, W. "Anorexia nervosa", The Lancet vol. 1, 516-17 1988

15. Rafael, F. and Lacey, H. " The aetiology of eating disorders: a hypothesis of the interplay between social, cultural and biological factors", *European Eating Disorders Review*, vol. 2 (3), 143-154
16. Saltiel, H. "Monoaminas cerebrales y comportamiento alimenticio" *Rev. Confrontaciones Psiquiátricas* no. 25, 1989
17. Baranowska, B. " Are disturbances in opioid and adrenergic systems involved in the hormonal dysfunction of anorexia nervosa?", *Rev. Psychoneuroendocrinology*, 15 (5-6), 371-379, 1990.
18. Leibowitz, S.F. "Neurotransmisores hipotalámicos, hormonal y comportamiento alimenticio", *Rev. Confrontaciones Psiquiátricas*, no. 25, 1989
19. Cacabelos, R., Niigawa, H., Nishimura, T.: "Neuroendocrine system and aging brain", *Rev. Gerontopsychiatry*, vol. 3, 691-711, 1986
20. Jeanningros, R. "Control nervioso periférico de la ingesta alimentaria", *Rev. Confrontaciones Psiquiátricas*, no. 25-1989
21. Jagielska, G. Y cols. "Bone mineral density in adolescent girls with anorexia nervosa: a cross-sectional study" *Rev. European Child and Adolescent psychiatry*, 11, (2), 57-62, 2002
22. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000362.htm>
23. Fernández, F., Turón, V. "trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia", Editorial Masso, Barcelona, España, 1998
24. Hartman, D. "Anorexia nervosa: Diagnosis, aetiology and treatment", *Rev. Postgraduate Medicine*, 71, 712-717, 1995

25. Gay Zárate, Oscar, "Anorexia y bulimia nerviosa: Aspectos odontológicos", Rev. ADM, vol. LVII, No. 1, 23-32, 2000
26. Stege, P., Dangler, L., Rye, L. "Anorexia nerviosa: review including oral and dental manifestations", JADA, vol. 104, 648-652, 1982
27. Hellstrom, Y. "Oral complications in anorexia nerviosa", Rev. Scan J Dent Res, vol. 85, 71-86, 1977
28. Liew VP et al. "A clinical and microbiological investigations of anorexia nerviosa", Rev. Austr Dent J, 36, 435-441, 1991
29. Milosevic, A., Dawson, LJ. " Salivary factors in vomiting anorexics with and without phatological toot wear", Rev. Caries Res, 30, 361-366, 1996
30. Hasier JF: "Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nerviosa", Rev. Oral Surg, vol. 53, 56773, 1982
31. Kleier DJ., Aragón, SB., Averbach, RE. "Dental management of the chronic vomiting patient", JADA, vol. 106, 618.620, 1984
32. House, RC. Et al, "Perimolisis: Inveiling the surreptitious vomitor", Rev. Oral Surg, 51, 152-155, 1981
33. Hobbs, WL., Johnson, CA. "Anorexia nerviosa: An overview", Rev. Am Fam Physician, 54, 1273-1281, 1996
34. Bassiouny, MA., Pollack, RL. "Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers", JADA, vol. 115, 412-7, 1987