

01421  
356 a



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CONSIDERACIONES GENERALES DEL  
MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES  
CON BULIMIA**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**FERNANDO ZETINA CARDENAS**

**DIRECTORA:**

**C.D. LILA ARACELI DOMÍNGUEZ SANDOVAL**



**MÉXICO, D.F.**

**2003**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

b

## INDICE.

1.INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES	
<i>Capítulo I. Antecedentes Históricos de la Bulimia Nerviosa.....</i>	<i>4</i>
<i>Capítulo II. Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA).....</i>	<i>14</i>
Clasificación de los TCA.....	15
Anorexia Nerviosa.....	15
Bulimia Nerviosa.....	16
Trastorno por Atracones.....	18
Trastornos NOS.....	19
Síntomas comunes de los TCA.....	19
Cuestionarios y entrevistas para detectar TCA.....	20
Diferencias entre anorexia y bulimia.....	23
<i>Capítulo III. Bulimia (BN).....</i>	<i>25</i>
Epidemiología.....	25
Etiología.....	26
Factores predisponentes.....	26
Factores precipitantes.....	30
Factores de mantenimiento.....	31
Factores pertenecientes a la historia familiar.....	34
Factores pertenecientes a la historia personal.....	34

c

Clasificación diagnóstica de la BN.....	36
Descripción Americana.....	36
Descripción Europea.....	38
Consideraciones Generales de la BN.....	39
Tipos de bulimia.....	40
BN Simple.....	40
BN Anoréxica.....	41
BN Multi-Impulsiva.....	42
Valoración Inicial y Monitoreo Conductual.....	43
Valoración y Monitoreo de la Condición Medica General.....	44
Auxiliares de Laboratorio.....	45
Consecuencias Físicas de la Bulimia.....	46
Tratamiento.....	48
Tratamiento de la Bulimia. ....	53
Consulta y Rehabilitación Nutricional.....	54
Intervención Psicosocial.....	54
Tratamiento Farmacológico.....	57
Pronóstico.....	61
Manejo del paciente en otras áreas médicas.....	61
Establecimiento y Mantenimiento de Alianzas Terapéuticas.....	62
Atención combinada y colaboración con otros clínicos.....	63

d

<i>Capítulo IV. Consideraciones para el manejo odontológico del paciente con bulimia</i> .....	64
Manejo inicial del paciente.....	64
Manifestaciones orales y máxilofaciales.....	65
Descripción y diagnóstico diferencial de las lesiones.....	66
Erosión dental asociada al vómito.....	66
Aumento en el volumen de las glándulas salivales.....	69
Glosodinia, xerostomía, disfagia y disgeusia.....	70
Efectos de la deficiencia nutricional.....	70
Otros aspectos.....	70
Manejo odontológico terapéutico.....	71
Atención de emergencia.....	71
Educación para el paciente.....	71
Atención prerrestaurativa.....	72
Atención restaurativa.....	74
Mantenimiento y revisiones periódicas.....	77
Medicamentos empleados en el tratamiento de la bulimia y sus consideraciones odontológicas.....	77
Tricíclicos.....	78
Inhibidores de la mono amina oxidasa.....	78
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	80
4. JUSTIFICACIÓN.....	81
5. HIPÓTESIS.....	81
6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	82
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	83
8. TIPO DE ESTUDIO.....	83

9. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	84
10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	84
11. RESULTADOS.....	85
11. CONCLUSIONES.....	89
12. ANEXO 1.....	91
13 ANEXO 2.....	93
14. GLOSARIO.....	94
15. REFERENCIAS.....	101

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas comunes de los TCA.....	17
Tabla 2. Cuestionarios y entrevistas. empleados para detectar TCA.....	20
Tabla 3. Diferencias entre anorexia y bulimia .....	23
Tabla 4. Distorsiones cognitivo-conductual.....	33
Tabla 5. Análisis de laboratorio para pacientes con TCA.....	45
Tabla 6. Criterio para los niveles de atención en pacientes con TCA.....	49
Tabla 7. Manifestaciones orales y máxilofaciales de la bulimia.....	65
Tabla 8. Principales fármacos antidepresivos con su nombre genérico y de patente.....	79
Tabla 9. Interacciones de fármacos antidepresivos con otros fármacos.....	79
Tabla 10. Resultados generales del cuestionario.....	85
Tabla 11. Total de alumnos evaluados.....	86
Tabla 12. Relación Peso/Talla (resultado general masculino-femenino).....	86
Tabla 13. Relación Peso/Talla en género masculino.....	87
Tabla 14. Relación Peso/Talla en género femenino.....	87
Tabla 15. Total de alumnos con tendencias a desarrollar un TCA.....	88

f

Tabla 16. Tendencias a desarrollar un TCA (ST) en el genero masculino según la relación Peso/Talla.....88

Tabla 17. Tendencias a desarrollar un TCA (ST) en el genero femenino según la relación Peso/Talla.....89

**ÍNDICE DE GRÁFICAS.**

Gráfica 1. Total de alumnos evaluados.....86

Gráfica 2. Relación Peso/Talla (resultado general masculino-femenino).....86

Gráfica 3. Relación Peso/Talla en género masculino.....87

Gráfica 4. Relación Peso/Talla en género femenino.....87

Gráfica 5. Total de alumnos con tendencias a desarrollar un TCA.....88

Gráfica 6. Tendencias a desarrollar un TCA en el género masculino según la relación Peso/Talla.....88

Gráfica 7. Tendencias a desarrollar un TCA en el género femenino según la relación Peso/Talla.....89

## INTRODUCCIÓN.

La bulimia nerviosa y el comportamiento bulímico se encuentran entre los más comunes trastornos de la conducta alimenticia. La palabra bulimia deriva del griego, y significa hambre de buey. Originalmente esta enfermedad fue considerada como un subtipo de la anorexia nerviosa, y después fue clasificada como una entidad por separado (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980). Los individuos afectados por estos desórdenes conductuales alimenticios coinciden respecto a los pensamientos psicopatológicos de tener una gran preocupación respecto al consumo de alimentos, la necesidad por controlar su peso corporal, y la idealización de una imagen física. Aunque hay una gran concomitancia entre estos trastornos, que ocurre en más del 20% de los casos, existen diferencias significativas respecto a las características psicológicas y clínicas. Por ejemplo, distintivamente en el bulímico el peso corporal puede encontrarse en un rango normal, no existen períodos de inanición prolongados (mayores a 24 horas) y no hay un deterioro generalizado, los cuales se asocian mas a la anorexia nerviosa.

El trastorno bulímico se presenta, por lo regular, durante las etapas comprendidas entre la adolescencia o la juventud, y más del 85% de las personas que las padecen son del sexo femenino. Su etiología específica aún se desconoce, pero se han sugerido diferentes factores causales que influyen en el desarrollo.

Los síntomas particulares que forman parte de los criterios diagnósticos son las conductas psicopatológicas siguientes: una recurrente sobre ingesta alimenticia compulsiva o atracones, y las actividades compensatorias que previenen o mitigan el aumento de peso y que pueden ser tipo "purgativas" (vómito o abuso de laxantes y diuréticos) o "no purgativas" (restricción alimenticia, ejercicio excesiva, etc.) las cuales suelen ser realizadas por los individuos de forma secreta.



Estas personas, en la mayoría de los casos, suelen ser ambivalentes sobre la necesidad de buscar ayuda o de que se les indique que están teniendo comportamientos inadecuados, ya que se sienten avergonzados de sus problemas y no quieren ponerlos en discusión.

Como la bulimia es una de dichas enfermedades que inician como una alteración con un fundamento y predominio psicológico, y al igual que en otras disfunciones de este carácter, los cambios físicos son mínimos o inexistentes hasta que son evaluados en una perspectiva médica. Es por ello que la detección o el diagnóstico de esta enfermedad no se logra obtener sino hasta que la persona reconoce que requiere de ayuda profesional por tener dificultades, o bien cuando en consultas rutinarias se descubren hallazgos clínicos como consecuencia del abuso de estas actividades conductuales nocivas.

El tratamiento del paciente bulímico se establece considerando la gravedad del trastorno, pero de cualquier forma este debe realizarse de manera integral, es decir, creando alianzas terapéuticas en las que se proporcione un enfoque multidisciplinario de diferentes especialistas que participan en la rehabilitación de los pacientes.

El pronóstico de la bulimia en cuanto a la morbilidad se da marcadamente en un alto porcentaje de reincidencia, y respecto a la mortalidad, por lo general, se le atribuye más a los padecimientos concomitantes asociados como la depresión, la ansiedad u otros desórdenes psicológicos, y en menor incidencia es resultado de las consecuencias físicas este trastorno.

Existe una gran variedad de trastornos cuyas manifestaciones son alteraciones orales y máxilofaciales, las cuales pueden hacer suponer que existe un padecimiento sistémico que influye o repercute en la salud del paciente. Es por ello que compete al odontólogo el examinar e identificar los signos y síntomas estomatológicos característicos de la bulimia, teniendo la sapiencia para manejarlos, haciendo un diagnóstico apropiado y proveyendo el tratamiento más indicado. El clínico deberá tener la capacidad de reconocer el momento en que se requiera de establecer alianzas terapéuticas, o cuándo se tiene que ser un soporte de las mismas, para que de esta forma se logre potencializar al tratamiento a largo plazo.

## CAPÍTULO I

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA. <sup>(1)</sup>

La bulimia nerviosa no es un desorden novedoso, existen disipadas referencias que hacen mención a la bulimia y se han detallado casos históricos de estos sobre los últimos 60 años. Los primeros vestigios que hacen referencia a la bulimia pueden observarse en los escritos gramáticos de Aulus Gellius (siglo segundo), el cual denoto que un humor ácido anormal en el estómago fue la causa de la "bulimis" y en los trabajos de Theodorus Priscianus, quien fue un médico del siglo quinto, con la descripción de kynosorexia o "hambre canina". En la antigua Roma era frecuente que en los succulentos ágapes los comensales se auto provocaran el vómito con el fin de evitar la saciedad, y reiniciar lo más pronto posible los atracones. El comer en abundancia era un privilegio, por lo que el sobrepeso y la obesidad eran signos de salud, belleza y poder.

En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de atracones, lo que les permitían acumular elementos grasos y proteicos para compensar los períodos de carencia de alimentos. Powdermarker (1973) registro la glotonería como un comportamiento aceptable para las culturas primitivas. Un habitante de la isla de Trobriand declaro: "Debemos de estar contentos, pues hemos de comer hasta vomitar". En el Talmud (400-500 D.C.) el término "boolumut" se empleaba para describir un hambre completamente desesperada la cual permitía a una persona el discernir, criticar, juzgar, y hacerlo conoecedor sobre comida.

El primer lenguaje inglés que ejemplifico a la bulimia ocurrió durante una traducción, realizada en 1398 por John Trevisa de Bartholomeus, en el trabajo enciclopédico de Glanville del siglo trece, en la sección de Proprietativus Rerum.

James (1743) describió a la "verdadera bulimia", la cual se caracterizaba por una intensa preocupación por la comida y la sobre alimentación en periodos de intervalo cortos, y que terminaban en vómitos. Motherby (1785) estudio tres tipos de bulimia: la bulimia de hambre pura, la bulimia asociada con "síncope" y la bulimia que termina en vómito. La bulimia fue reconocida en 1797 en la edición de la enciclopedia Británica.

**Casos históricos de bulimia antes de 1900:** Durante este periodo, diferentes términos fueron sugeridos para describir a los grupos de personas que se excitaban al tener atracones y después vomitaban.

Blanchez (1869) propuso el término "cinorexia" para detallar un ciclo de sobre ingesta alimenticia y vómito. La cinorexia fue literalmente poseída por el pensamiento de comida, y hambre insaciable.

Stiller (1884) describió la "hiperorexia" como una constante alimentación de pequeñas cantidades de comida para contrastar las sensaciones de debilidad.

Soltmann (1894) documento el caso de un niño de 17 años de edad el cual comía en abundancia cuando retornaba a su hogar después de la escuela y se violentaba cuando se abstenía de comer. Soltmann denominó a este síntoma como "polifagia", en el cual había una ausente sensación de satisfacción que conduce a una constante alimentación de bastas cantidades de comida.

**Relación histórica de la bulimia con otros síndromes:** Los atracones de comida y vómitos se consideraron de importancia para la atención médica como sintomatologías de otra enfermedad o suponían que la bulimia era parte de un síndrome distinto. Algunos autores describieron la bulimia en pacientes no anoréxicos, varios otros la catalogaron como una rara condición de neurosis.

Janet (1908) estudio el caso de un hombre de 26 años de edad al que considero con un "carácter bizarro" ya que este paciente se auto inducía el vómito, por lo que supuso que era un tic nervioso y no parte de la anorexia.

Abraham (1916) describió el caso de un paciente el cual después de vomitar se atracaba solo de vegetales para así neutralizar el peso ganado. Este investigador denomino el término de "hambre neurótica" para definir la alimentación y la saciedad como signos originales de la ansiedad y el conflicto psicológico interno, y que no son parte del vaciado o llenado del estómago que son característicos de la bulimia. Abraham conjunto la condición bulímica con la represión del libido y la asocio a una adicción de dipsomanía (alcoholismo), o morfínismo.

Wulff (1932) describió a los atracones como un complejo síntoma oral, en el cual un paciente se alimenta recurrentemente para obtener "una satisfacción erótica oral pura... casi como una perversión sexual". Señalo que la somnolencia era seguida por atracones completando el ciclo bulímico durante el cual los pacientes enfermos se colman de una estimulación oral erótica.

Wulff (1932) considero a la bulimia como una adicción; desde una perspectiva psicoanalítica lo que este padecimiento tiene en común con un estado mental es que todas estas actividades circundan en un sentido de pérdida o de deshago que conduce a un "insulto al narcisismo", y es una reacción la cual culmina en la sobre ingesta alimenticia.

Waller y Kaufman (1940) describieron el caso de dos mujeres que se sobrealimentaban y después cursaban por la inanición; como una reacción asociada a la fantasía de un embarazo incestuoso que involucraba al padre.

Selling y Ferraro (1945) observaron la bulimia en un refugio de infantes entre 1933 y 1939. Estos niños, a consecuencia de la segunda guerra mundial, provenían de Europa y fueron a los Estados Unidos de Norteamérica sin sus padres, se alimentaban así mismos frenética y excesivamente cuando se sentían inseguros y de alguna forma, cuando estos niños encontraron un nuevo hogar, redujeron su ingesta.

Nemiah (1950) reporto el historial de casos de catorce pacientes con esta condición en el Hospital General de Massachussets. Cuatro de estos catorce pacientes eran sospechosos tanto de un patrón alimenticio anormal como de vómitos.

Kirshbaum (1951) empleo el término "hiperorexia" como una manifestación de las insuficiencias del hipotálamo.

Lindner (1955) documentó el caso de una paciente, la cual padecía de atracones pero que no vomitaba. Siendo huérfana desde la infancia, al crecer tenía ataques de sobrealimentación para que su estómago se dilatara, lo que le representaba su deseo secreto de estar embarazada de su padre.

**Relación histórica entre la bulimia y la anorexia:** En la historia de la bulimia, sus primeras apariciones estaban asociadas con los pacientes que también padecían de anorexia.

Briquet (1859) estudió el caso de una mujer, la cual por meses se alimentaba normalmente, y después tenía periodos de restricción alimenticia o cursaba por una fase en la que vomitaba todo lo que comía.

Gull (1873) describió un caso, que considero raro y excepcional, en el que un paciente anoréxico ocasionalmente por un día o dos en su apetito era voraz y lo hacía con el fin de inducirse el vómito.

Lasegue (1873) notó que algunos anoréxicos vomitaban obstinadamente después de haberse forzado a comer.

Nogue (1913) analizó la perspectiva del uso de medicamentos laxantes o tiroideos con el propósito de controlar el peso corporal. En su investigación observó los cambios en el tipo de laxantes empleados para perder peso y descubrió que inicialmente los anoréxicos empleaban el vinagre como purgante.

Janet (1919) comentó que la segunda fase de la enfermedad, descrita anteriormente por Lasegue en 1863, es cuando un paciente en un periodo aprende a vomitar.

Berkman (1930), reporto los casos de 177 pacientes anoréxicas, y característicamente el 66% vomitaba. La mayoría lo hacía para tener una sensación de satisfacción personal.

Schottky (1932) notó que una paciente femenina empleaba una manguera para vaciar lo que había comido, induciéndose el vómito.

Wulff (1932) describió cuatro casos de un desorden alimenticio en mujeres. Las pacientes se caracterizaban por tener atracones recurrentes e incontrolables, además se les asocio un estado de ánimo depresivo e irritable. Las cuatro se encontraron en la fase de atracones, dos de estas soñan tener vómitos y las otras cursaban por periodos de inanición..

Binswagner (1944) detallo el caso de una paciente, a quien se le remitió parcialmente anorexia y comenzó a pugnar con bulimia. Sus síntomas incluían atracones, vómito violento, y abusos de laxantes. En el diario de la paciente se detallaban las dificultades que tenía para controlar sus emociones y el peso corporal.

Russell (1979) describió a la bulimia como un indicador de la cronicidad de la anorexia.



Casper, Garfinkel y Gamer (1980) notaron que significativamente ocurría un comportamiento bulímico, con sus síntomas, en aproximadamente el 40% de los pacientes con anorexia nerviosa.

Abraham y Beumont (1982) observaron a la bulimia y a la anorexia como extremos de un mismo desorden.

Katz y Stinick (1982) consideraban a la bulimia como una manifestación constante del síndrome del desorden alimenticio.

Mitchell (1985), realizó un estudio en el que encontró que del 30 al 80% de los pacientes con bulimia tenían un historial de anorexia.

Blinder, Chaitin, y Hagman (1987) reportaron un incremento de historiales de anorexia nerviosa, precediendo a la bulimia, y como uno de los síntomas más comunes entre los desórdenes alimenticios.

**Alimentación en secreto y robo de comida:** Los atracones en secreto y el robo de comida han sido patrones observados frecuentemente en los bulímicos. Varios autores describieron la alimentación en secreto y al hurto de comida como factores comúnmente asociados con la bulimia, lo que les hizo sugerir que dichas actividades tenían cabida en la misma categoría de atracones de comida. La alimentación en secreto es usualmente planeada por anticipado, y se realiza a altas horas del día. A partir del desarrollo mental y la perspectiva psicodinámica, la alimentación en secreto y el robo de alimentos se sospecharon como una expresión impulsiva, de ambivalencia o como de rebeldía.

Janet (1908) describió el caso de una paciente que con el paso del tiempo se olvidaba así misma hasta el punto de devorar glotonamente cualquier cosa que pudiese tomar y posteriormente no podía resistir la excitación de comer, por lo que se alimentaba en secreto.

Wulff (1932) descubrió que un paciente tenía atracones de comida en secreto, a base de dulces, pasteles, y pan, los cuales le eran restringidos por causa de su obesidad. Haciendo una revisión de varios casos encontró que este tipo de individuos suelen catalogar los alimentos.

Bergmann (1934) sugirió el término "comedores nocturnos" para describir a pacientes que consumían grandes cantidades de alimentos durante la noche.

**Concepción de la imagen corporal:** Durante las primeras descripciones de la bulimia ninguna de las terminologías asociaba las actividades conductuales del trastorno con el control de peso.

Janet (1908) notó en uno de sus casos a una joven mujer que usaba una cinta color rosa sobre su cadera para asegurarse que el tamaño de su cintura nunca excediera lo que pensaba debería de medir.

Waller (1940) observó que algunos individuos se "avergonzaban de estar gordos" y fue entonces que relacionó la forma del cuerpo y la concepción de la propia imagen con los pacientes que padecían de un trastorno alimenticio, siendo estas una característica usual y constante.

El deseo y preocupación por la delgadez motivo a que comenzara a aparecer mas frecuentemente en la literatura, culminando en los años setentas con lo que Selvini y Palazzoli denominaron como una desesperada necesidad por crecer siendo delgado.

La idea de la delgadez se volvió una virtud, y era considerada como símbolo de independencia, autonomía, autocontrol, y una moral agraciada, mientras que la obesidad fue estigmatizada como algo desagradable e indicativo de la carencia de autocontrol. Esto condujo a que las mujeres se preocuparan por la sobre alimentación, el sobrepeso y la obesidad.

Bruch (1973) observo este comportamiento como un modo de acción para así compensar y encubrir sus sentimientos de compenetración inadecuados, por lo que definía a estas conductas como un acosamiento por estar delgado.

Casper (1981) noto que el temor de los pacientes por engordar provenia de una crítica a su propia imagen, la cual conducía a que desarrollaran la bulimia y de esta forma lograran escapar a un control deseable, en el que no obstante, se distorsiona y aísla a la existencia de la delgadez.

**La bulimia nerviosa como un síndrome distinto:** Una combinación de factores culturales, económicos y psicológicos contribuyeron a la emergencia de reconocer a la bulimia nerviosa. A finales de la década de los setentas, se presto más importancia en el caso del los pacientes voraces que tenían un peso normal.

Bruch (1957) describió el caso de un paciente que se atracaba y vomitaba, pero que nunca fue obeso ni delgado. Ya que este paciente no tenía un obvio disturbio en el peso, determino que era necesario definir un nuevo síndrome para el padecimiento.

Boskind y White (1976) propusieron el término "bulimiaréxia" en el que se describía un desorden alimenticio comúnmente encontrado en mujeres jóvenes con peso normal y que alternaban entre los atracones y la dieta estricta. Definieron que los bulimiaréxicos tienen una baja autoestima, una autoconcepción de la imagen corporal pobre, y el temor de no ser exitosos entre las relaciones heterosexuales.

Boskind-Lodahl y White (1978) denotaron la importancia del factor sociocultural y su relación con la bulimiaréxia en la definición del rol femenino; en el que la mujer se adjudica poderes hacia otros al lograr una "imagen perfecta".

Russell (1979) designo el término de "bulimia nerviosa" para describir a un subgrupo de pacientes que se encontraron en contraste con los que se restringían la comida y los cuales tenían una cronicidad en sus conductas de atracón y purgación. Adicionalmente, algunos tenían trastornos concomitantes (ansiedad, depresión, comportamientos impulsivos, abuso de sustancias y cleptomanía), y en determinados casos existía la inestabilidad emocional por provenir de una familia obesa. Todos estos aspectos influían en la distorsión de la imagen corporal.

\* Con cierta reserva inicial el concepto de "bulimia nerviosa", cómo un síndrome distinto, vino a ser aceptado en el DSM-III en 1980.

## **CAPÍTULO II**

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA.**

**Definición:** El término *trastorno de la conducta alimenticia (TCA)* generalmente se refiere a desórdenes psicológicos que constituyen graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta; es decir, la base y fundamento de estos desórdenes es una alteración psicológica en la que existe una sobreabundancia de comida y una obsesión con el estar delgado<sup>(2)</sup>.

**Incidencia y prevalencia:** Estos TCA usualmente inician durante las etapas de adolescencia o juventud, desproporcionadamente afecta más a las mujeres que a los hombres. Se ha estimado que aproximadamente el 3% de la población femenina, durante los estadios de vida mencionados, cursa por alguno de los desórdenes alimenticios<sup>(2)</sup>.

**Etiología:** Estos trastornos son producidos por una acción recíproca compleja de factores que aún no están establecidos con precisión, pero se piensa en una combinación de variables que pueden incluir aspectos genéticos, neuroquímicos, del desarrollo psicomental, y socioculturales.

**Historia natural:** Los TCA son psicopatologías devastadoras, cuyas condicionantes suelen ser de carácter crónico y que en ocasiones atentan contra la vida del individuo.

## CLASIFICACIÓN DE LOS TCA.

En la actualidad los TCA están comprendidos en el DSM-IV que es el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desordenes Mentales (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborado por miembros de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) <sup>(2)</sup>.

Según este manual, se clasifican los trastornos en:

1. *Anorexia nerviosa*
2. *Bulimia nerviosa*
3. *Trastorno por atracones*
4. *Trastornos del comer no especificados de otra manera*

**Anorexia nerviosa (AN):** La persona que padece esta enfermedad suele presentar un peso corporal inferior al esperado por su edad, sexo y altura. El equilibrio del peso se pierde por ayunos o reducción extrema de la comida, pero aproximadamente en el 50% de los casos los individuos usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o diuréticos y el ejercicio excesivo para reducir el peso <sup>(2, 3, 4)</sup>.

Aparece en adolescentes o jóvenes, y es una enfermedad muy grave. La mortalidad es una de las más elevadas entre los trastornos psicopatológicos. La proporción con respecto a los hombres es de 9:1. Su edad de inicio suele situarse en la primera adolescencia, hacia los 13 años, sin que ello implique que no pueda presentarse en personas mayores <sup>(3, 4)</sup>.

**A) Criterios diagnósticos de la AN:**

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del normal para su edad y talla; por ejemplo, pérdida o mantenimiento de éste por debajo del 15% del esperado.
- Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en obeso, a pesar de estar por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso corporal y la silueta. Influenciada en la auto evaluación de la imagen, o la negatividad del peso corporal actual.
- En mujeres posmenárquicas la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos se considera que tiene amenorrea, siempre y cuando no se administren hormonas (por ejemplo, estrógenos).
- La cantidad de comida que ingiere un anoréxico oscila entre las 4,000 a 4,500 calorías al día.

**B) Subtipos de AN:**

- a)** Tipo "restrictivo": Restricción voluntaria a la ingestión de alimentos o ejercicios físicos extenuantes.
- b)** Tipo "bulímico o purgativo": Se utilizan métodos como el vómito auto-inducido o el abuso de laxantes o diuréticos.

**Bulimia nerviosa (BN):** Es un TCA severo en la cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, toman laxantes y diuréticos, o se autoinducen el vómito diariamente para prevenir el aumento de peso.

La mayoría de las personas que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas y delgadas. La media de edad para su aparición está situada alrededor de los 17 años. Al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan atribuida, como en la anorexia, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo <sup>(2)</sup>.

#### *A) Criterios diagnósticos de la BN:*

- Episodios recurrentes de sobre ingesta alimenticia (atracones), que se caracterizan por comer en un período discreto de tiempo una cantidad de alimentos que es superior a la que la mayoría de la gente consumiría durante un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas. Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante este episodio (por ejemplo, sentir que no es capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que se está ingiriendo).
- Conductas inadecuadas recurrentes para compensar la forma en que come y prevenir el aumento de peso, empleando entre sus alternativas el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- Los episodios de sobre ingesta alimenticia y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren, como media, dos veces a la semana durante tres meses.
- La autoestima está excesivamente influenciada por la figura y el peso corporal.
- El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.
- La cantidad de comida que se ingiere en un atracón puede alcanzar hasta 20.000 calorías.



*B) Subtipos de BN:*

- a) Tipo "Purgativo": La persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de medicamentos laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
- b) Tipo "No purgativo": La persona emplea otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno (no mayor a 24 hrs.) o el ejercicio excesivo

**Trastorno por atracones (TA):** El desorden por atracones de comida es aún novedoso y es una condición reconocida por episodios característicos de un incontrolable consumo de alimentos, sin actividades compensatorias, como lo son el vómito, el abuso de laxantes o diuréticos, para prevenir el aumento de peso. Aunque usualmente los atracones conducen a un sobrepeso <sup>(2)</sup>.

*A) Criterios diagnósticos del TA:*

- La persona tiene atracones por lo menos dos veces a la semana y mantiene esta conducta durante seis meses.
- Consumir de 5,000 a 15,000 calorías en un episodio de voracidad.
- Sobrealimentarse continuamente durante el día, además de los bastos alimentos durante los atracones.
- Tener las tres comidas básicas del día y además frecuentes sobremesas.

### Trastornos del comer no especificados de otra manera (NOS):

Una cuarta categoría denominada trastornos del comer no especificados de otra manera (NOS, por sus siglas en inglés) fue establecida para definir los TCA no definidos específicamente como anorexia y bulimia <sup>(2)</sup>.

#### A) Criterios diagnósticos para NOS

- Episodios poco frecuentes de atracones con purgación (ocurren menos de dos veces por semana, o mantienen tal comportamiento durante 3 meses).
- Mastican y escupen repetidamente, sin tragar, las bastas cantidades de comida.
- Peso normal y comportamiento anoréxico.

### SÍNTOMAS COMUNES DE LOS TCA

Tabla 1.	AN	BN	TA
Pérdida severa de peso en un periodo relativamente corto de tiempo.	X		
Continuar las dietas después de haber adelgazado.	X		
Insatisfacción con la apariencia, creyendo que el cuerpo es obeso, aunque tenga severa pérdida de peso	X		
Pérdida del periodo menstrual.	X	X	
Interés inusual por la comida o desarrollo de rituales extraños de alimentación.	X	X	
Comer en secreto.	X	X	X
Obsesión con la ejercitación.	X	X	
Depresión seria.	X	X	X
Atracones.		X	X
Vómito o abuso de laxantes o diuréticos	X	X	
Atracones pero sin un notable aumento de peso.		X	
Permanecer dentro de un baño por periodos largos de tiempo para inducirse el vómito.		X	
Abuso de drogas o alcohol.		X	X

Tabla 1. Síntomas más comunes de los TCA ([www.psych.org](http://www.psych.org))

## CUESTIONARIOS Y ENTREVISTAS

Se han desarrollado varios *cuestionarios* especializados para evaluar la tendencia o incidencia a desarrollar TCA. Estos ayudan a evaluar las actitudes de alguien hacia el peso y la figura, y clarifican las características psicológicas como los rasgos de personalidad, grado de desempeño social y problemas similares <sup>(5)</sup>.

La *entrevista* es un método de evaluación que ayuda al médico a obtener una idea más clara del estilo de vida del paciente, su peso actual, historial de dieta y fluctuaciones de peso, hábitos de la ingesta y actitudes hacia el peso y la familia, la pareja, el amante o los amigos, así como los intereses y ocupaciones exteriores que son de interés, ya que permiten evaluar sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento <sup>(5)</sup>.

Evaluación	Comentarios.	Referencia(s).	Instrumento.
<u>DSED</u> Diagnostic Survey Eating Disorder Examen Diagnostico para Desórdenes Alimenticios	Auto-reporte o Entrevista semi- estructural	En doce secciones se abarcan factores como: Demográficos, peso, historial médico y psiquiátrico; en relación a la imagen corporal, dietas, atracones, purgación, ejercicio, comportamientos relacionados, función sexual, menstruación, ajustes de vida o historiales.	Johnson C: Diagnostic Survey for Eating Disorders (DSED). in The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa. Editado por Johnson C, Connors M. New York, Basic Books, 1987.
<u>EDE</u> Eating Disorders Examination Evaluación de Trastornos Alimenticios	Entrevista semi- estructural	Mide la presencia y severidad de los aspectos del TCA, además de proveer un diagnóstico operacional del DSM-IV	Fairburn CG, Cooper Z: The Eating Disorders Examination--12th ed, in Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. Edited by Fairburn CG, Wilson GT. New York, Guilford Press, 1993

Evaluación	Comentarios.	Referencia(s).	Instrumento.
<u>EDE-Q4</u>	Auto-reporte	Versión de auto-reporte del EDE, diseñado para situaciones en las cuales una entrevista no puede ser utilizada; validada por el EDE	Fairburn CG, Beglin SJ: The assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? Int J Eat Disord 1994; 16:363-370
<u>EDI</u> Eating Disorders Inventory Inventario de los Desórdenes Alimenticios	Auto-reporte	Medida estandarizada de rasgos psicológicos y síntomas ramificados destacando la relevancia para comprender y tratar los TCA.  Presenta 11 subescalas en 6 puntos, 3 escalas asesoran actitudes y comportamientos concernientes a alimentos, el peso y la concepción corporal; las otras 8 escalas consideran las características psicológicas en general.  Tiempo de vaciado para la información: 20 minutos.	Garner DM, Olmstead MJ, Polivy J: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord 1983; 2:15-34 Garner DM: The Eating Disorders Inventory--2 Professional Manual. Odessa, Fla, Psychological Assessment Resources, 1991 Garner DM: The Eating Disorders Inventory--2 (EDI-2). in Outcomes Assessments in Clinical Practice. Edited by Sederer LI, Dickey B. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996, pp 92-96
<u>EDQ</u> Eating Disorders Questionnaire Cuestionario de Trastornos Alimenticios	Auto-reporte	Las preguntas se encaminan a los síntomas de los TCA, síntomas asociados, curso y tratamiento.	Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert E, Pyle RL: The Eating Disorders Questionnaire. Psychopharmacol Bull; 1985; 21:1025-1043

Evaluación	Comentarios.	Referencia(s).	Instrumento.
<u>QEWP</u> Questionnaire of Eating and Weight Patterns Cuestionario de Alimentos y Patrón de Peso	Auto-reporte	Mide la naturaleza y cantidad de sobre ingesta para imponer el Trastorno por atracón.	Yanovski SZ: Binge eating disorder: current knowledge and future directions. Obesity Res 1993; 1:306-320 Nangle DW, Ghonson WG, Carr-Nangle RD, Engler LB: Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: psychometric analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. Int J Eat Disord 1993; 16:147-157
Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale Escala de Trastorno Alimenticio de Yale-Brown-Cornell	Entrevista conducida clínicamente	Incluye una lista de síntomas de 65 ítem, más 19 preguntas, que incluyen 18 categorías generales de rituales y preocupaciones.  Requiere 15 minutos o menos para ser completada.	Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: development, use, reliability and validity. J Psychiatr Res 1994; 28:425-445 Sunday SR, Halmi KA, Einhorn AN: The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: a new scale to assess eating disorders symptomatology. Int J Eat Disord 1995; 18:237-245
<u>EAT</u> Eating Attitudes Test Evaluación de Actitudes Alimenticias	Auto-reporte	Breve (26 - ítem), estandarizado; la cobertura de la evaluación por auto-reporte incluye síntomas concernientes a las características de los TCA;  Tiempo para el vaciado de la información: 5-10 minutos	Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE: The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982; 12:871-878 Garner DM: Psychoeducational principles in the treatment of eating disorders, in Handbook for Treatment of Eating Disorders. Edited by Garner DM, Garfinkel PE. New York, Guilford Press, 1997, pp 145-177

Tabla 2. Cuestionarios y entrevistas auxiliares diagnósticos de TCA ([www.psych.org](http://www.psych.org)).

## DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA

Bulimia	Anorexia
<p><u>Conductas patológicas</u></p> <p>Preocupación constante por la comida (habla de peso, calorías, dietas)</p> <p>Atracones, come de forma compulsiva, esconde comida.</p> <p>Miedo a engordar.</p> <p>Evita el hecho de ir a restaurantes o fiestas y reuniones donde se vea socialmente obligado a comer en la forma en que usualmente lo hace.</p> <p>Acude al lavabo después de comer.</p> <p>Vómitos autoprovocados, abusan de laxantes o diuréticos.</p> <p>Usa fármacos para adelgazar.</p> <p>Realiza regímenes rigurosos y rígidos.</p> <p>Tiene una conducta adictiva con edulcorantes.</p>	<p><u>Conductas patológicas</u></p> <p>Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas.</p> <p>Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros.</p> <p>Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal.</p> <p>Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares).</p> <p>Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes).</p> <p>Esconden el cuerpo debajo de ropa holgada.</p> <p>Negarse a usar baños públicos y que vean su cuerpo.</p> <p>En ocasiones, atracones y uso de laxantes o diuréticos.</p> <p>Abuso de edulcorantes.</p>
<p><u>Signos fisiológicos</u></p> <p>Aumento de volumen en las glándulas salivales.</p> <p>Pequeñas rupturas vasculares en la cara o bajo los ojos.</p> <p>Irritación crónica de la garganta.</p> <p>Fatiga y dolores musculares.</p> <p>Pérdida de piezas dentales.</p> <p>Oscilaciones de peso (5 o 10 Kg, arriba o abajo).</p>	<p><u>Signos fisiológicos</u></p> <p>Pérdida progresiva de peso (con frecuencia sucede en un período breve).</p> <p>Falta de menstruación o retraso en su aparición sin causa fisiológica conocida.</p> <p>Palidez, caída del cabello, sensación de frío y ceccos azulados.</p> <p>Debilidad y mareo.</p>

Bulimia	Anorexia
<p><u>Cambio de actitud</u></p> <p>Modificación del carácter (depresión, sentimientos de culpa u odio a sí mismo, tristeza, sensación de descontrol)</p> <p>Severa autocrítica.</p> <p>Necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona.</p> <p>Cambios en la autoestima con relación al peso corporal.</p>	<p><u>Cambio de actitud</u></p> <p>Cambio de carácter (irritabilidad, ira).</p> <p>Sentimientos depresivos.</p> <p>Inseguridad en cuanto a sus capacidades.</p> <p>Sentimientos de culpa y autodesprecio por haber comido o por hacer ayuno.</p> <p>Aislamiento social.</p>

Tabla 3. Diferencias entre anorexia y bulimia ([www.psych.org](http://www.psych.org)).<sup>(2)</sup>

En una evaluación inicial, en el área de los TCA, es común que al hablar de estos trastornos se encuentren similitudes entre la anorexia y la bulimia<sup>(6-10)</sup>, puesto que los alimentos y el peso corporal son la preocupación esencial de ambas. De modo análogo, expresan creencias semejantes acerca del comportamiento cognitivo-conductual. La principal diferencia es que el bulímico se enfrenta a diario con muestras de su incapacidad para controlar lo que come y la forma en que lo hace, en el anoréxico hambriento al perder peso siente que mantener el control es un triunfo y algo positivo.

En cada caso existen diferentes riesgos físicos y las estrategias de ayuda necesariamente varían. La terapia adecuada para ambos tipos de enfermedades consiste en que cuidadosamente se aborde la necesidad de crear y desarrollar un sentido más firme de la enfermedad, que no solo esté centrado en el control alimentario y corporal, sino que también se debe realizar una interacción disciplinaria entre diferentes especialistas.

## CAPÍTULO III

### BULIMIA.

#### EPIDEMIOLOGÍA

La bulimia nerviosa o el comportamiento bulímico se encuentran entre los más frecuentes TCA. La bulimia es comúnmente diagnosticada en adolescentes o jóvenes (en edades que oscilan entre los 16 y 19 años) Más del 85% de las personas que las padecen son del sexo femenino y menos del 10% de los hombres están afectados por la bulimia <sup>(11-13)</sup>.

**Incidencia:** Se considera para la bulimia una incidencia, estimada entre las mujeres, que esta entre el 1.1 al 4.2 % <sup>(14, 15)</sup>. Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento y ocasionalmente se han forzado el vómito. Sin embargo, no se consideran bulímicos ya que por lo regular este comportamiento insalubre no continúa después de la juventud. <sup>(16)</sup>

**Prevalencia:** Los cálculos de la prevalencia de la bulimia nervosa entre las mujeres oscila entre cerca del 3% en adolescentes y un 10% en jóvenes. Expertos sostienen que este problema está bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal y los valores pudieron haberse incrementado durante los últimos años <sup>(16)</sup>.



## ETIOLOGÍA.

Su etiología específica aún se desconoce, pero se han sugerido diferentes factores causales que influyen en el desarrollo (aspectos genéticos, neuroquímicos, del desarrollo psicomental, y socioculturales) <sup>(2)</sup>.

1. *Factores predisponentes.*
2. *Factores precipitantes.*
3. *Factores de mantenimiento.*
4. *Factores pertenecientes a la historia familiar y personal*

## FACTORES PREDISPONENTES.

**Geografía y factores socioeconómicos:** Las naciones o ciudades económicamente desarrolladas parecen plantear un riesgo mayor para la incidencia de los trastornos del comer, aunque la influencia en un grupo étnico particular hace que los síntomas permanezcan sorprendentemente similares entre estos. Extrañamente, parece no existir una prevalencia entre las clases altas, medias o bajas <sup>(17)</sup>.

**Factores culturales:** ¡Adelgazar sin esfuerzo!...es el gancho más utilizado en el que la delgadez se transforma en una expresión de modelo social y como un producto de venta a través de los medios de comunicación y la publicidad (prendas de vestir, cosméticos, presencia de estrellas del espectáculo y modelos que dictan la moda) las cuales conducen a que muchas personas conceptúen la figura corporal como un sinónimo del éxito. Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que se impone con rigor y sin consideraciones.

En los varones esta tendencia no esta tan marcada", sin embargo, se establecen estereotipos para ambos sexos, donde las tendencias dictan el pertenecer o no a un grupo social. <sup>(17)</sup>

**Trastornos emocionales (Psicopatologías Concomitantes):** La concomitancia de otras psicopatologías en los trastornos mentales son muy comunes, pero las interrelaciones son escasamente comprendidas. Los TCA van con frecuencia acompañados por los trastornos de depresión y de ansiedad (o ambos) pero no se sabe si estos son causa o resultado de los trastornos del comer <sup>(18, 19, 20)</sup>.

Entre el 50% a 75% de todos los pacientes con TCA experimentan depresión, e igualmente es común encontrarla entre sus familiares. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, particularmente en la anorexia, ya que el trastorno rara vez se cura cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento.

La gravedad del TCA no se correlaciona con la de cualquier depresión existente, no obstante, la depresión pudiese mejorar después de que los pacientes con algún TCA empiezan a aumentar de peso.

Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales, recurrentes o persistentes que pueden reflejar comportamientos compulsivos para prevenir la manifestación de la obsesión (rutinas repetitivas, rígidas y auto prescritas). Por ejemplo, las personas con anorexia o bulimia pueden volverse "obsesivas y compulsivos" al desarrollar rituales con el ejercicio, la dieta y la comida. <sup>(18-21)</sup>

**Factores genéticos:** La bulimia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el TCA, 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 la anorexia o la bulimia <sup>(21)</sup>.

**Factores fisiológicos (hormonales y bioquímicos):** Estudios sustentados por el Instituto Nacional de Salud Mental <sup>(22)</sup> de los EU (National Institute of Mental Health) han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores, en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso.

Se han encontrado en casos de TCA asociadas con depresión niveles reducidos de la norepinefrina y serotonina, esta última también es notoria en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo.

En un estudio reciente se encontró que el aminoácido triptófano es un componente esencial para la producción de serotonina, y que puede producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional del estímulo proteínico.

**Anormalidades en el hipotálamo:** Existen dudas sobre si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales originan las patologías de un TCA. El entorno clave de estas anomalías se origina en el área del cerebro conocida como el hipotálamo, el cual regula a la glándula hipófisis, y que es reconocida como la glándula maestra debido a su importancia en la coordinación de los sistemas nervioso y hormonal.

Estudios en pacientes, con algún TCA, a base de imágenes cerebrales han permitido detectar niveles altos de proteínas, conocidas como factores de secreción de corticotropina, (secretada durante los períodos de estrés), las cuales bloquean la sustancia neuropéptido Y que es encargada de estimular el apetito.

Estos productos químicos relacionados con el hambre pueden servir como enlaces biológicos entre las enfermedades estresantes de una persona joven y el desarrollo posterior del TCA. Aunque algunos estudios por imágenes (Tomografía axial computarizada) indican que estas anomalías ocurren después de desarrollado el trastorno, por lo que son necesarias más investigaciones.

Otro estudio vincula niveles inestables, generalmente bajos, de lecitina con la anorexia y además la sustancia está bajo escrutinio por su papel en la obesidad.

El sistema pituitario del hipotálamo, es también responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual.

Aunque la mayoría de los expertos creen que estas anomalías son resultado de la anorexia, otros han reportado que de un 30% a 50% de los individuos afectados por este padecimiento tuvieron problemas menstruales que ocurrieron antes de la malnutrición severa y se convirtieron en un problema severo después del aumento de peso, indicando que las anomalías pituitarias del hipotálamo preceden al TCA. Excepcionalmente, se han encontrado casos en donde hay niveles elevados de la hormona masculina testosterona en mujeres con TCA

También se han encontrado anomalías en la vasopresina, cuyos niveles se encuentran elevados en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo, anorexia o bulimia. Normalmente esta hormona se libera como respuesta al estrés físico y emocional, lo que hace suponer que puede contribuir al comportamiento obsesivo observado en casos de TCA.

Investigadores del NIMH están explorando el papel de otras sustancias químicas cerebrales que influyen en los TCA. Algunos de estos estudios conductuales en animales permiten vislumbrar aspectos de los trastornos en humanos. Por ejemplo, los científicos han encontrado que la colecistoquinina, la cual es una hormona, que se encuentra con niveles bajos en algunas mujeres con bulimia, provoca en animales de laboratorio una insatisfacción al comer. Estos hallazgos podrían posiblemente explicar el porqué las mujeres con bulimia no se sienten satisfechas al alimentarse y continúan la sobre ingesta.

### **FACTORES PRECIPITANTES.**

**Atletismo excesivo:** La actitud cultural hacia la actividad física esta a la par con la actitud desordenada en lo referente al comer <sup>(23, 24)</sup>. Por ejemplo a los estadounidenses se les alienta a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras.

En la comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel importante en varios casos de anorexia y en un grado menor de bulimia. El término "tríada de atletas mujeres" actualmente se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, TCA y osteoporosis, y como un problema cada vez más común en atletas mujeres jóvenes y bailarinas.

La anorexia pospone la pubertad, permitiendo a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular anfiada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podrían mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo, teniendo un control excesivo en las vidas de los atletas.

**Factores temporales:** Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones o divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... son aspectos que pueden desbordar a una persona a padecer un TCA.

**Otros factores:** Tener familiares obesos o que también padecen alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que dan mucha importancia al peso y a la apariencia física, son variables que se encuentran internacionalizadas en la sociedad actual, e influyen principalmente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, se ha observado que las anoréxicas adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular comparada con las mujeres obesas <sup>(25-29)</sup>.

## FACTORES DE MANTENIMIENTO

**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 TCA. En un estudio se encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres.

Las madres de los anoréxicos tienden a estar sobre involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las de los bulímicos son críticas y distantes.

Aunque la figura materna puede tener una gran influencia sobre sus hijos, los padres y hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de un TCA en los infantes <sup>(30)</sup>.

**Factores de vulnerabilidad personal:** No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales, etc. son factores que de manera independiente o en conjunto crean un perfil psicológico para el desarrollo de este tipo de patologías <sup>(25-29)</sup>.

**Factores sociales:** El entorno familiar, la presión del grupo o de la pareja, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo.

**Factores cognitivo-conductual:** Se pueden observar aspectos "cognitivos conductuales" inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal <sup>(31)</sup>.

<b>Respecto a la comida:</b>	<b>Respecto al peso y al aspecto físico:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstracciones selectivas.</li> <li>• Generalizaciones excesivas.</li> <li>• Magnificación de consecuencias negativas.</li> <li>• Pensamiento dicotómico.</li> <li>• Ideas autoreferenciales.</li> <li>• Pensamiento supersticioso.</li> <li>• Inferencia arbitraria.</li> <li>• Uso selectivo de la información.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento dicotómico (Soy una persona atractiva o soy desagradable).</li> <li>• El ideal irreal (Uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable).</li> <li>• La comparación injusta.</li> <li>• La lupa (Observar solamente las partes más negativas de la propia apariencia).</li> <li>• La mente ciega (Minimizar una parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva).</li> <li>• La fealdad radiante.</li> <li>• El juego de la culpa (Culpabilizar la apariencia de la propia insatisfacción).</li> <li>• La mente que lee mal ("No tengo pareja porque soy una persona obesa").</li> <li>• La desgracia reveladora ("Nunca me amarán a causa de mi apariencia").</li> <li>• La belleza limitadora.</li> <li>• Sentirse una persona fea.</li> <li>• El reflejo del malhumor (traspasar las preocupaciones al propio cuerpo).</li> </ul>

Tabla 4. Distorsiones cognitivo-conductual ([www.eatingdisorders.com.mx](http://www.eatingdisorders.com.mx)).



## FACTORES PERTENECIENTES A LA HISTORIA FAMILIAR

**Abuso de sustancias y sexual:** Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los TCA tienen mayor probabilidad de tener antecedentes de abuso sexual, sufren de alcoholismo o abusan de sustancias. Parece que existe entre las mujeres con TCA una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de agresión sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia <sup>(32 -38)</sup>.

## FACTORES PERTENECIENTES A LA HISTORIA PERSONAL

**Problemas alrededor del nacimiento:** En algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de complicaciones, durante el embarazo de la madre o después del nacimiento, que pudieron haber desempeñado un factor en el desarrollo posterior del TCA. Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y edad materna avanzada. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestino en edades muy tempranas. <sup>(22)</sup>

**Pubertad temprana:** Un estudio de niñas que no sufrían de TCA reportó que antes de la adolescencia, comían cantidades de comida apropiadas a su peso corporal, y estaban satisfechas con sus cuerpos. Después de la pubertad, comían cerca de tres cuartos de la ingestión recomendada de calorías, tenían una auto concepción de la imagen corporal más mala, y la depresión se incrementó con la mayor ingestión de comida. No es sorprendente, entonces, que haya un mayor riesgo de desarrollar un TCA, u otros trastornos emocionales, entre las infantas que experimentan una pubertad temprana cuando las presiones experimentadas por todos los adolescentes se intensifican aún más por la ansiedad del cambio corporal <sup>(22)</sup>.

**Diabetes:** Algunas personas que padecen de un TCA y diabetes tipo I suelen reducir las dosis de insulina o la suspenden con el fin de controlar su peso. La disminución deliberada de la dosis de insulina para producir glucosuria y por ende la pérdida de peso es reconocida actualmente en los criterios diagnósticos del DSM-IV para la bulimia nerviosa junto con otras conductas compensatorias, como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes <sup>(2)</sup>. El hecho de suspender la aplicación de insulina coloca al paciente en una situación de riesgo de sufrir hiperglucemia seria, cetoacidosis y depleción del volumen, así como las complicaciones tardías de la diabetes: rinopatía, nefropatía y neuropatía.

La prevalencia de los TCA en las personas que padecen diabetes tipo I es de 11%, pero también otros pacientes con diabetes tipo I manipulan la insulina para controlar su peso. De manera característica, la aparición de la diabetes precede al desarrollo del TCA. Las restricciones dietéticas impuestas por la diabetes, el centro de atención en los alimentos y la conciencia respecto a la figura corporal constituyen factores de riesgo para padecer anorexia o bulimia.

La diabetes y los TCA forman un círculo vicioso. El hecho de omitir la insulina favorece la alimentación excesiva, la depresión y el mal autocontrol, que constantemente refuerzan la baja estima y la preocupación por tener un cuerpo perfecto. Por otro lado, la diabetes no diagnosticada debe ser considerada como una posible complicación o una enfermedad concomitante al tratar por primera vez la anorexia o la bulimia. En quienes padecen TCA se observa falta de regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, concentraciones anormales de hormona del crecimiento y retardo en el vaciamiento gástrico, las cuales podrían ser indicios de diabetes <sup>(2)</sup>.

## **CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA BULIMIA NERVIOSA (BN)**

**DESCRIPCIÓN AMERICANA:** DSM-IV Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994).<sup>(2)</sup>

### **Criterios Diagnósticos:**

1. Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de este tipo se caracteriza por lo siguiente:
  - a) Comidas en un discreto periodo de tiempo (por ejemplo, que no exceden más de 2 horas). Se consume una cantidad superior de alimentos comparado con el que la mayoría de la gente puede ingerir durante un periodo de tiempo y en circunstancias similares.
  - b) Una carente sensación de control al alimentarse durante el episodio (por ejemplo, la sensación de no poder controlar la cantidad y calidad de comida que se ingiere).
  - c) La velocidad de la ingesta es otra característica que ha sido bien estudiada. Los enfermos de BN comen a una velocidad que sobrepasa más del doble el ritmo de los que no sufren este problema. Se calcula que consumen 81,5 calorías por minuto frente a 38,4 calorías por minuto de los que no padecen esta enfermedad.
2. Un inapropiado y recurrente comportamiento compensatorio para prevenir el peso ganado (por ejemplo, auto inducir el vómito; abusar de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; dietas; o ejercicio excesivo.
3. Tanto el atracón de comida y el comportamiento compensatorio prevalecen, en promedio, por lo menos dos veces a la semana y se mantienen durante tres meses.

4. La auto evaluación esta muy influenciada por la forma del cuerpo y el peso.
5. El disturbo no aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

**Tipo Específico:**

- *Tipo purgativo:* Durante el episodio común de BN, la persona tiende regularmente a auto inducirse el vómito o abusar de laxantes, diuréticos, u otros medicamentos.
- *Tipo no purgativo:* Durante el episodio común de BN, la persona tiende a usar otro comportamiento compensatorio inapropiado, como son las dietas, o el ejercicio excesivo, y esporádicamente tiende a inducirse el vómito abusar de laxantes, diuréticos, o medicinas.

**Características Asociadas:**

- Estado de ánimo deprimido.
- Disfunción somática/ sexual.
- Adicción.
- Personalidad Dramática/ Errática/ Antisocial.

**Diagnóstico Diferencial:**

- Anorexia nerviosa.
- Trastorno por atracón / Tipo purgativo.
- Síndrome Kleine-Levin.
- Desorden depresivo mayor, con características atípicas.

**DESCRIPCIÓN EUROPEA:** La ICD-10 Clasificación Internacional de Desordenes Mentales (OMS, Génova, 1992) <sup>(31)</sup>.

La BN es un síndrome caracterizado por repetidos ataques de sobre ingesta y una excesiva preocupación por controlar el peso corporal, que conducen al paciente a adoptar medidas extremas para mitigar los efectos de la "obesidad" por la ingesta de comida. El término debe restringirse a la forma del desorden que esta relacionado con la anorexia nerviosa en virtud de dividir la misma psicopatología. La distribución de la edad y el sexo es similar al de la anorexia nerviosa, pero la edad en la que suele presentarse contribuye a que sea descuidada posteriormente. El desorden puede ser visto como una secuela persistente de anorexia nerviosa (aunque la secuencia reversa también puede aparecer). Un paciente previamente anoréxico puede en un inicio manifestar mejorías con resultados, tales como el ganar peso y en lo posible un retorno de la menstruación, pero el patrón pernicioso de sobre ingesta y vómito se vuelven a establecer. El vómito repetitivo es probablemente el que da origen a los disturbios de los electrolitos corporales y las complicaciones físicas (tétanos, epilepsia, arritmias cardiacas, debilidad muscular), además de una severa pérdida de peso.

#### **Guías Diagnósticas:**

- A. Existe una persistente preocupación por comer, y un irresistible anhelo por comida; el paciente sucumbe a episodios de sobre ingesta en la que bastas cantidades de comida son consumidas en periodos cortos de tiempo.
- B. El paciente intenta contrastar los efectos de la obesidad por los alimentos con una o más de las siguientes alternativas: auto inducirse el vómito, abusar de purgantes, alternando con periodos de inanición, empleando drogas para suprimir el apetito, preparaciones tiroideas o diuréticos.

- C. Cuando se presenta la bulimia en el paciente diabético, este suele elegir el descuido de su tratamiento con insulina.
- D. Las psicopatologías consisten en un temor mórbido por engordar, por lo que el paciente se establece una repentina definición del umbral del peso corporal, el cual esta por debajo del peso normal que constituye el óptimo o saludable en opinión de los médicos. Puede o no anteceder un episodio inicial de anorexia nerviosa; el intervalo entre estos dos desórdenes tiene un rango de algunos meses o de varios años. Este primer episodio pudo haberse expresado completamente o haber sido asumido en una forma menor u oculta, manifestándose con la pérdida moderada de peso o la fase transitoria de amenorrea.

**Incluyen:**

- Bulimia no especificada de otra manera.
- Hiperorexia nerviosa.

**Consideraciones Generales de la Bulimia:**

*¿Qué causas desencadenan un atracón?* Generalmente la bulimia se inicia en personas con peso normal o con sobrepeso que desean adelgazar. Inician todo tipo de dietas, muchas veces muy restringidas en calorías y sin un control profesional, que se transforman en insostenibles al cabo de un tiempo. El apetito consecuente de la restricción de calorías lleva a los atracones. Los sentimientos desagradables, y especialmente la soledad pueden desencadenar un atracón. La depresión es un sentimiento muy poderoso como la ansiedad, el aburrimiento o la irritabilidad.

*Efectos de la inanición.* El hambre a menudo intensifica la depresión, lo cual puede reducir aun más la autoestima y la confianza, aumentando la necesidad de valorar constantemente el control del peso, por lo que se perpetúan ciclos nocivos. Por otro lado, se cree que ciertas personas con TCA heredan una cantidad inusual de narcóticos naturales que se secretan en el cerebro durante condiciones de inanición y pueden promover una adicción al estado de hambre. La inanición también puede crear una sensación de satisfacción ante la ingesta debido a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más fácil el no comer. <sup>(41)</sup>

## TIPOS DE BULIMIA.

La bulimia es más considerada como tres padecimientos por separado en los que se dividen y describen sus aspectos esenciales <sup>(31)</sup>. Se tienen bastantes elementos para ser sobrepuestos entre estos subtipos ya que existe una cantidad importante de personas quienes los padecen y muestran características que se clasifican dentro de alguna. Se discute a continuación bajo tres diferentes títulos de bulimia nerviosa (BN):

1. *BN Simple.*
2. *BN Anoréxica.*
3. *BN Multi-impulsiva*

***BN Simple:*** Suelen ser un grupo de personas normales antes de la enfermedad. Estos tienden a ser tranquilos, confidentes e inasertivos y, en un amplio rango, suelen provenir de familias de buen estrato socioeconómico. Por lo regular, hacen amistades normales en la escuela donde buscan ser populares. La enfermedad frecuentemente se presenta en un periodo de infelicidad en el que anteceden problemas interpersonales.

Los sentimientos de auto desprecio se marcan en focos de la apariencia, por lo que la dieta comienza a ser un intento por mejorar su propia estimación.

En contraste con un anoréxico la dieta no es muy exitosa por el carente control rígido necesario, por lo que caen en engaños y el vómito es empleado para incrementar su esfuerzo y lograr perder peso (es entonces cuando el ciclo de atracones y vómito comienza). Existe una mayor pérdida del control corporal, como un mecanismo normal del control del apetito, lo que le hace sentirse liberado y confundido. El peso suele mantenerse cercano a lo normal pero el patrón de alimentación gradualmente empeora.

Esta forma de BN es la menos severa pero varía considerablemente. Es común encontrar una importante cantidad de pacientes con estos síntomas, pero usualmente no recurren a una atención médica, habiendo riesgos significativos que lentamente empeoran con el tiempo. El periodo en el que suelen buscar ayuda medica es cuando planean formar una familia y están concientes de los posibles efectos que puede tener el padecimiento sobre sus hijos.

**BN Anoréxica:** Es una variante de la enfermedad que es precedida por un ataque de anorexia nerviosa. Comúnmente este episodio anoréxico es breve y el padecimiento se recupera sin tratamiento. Con regularidad es seguido por un periodo en el que se establece un peso corporal por debajo del normal (alrededor de los 46 kilogramos), y en el cual la menstruación no esta alterada. El control anoréxico consiste en no alimentarse, pero usualmente los atracones comienzan a darse en cierta forma y se vuelven más severos cuando empiezan a vomitar. Es común que vomiten aun siendo una persona normal, con una alimentación ordinaria, pero esto le lleva a perder el manejo y el control de su apetito, por lo que gradualmente se empiezan a dar los verdaderos atracones.



Ocasionalmente el vómito y los atracones comienzan primero, y entonces se presenta un periodo significativo de tiempo en que pierde peso en una fase anoréxica donde incluye la restricción alimenticia.

La enfermedad se vuelve dominante por el comportamiento de atracones y vómitos, pero el peso se mantiene bajo por un momento antes de que gradualmente aumente, primero aproximándose al peso normal y después por encima de este. El perfil psicológico y las características de estas personas son similares al del grupo con anorexia nerviosa. Cuando existen diferencias respecto al grupo bulímico se observa una menor obsesión por adelgazar y tienden a marginarse más en la madurez y en el desarrollo emocional. Existe un mayor acercamiento a las relaciones interpersonales y a sus sentimientos.

**BN Multi-impulsiva:** Es una variante severa que comienza de forma similar a la BN simple. Este grupo de individuos cursan con un rango de comportamientos anormales que pueden indicar problemas de control emocional e impulsividad. Por lo regular, alguno de estos comportamientos asociados ya han causado dificultades antes de que se presente e inicie la bulimia. En adición con el TCA se han encontrado una combinación de otros problemas, que pueden incluir el abuso de drogas o de alcohol, autolesionarse deliberadamente (usualmente cortándose el antebrazo), el robo y la promiscuidad.

Tienen un parámetro de características que son comunes de encontrar cuando hay un disturbio dentro de la familia o en sus relaciones personales. En su personalidad muestran un bajo control de su impulsividad a una edad temprana, y que se reflejan en el desempeño académico o al hacer amistades. Tienen dificultades para modificar su comportamiento por lo que requieren de una atención prolongada. La gravedad de la enfermedad es variable, como en todos los tipos de BN, pero en este grupo en particular se ha observado que depende de la severidad de la personalidad anormal.

## **VALORACIÓN INICIAL Y MONITOREO CONDUCTUAL.**

Se debe realizar una cuidadosa valoración de los pacientes con bulimia en sus síntomas y comportamientos <sup>(94)</sup>. Esta evaluación se obtendrá al elaborar un reporte detallado del día y usando un calendario en donde se reporte información específica, particularmente la observada y percibida como resultado del padecimiento. Esto se puede hacer teniendo una comida con el paciente u observando como se alimenta, para que así se pueda proveer una información valiosa, que le permite al clínico precisar las dificultades de los pacientes para comer ciertos alimentos en particular, las ansiedades que aparezcan en el curso de esta, y los probables rituales que conciernen a la ingesta (como son la forma en que los alimentos son separados, cortados o tomados) y que los pueden hacer sentir obligado a realizarlo.

Los factores que influyen el inicio y desarrollo deben ser considerados. Es esencial no articular teorías con la intención de culpabilizar a los miembros de la familia. Tal vez, la mejor opción es identificar el factor causal, para así mejorar y facilitar la rehabilitación. En la valoración de pacientes adolescentes o jóvenes, puede facilitar el involucrar a los padres, al personal académico, y a la comunidad profesionista de la salud que rutinariamente convive o trabaja con estos pacientes.

Usualmente la valoración completa requiere de varias horas y hasta que no sea cuestionado directamente el afectado sería pertinente que en un inicio no se revele a sus familiares los datos trascendentes. Parte de la información importante puede estar encubierta, por lo que se debe obtener la confianza del individuo con BN para poder establecer una mayor capacidad de identificación del estado emocional.

## VALORACIÓN Y MONITOREO DE LA CONDICIÓN MÉDICA GENERAL

En la mayoría de los casos los individuos suelen ser ambivalentes sobre la necesidad de buscar ayuda o de que se les indique que están teniendo comportamientos inadecuados, ya que se sienten avergonzados de sus problemas y no quieren ponerlos en discusión.

Como la bulimia es una de dichas enfermedades que inician como una alteración con un fundamento y predominio psicológico, y al igual que en otras disfunciones de este carácter, los cambios físicos son mínimos o inexistentes hasta que son evaluados en una perspectiva médica. Es por ello que la detección o el diagnóstico de esta enfermedad no se logra obtener sino hasta que la persona reconoce que requiere de ayuda profesional por tener dificultades sistémicas, o bien cuando en consultas rutinarias se descubren hallazgos clínicos tras años de abuso de estas actividades conductuales nocivas.

Una evaluación médica completa debe ser realizada por el médico particular (de cualquier área) o por la institución médica correspondiente al individuo, cuando suponga que se trata de pacientes con TCA. Algunos resultados de los análisis de laboratorio ponen en manifiesto la presencia de un TCA.

La necesidad de emplear auxiliares, como los análisis de laboratorio, en un paciente dependerá de su condición, o cuando se requiera realizar un tratamiento decisivo. <sup>(5)</sup>

<p><b>Análisis Básicos</b></p> <p>Estudios de química sanguínea.  Niveles de suero electrolítico.  Nivel en sangre de urea nitrógeno (BUN).  Niveles de creatinina  Examen de la función tiroidea.  Cuento completo de sangre (CBC)  Análisis de orina.</p>	<p><b>Considerado para todos los pacientes con TCA.</b></p>
<p><b>Análisis Adicionales</b></p> <p>Estudios de química sanguínea.  Niveles del Calcio.  Niveles de Magnesio .  Niveles de Fósforo  Examen de la función del hígado.  Electrocardiograma.</p>	<p><b>Considerado para pacientes con síntomas severos de malnutrición.</b></p>
<p><b>Exámenes de Osteopenia y Osteoporosis</b></p> <p>Densidad ósea (absorción de rayos X de Energía Dual (DEXA)  Niveles de Estradiol  Niveles de testosterona en hombres</p>	<p><b>Considerado para pacientes con peso bajo por mas de 6 meses</b></p>
<p><b>Valoraciones no Rutinarias</b></p> <p>Niveles de Sero-Amilasa</p> <p>Niveles de la hormona luteinizante (LH) y de la hormona foliculo estimulante (FSH)</p> <p>Imagen de Resonancia Magnética en el cerebro (MRI) y Tomografía Computarizada (CT)</p> <p>Evacuación</p>	<p><b>Considerados indicadores específicos inusuales</b></p> <p>Posible indicador de un persistente o recurrente vómito.</p> <p>Para la amenorrea persistente en un peso normal.</p> <p>Para alargamiento ventricular correlacionado con el grado de malnutrición.</p> <p>Para hematemesis</p>

Tabla 5. Análisis de laboratorio para pacientes con TCA ([www.psych.org](http://www.psych.org)).

## CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA BULIMIA <sup>(5)</sup>

- *Alteraciones en las glándulas salivales:* Aumentan de tamaño, especialmente las parótidas, como consecuencia de los periodos de inanición, atracones y vómitos. Incremento en los niveles de la enzima amilasa.
- *Alteraciones en la boca:* El vómito es la expulsión violenta por la boca de todo el contenido gástrico, comida y ácido clorhídrico. Este ácido puede erosionar el esmalte de los dientes, dañar las encías. Con los dedos se pueden lesionar el paladar y la garganta.
- *Esófago:* Dado que el pasaje de ácido clorhídrico es frecuente en estos pacientes, se produce un daño en la mucosa esofágica llegando a la esofagitis. Un cuadro raro pero descrito es la ruptura esofágica producto del esfuerzo realizado para vomitar.
- *Estómago:* Es habitual la presencia de gastritis por la pérdida de la mucosidad que recubre al estómago y la escasa motilidad como consecuencia de los episodios reiterados de vómitos. Con menor frecuencia se describe un cuadro de dilatación y ruptura gástrica por el esfuerzo que se produce al vomitar. Úlceras. Pancreatitis.
- *Intestino:* Es habitual la aparición de constipación por dos motivos. El abuso prolongado de laxantes conduce a un acostumbamiento del organismo a funcionar bajo el efecto de estos fármacos. Cuando no se consumen el intestino no responde a los estímulos normales. El otro motivo son los desequilibrios realizados en la dieta.
- *Hígado:* Infiltración untosa (grasosa) por enzimas hepáticas.
- *Riñones:* Insuficiencia renal agravada por la depleción de volumen. En ocasiones si existen antecedentes de un padecimiento renal pueden haber concentración de cálculos.

- **Aparato genital:** Son frecuentes las irregularidades menstruales producto en parte de un desorden endocrino producido por la mala alimentación.
- **Aparato cardiovascular:** Se produce una disminución de la presión arterial por la pérdida de líquidos y sodio producto de los vómitos y diuréticos. Aparecen arritmias cardíacas por el descenso de potasio y calcio.
- **Complicaciones Hematológicas:** Disfunción de la médula ósea con reducción en las células blancas, rojas y plaquetas.
- **Manos:** Es habitual observar callosidades y lastimaduras en los dedos por el roce contra los dientes que se produce al introducirlos en la boca cada vez que se estimula el vómito.
- **Alteraciones hidroelectrolíticas:**
  - **Potasio:** Disminuye el nivel de potasio en sangre por el uso de laxantes, diuréticos y vómitos. Es una alteración muy riesgosa para el organismo ya que el descenso de potasio conduce a arritmias cardíacas que pueden provocar la muerte.
  - **Sodio:** Disminuye el nivel de sodio como consecuencia de los vómitos o por el abuso de los laxantes y diuréticos. Esto conduce a que la persona presente mareos y tenga una disminución de la presión arterial.
  - **Magnesio:** Aumentan los niveles de magnesio por el abuso de laxantes a base de sulfato de magnesio.
  - **Fosfato:** Cuando la diabetes tipo I es concomitante al trastorno alimenticio se puede desarrollar hipofosfatemia, la cual es causada por la realimentación, después de la inanición, y la reinstauración de la insulina.

## TRATAMIENTO.

**Consideraciones Generales:** Los individuos con TCA muestran un rango variable de síntomas que se presentan con frecuencia a lo largo de una continua entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, por lo que el cuidado de estos pacientes involucra una ataviada comprensión de proximidades <sup>(5)</sup>.

**Objetivos:** El éxito de la terapia para los TCA depende de muchos factores, entre los que se incluyen, la personalidad del paciente y el deseo de cambio; la duración del trastorno; la edad en que comenzó la enfermedad; el historial familiar; el nivel de habilidades sociales y vocacionales, así como la concomitancia de otros trastornos.

Es importante considerar que no existe un tratamiento inmediato para los TCA. Estas enfermedades implican problemas contra los que el paciente ha trabajado y seguirá haciendo durante la mayor parte de su vida. Pero una buena planeación del programa de tratamiento ayuda a reforzar la autoestima y enseña a los participantes como enfrentar sus problemas sin incurrir en conductas autodestructivas. Para los pacientes que lo necesiten, el programa también deberá considerar la rehabilitación del estado de salud y la fuerza física.

**Elección del sitio del tratamiento:** Estas guías contienen factores clínicos que deben considerarse cuando se inicie el tratamiento del TCA.

**A) Código de sistema (sumario ejecutivo).**

Cada recomendación se identifica dentro de una a tres categorías de apoyo, indicada en recuadros con números romanos, que proporciona información pertinente de las categorías que representan los niveles variables de confianza clínica:

- [I] Recomendada con confianza clínica substancial.
- [II] Recomendada con confianza clínica moderada.
- [III] Recomendada sobre la base de circunstancias individuales

**B) Sitio del tratamiento**

Previo al tratamiento es esencial la evaluación del paciente, principalmente del estado en que se encuentra el corazón, el peso corporal y el metabolismo, como los más importantes parámetros médicos que determinan el sitio apropiado para realizar la terapéutica <sup>(5)</sup>

Características	Nivel de Atención				
	<u>Nivel 1:</u>	<u>Nivel 2:</u>	<u>Nivel 3:</u>	<u>Nivel 4:</u>	<u>Nivel 5:</u>
	Paciente ambulatorio.	Hospitalización parcial del paciente ambulatorio.	Hospitalización Parcial (Atención del paciente ambulatorio todo el día).	Centro de tratamiento residencial.	Hospitalización del paciente.

Tabla 6. Criterio para los niveles de atención en pacientes con TCA ([www.psvch.org](http://www.psvch.org))



**Complicación médica.**

- Nivel 1: Medicamento es más estable
- Nivel 2: Medicamento es más estable
- Nivel 3: Medicamento es más estable
- Nivel 4: Estable al aplicarle fluidos intravenoso y alimentarlo con un tubo nasogástrico. No son necesarios múltiples análisis de laboratorio diarios.
- Nivel 5:
  - Inestabilidad electrolítica
  - Potasio <3 meq/lit
  - Hipocalcemia o hipofosfatemia
  - En el corazón <40 bpm.
  - Presión sanguínea <90/60 mm Hg.
  - Glucosa <60 mg/dl.
  - Inestabilidad de la temperatura <97°F.
  - Deshidratación Órganos comprometidos como el hígado, riñón, cardiovascular que necesiten de tratamiento.

**Suicidio.**

- Nivel 1: Sin plan o intento
- Nivel 2: Sin plan o intento
- Nivel 3: Sin plan o intento
- Nivel 4: Plan pero sin intento
- Nivel 5: Plan e intento

**Peso promedio saludable.**

- Nivel 1: >85%
- Nivel 2: >80%
- Nivel 3: >75%
- Nivel 4: <85%
- Nivel 5: <75%

**Motivación para recuperarse; incluyendo cooperación, introspección, y capacidad por controlar los pensamientos obsesivos.**

- Nivel 1: Dificil a cercana.
- Nivel 2: Dificil.
- Nivel 3: Parcial.
  - Preocupación por el pensamiento egocéntrico
  - Se requiere de una cooperación de 3 horas por día
- Nivel 4: Escasa o difícil.
  - Preocupación por los pensamientos egocéntricos
  - Se requiere de una cooperación de 4-6 horas diarias con un tratamiento estructurado.
- Nivel 5: Muy pobre o escasa.
  - Preocupación por los pensamientos egocéntricos
  - No coopera con el tratamiento si no existen condiciones bien estructuradas.

**Concomitancia de desórdenes (por abuso de sustancias, depresión, ansiedad, etc.)**

- Nivel 1: Presencia de una condición concomitante que pudiese influenciar la elección del lugar de atención.
- Nivel 2: Presencia de una condición concomitante que pudiese influenciar la elección del lugar de atención.
- Nivel 3: Presencia de una condición concomitante que pudiese influenciar la elección del lugar de atención.
- Nivel 4: Presencia de una condición concomitante que pudiese influenciar la elección del lugar de atención.
- Nivel 5: Presencia de algún otro desorden que requiera de hospitalización

**Planeación estructural para alimentar y ganar peso.**

- Nivel 1: Autosuficiente
- Nivel 2: Autosuficiente
- Nivel 3: Requiere de un tratamiento estructurado para ganar peso.
- Nivel 4: Supervisar todas sus comidas o restringir alimentos.
- Nivel 5: Supervisión durante y después de todas las comidas o alimentación especial nasogástrica.

**Conducta purgativa (laxantes y diuréticos).**

- Nivel 1: Puede reducir la purgación en un programa no estructurado.
- Nivel 2: Puede reducir la purgación en un programa no estructurado.
- Nivel 3: Puede reducir la purgación en un programa no estructurado.
- Nivel 4: Se debe evitar la purgación.
- Nivel 5: Necesitan supervisión durante y después de todas las comidas y al ir al baño.

**Estrés ambiental.**

- Nivel 1: Los programas proveen en el paciente una adecuada estructuración emocional y práctica
- Nivel 2: Los programas proveen en el paciente una adecuada estructuración emocional y práctica
- Nivel 3: Los programas proveen en el paciente una limitada estructuración emocional y práctica
- Nivel 4: No se puede realizar un programa si existe un conflicto familiar severo, problemas, o no hay un cuidado ajeno en el paciente.
- Nivel 5: No se puede realizar un programa si existe un conflicto familiar severo, problemas, o no hay un cuidado ajeno en el paciente.

**Sitios de tratamiento.**

- Nivel 1: Deben asistir con regularidad a los sitios de tratamiento.
- Nivel 2: Deben asistir con regularidad a los sitios de tratamiento.
- Nivel 3: Deben asistir con regularidad a los sitios de tratamiento.
- Nivel 4: Deben permanecer en los sitios de tratamiento.
- Nivel 5: Deben permanecer en los sitios de tratamiento.

**TRATAMIENTO DE LA BULIMIA. <sup>(5)</sup>**

Las estrategias para el tratamiento de la bulimia pueden incluir:

- La consulta y rehabilitación nutricional
- Intervención psicosocial en formato individual o de grupo, incluyendo:
  - Terapia cognitiva – conductual.
  - Terapia interpersonal.
  - Terapia psicodinámica y psicoanalítica.
  - Terapia de intervención familiar
- Medicamentos

## **CONSULTA Y REHABILITACIÓN NUTRICIONAL.**

El primer enfoque concerniente a la rehabilitación nutricional es el monitoreo de los patrones del paciente en los atracones y purgaciones.

- En estos pacientes se deben establecer esquemas que los regulen, prestando atención en la ingesta de calorías para alimentarlos normalmente, y expandiendo la selección de macronutrientes [1].
- La mayoría de los pacientes con bulimia tienen un peso normal, por lo que la restauración nutricional no es un objetivo principal para la terapéutica. No obstante, la consulta nutricional es un adjunto de las modalidades de tratamiento que podrían ayudar a reducir las conductas relacionadas al trastorno.
- Esta terapia solo se realizara en pacientes que, biológicamente, se les determine reestablecer el peso corporal en un rango normal, para que de esta manera al ganar peso se obtenga una estabilidad emocional y psicológica.
- Existe cierta evidencia de que los programas de tratamiento que incluyen una consulta y manejo dietético como parte de la terapia son más efectivas que aquellas que no la incluyen <sup>(43)</sup>.

## **INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL.**

Las intervenciones psicosociales deben ser seleccionadas sobre una base comprensiva de la evaluación del paciente, considerando el desarrollo cognitivo y psicológico, las características psicodinámicas, las psicopatologías concomitantes, las preferencias del paciente y la situación familiar [1].

**Objetivos del tratamiento psicosocial:** Estas terapias se enfocan en las características del desarrollo, la información concerniente a la imagen corporal, dificultades sexuales y de agresión, las expectativas del género, los conflictos interpersonales, la disfunción familiar, los estilos imitados, y la resolución de estos problemas <sup>(5)</sup>.

El manejo de las estrategias para tratar con efectos potencialmente negativos de la intervención psicoterapéutica incluyen:

1. Un cuidadoso parámetro de evaluación. Periodo durante el cual el terapéutico debe valorar y acrecentar los niveles de motivación del paciente para cambiar. Identificar apropiadamente a los candidatos para obtener una terapia específica (por ejemplo, formato individual o grupal).
2. Estar alerta de las reacciones y actitudes del paciente sobre las propuestas concernientes al tratamiento, escuchar y discutirlo para darle una forma y soporte.
3. Dirigir el monitoreo con calidad en la interrelación terapéutica.
4. Identificación de los pacientes que requieran de otro tratamiento antes de iniciar la psicoterapia (por ejemplo, tratamiento de dependencia química ya sea por abuso de alcohol o de drogas, tratamiento de antidepresivos en los que padecen de depresión, los que tienen trastornos de la personalidad y los que ya han recibido una atención psicoterapéutica previa).
5. Tan pronto como sea posible, una terapia familiar deberá considerarse, especialmente en los casos de senectud y de adolescentes que aún viven en casa e interactúan con conflictos con algún miembro de la familia [1].

**Eficacia del tratamiento psicosocial.** <sup>(43-57)</sup>

- Con respecto a la intervención a corto plazo para tratar episodios agudos de BN, la psicoterapia cognitiva conductual es el tratamiento que ha demostrado ser más eficaz, ya que las técnicas conductuales, como el planeamiento de comidas y el monitoreo del paciente, son útiles para el manejo inicial de los síntomas. Por ejemplo, la psicoterapia conductual consiste en procedimientos de exposición (atracones), más una respuesta preventiva (inhibición del vómito). En la mayoría de las publicaciones sobre estas pruebas se muestran mejorías importantes en los reportes clínicos (el porcentaje de pacientes que lograron la abstinencia total de los comportamientos de sobre ingesta y purgación fue variable e incluyó el monitoreo de los pacientes).
- La experiencia clínica sugiere que la práctica de algunos otros tipos de psicoterapia, en un formato individual o grupal, como la terapia interpersonal, la orientación psicodinámica o los acercamientos psicoanalíticos, son empleados con eficacia en el tratamiento de la bulimia cuando se han mejorado las conductas de atracón y purgación y además son útiles en caso de que exista otro trastorno psicológico concomitante.
- En estudios a largo plazo, donde se evaluaron las variables alimenticias, las actitudes sobre la imagen y el peso, se encontró una misma eficacia entre la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual <sup>(58-59)</sup>.
- En la psicoterapia grupal se incluye la consulta y el manejo dietético como parte del programa. La terapia de grupo puede ayudar a los pacientes a lidiar de forma positiva con la enfermedad. Para su efectividad se requieren de frecuentes y varias sesiones semanales al inicio del tratamiento para obtener resultados prósperos <sup>(43-57)</sup>.

**Terapia de intervención familiar:** La valoración de la situación familiar debe ser realizada meticulosamente para poder comprender las posibles interacciones. Los TCA suelen imponerse como una carga de difícil aceptación sobre los familiares, por lo que la evaluación se enfoca principalmente en dos aspectos:

- Cuando los familiares descubren que uno de sus integrantes esta enfermo, podrían existir dificultades para aceptar la seriedad de este padecimiento, dificultando el tratamiento.
- Los familiares comúnmente lidian con la creencia de que ellos mismos causaron la enfermedad y requieren de ayuda para no sentirse culpables. Estos sentimientos de culpa pueden incrementarse por la falta de cooperación del integrante afectado.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (MEDICAMENTOS) <sup>(5)</sup>**

Para la mayoría de los pacientes las medicaciones con antidepresivos son uno de los componentes más efectivos en el tratamiento inicial [1].

La selectiva reincorporación de los inhibidores de serotonina, son comúnmente considerados como antidepresivos seguros que ayudan a los pacientes de forma significativa en sus síntomas substanciales de depresión, ansiedad y obsesión, además reducen los síntomas impulsivos del TCA (de atracones y purgación) previo a la apropiada terapia psicosocial. Otros medicamentos antidepresivos de diferentes tipos pueden reducir los síntomas de la bulimia y ayudan a prevenir recaídas entre los pacientes en remisión.



Los medicamentos tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa son antidepresivos que pueden ser empleados para el tratamiento de la BN, pero en el caso particular de los tricíclicos se debe tener una especial precaución en aquellos pacientes que han tenido intentos de suicidio y la monoamina oxidasa debe evitarse en pacientes que tengan atracones y purgaciones severas.

Han surgido evidencias que muestran que la combinación de las intervenciones psicoterapéuticas y los resultados con medicación tienen altas tasas de remisión, por lo que deberá considerarse cuando se inicie el tratamiento para pacientes con BN [11].

**Objetivos:** Los objetivos primarios de los antidepresivos son: Reducir la frecuencia del disturbio en la conducta alimenticia, como lo son los atracones y el vómito. En adición, la farmacoterapia es empleada para aliviar los síntomas que podrían acompañar al TCA, como la depresión, la ansiedad, obsesiones, o ciertos síntomas del trastorno impulsivo.

**Eficacia:** \*Como dato sobresaliente, el único medicamento aprobado por la Food and Drug Administration para el tratamiento de la bulimia es la fluoxetina (monoamina oxidasa).

Existe una amplia variedad de estudios en la que se ha documentado la reducción en las tasas de sobre ingesta y purgación en un rango del 50-75% con una medicación activa <sup>(120)</sup>. El empleo de antidepresivos en la fase aguda del tratamiento es efectiva en pacientes que clínicamente han sido diagnosticados con bulimia y depresión. No obstante, se ha demostrado que los pacientes no depresivos también responden a esta medicación, por lo que la infundada presencia de depresión no implica el uso de medicamentos <sup>(60-62)</sup>.

Los estudios también sugieren que la aplicación de antidepresivos asociada con trastornos concomitantes reducen sus síntomas, principalmente en el caso de la ansiedad.

Estudios de control-placebo incluyen los componentes tricíclicos (imipramina, desipramina, y amitriptilina) para evaluar el estado de ánimo más no para las variables alimenticias. Los inhibidores de serotonina como la fluoxetina y diferentes presentaciones de la monoamina oxidasa (fenelzina, isocarboxazid y brofaramina) para el vómito y no para los atracones <sup>(60-62)</sup>.

**Efectos y toxicidad:** No están claramente identificados los factores de riesgo de los efectos secundarios de los medicamentos entre los pacientes con BN. Por lo que en una situación clínica se debe realizar una evaluación cuidadosa del paciente antes de emplear medicamentos.

Los efectos varían ampliamente dependiendo del tipo de medicamento antidepresivo empleado:

Para los antidepresivos tricíclicos los efectos adversos incluyen la sedación, la constipación, resequedad en boca y en casos de sobredosis la intoxicación puede provocar la muerte, por lo que se deberá tener una especial precaución en los pacientes que han tenido intentos de suicidio.

El empleo de la fluoxetina con una dosis de 60 mg/día, produce efectos secundarios como insomnio, náusea y astenia. Ocasionalmente se pueden encontrar deficiencias sexuales.

Para los pacientes con BN que requieren de estabilizadores del estado de ánimo, no se recomienda el carbonato de litio, la amitriptilina y el ácido valproic ya que frecuentemente conducen a un indeseable aumento de peso <sup>(63-65)</sup>.

**Implementación:** Es común que diferentes medicamentos antidepresivos sean empleados de manera secuencial para obtener efectos óptimos. Es importante tener en cuenta las dosis de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de monoamina oxidasa para el tratamiento de pacientes con BN que cursan paralelamente con depresión. Por ejemplo en el caso de personas que cursan con ambos trastornos, la fluoxetina en dosis altas (60-80 mg/día) sirve para tratar ambas sintomatologías.

En casos donde los síntomas no respondan a la medicación, será importante valorar si el paciente está tomando algún otro medicamento, principalmente para vomitar. Los niveles del suero pueden determinar la cantidad de medicamento y presumiblemente los niveles de eficacia logrados.

Existen algunos reportes sobre el uso de medicamentos antidepresivos durante la fase de mantenimiento. Estos datos indican altas tasas de reincidencia en pacientes que tienen tratamiento farmacológico. Mientras no existan más datos sistémicos que corroboren esto, se recomienda que se siga empleando la terapia con antidepresivos por un mínimo de 6 meses hasta un año en pacientes con bulimia.

### **Combinación de la intervención psicosocial y los medicamentos:**

La combinación de la terapia cognitiva conductual con medicamentos antidepresivos han mostrado una alta incidencia de tasas de remisión.

El objetivo de reducir los síntomas de atracones y purgación, generalmente responden mejor con la terapia cognitiva conductual sin implementar la farmacoterapia. No obstante, la eficacia de ambos tratamientos puede estar influenciada por varios factores que deben ser considerados, como la inexperiencia clínica, la incomodidad con los métodos, o la disposición de los pacientes.

### **PRONÓSTICO.**

El pronóstico de la bulimia en cuanto a la morbilidad se da marcadamente en un alto porcentaje de reincidencia, y respecto a la mortalidad, por lo general, se le atribuye más a los padecimientos concomitantes asociados como la depresión, la ansiedad u otros desórdenes psicológicos, y en menor incidencia es resultado de las consecuencias físicas este trastorno <sup>(2,5)</sup>.

### **MANEJO DEL PACIENTE EN OTRAS ÁREAS MÉDICAS. <sup>(2,5)</sup>**

Las formas de conducción de los TCA deben estar fundamentadas e instituidas para todos los pacientes en combinación con otras modalidades de tratamiento específico. Los componentes importantes del manejo para pacientes con TCA son las siguientes (1 de acuerdo al sumario ejecutivo):

- Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.
- Coordinar la atención y colaborar con otros clínicos.
- Valoración y monitoreo de los síntomas y comportamientos del TCA.

- Valoración y monitoreo de la condición médica general del paciente.
- Valoración y monitoreo del estado y seguridad psiquiátrica.
- Proveer a los familiares de las valoraciones y tratamientos.

## **ESTABLECIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA.**

Desde el inicio, los clínicos o terapeutas deben procurar ser sinceros, establecer un mutuo respeto, y desarrollar una interrelación terapéutica con el paciente para que en conjunto sirvan como base para la exploración y la realización de tratamientos de los problemas asociados con el TCA.

Estos trastornos son enfermedades que a largo plazo pueden manifestarse de diferentes formas durante su curso, por lo que se requiere de adaptar la terapia mas conveniente y de la modificación de estrategias terapéuticas en el tiempo indicado.

Durante el curso del tratamiento, los pacientes con algún TCA pueden resistirse a ser atendidos en otras áreas, por lo que se tendrán que tomar en consideración psicopatologías concomitantes (por ejemplo, la ansiedad), y realizar previamente una terapia psicosocial. Se debe reconocer el momento en que los pacientes pueden ser valorados en otras áreas médicas y establecer una alianza terapéutica, para que de esta forma mejoren los factores que agravan o mantienen el TCA <sup>(66)</sup>

El realizar tratamientos conjuntos con otras áreas puede tener efectos positivos en el paciente para que su recuperación sea favorable tanto física como emocionalmente. Aunque estas mejoras son más difíciles de realizar cuando el TCA es crónico, pues frecuentemente hay reincidencia.

Algunos estudios han observado que el género sexual del terapeuta influyen en las reacciones adversas al realizar los tratamientos. Esto se da principalmente si hay antecedentes de violación, por lo que se deberá tener en cuenta <sup>(122)</sup>. En adición a las diferencias del género, los factores cultural, económico, social, etc. entre paciente y terapeuta pueden repercutir en el curso y conducta del tratamiento, por lo cual se recomienda, en ocasiones, que en la atención de estos casos es necesario un apoyo o una supervisión previa a la consulta para evitar problemas de cualquier índole físico o mental.

### **ATENCIÓN COORDINADA Y COLABORACIÓN CON OTROS CLÍNICOS.**

Una gran variedad de profesionistas podrían colaborar en la atención y cuidado proveyendo sus servicios, ya sea en la consulta nutricional, trabajando con los familiares, o con alguna otro programa de intervención. Por ejemplo la odontología es un área importante en el tratamiento bucal de estos pacientes con BN, pero deberá reconocer cuando consultar o remitirlo a otra área para el correcto manejo de la condición médica general.

Se debe poner un énfasis particular si los tratamientos no se llevan a cabo en un lugar adecuado, o si nunca se han tratado este tipo de casos por inexperiencia. En conclusión la intervención de otras áreas es indispensable y crucial para el éxito del tratamiento <sup>(65)</sup>.

## CAPÍTULO III

### CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON BULIMIA.

#### MANEJO INICIAL DEL PACIENTE.

La vergüenza e inseguridad son aspectos característicos del bulímico, por lo que difícilmente admiten su comportamiento ante la gente. Por ello este tipo de personas tienen actitudes ambivalentes respecto a las vistas con el odontólogo: por un lado encontramos a los que evitan la consulta por temor a que sea detectado su problema y por otro a pacientes que asisten con la expectativa de que se reconozca su condición e intervenga <sup>(68)</sup>.

Cuando se sospeche el caso de un paciente bulímico, durante el interrogatorio es mejor hacer preguntas directas con el fin de obtener información precisa, induciendo la entrevista para conocer la cantidad y calidad de alimentos consumidos, problemas gastrointestinales, estados emocionales, etcétera que permitan detectar la existencia del trastorno.

El odontólogo debe partir de la premisa que todos los datos recabados son importantes, para realizar el diagnóstico y los tratamientos apropiados, sin juzgar ni criticar al paciente para ganar su confianza, y hacerlo conciente de la situación en que se encuentra la cavidad bucal. Por medio de métodos auxiliares como imágenes con espejos, radiografías, fotografías, video grabación, etcétera.

En casos de un TCA severo, la actitud del odontólogo deberá ser persuasiva tratando de disminuir su hostilidad y resistencia al tratamiento. Si el paciente no quiere resolver sus problemas no se le deberá presionar, sino hasta que exista disposición de su parte para iniciar la atención odontológica y establecer las alianzas terapéuticas.

## MANIFESTACIONES ORALES Y MAXILOFACIALES

Los odontólogos podrían ser los primeros especialistas del cuidado de la salud en trabajar con un supuesto paciente bulímico ya que los signos y síntomas son muy característicos.

De cualquier forma se debe hacer un diagnóstico diferencial del origen de las manifestaciones orales y máxilofaciales. El diagnóstico de este tipo de trastornos realizados por odontólogos puede ser de hasta un 28% <sup>(68)</sup>.

Tabla 7. Manifestaciones orales y máxilofaciales de la bulimia ([www.odontocl.org](http://www.odontocl.org)).

Erosión dental como resultado del vómito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición de la dentina e hipersensibilidad.</li> <li>• Pulpa dental expuesta</li> <li>• Adelgazamiento / fractura de la parte incisal de los dientes maxilares</li> <li>• Diastemas dentales</li> <li>• Estética pobre</li> <li>• Desajuste de obturaciones y restauraciones.</li> <li>• Alteración oclusal parafuncional</li> </ul>
Posible incremento en la incidencia de caries	
Aumento en el volumen de glándulas salivales	
Halitosis	
Glosodinia	
Disgeusia / Deterioro del sentido del gusto	
Disfagia / Dolor de garganta	
Efectos de la deficiencia nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glositis</li> <li>• Quelitis angular</li> <li>• Ulceras bucales</li> </ul>

*Nota. Todos estos fenómenos producen una variedad de síntomas con diferentes grados de severidad, pero la ausencia de estas anomalías no implica que no exista la BN.*



Por lo general la severidad de las secuelas de la bulimia se relacionan con cinco factores:

1. Frecuencia e incidencia del atracón y purgación.
2. Duración del hábito: Se ha considerado que muchas de las manifestaciones no se presentan hasta que la regurgitación ha ocurrido por lo menos durante dos años.
3. Hábitos de higiene oral: Especialmente la que se lleva cabo después de vomitar.
4. El grado de dilución ácida por enjuagarse con agua o beberla después de vomitar.
5. Duración y técnica de cepillado.

## **DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES**

**EROSIÓN DENTAL ASOCIADA AL VÓMITO:** En los pacientes bulímicos, la erosión dental es la manifestación oral más común que se encuentra como consecuencia del vómito, específicamente por los contenidos del ácido gástrico. El patrón erosivo en los dientes se manifiesta principal e inicialmente sobre las superficies palatinas de los incisivos, caninos y premolares maxilares, secundariamente los demás dientes pueden estar erosionados en sus superficies como resultado de un vómito más crónico<sup>(67)</sup>.

**Exposición de la dentina, hipersensibilidad dental y exposición pulpar por vómito:** Ocasionalmente los síntomas de la erosión dental por el vómito incrementan la sensibilidad del diente ante los estímulos térmicos de frío y calor así como para las sustancias ácidas. Y solo en algunos casos extremos y poco frecuentes hay exposición pulpar<sup>(67)</sup>.

**Adelgazamiento de los bordes incisales, fracturas, diastemas y estética pobre:** Como las superficies palatinas de los dientes incisivos maxilares están erosionados, los bordes incisales se adelgazan y traslucen, lo que eventualmente provoca que se tengan bordes filosos y frágiles, haciéndose susceptibles a ser cuarteados o fracturados <sup>(67)</sup>.

**Desajuste de obturaciones:** En casos donde las superficies oclusales tienen obturaciones de amalgama o resina, las restauraciones, a consecuencia de la erosión dental, pueden tener un desajuste y una apariencia cóncava, que ha sido denominada como "islotos de amalgama" <sup>(67)</sup>.

**Alteraciones oclusales:** Ocasionalmente, si el caso es severo, la erosión trae consigo alteraciones oclusales, que incluyen la pseudomordida abierta anterior, la sobre mordida oclusal (las cúspides de trabajo están más deterioradas en comparación con las de balance), la sobre mordida anterior y la pérdida de la dimensión vertical (resultado de la reducción en la longitud incisivo-cervical que es más marcada en los incisivos maxilares, por lo que sus superficies contactan con los inferiores entrando en máxima intercuspidad) <sup>(72)</sup>.

**Incidencia de caries:** Los dientes pueden tener un probable incremento en la incidencia de caries por los procesos erosivos dentales del esmalte que exponen a la dentina y por la dieta que, principalmente, suele ser a base de carbohidratos. Las superficies más afectadas son la facial y lingual, así como las áreas cóncavas de la superficie oclusal. La apariencia típica de la erosión dental facilita al clínico distinguir estas formas de caries dental, la cual es blanda, irregular y con superficies decoloradas, por el grado de descalcificación y la notoria opacidad del esmalte en la base de las lesiones <sup>(67, 68)</sup>.

**Diagnóstico diferencial de la erosión dental:** Es importante diferenciar el deterioro dental por los hábitos bulímicos de otros procesos que provocan la descalcificación del diente y siguen un patrón erosivo similar.

**1) Erosión dental de carácter intrínseco** <sup>(67)</sup>.- Hellstrom describió con los términos de perimiólisis o perimilolisis una pérdida de sustancia dental (esmalte y/o dentina) que esta asociada a la acidificación del medio bucal y es atribuida a diferentes factores causales, principalmente relacionados con la disfunción gastrointestinal como el reflujo esofágico involuntario, la aclorhidria, la hernia hiatal, las úlceras gástricas o duodenales, la náusea por el embarazo o por emplear medicamentos, y el rumiar.

En cualquiera de los casos de perimiólisis, la frecuencia y duración de los problemas de erosión dental y otras lesiones en mucosa, son directamente proporcionales a el mantenimiento y la cantidad de los ácidos en los dientes, la faringe y la parte posterior de la boca.

**2) Erosión dental de carácter extrínseco** <sup>(70)</sup>.- Eccles describió que los procesos erosivos también son causados por sustancias de origen extrínseco y que pueden diferenciar específicamente la descalcificación dental al asociarse con las áreas donde influyen, por ejemplo:

- Hábitos alimenticios donde la dieta es a base de productos altamente ácidos que suelen tener un pH bajo cercano a 2 (ingesta pernicioso de cítricos, hábito de succionar limón, bebidas carbonatadas o gaseosas)
- Ocupación laboral, exposición inapropiada a productos ácidos en aerosoles, como el gas clorinado (encontrado en albercas).

**AUMENTO EN EL VOLUMEN DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES:** Es común en este tipo de pacientes encontrar un aumento en el volumen de la glándula parótida, y ocasionalmente de la submandibular. Esta manifestación no suele ser dolorosa y puede ser unilateral o bilateral (70,73,74).

En el caso del trastorno bulímico, el aumento en el volumen de las glándulas salivales, por lo regular ocurre 2 a 6 días después de que se realizan los atracones, particularmente si es precedido por un periodo de restricción alimenticia. Así pues, se entiende que el incremento de los carbohidratos fermentables en la dieta por los atracones es la principal causa de que se presente una alteración en los tejidos orales y que no debe ser atribuido a los cambios fisiológicos en la saliva (70,73,74).

El aumento en el volumen de la glándula parótida también está asociado con el vómito y establece niveles de elevación transitoria en el suero de los constituyentes salivales, como la enzima amilasa (2 a 4 veces mayor). Este fenómeno se ha encontrado en más de una quinta parte de los pacientes con bulimia y otros trastornos crónicos. Sin embargo, se ha sugerido que el análisis de los niveles elevados de amilasa sérica y otros componentes no son determinantes para el diagnóstico que confirma la presencia de bulimia, pero si se considera como una buena opción para el monitoreo en los casos de postratamiento (73,74).

**Etiología:** La etiología específica de este aumento no se asocia completamente a síntomas inflamatorios, más bien se le relaciona con enfermedades crónicas en las que existen deficiencias dietéticas, es decir, que podrían ser consecuencia de la alteración en el metabolismo de las proteínas. También el aumento de volumen puede originarse por algún otro efecto, cuyo mecanismo es aún desconocido, en el cual se hipertrofian los gránulos acinares aumentando su tamaño y número (70).

**Diagnóstico diferencial:** Las enfermedades crónicas, como el alcoholismo, la diabetes, la obesidad, la hipertensión, etcétera, ponen en manifiesto el alargamiento de las glándulas salivales. Sin embargo debe hacerse notar que con frecuencia estos trastornos se mezclan, por lo cual se hace difícil la identificación de cualquiera de estos por separado <sup>(70)</sup>.

**GLOSODINIA, XEROSTOMÍA, DISFAGIA Y DISGEUSIA:** Como la saliva proporciona propiedades de lubricación, de humectación y de protección, estas se ven alteradas por la hipertrofia de las glándulas salivales. Consecuentemente la pérdida de estas cualidades provocan la deshidratación oral de los tejidos blandos, lo que hace crítica la digestión de los alimentos <sup>(70, 73, 74)</sup>.

**EFFECTOS DE LA DEFICIENCIA NUTRICIONAL:** Parte de las propiedades protectoras de la saliva son un efectivo sistema de amortiguación de la acidez (buffer pH), cualidades antimicóticas por el alto contenido en histadina, e inmunológico por contener inmunoglobulinas. Como la falta de estimulación en las tasas de secreción salival es ineficiente en las personas con trastorno bulímico, estas pueden desarrollar otras manifestaciones patológicas <sup>(70, 73, 74)</sup>.

**OTROS ASPECTOS:** Ocasionalmente pueden ser evidentes las lesiones efectuadas por un estímulo traumático en el que la mucosa es rasgada al provocar el vómito. La dilaceración de la mucosa puede provocar diferentes lesiones eritematosas, especialmente en la úvula y la parte posterior del paladar blando, también pueden notarse petequias traumáticas submucosas o hemorragias en la mucosa del paladar <sup>(70, 73)</sup>.

## MANEJO ODONTOLÓGICO TERAPÉUTICO.

El diagnóstico y tratamiento temprano de las condiciones bulímicas, en sí mismas, son la clave para prevenir severas secuelas que son originadas por las psicopatologías conductuales características de la enfermedad <sup>(67, 68, 75)</sup>.

El manejo odontológico del paciente bulímico debe incluir lo siguiente:

1. Atención de emergencia.
2. Educación para el paciente.
3. Atención pre-restaurativa.
4. Atención restaurativa.
5. Mantenimiento y revisiones periódicas.

**Atención de emergencia:** Las razones por las que asiste al dentista un paciente bulímico, son más que una simple revisión, ya que suelen acudir por dolor o por el deterioro dental antiestético. Si el paciente se atiende por dolor, el diagnóstico y tratamiento de este debe ser el primer procedimiento a considerar.

Si el paciente padece de hipersensibilidad dental, ante estímulos térmicos (frío o calor) o ácidos, el tratamiento puede incluir una protección de la dentina expuesta con materiales de obturación como el ionómero de vidrio, resinas compuestas, selladores de fosetas y fisuras o el desensibilizar a los dientes usando barnices de fluoruro y como último recurso realizar la terapéutica endodóntica, según sea más apropiado para cada caso.

**Educación para el paciente:** Los pacientes bulímicos que tienen una pobre higiene oral y pueden manifestar evidencias de caries dental extensa como resultado de la ingesta de grandes cantidades de alimentos a base de carbohidratos. Tales pacientes requerirán de instrucciones de higiene oral junto con una consulta dietética <sup>(68)</sup>.

Como alternativas sugeridas para un tratamiento exitoso en la reducción de la erosión dental y la hipersensibilidad, en los pacientes que aún están en tratamiento y no han logrado superar las conductas purgativas, se les debe aconsejar la necesidad de neutralizar la acidez consecuente del vómito, con el uso de antiácidos en enjuagues bucales como el bicarbonato de sodio, o a base de sodio fluorado con un pH neutral (0.05%), y en caso de que no se pueda realizar con estos se deben hacer colutorios con agua. También se recomienda que diariamente se cepillen o apliquen un gel en los dientes con estaño fluorado (0.4%). El uso de tabillitas plásticas que contienen hidróxido de magnesio también han sido empleadas para amortiguar el pH salival y proteger a los dientes durante los periodos de vómito <sup>(72)</sup>.

Aunque se considera normal la condición periodontal en este tipo de pacientes bulímicos, las medidas de higiene oral deberán ser encaminadas para el mantenimiento de esta y que sea más satisfactoria. Por otro lado, se debe aconsejar al paciente el evitar cepillar los dientes inmediatamente después de la purgación, ya que con la presencia de ácido sobre la superficie dental se predispone a la abrasión por cepillado dental.

En aquellos pacientes que han reducido el flujo salival, a consecuencia del aumento en el volumen de las glándulas salivales, se les recomienda la goma de masticar libre de azúcar, para estimular la secreción <sup>(67)</sup>.

**Atención pre-restaurativa:** Aunque el profesional odontológico es capaz de reconocer la erosión dental, el tratamiento inicial al que tradicionalmente se inclina es al de las técnicas de restauración dental permanente. Previo a este se debe hacer un esfuerzo preventivo e interceptivo, por controlar la erosión dental.

En este apartado se pretende examinar el concepto de emplear un aparato removible o guarda bucal, la cual actúa como una barrera física que protege, previene y minimiza el deterioro o pérdida del esmalte y la dentina que suelen afectarse por el contacto de los productos ácidos del vómito que son impactados por la lengua sobre las superficies linguales de los dientes anteriores maxilares. Aunque la dentición mandibular esta menos afectada que la de su antagonista, una guarda bucal para esta arcada puede proveer protección adicional. Además el uso de estas proporciona a los pacientes con bulimia una sensación de control en uno de los aspectos de su vida <sup>(67)</sup>.

Las guardas bucales son económicas y de simple fabricación. Para su elaboración el primer procedimiento es la toma de impresión con alginato, de la arcada maxilar o mandibular, para que posteriormente sea vertida en yeso piedra dental y se obtenga un modelo de trabajo, el cual debe ser recortado y ajustado reduciéndolo, tanto como sea posible, en su altura vertical <sup>(72, 76)</sup>.

Un sellado posterior o postpalatino es tallado como si fuese para una dentadura maxilar que recubre todo el paladar, pues con este diseño se logra mantener el vómito en la parte posterior de la guarda evitando que se afecten tanto los tejidos duros dentales, y blandos de las mucosas.

Para la fabricación de la guarda se emplea una hoja de polietileno con un grosor que puede variar entre 0.020" a 0.035", la cual será calentada al vacío hasta que alcance una depresión de 2.5". Se readapta nuevamente al modelo para que sea recortado y ajustado, asintiendo 2 a 3 mm de polietileno sobrepuesto en el tejido gingival, para que de este modo se logre un buen sellado circunferencial.



Se deberá mantener un espacio en el modelo de 0.5 mm si la guarda también será empleada para la aplicación tópica fluoruro, la cual ayuda a minimizar la desmineralización de esmalte y promueve la remineralización, incrementando la integridad del tejido <sup>(72)</sup>.

Con el uso de la guarda bucal se pueden reestablecer las condiciones oclusales modificadas y perdidas por los procesos erosivos que alteran a la Articulación Témporo Mandibular. Si se pretende realizar este tratamiento se deberán tomar en cuenta el grado de tolerancia que tiene el paciente a la readaptación.

**Atención restaurativa:** El tratamiento de rehabilitación dental permanente no debe ser efectuado en aquellos casos en los que el trastorno bulímico es activo o reciente, así como en los pacientes que se encuentran en rehabilitación y son vulnerables a las recaídas. No obstante, se debe tener en cuenta que existen beneficios psicológicos, al mejorar la condición dental, antes de que el individuo logre un control total de las psicopatologías conductuales de atracción y purgación. Esto se puede lograr iniciando el tratamiento con la colocación de restauraciones dentales provisionales, pues con ellas se puede reestablecer la función y la estética dental, que son trascendentes para la recuperación de la autoestima <sup>(68)</sup>.

La decisión de comenzar el tratamiento protésico permanente debe hacerse consultando al paciente respecto a las ventajas, los riesgos y los cuidados que deberá tener si se realiza este tipo de terapéutica. También, será apropiado el informar al paciente sobre el pronóstico del tratamiento ya que podría ser perjudicial si los hábitos bulímicos no son controlados.

Un plan de tratamiento podría ser formulado seguido de la inspección oral, la valoración radiográfica y los resultados de otras evaluaciones especiales. El análisis de la dentición debe enfocarse principalmente a evaluar la relación oclusal, para así monitorear los aspectos del desgaste. Dependiendo de la severidad de las superficies dentales perdidas, el rango del tratamiento puede abarcar: restauraciones u obturaciones simples o la rehabilitación dental compleja en aquellos pacientes que tienen una destrucción severa y/o pérdida de la dimensión vertical. El tratamiento será encaminado a la protección y recubrimiento de la dentina desgastada para así poder reducir la sensibilidad y prevenir los aspectos del desgaste <sup>(67, 76)</sup>.

En la actualidad muchos de los materiales protésicos empleados nos permiten tener una aproximación a las propiedades originales de los tejidos naturales, esto es con la intención de que se logre la rehabilitación óptima de las estructuras perdidas. Cuando el deterioro provocado por la erosión dental ha sido severo y se ha enfatizado la importancia de cesar los hábitos purgativos, como un requisito previo para esta fase de tratamiento dental, entonces se puede proceder al análisis de las mejores opciones de rehabilitación <sup>(67, 76)</sup>.

Las alternativas recomendables para este tipo de tratamiento dental, con las que se logran resultados funcionales y estéticos, incluyen: una preparación protésica conservativa, restauraciones cerámicas tipo venners para los dientes anteriores y tipo onlay para los dientes posteriores, empleando una cementación con adhesivos dentinarios tipo bonding,

Como los dientes anteriores son los mas afectados por la erosión, los requisitos restaurativos además de ser conservadores, tienen que reestablecer la estabilidad, la apariencia natural y la estética en la dentición.

La elección mas apropiada para los dientes anteriores es la colocación de restauraciones tipo veneer, descrita por Behle como coraza de almeja, por tener metal en la parte media y cervical por palatino de los dientes anteriores.

Este tipo de restauraciones son una modificación de las veneers de porcelana. La principal diferencia radica en que se debe realizar una mínima reducción de las superficies bucal y lingual, redefiniendo los márgenes erosionados del diente. Con esto se pretende reestablecer el contacto en céntrica entre los incisivos de la arcada maxilar y mandibular.

La terminación cervical debe ser a nivel gingival en la parte palatina y subgingival en la parte bucal e interproximal (se tiene que tomar muy en cuenta que no lesionar las papilas gingivales). Este procedimiento técnicamente es más demandante en comparación con las restauraciones de coronas totales, pero se logra conservar mas la integridad de los tejidos.

La colocación de coronas veneer con márgenes subgingivales podrían ser apropiadas para pacientes que en sus dientes aún tienen ataques de acidez, pero se debe contemplar el efecto que tiene sobre los tejidos periodontales y las dificultades de mantener un campo seco en dichas áreas al momento de cementarla con algunos adhesivos que pierden propiedades con la humedad.

Para la elaboración de las onlays en los dientes posteriores el diseño de la preparación incluye una reducción mínima de la superficie oclusal redefiniendo las depresiones y cúspides erosionadas, la remoción de obturaciones desgastadas y su reobtención, el desgaste circunferencial, es decir, de las superficies bucal, lingual e interproximal, debe limitarse también a la eliminación de las superficies afectadas, dando una línea de terminación, según sea más conveniente para el caso, en tope o subgingival y así se obtenga un buen anclaje marginal.

Las restauraciones deben ser cementadas, en un medio libre de humedad, utilizando agentes adhesivos tipo bonding de cuarta generación. La ventaja de usar estos cementos es que se incrementa la resistencia ante las fuerzas a las que se someten las restauraciones, lo que permite una mayor longevidad del material, además de su conservación y estética.

Una de las dificultades encontradas en este tipo de restauraciones puede ser la sobremordida oclusal, la cual es seguida por la pérdida de sustancia dental. Este problema es consecuente de tener una preparación protésica inadecuada, o por dejar remanentes de lodo dentinario.

### **MANTENIMIENTO Y REVISIONES PERIÓDICAS.**

El mantenimiento de una rutina preventiva y los procedimientos de higiene oral deberán de ser alentadoras en dichos pacientes para que se realicen de forma rutinaria. Se deben incluir las limpiezas dentales, la aplicación tópica dental de fluoruro, y revisión de la técnica de cepillado así como de los tratamientos dentales restaurativos. Finalmente el dentista deberá monitorear el progreso general del paciente, para prevenir la reincidencia del TCA <sup>(67, 68, 76)</sup>.

### **MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA BULIMIA Y SUS CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS.**

El conocimiento de los medicamentos utilizados en los TCA es de utilidad ya que en algunas ocasiones el odontólogo tiene que adaptar su conducta terapéutica en función del estado psíquico de los pacientes. Además son fármacos administrados a menudo durante un largo periodo de tiempo, que pueden inducir efectos indeseables en la cavidad oral y en su contenido.

**Tricíclicos:** Se les llama también imipramínicos o timoanalépticos. Se utilizan en todas las formas de depresión, independientemente de la edad del sujeto.

El mecanismo de acción de estos fármacos podría estar ligada a un incremento de la transmisión aminérgica central, inhibiendo la recaptación neuronal de estas aminas (dopamina noradrenalina y serotonina).

**Inhibidores de la mono amina oxidasa (IMAO):** Estos productos inhiben la MAO, enzima normalmente presente en los tejidos y que transforma las aminas (adrenalina, noradrenalina y tiramina) en aldehídos por desaminación oxidativa.

- Los IMAO "*clásicos*" son mixtos y tienen una acción irreversible. Son los responsables de numerosas interacciones medicamentosas, ya que inhiben también otras enzimas del hígado que aseguran al metabolismo de los medicamentos. Además, se pueden presentar crisis hipertensivas agudas por la ingestión de alimentos que contengan aminas presoras, como la tiramina, la cual produce liberación de noradrenalina de las terminaciones nerviosas.
- Los inhibidores del IMAO de "*tipo A*" son reversibles y específicos. En principio no hay interacciones particulares con otros medicamentos o determinados alimentos.

*Tabla 8. Principales fármacos antidepresivos con su nombre genérico y de patente.*

Principales productos	Nombre Genérico	Nombre de Patente
Tricíclicos	Imipramina	Tofranil
	Amitriptilina	Trptizol
	Clomipramina	Anafranil
	Amoxapina	Demolox
	Doxepina	Sinequam
	Desipramina	Pertofran
	Opipramol	Insidon
IMAO "clásicos"	Iproniacida	Marsilid
	Nilamida	Niamida
IMAO "tipo A"	Toloxatona	Humoril

*Tabla 9. Interacciones de fármacos antidepresivos con otros fármacos.*

Fármacos utilizados en la terapéutica odontológica	Objetivo terapéutico	Posible respuesta o efecto
Fenotiacinas	Antinaúseas, antihemático	Incremento del efecto antipsicótico o antidepresivo
Barbitúricos	Sedación, hipnosis	Depresión del SNC o disminución del efecto depresivo
Anestésicos generales	Anestesia general, sedación por inhalación	Depresión del SNC
Benzodiacepinas	Terapia ansiolítica, sedación intravenosa	Antihistaminicos
Adrenalina	Retracción gingival, vasoconstricción	Depresión del SNC, arritmia, hipertensión
Antihistaminicos	Sedación, alivio para resfriado, terapia antialérgica y ansiolítica	Depresión del SNC
Analgésicos narcóticos	Analgésia	Incremento del efecto analgésico, hiperpirexia, depresión respiratoria, estimulación del SNC, convulsiones.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los Trastornos de la Conducta Alimenticia se describen como desórdenes psicológicos que constituyen anomalías en el comportamiento de la ingesta. Los individuos afectados por cualquiera de estos trastornos coinciden respecto a los pensamientos psicopatológicos de tener una preocupación respecto al consumo de alimentos, la necesidad por controlar su peso corporal, y la idealización de una imagen física.

Por lo regular estos desórdenes inician durante las etapas de adolescencia o juventud, y desproporcionadamente afectan más a las mujeres que a los hombres. Se ha estimado que un promedio del 3% de la población femenina, durante estas etapas de la vida, cursan por alguno de los desórdenes alimenticios. No obstante, el problema podría estar subestimado ya que muchas personas pueden ocultar las conductas psicopatológicas y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal.

En la mayoría de los casos los individuos suelen ser ambivalentes sobre la necesidad de buscar ayuda o de que se les indique que están teniendo comportamientos inadecuados, ya que se sienten avergonzados de sus problemas y no quieren ponerlos en discusión.

En este tipo de trastornos los cambios físicos son mínimos o inexistentes hasta que son evaluados en una perspectiva médica. Es por ello que la detección o el diagnóstico de esta enfermedad no se logra obtener sino hasta que la persona reconoce que requiere de ayuda profesional por tener dificultades, o bien cuando en consultas rutinarias se descubren hallazgos clínicos como consecuencia del abuso de estas actividades conductuales nocivas.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Existe una gran variedad de trastornos cuyas manifestaciones son alteraciones orales y máxilofaciales, las cuales pueden hacer suponer que existe un padecimiento sistémico que influye o repercute en la salud del paciente. Es por ello que compete al odontólogo el examinar e identificar los signos y síntomas clínicos característicos de estos trastornos, teniendo la sapiencia para manejarlos, haciendo un diagnóstico apropiado y proveyendo el tratamiento más indicado. El clínico deberá tener la capacidad de reconocer el momento en que se requiera de establecer alianzas terapéuticas, o cuándo se tiene que ser un soporte de las mismas, para que de esta forma se logre potencializar al tratamiento a largo plazo.

## **HIPÓTESIS**

Considerando varios de los aspectos descriptivos de los Trastornos de la Conducta Alimenticia suponemos que podrían existir ciertas tendencias hacia estas psicopatologías entre los estudiantes universitarios de la Facultad de Odontología (UNAM)



### **OBJETIVOS GENERALES.**

El objetivo de realizar la revisión literaria es hacer un reconocimiento a fondo de lo más relevante que ha sido reportado en relación a la investigación que se pretende. En este trabajo el tema ha sido tratado examinándolo de manera multidisciplinaria, principalmente en el enfoque psicológico y odontológico, haciendo una descripción de la enfermedad en la que se define su naturaleza, etiología, diagnóstico y características patológicas, además de las alternativas de tratamiento.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Hacer una estimación de la posible tendencia que existe hacia los trastornos de la conducta alimenticia, en una muestra de la población estudiantil de la Facultad de Odontología de la UNAM, a través de la aplicación de un cuestionario (EAT-26) que comúnmente es empleado para detectar la susceptibilidad y tendencias a desarrollar estos padecimientos.

Es importante aclarar que no se pretende determinar de forma específica la causa y el efecto de los mismos en cada uno de los individuos evaluados.

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

### **Material:**

- 200 Alumnos
  - 50 Primer grado
  - 50 Segundo grado
  - 50 Tercer grado
  - 50 Cuarto grado
- Proyector de acetatos para la aplicación del cuestionario.
- 225 Hojas de lectura óptica
- Computadora con programa Office XP
- Hoja Excel

### **Método:**

Se realizó la prueba a 200 alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM, siendo estos de diferentes grados escolares. El cuestionario EAT-26 (National Eating Disorders, 1998) consta de 26 preguntas, y es empleado para evaluar las sintomatologías concernientes y características de los TCA.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

- Observacional
- Transversal

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.**

La prueba fue realizada a 200 alumnos de la Facultad de Odontología (UNAM), comprendidos en diferentes grados escolares, para evaluar las tendencias existentes de los TCA. Se reservo el motivo del cuestionario para evitar falta de cooperación.

### **CRITERIOS**

#### **Inclusión:**

- 50 Alumnos del primer grado
- 50 Alumnos del segundo grado
- 50 Alumnos del tercer grado
- 50 Alumnos del cuarto grado

#### **Exclusión:**

- El estudio exceptuó alumnos del quinto grado.
- Personal ajeno a la población de estudio.

#### **Eliminación:**

- Cuestionarios sin los datos pertinentes a la sección A
- En el cuestionario se omitieron y modificaron ciertos aspectos como:
  - o Variables de raza
  - o Valores de cada respuesta para facilitar la evaluación de las mismas y el vaciado de información en las hojas ópticas.

## RESULTADOS.

*Tabla 10. Resultados generales.*

Resultados	Peso (Kgs)	Altura (cms)	Edad	Resultado	Relación P/A	Genero	EAT
TOTAL G 200 Alumnos	12310	655.48	83.12	70.48	PI=123 B=19 SP=58	M=69 F=131	ST=26 M=5 F=21
TOTAL M 69 Hombres					MPI=37 MB=5 MSP=26		STMPI=1 STMB=0 STMSP=4
TOTAL F 131 Mujeres					FPI=86 FB=14 FSP=32		STFPI=7 STFB=1 STFSP=13
MEDIA G	61.55	163.87	20.78	17.62	PI=30.75 B=4.75 SP=14.5	M=17.25 F=32.75	ST=6.5 M=1.25 F=5.25
MEDIA M					MPI=9.25 MB=1.25 MSP= 6.5		STM=0.1
MEDIA F					FPI=21.5 FB=3.5 FSP=8		STF=0.42

Total G= Total de alumnos

Total M= Total de alumnos masculino

Total F= Total de alumnos femenino

Media G= Media total de alumnos

Media M= Media total masculino

Media F= Media total femenino

PI= Peso ideal

B= Peso por debajo del ideal

SP= Peso por encima del ideal

MPI= Masculino con peso ideal

MB= Masculino con peso por debajo del ideal

MSP= Masculino con peso por encima del ideal

M= Masculino

F= Femenino

FPI= Femenino con peso ideal

FB= Femenino con peso por debajo del ideal

FSP= Femenino con peso por encima del ideal

ST= Tendencias a desarrollar un TCA

STMPI= Masculino peso ideal con tendencias a desarrollar un TCA

STMB= Masculino peso bajo con tendencias a desarrollar un TCA

STMSP= Masculino peso por encima con tendencias a desarrollar un TCA

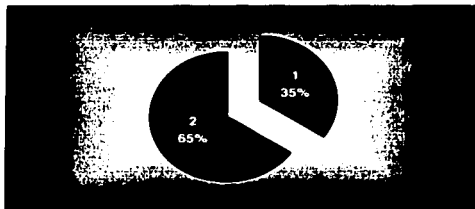
STFPI= Femenino peso ideal con tendencias a desarrollar un TCA

STFB= Femenino peso bajo con tendencias a desarrollar un TCA

STFSP= Femenino peso por encima con tendencias a desarrollar un TCA

*Tabla 11. Total de alumnos evaluados*

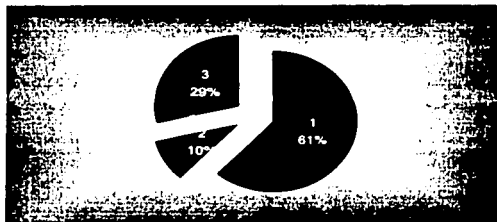
<b>1. Género Masculino</b>	35 % (69 alumnos)
<b>2. Género Femenino</b>	65 % (131 alumnas)
<b>Total</b>	200 alumnos



*Gráfica 1. Total de alumnos evaluados*

*Tabla 12. Relación Peso/Talla (resultado general masculino-femenino)*

<b>1. Peso Ideal</b>	123 (61 %)
<b>2. Peso por debajo del Ideal</b>	19 (29 %)
<b>3. Peso por encima del Ideal</b>	58 (10 %)
<b>Total</b>	200 alumnos

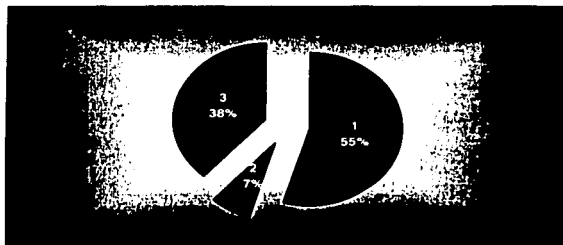


*Gráfica 2. Relación Peso/Talla (resultado general masculino-femenino)*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Tabla 13. Relación Peso/Talla en género masculino*

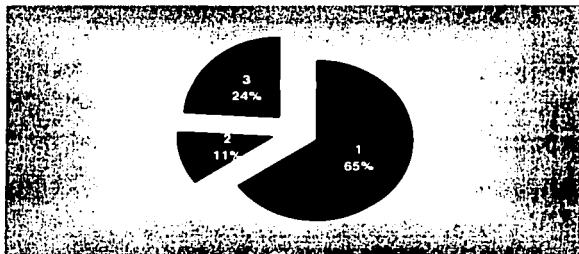
1. Masculino peso ideal	37 (55 %)
2. Masculino peso por debajo del ideal	5 (7 %)
3. Masculino peso por encima del ideal	26 (38 %)
<b>Total</b>	<b>69 hombres</b>



*Gráfica 3. Relación Peso/Talla en género masculino*

*Tabla 14. Relación Peso/Talla en género femenino*

1. Femenino peso ideal	86 (65 %)
2. Femenino peso por debajo del ideal	14 (11 %)
3. Femenino peso por encima del ideal	32 (24 %)
<b>Total</b>	<b>131 mujeres</b>

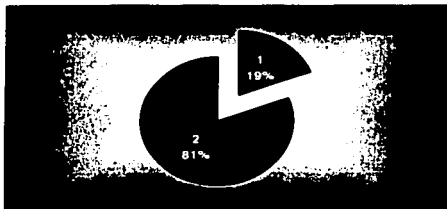


*Gráfica 4. Relación Peso/Talla en género femenino*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla 15. Total de alumnos con tendencias a desarrollar un TCA**

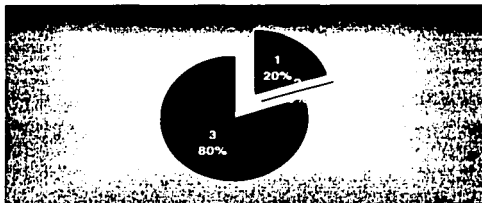
<b>1. Masculino</b>	5 (19%)
<b>2. Femenino</b>	21 (81%)
<b>Total</b>	26 alumnos



**Gráfica 5. Total de alumnos con tendencias a desarrollar un TCA**

**Tabla 16. Tendencias a desarrollar un TCA (ST) en el género masculino según la relación Peso/Talla**

<b>1. ST Masculino peso ideal</b>	1 (20%)
<b>2. ST Masculino peso por debajo del ideal</b>	0 (0%)
<b>3. ST Masculino peso por encima del ideal</b>	4 (80%)
<b>Total</b>	5 hombres

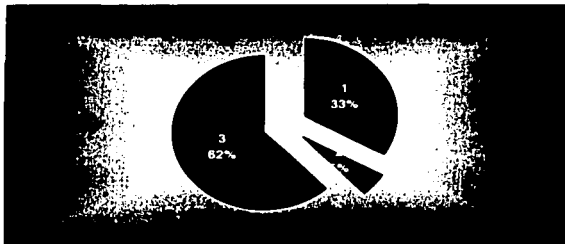


**Gráfica 6. Tendencias a desarrollar un TCA (ST) en el género masculino según la relación Peso/Talla**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 16. Tendencias a desarrollar un TCA (ST) en el genero femenino según la relación Peso/Talla

1. ST Femenino peso ideal	7 (33 %)
2. ST Femenino peso por debajo del ideal	1 (5 %)
3. ST Femenino peso por encima del ideal	13 (62 %)
<b>Total</b>	<b>5 hombres</b>



Gráfica 7. Tendencias a desarrollar un TCA (ST) en el genero femenino según la relación Peso/Talla

## CONCLUSIONES.

Haciendo un consenso general de los resultados de la prueba podemos entonces poner en conclusión los siguientes aspectos:

- Si en promedio existen 50 alumnos por grupo, y se reflejan los valores de esta prueba en cada grado, se supondría que un 10 % puede tener tendencias a desarrollar un TCA.
- Las mujeres tienen mayores tendencias a desarrollar alguno de los trastornos, siendo más susceptibles las que poseen un peso por encima del ideal.
- Los varones no se excluyeron de tener tendencias, y aunque fue en menor número, de igual forma quienes aparentemente pueden desarrollar alguno de los trastornos son los que tienen un peso por encima del ideal



La influencia que tienen estos trastornos en la vida de los individuos pueden verse reflejadas en su desempeño académico, por lo que sería interesante que autoridades docentes tomaran en consideración este trabajo, para así lograr que en los alumnos se obtengan mejores rendimientos.

Compete a nuestra profesión no estar exentos de reconocer y conocer acerca de estos trastornos, ya que en el manejo odontológico de estos pacientes la detección temprana puede evitar que existan problemas al largo plazo.

El odontólogo que reconoce los signos y síntomas de la bulimia nerviosa puede referir a los pacientes con especialistas (psicólogos, nutriólogos, etc.) para que se le proporcione de forma integral la atención más apropiada.

## ANEXO 1.

### The Eating Attitudes Test (EAT-26)

Sección A				
Edad:	Peso:	Altura:	Género:	
Sección B				
A) Siempre	B) Con frecuencia	C) En ocasiones	D) Nunca	
1. ¿Siente temor a tener sobrepeso?	A	B	C	D
2. ¿Evita alimentarse aunque tenga hambre?	A	B	C	D
3. ¿Le preocupa el contenido de alimentos?	A	B	C	D
4. ¿Ha tenido atracones, o siente que no es capaz de dejar de comer?	A	B	C	D
5. ¿Come racionadamente, en vez de comer normalmente?	A	B	C	D
6. ¿Le preocupa el contenido de calorías en los alimentos?	A	B	C	D
7. ¿Le preocupa el alto contenido de carbohidratos en los alimentos (pan, arroz, papas, etc.)?	A	B	C	D
8. ¿Las demás personas le han sugerido que debería de comer más?	A	B	C	D
9. ¿Vomita después de haber comido?	A	B	C	D
10. ¿Se siente culpable después de comer?	A	B	C	D
11. ¿Le obsesiona la idea de querer adelgazar?	A	B	C	D
12. ¿Quema calorías realizando ejercicio?	A	B	C	D
13. ¿Se siente acomplejado si la gente le dice que no es delgado (a)?	A	B	C	D
14. ¿Le preocupa la idea de volverse obeso?	A	B	C	D
15. ¿Cuándo come acompañado, tarda más que el resto de sus acompañantes?	A	B	C	D
16. ¿Le desagrada comer dulces?	A	B	C	D
17. ¿Se alimenta a base de dietas?	A	B	C	D
18. ¿Cuándo tiene problemas siente que la manera en que se alimenta, es el único control que tiene en la vida?	A	B	C	D

19. ¿Deja de realizar cualquier actividad por alimentarse?	A	B	C	D
20. ¿Siente que las demás personas le presionan para que coma?	A	B	C	D
21. ¿No se logra concentrar por tener pensamientos referentes a comer?	A	B	C	D
22. ¿Se siente incómodo después de comer dulces?	A	B	C	D
23. ¿Cuándo realiza dietas las lleva a cabo rigurosamente?	A	B	C	D
24. ¿Durante el día siente su estómago vacío?	A	B	C	D
25. ¿Disfruta de probar nuevos alimentos?	A	B	C	D
26. ¿Siente impulsos por vomitar después de comer?	A	B	C	D

### VALIDACIÓN

El EAT-26 consiste de 26 preguntas con 4 opciones de respuesta, se secciona formando 3 sub escalas:

- Dieta: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25
- Bulimia y preocupaciones respecto a los alimentos: 3, 4, 9, 18, 21, 26
- Control oral: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.

El valor de cada respuesta es de la siguiente forma (excepto la pregunta 25, que es la única con sentido inverso):

- A=3
- B=2
- C=1
- D=0

Los resultados de cada sección pueden ser evaluados de forma particular para cada sub escala. El resultado total del EAT-26 es la suma de todas las secciones (las 3 sub escalas). Los resultados menores a 25 se suponen asintomáticos y el superior a 26 se consideran sintomáticos de un TCA.

Se deberán estimar los valores de la relación Peso/Talla para determinar si se encuentran dentro de los rangos de peso ideal, relacionándolos con el EAT-26.

## ANEXO 2.

TABLA DEL PESO IDEAL

HOMBRES				MUJERES			
Altura en Cms	Peso en Kgs	Altura en Cms	Peso en Kgs	Altura en Cms	Peso en Kgs	Altura en Cms	Peso en Kgs
157	55,3	178	68,9	146	45,1	161	52,7
159	56,2	179	69,7	147	45,5	162	53,4
161	57,4	180	70,6	148	45,9	163	54,0
163	58,7	181	71,4	149	46,3	164	54,5
165	59,7	182	72,2	150	46,8	165	55,2
167	60,8	183	72,9	151	47,2	166	56,0
169	62,3	184	73,6	152	47,8	167	56,8
170	63,1	185	74,4	153	48,3	168	57,4
171	63,7	186	75,2	154	48,9	169	58,1
172	64,5	187	76,0	155	49,4	170	58,9
173	65,3	188	76,9	156	49,9	172	60,3
174	66,1	189	77,7	157	50,4	174	61,7
175	66,7	190	78,6	158	51,0	176	63,2
176	67,4	191	79,4	159	51,6	178	64,5
177	68,2	192	80,3	160	52,1	180	65,9

## Observaciones:

1. Se considera peso normal el que resulta de aumentar en un 11% el peso ideal.
2. Para edades inferiores a 25 años, descontar dos o tres kilos.
3. Para edades superiores a los 50 años, añadir dos o tres kilos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GLOSARIO.

**Adrenalina:** Hormona secretada por la médula suprarrenal.

**Amenorrea:** Ausencia del flujo menstrual.

**Anabolismo:** Primera fase del metabolismo. Proceso constructivo por el que las sustancias simples se convierten en compuestos complejos por la acción celular.

**Anovulación:** Falta de ovulación.

**Ansiedad:** Angustia o intranquilidad que acompaña a las enfermedades agudas.

**Catabolismo:** Segunda fase del metabolismo. Fenómeno que se caracteriza por la desintegración continúa las sustancias constitutivas de las células (protoplasma).

**Catecolaminas:** Nombre genérico de la adrenalina y noradrenalina.

**Cetoacidosis:** Producción anormal del ácido actoacético.

**Cetoácidos:** Compuestos constituidos por un grupo carbonilo y acetona. Son derivados del hígado o de la cortisona, y tienen la capacidad de difundirse a la sangre transportándose a las células del cuerpo. Se oxidan de la misma manera que la glucosa para brindar energía a las funciones celulares.

**Cinorexia:** Hambre canina.

**Cognitivo:** Conocimiento, comprensión, razonamiento.

**Concomitante:** Que acompaña; accesorio; unido a otro; se dice de una clase de convergencia o divergencia de ciertos síntomas.

**Convulsión:** Movimiento y agitación alterada de contracción y estiramiento, de uno o más miembros o músculos delo cuerpo.

**Corticotropina: (ACTH)** Preparado del principio(s) del lóbulo anterior de la hipófisis, que ejerce un efecto sobre la corteza suprarrenal. La hormona adrenocorticotrópica de la hipófisis anterior estimula la acción del amplio espectro de hormonas suprarrenales.

**Cortisona:** Sustancia esteroide de la corteza suprarrenal, su secreción es regida por la ACTH. Actúa sobre el metabolismo de los carbohidratos y modifica la nutrición del tejido conjuntivo o colágeno

**Depleción:** Disminución de la cantidad de líquidos de la sangre o de algún órgano.

**Depresión:** Disminución del estado afectivo que se manifiesta con tristeza y melancolía.

**Desorden bipolar:** Dícese de la psicopatologías que tienen dos extremos diferentes.

**Dicotomía:** Proceso de división en dos partes.

**Dipsomanía:** Impulso morboso e irresistible por las bebidas alcohólicas que se manifiesta en forma de accesos separados por intervalos libres de la obsesión que lo distingue del alcohólico ordinario.

**Diuresis osmótica:** Secreción abundante de orina, natural o provocada. Desplazamiento de solventes a través de una membrana permeable desde el punto mayor al de menor concentración.

**Diuréticos:** Agente o medicamento que aumenta la secreción de la orina.

**Estrógenos:** Término general para las sustancias que producen la ovulación y favorecen al embarazo.

**Glucosa:** Compuesto que existe en la sangre y otros tejidos; es cristalino, incoloro, soluble en agua y tiene la propiedad de ser dextrógiro.

**Glucosuria:** Presencia de glucosa en la orina, como consecuencia de una ingestión consecutiva de grandes cantidades de azúcar o almidón, o por deficiencias pancreáticas (insulina deficiente o nula) o renales (proporción anormal de azúcar en la sangre).

**Hiperglusemia:** Exceso de glucosa en la sangre.

**Hiperorexia:** Hambre canina o bulimia.

**Hipófisis:** Cuerpo o glándula pituitaria; órgano glandular situado en la silla turca y pendiente del cerebro por un pedículo o tallo pituitario. Consta de dos lóbulos, anterior que es glandular, y posterior que es nervioso, entre ambos existe una textura epitelial intermedia

**Hipofosfatemia:** Depleción en los niveles de fosfato, por lo regular derivada de trastornos hormonales.

**Hipomagnesemia:** Depleción de magnesio por una ingesta indecuada sumada a una alteración en la absorción renal o intestinal.

**Hipotálamo:** Subtálamo; porción ventral del diencefalo que comprende los cuerpos mamilares, el quiasma óptico, la lámina terminal e hipófisis.

**Hipotensión ortostática:** Disminución en la presión arterial al adoptar la posición vertical.

**Hormona pituitaria anterior:** La producida por el lóbulo anterior de la hipófisis (somatotropina, tirotropina, gonadotropina, adrenotropina, corticotropina, lactógena, etc.

**Hormona pituitaria posterior:** Pituitrina. Hormona antidiurética.

**Inanición:** Estado de agotamiento o debilidad que resulta de la privación completa o parcial de alimentos.

**Insulina:** Hormona pancreática, extracto incoloro de islotes de Langerhans, empleada en el tratamiento de la diabetes. Se expende en forma cristalina, de depósito (acción retardada) y asociada a la protaminacinc (comienzo de acción más lento y de mayor duración).

**Langerhans:** Célula pancreática, corpúsculos globulosos en el parénquima pancreático constituido por cordones celulares macizos arrollados y anastomosados sin conexión con los conductos glandulares. Son de naturaleza endocrina y están compuestos por células alfa (secretan glucagón) y beta (secretan insulina).

**Laxantes:** Medicamentos o preparaciones purgantes que obran sin irritar el intestino.

**Lecitinia:** Monoaminofosfátidos que se encuentran en la yema de huevo y en general en todas las células corporales, predominantemente en el músculo cardíaco.

**Metabolismo:** Suma de cambios que consuman la función nutritiva. Consta de anabolismo y catabolismo.



**Morfinismo:** Intoxicación por el abuso de la morfina, especialmente de la bebida.

**Neurosis:** Nombre genérico de un grupo de afecciones nerviosas funcionales, sin substrato anatómico apreciable ni alteración de la personalidad.

**Neurotransmisores:** Sustancias liberadas por impulsos nerviosos, principalmente por acción hormonal o formada por células neurosecretoras.

**Norepinefrina:** Precursor de la adrenalina (hormona secretada por la médula suprarrenal).

**Oligomenorrea:** Menstruación escasa o poco frecuente; hipomenorrea, opsomenorrea.

**Osteoporosis:** Formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación por ampliación de sus conductos.

**Péptidos:** Derivado proteínico constituido por la combinación de dos o más aminoácidos, con unión del grupo carboxilo de uno y con el grupo amino del otro, dando como resultado la eliminación de una molécula de agua.

**Peristalsis:** (Movimiento de Peristaltismo ) Movimiento ventricular característico de los órganos tubulares provistos de fibras musculares circulares y longitudinales, especialmente intestino, en virtud del cual su contenido progresa.

**Pituitaria:** Relativo a la secreción de moco o flema. (Hipófisis pituitaria, mucosa que tapiza las fosas nasales).

**Protoplasma:** Composición química compleja que contiene gran cantidad de agua en la que se hallan disueltos o en suspensión cuerpos orgánicos y sales inorgánicas.

**Psicoanálisis:** Método de tratamiento de algunas enfermedades mentales en las que el paciente proyecta sobre el psiquiatra los conflictos, actitudes y emociones que han utilizado de manera reiterada y que proceden de experiencias pretéritas de la infancia.

**Psicodinamia:** Estudio de los factores causales de los procesos mentales.

**Serotonina:** Sustancia que se produce en el organismo en el curso del metabolismo del triptófano, por oxidación y descarboxilación. Se forma en las células del tracto intestinal y que se transporta al organismo por medio de las plaquetas sanguíneas; tiene facultades vasoconstrictoras y favorece el peristaltismo intestinal.

**Síncope:** Desfallecimiento, desmayo, o lipotimia, generalmente constitutivo a anemia cerebral aguda.

**Trastornos de la personalidad:** Patrones de conducta alterados que se caracterizan por reacciones al estrés relativamente fijas, inflexibles y estilizadas, que representan la forma en la que un individuo interactúa con otras y acontecimientos externos independientes de la realidad externa.

**Triptófano:** Aminoácido que existe en las proteínas y que es liberado por la acción de la tripsina.

**Tripsina:** Enzima proteolítica derivada de la acción de la enterocinasa intestinal (enzima proteolítica del jugo pancreático que convierte el tripsinógeno en tripsina). Cataliza la hidrólisis de las uniones peptídicas en las proteínas.

**Vasopresina:** Hormona del lóbulo posterior de la hipófisis que estimula la contracción de fibras musculares lisas de las arteriolas y de la musculatura intestinal, aumentando por consiguiente la presión sanguínea y el peristaltismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hobbs RC., "Bulimia, a historical outline". J Int Eating Disorders 1996; 20 (4): 345-358
2. Association Pshychiatric American DSM-IV 1994.
3. Bulik C, Sullivan PF, Fear J, Pickering A: "Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa". J Nerv Ment Dis 1997; 185:704-707
4. Casper RC, Eckert ED, Halmi KA, Goldberg SC, Davis JM: "Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa". Arch Gen Psychiatry 1980; 37:1030-1035
5. www.psych.org
6. Casper RC, Eckert ED, Halmi KA, Goldberg SC, Davis JM: "Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa". Arch Gen Psychiatry 1980; 37:1030-1035
7. Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM: "The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct group". Arch Gen Psychiatry\_1980; 37:1036-1040
8. Kassett JA, Gwirtsman HE, Kaye WH, Brandt HA, Jimerson DC: "Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa". Am J Psychiatry 1988; 145:1287-1288
9. Wilson CP, Hogan CC, Mintz IL: Fear of Being Fat: The Treatment Of Anorexia Nervosa and Bulimia, 2nd ed. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1985
10. Wilson CP, Hogan CC, Mintz IL: Psychodynamic Technique in the Treatment of Eating Dis-orders. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1992
11. Carlat DJ, Camargo CA Jr, Herzog DB: Eating disorders in males: a report on 135 patients. Am J Psychiatry 1997; 154:1127-1132
12. Andersen AE: Males With Eating Disorders. New York, Brunner/Mazel, 1990

13. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of sub-groups. Am J Psychiatry 1995; 152:1052-1058
14. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of sub-groups. Am J Psychiatry 1995; 152:1052-1058
15. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1991; 148:1627-1637 (94)
16. Heatherton TF, Nichols P, Mahamedi F, Keel P: Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. Am J Psychiatry 1995; 152:1623-1629
17. Toro J, Nicolau R, Cervera M, Castro J, Blecua MJ, Zaragoza M, Toro A: A clinical and phe-nomenological study of 185 Spanish adolescents with anorexia nervosa. Eur Child Adolesc Psychiatry 1995; 4:165-174
18. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J: Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:712-718
19. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychol Med 1994; 24:859-867
20. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW: Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:810-818
21. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1991; 148:1627-1637 (94)
22. [www.mentalhealth.com](http://www.mentalhealth.com)

23. Davis C, Kennedy SH, Ravelski E, Dionne M: The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. Psychol Med 1994; 24:957-967
24. Garner DM, Rosen LW, Barry D: Eating disorders among athletes: research and recommendations. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1998; 7:839-857
25. Zerbe KJ: Feminist psychodynamic psychotherapy of eating disorders: theoretic integration informing clinical practice. Psychiatr Clin North Am 1996; 19:811
26. Zerbe KJ, March S, Coyne L: Comorbidity in an inpatient eating disorders population: clinical characteristics and treatment implications. Psychiatr Hospital 1993; 24:3-8
27. Bloom C, Gitter A, Gutwill S: Eating Problems: A Feminist Psychoanalytic Treatment Model. New York, Basic Books, 1994
28. Zerbe KJ: The Body Betrayed: Women, Eating Disorders, and Treatment. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993
29. Zerbe KJ: Whose body is it anyway? understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. Bull Menninger Clin 1993; 57:161-177
30. Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED: Bulimia: a report of 34 cases. J Clin Psychiatry 1981; 42:60-64
31. [www.eatingdisorders.com](http://www.eatingdisorders.com)
32. Lilenfeld L, Kaye W, Greeno C, Merikangas KR, Plotnicov KH, Pollice C, Radhika R, Strober M, Bulik C, Nagy L: Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. Int J Eat Disord 1997; 22:253-264
33. Mitchell JE, Hatsukami D, Pyle R, Eckert E: Bulimia with and without a family history of drug use. Addict Behav 1988; 13:245-251
34. Bulik CM, Sullivan PF, Rorty M: Childhood sexual abuse in women with bulimia. J Clin Psychiatry 1989; 50:460-464

35. Schmidt U, Tiller J, Treasure J: Self-treatment of bulimia nervosa: a pilot study. Int J Eat Dis-ord 1993; 13:273-277
36. Vize CM, Cooper PJ: Sexual abuse in patients with eating disorder patients with depression and normal controls: a comparative study. Br J Psychiatry 1995; 167:80-85
37. Hudson JI, Pope HG Jr, Yurgelun-Todd D, Jonas JM, Frankenburg FR: A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. Am J Psychiatry 1987; 144:1283-1287
38. Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED: Bulimia: a report of 34 cases. J Clin Psychiatry 1981; 42:60- 64
39. Kaplan AS: Medical and nutritional assessment, in Medical Issues and the Eating Disorders: The Interface. Edited by Kaplan AS, Garfinkel PE. New York, Brunner/Mazel, 1993, pp 1- 16
40. Kaye W, Kaplan AS, Zucker ML: Treating eating disorders in a managed care environment. Psychiatr Clin North Am 1996; 19:793-810
41. Garfinkel PE, Kaplan AS: Starvation based perpetuating mechanisms in anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord 1985; 4:651-655
42. Kaplan AS: Medical and nutritional assessment, in Medical Issues and the Eating Disorders: The Interface. Edited by Kaplan AS, Garfinkel PE. New York, Brunner/Mazel. 1993. pp 1- 16
43. Kaye W, Kaplan AS, Zucker ML: Treating eating disorders in a managed care environment. Psychiatr Clin North Am 1996; 19:793-810
44. Kaplan AS, Olmsted MP: Partial hospitalization, in Handbook of Treatment for Eating Dis-orders. 2nd ed. Edited by Garner DM, Garfinkel PE. New York, Guilford Press. 1997. pp 354-360
45. American Psychiatric Association: Practice guideline for eating disorders. Am J Psychiatry 1993; 150:212-228
46. Andersen AE: Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Bal-timore, Md, Johns Hopkins University Press, 1985

47. Owen W, Halmi KA: Medical evaluation and management of anorexia nervosa, in Treat-ments of Psychiatric Disorders: A Task Force Report of the American Psychiatric Association, vol 1. Washington, DC, APA, 1989, pp 517-519
48. Laessle RG, Zoettle C, Pirke KM: Meta-analysis of treatment studies for bulimia. Int J Eat Dis-ord 1987; 6:647-654
49. Agras WS, Schneider JA, Arnow B, Raeburn SD, Telch CF: Cognitive-behavioral and re-sponse prevention treatments for bulimia nervosa. J Consult Clin Psychol 1989; 57:215-221
50. Connors ME, Johnson CL, Stuckey MK: Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. Am J Psychiatry 1984; 141:1512-1516
51. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M: Psychotherapy and bulimia ner-vosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:419-428
52. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT: Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bu-limia nervosa: a comprehensive treatment manual, in Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. Edited by Fairburn CG, Wilson GT. New York, Guilford Press. 1993, pp 361-404
53. Freeman CP, Barry F, Dunkeld-Turnbull J, Henderson A: Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. Br Med J (Clin Res Ed) 1988; 296:521-525
54. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M: A comparison of cog-nitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1993; 150:37-46
55. Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23:56-62 Malenbaum R, Herzog D, Eisenthal S, Wyshak G: Overeaters anonymous. Int J Eat Disord 1988; 7:139-144



56. Mitchell JE, Pyle RL, Pomeroy C, Zollman M, Crosby R, Sein H, Eckert ED, Zimmerman R: Cognitive-behavioral group psychotherapy of bulimia nervosa: importance of logistical variables. Int J Eat Disord 1993; 14:277-287
57. Mitchell JE, Pyle RL, Pomeroy C, Zollman M, Crosby R, Sein H, Eckert ED, Zimmerman R: Cognitive-behavioral group psychotherapy of bulimia nervosa: importance of logistical variables. Int J Eat Disord 1993; 14:277-287
58. Kirkley BG, Schneider JA, Agras WS, Bachman JA: Comparison of two group treatments for bulimia. J Consult Clin Psychol 1985; 53:43-48 (208)
59. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner ME, Doll HA, Peveler RC: A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:304-312
60. Kirkley BG, Schneider JA, Agras WS, Bachman JA: Comparison of two group treatments for bulimia. J Consult Clin Psychol 1985; 53:43-48
61. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Conner ME, Doll HA, Peveler RC: A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:304-312
62. Hughes PL, Wells LA, Cunningham CJ, Ilstrup DM: Treating bulimia with desipramine: a double-blind placebo-controlled study. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:182-186
63. Mitchell JE, Groat R: A placebo-controlled double-blind trial of amitriptyline in bulimia. J Clin Psychopharmacol 1984; 4:186-193
64. Walsh BT, Stewart JW, Roose SP, Gladis M, Glassman AH: Treatment of bulimia with phenelzine: a double-blind placebo controlled study. Arch Gen Psychiatry 1984; 41:1105-1109
65. Fichter MM, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. J Clin Psychopharmacol 1996; 16:9-18

66. Kaplan AS, Garfinkel P: Difficulties in treating patients with eating disorders: a review of patient and clinician variables. Can J Psychiatry 1999 (in press)
67. Jerry E. Bouquot & Richrad J. Seime; Bulimia Nervosa: Dental perspectives. J. Oral Pathology 1997; 9:6 655-664
68. FJT . Burke, TJ Bell, N. Ismail & P. Hartley; Bulimia: Implications for practising dentist. J British Dental, 1996 180; 11 421-426
69. www.odontocl.com
70. J. Regezi, Sciubba, Patología Bucal; 3ª edición 1991 Editorial Interamericana-McGraw Hill México
71. Harrison, Eugene y Bran Wald. Principios de medicina interna, 11a ed. Editorial Interamericana- McGraw Hill México
72. Karl Woodmasey; Managing erosion associated with BN, Dentistry Today oct. 1996 pags 85-89
73. A. Milosevic, J. Dawson; Salivary factors in vomiting bulimic with and without pathological tooth wear; Caries Research 1996; 30 pag 361-366
74. C. Tylenda, W. Roberts; Bulimia Nervosa: its effect on salivary chemistry JADA, vol. 122, June 1991 pag. 37-41
75. U. Schmidt, J. Treasure; Eating disorders and the dental practitioner; Eur J. Prosthodont Dent Vol. 5 No. 4 pag 161-167
76. J. Hastings; Conservative Restoration of function and aesthetics in a bulimic patient; Periodontic Prosthodontic & Aesthetics 2000 Vol. 8 No. 8