



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN
ESTUDIANTES DE LA F.O. CON
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANOREXIA
Y BULIMIA NERVIOSA. UNAM 2004.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MAYRA IVONNE IBARRA SANDOVAL

DIRECTOR: C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

ASESORA: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. O. B. O.' followed by a stylized flourish.

MÉXICO.

ABRIL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A TI DIOS

Por darme la oportunidad de llegar a este momento tan importante de mi vida, por todas las cosas maravillosas que me has brindado, te doy las gracias DIOS.

A MARIA JOSE Y MAXIMILIANO

A ustedes mis pequeños dedico esta tesina, por se mi máxima ilusión por ser mi más grandes amores y doy gracias a dios por haberme mandado a sus mejores angelitos, los adoro hijos.

A TI MI AMOR JOSE LUIS

A ti te doy las gracias por estar a mi lado en los momentos bueno y malos, por enseñarme a ser una mujer feliz , por darme tu cariño, amor y comprensión que necesite , en la realización de esta tesina que también es tuya y a lo largo de lo que llevamos unidos, gracias por ser como eres, soy inmensamente feliz a tu lado te amo JOSE LUIS.

A TI MAMI

Te doy las gracias por haberme dado la vida, por enseñarme a ser una mujer de bien, triunfadora, por darme un buen consejo, por darme amor, cariño y comprensión, por aguantar mi horrible carácter como dices, pero sobre todo por darme la oportunidad de sentir el orgullo de ser tu hija. Gracias Mami.

A TI PAPA

Que donde quiera que te encuentres te doy las gracias por darme la vida, y por acompañarme en los momentos más padres de mi vida como lo fue mi niñez y que la disfrute junto a ti gracias FLACO

A TI COQUI

Por haber crecido junto a mi, por darme cariño, por saber que siempre estaremos juntos, y por querer a mis hijos tanto. Te quiero coqui.

A MI SUEGRA Y ARMANDO

Les agradezco el apoyo que me brindaron para mis hijos y para mi en la realización de este trabajo.

Y a todos los que de alguna manera me ayudaron en la realización de este trabajo.

RECONOCIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Principalmente a la Facultad de Odontología por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios profesionales, con sus mejores académicos.

AL DR. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

Por su tutoría dentro de la realización de mi tesina, sobre todo por compartir sus conocimientos y su gran amistad de amigo, que sabré valorar muchas gracias.

A LA MTRA DRA. ARCELIA MELÉNDEZ O.

Gracias por compartir su conocimientos dentro de la realización de mi trabajo

*PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN
ESTUDIANTES DE LA F.O. CON SIGNOS Y
SÍNTOMAS DE ANOREXIA Y BULIMIA
NERVIOSA. UNAM 2004*

INDICE

Introducción	
1. Antecedentes	1
2. Planteamiento del Problema	22
3. Justificación	23
4. Hipótesis	24
5. Objetivos	
5.1 Objetivos Generales	24
5.2 Objetivos Específicos	25
6. Metodología	25
Materiales y Métodos	25
6.1 Tipo de Estudio	28
6.2 Población de Estudio	28
6.3 Muestra	28
6.4 Criterios de Inclusión	28
6.5 Criterios de Exclusión	29
6.6 Criterios de Eliminación	29
6.7 Variables	29
6.7.1 Operacionalización	29
6.7.2 Variable Dependiente	30
6.7.3 Variable Independiente	30
7. Análisis de los Datos	31
8. Resultados	32
9. Discusión	62
10. Conclusiones	64
11. Fuentes de Información	65

12. Anexos	68
13. Glosario	69

INTRODUCCIÓN

Hoy en día en nuestra actualidad la imagen es un BOOM, es lo más predominante, principalmente en mujeres que en los hombres, en quienes ahora también ya se encuentra, esta preocupación en estos mismos, y como todo recurrimos a lo más fácil, a lo más rápido para poder llegar a lograr nuestros objetivos, es el estar delgado y tontamente estar a la moda, es por esta razón que llegamos a gastar el dinero en dietas estrictas, en una excesiva rutina de ejercicios y así como también en la compra de productos light, pero este problema se enfatiza más en la adolescencia, claro sin dejar a un lado a las mujeres adultas, es por esta razón que el tema conlleva a la triste realidad de llegar a padecer algún Trastorno de la Alimentación y entre ellos encontramos a la ANOREXIA o BULIMIA NERVIOSA, las cuales son alarmantemente difíciles de detectar a tiempo, sin embargo, los familiares de este tipo de personas son los últimos en enterarse de la triste realidad, y son atendidos a destiempo, en algunos casos puede llegar hasta la muerte de la persona, la prevalencia de esta enfermedad es mayor que aquellos que se someten a tratamientos y aquí es donde el Cirujano Dentista puede llegar a jugar un rol muy importante en la detección de este tipo de trastornos, así como las alteraciones bucodentales y presencia de caries dental, para poder así dar una alternativa de tratamiento si el paciente no lo sabe aun o si lo sabe tratar de guiarlo, para que pudiese ser atendido a la brevedad posible.

1.ANTECEDENTES

Es posible que el fenómeno de la inanición, (o adelgazamiento), se haya registrado desde la antigüedad. Soranos entre los años 98-138 describe la amenorrea y la anorexia en la mujer, Galeno en el año 155, describe un cuadro de emación en el que el paciente es incapaz de comer alimento alguno ⁽¹⁾, por lo pronto en el siglo IX un monje de Monherm se encuentra en la historia de la joven Friderada que se llevo a curar en el santuario de Santa Walpurgis de una extraña enfermedad, que presentaba los signos y síntomas de un periodo de falta de apetito, rechazaba los alimentos sólidos y vomitaba los productos lácteos que ingería, al poco tiempo dejo de comer por completo. Es como tambien lo menciona Habermans⁽²⁾, Asi como tambien en el mundo árabe llegamos a encontrar algunas referencias relacionadas con anorexia en el siglo XI; Avicena hace la descripción de la enfermedad del joven príncipe Hamdham, que estaba muriendo por negarse a comer, preso de intensa melancolía esta descripción se considera la relativa a la anorexia en un texto medico, aunque probablemente sea secundaria a un cuadro depresivo⁽³⁾. La historia hace referencias que en 1373 o 1374 Cateherina Benica se flagelaba tres veces al día, es aquí donde interviene la religión, en la cual la flagelación consistía en el pecado, por la vida y por la muerte, ella solamente se alimentaba de pan, agua y vegetales crudos. Toda esta recuperación de la bibliografía de Santa Catalina de Siena y su integración en el contexto de la anorexia nerviosa se debe a Rudolph M. Bell quien en su obra Holy Anorexia Nerviosa se analiza la vida de Catalina y de toda una amplia galería de mujeres santas, cuyo comportamiento alimentario, lo lleva

considerar sospechoso de tal trastorno en un lapso muy corto de tiempo. Catalina Benica perdió la mitad de peso, con el propósito de ingresar a la orden dominical, en ese mismo año acabo definitivamente su abstinencia alimentaria, su muerte sobrevino a los tres meses, tras un periodo de convulsiones y probablemente un estado comatoso⁽⁴⁾, así es como Bell, ha revisado escritos bibliográficos, cartas, testimonios de confesores y actas de canonización de más de 261 mujeres italianas desde el siglo XIII hasta el actual diciendo en donde todas ellas eran religiosas y muchas de ellas pudieran haber padecido anorexia nerviosa. Desde el siglo IV ya existía antecedentes en Egipto y Palestina, porque suprimían la comida por el vino o la carne y algunos dejaban de comer por completo, durante periodos más o menos prolongados se dice que un eremita comía solamente cada tres meses. Siglos después los exorcistas incorporan el ayuno y la plegaría. En el cristianismo el ayuno era una penitencia, un signo de remordimiento por los pecados cometidos, en la edad media y bastante tiempo después y ahora en algunos ámbitos, la justificación e interpretación religiosa era evidente cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este genero de "trastornos" los denominaron *Inedia Prodigiosa* y *anorexia Mirabilis*⁽⁴⁾.

De igual forma se llegó a mencionar que mantenerse sin comer era un signo de santidad ⁽⁴⁾, en cuanto a Bynum ha señalado la invariable asociación entre abstinencia alimentaria y eucaristía que se daba en todas estas mujeres medievales, así como su papel que debían renunciar al seguir los pasos de Cristo. Es evidente que cualquier comportamiento hay que procurar entenderlo en el contexto histórico y cultural así la peculiaridad conductu alimentaria de esas mujeres santas contaban con indudables raíces religiosas, más sus drásticas restricciones alimentarias, su pérdida de peso y consiguiente malnutrición, su obesidad en la persecución y mantenimiento de sus objetivos generales y los alimentos en particular, sus vómitos y sus laxantes, su sorprendente vitalidad e hiperactividad a pesar de su evidente inanición, sus frecuentes comportamientos compulsivos, incluyéndolos autolesivos, junto con sus trastornos y muertes consiguientes a su desnutrición, dibuja un cuadro sin duda compatible con la anorexia nerviosa tal y como hoy la concebimos. ⁽⁵⁾

Asimismo existe el reporte de anorexia nerviosa de Inglaterra en 1684 por Morton es cuando se comenzó a definir como trastorno alimentario asociado con la ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes denominado Consumación Nerviosa otros como Lasegue en 1873 y Gull asocian el diagnostico clínico que distingue el ayuno psicogeno, el miedo anormal a la obesidad a pesar de la emaciación y así en muchos reportes ya se comienza asociar la anorexia con los síntomas bulimicos y a la par con estudios sobre anorexia, fueron descubriendo la bulimia nerviosa. ⁽⁶⁾

Gartinkel y Garnes , consideran la anorexia nerviosa como un trastorno diferenciado de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes. Siguiendo la línea de trabajo propuesta por Gartinkel y Garnes en la actualidad se tiene una visión pragmática y heterodoxa del problema considerando que en la génesis del trastorno debe influir una serie de factores concatenados, psicológicos, biológicos y sociales, que en un momento determinado desencadenan el trastorno.⁽⁷⁾

En la actualidad la anorexia nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el manual estadístico de los trastornos mentales (DSMIV), en la enfermedad existe el persistente deseo de mantener el peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal. Los pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal ⁽⁸⁾

Cabe mencionar que cuando se habla de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comportan como un "organismo hambriento " ⁽⁹⁾

De la bulimia existen reportes muy tempranos y certeros desde los bacanales romanos se practicaban lo que hoy se conoce como bulimia, termino en el que deriva el griego "bulymi" (traducido quiere decir hambre de buey) en los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades los primeros reportes sobre conducta bulímica se mencionaba que era un síntoma de otras enfermedades; asimismo estos reportes fueron descritos a fines del siglo XIX, aunque generalmente asocian a la anorexia nerviosa, Sollier en 1891; Bouveret en 1893; Girou en 1905; Janet en 1908; Schottky en 1932 describen el vomito autoinducido, en pacientes anoréxicos, como recurso para contrarrestar la obligación de comer o para evitar ganar peso. En cuanto al abuso de laxantes o medicina tiroidea con el propósito de controlar su peso fue reportado por Nogues en 1913 después en forma esporádica, la bulimia nerviosa no es considerada como síndrome sino hasta 1940 es un reporte temprano de un síndrome Ludwig 1944 es el que reporta un dato más temprano y detallado sobre la conducta de anorexia, que posteriormente se convierte en predominantemente bulímica. Al final Abraham en 1916; Krisbaum en 1951; Lidner en 1955 y Stunkard en 1959, describen los síntomas clínicos de la bulimia, ligándolas a un estado neurótico. Zarate refiere que Hellstrom reconoce los trastornos sobre los dientes y fueron reconocidos hace apenas 23 años en los 70'.⁽⁶⁾

La información más reciente acerca de la bulimia nerviosa aparece en la primera década de los 50' aumentando considerablemente las mismas hace 15 años. En la bulimia hay que distinguir claramente dos aspectos, por un lado esta el comportamiento ingestivo incontrolado, de las que aparecen datos históricos que se remontan al siglo XVIII, por otro lado se encuentran las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso. ⁽⁸⁾

Galeno describió ya la "Kyos orexia" o hambre de perro canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII Y XIX , ya en los 70' por quien fue descrita como síndrome de purga y atracones o *bulimarexia* . Es hasta el año 1980 que se denomina de bulimia y finalmente fue aceptado el término de bulimia nerviosa en 1987⁽¹⁰⁾

Es importante señalar que en la anorexia como en la bulimia nerviosa se ha ido incrementando en distintos sectores de la población (principalmente adolescentes y mujeres jóvenes) aunque también se comienza a manifestar en otro grupo del que no se tiene demasiado conocimiento como es el de actividades deportivas, donde se enfatiza la figura esbelta, con gran componente magro y poco graso así como lo es en la gimnasia, patinaje artístico, ballet, modelaje, etc., la bulimia y la anorexia nerviosa son los trastornos alimentarios más graves que conocemos hoy en día ya que se comienzan ambas a caracterizar por alteraciones de la conducta alimentaria⁽¹¹⁾

Según la (Organización Mundial de la Salud) OMS ha clasificado la bulimia y la anorexia nerviosa como trastornos mentales y del comportamiento . La anorexia es una enfermedad mental, ya que el temor a engordar y la falta de auto control, sobre la alimentación, hace que los sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental depresivo⁽¹³⁾

La anorexia se define como un rechazo pertinaz de todo tipo de alimento, por días o puede alargarse hasta por meses llegando finalmente a la inanición y como consecuencia a la muerte, las personas que sufren de anorexia nerviosa , no se acompañan al principio de la enfermedad de alguna otra de origen orgánico, se manifiesta principalmente en mujeres, esto hace poco, pero en la actualidad ha ido ganando jóvenes de ambos sexos, primordialmente el porcentaje es elevado en pacientes con Anorexia Nerviosa. Las mujeres hoy llegan a una excesiva pérdida de peso corporal y también en la actualidad a los hombres jóvenes, señoras, niñas, han demostrado un rechazo hacia el alimento, la anorexia poco a poco y silenciosamente acaba con la salud y autoestima del paciente que la presenta⁽¹⁴⁾.

Con respecto a los trastornos del comer estos se caracterizan por ser enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir de una cultura en la cual hay sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez ⁽¹⁷⁾.

Esta denominación de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) incluyen un par de entidades nosológicas bien definidas como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa , con criterios de diagnósticos bien establecidos en la actualidad y sobre los cuales existe acuerdo internacional. Los TCA son un tema de gran actualidad no solo entre el gremio de la salud sino en la población en general, con gran impacto publicitario, que involucra todos los medios masivos de comunicación, dada la espectacularidad de su sintomatología, especialmente tratándose de la Anorexia Nerviosa en personalidades nacionales e internacionales y el riesgo de muerte que conlleva, con no pocos casos clásicos: La princesa "Lady Di" , la famosa cantante Karen Carpenter , fallecida por tal causa, así se trata de una verdadera epidemia de estas enfermedades; si simplemente estamos ante una situación que ignorábamos y que ahora llama nuestra atención para estar a la moda o al contrario por estar ala moda se han desencadenado este tipo de trastornos. ⁽²⁰⁾

La enfermedad de la anorexia y bulimia nerviosa suele iniciarse por medio de dietas y posteriormente puede acompañarse de intenso ejercicio y el uso de diuréticos y laxantes.

Su etiología es desconocida, aunque se sabe que existe una alteración en el hipotálamo, esta desaparece cuando existe un aumento de peso, pero también se comenta que actúan los aspectos psicológicos, se estima que la función alterada del neurotransmisor y vasoconstrictor serotonina que estimula al músculo liso y disminuye la secreción gástrica⁽¹⁴⁾ Una causa principal es psicogena esta a su vez actúa sobre los centros hipotalámicos del apetito, haciendo presente el rechazo al alimento. La liberación de gonadotrofinas produce amenorrea. La anorexia conduce a la hipofagia, a la disminución del aporte calórico, desnutrición desaparición del tejido adiposo y acentuación del catabolismo proteico, esta puede comenzar como un episodio aislado o como un proceso insidioso a lo largo de meses o años.⁽¹⁵⁾

Entre los signos y síntomas que refiera la anorexia nerviosa podemos encontrar: pérdida de peso primordialmente, piel pálida, pérdida de cabello, gases intestinales, trastornos endocrinos, amenorrea, estreñimiento, diarrea, bradicardia, hipotermia, hipotensión, la piel se pigmenta amarillenta por hiperqueratosis, bello corporal (lanugo) , hipotensia sexual, esterilidad por baja testosterona y gonadotrofinas, cianosis , petequias, equimosis, cambios de percepción de sabores, constipación, dolor abdominal; existen problemas mayores como taquiarritmias, broncoaspiración, ruptura esofagica o gástrica, pancreatitis, riesgo de muerte, ulcera estomacal y esófago, trastornos

hormonales y tiroideos, garganta irritada, desmayos, aumento de riesgo de contraer infecciones, pelo quebradizo, dolor de cabeza, uso de laxantes y diuréticos, si a su vez las manifestaciones bucales que presentan este tipo de pacientes son, caries dental, erosión dental, descalcificación del esmalte, alteraciones de mucosa bucal y tejidos periodontales, sialodenois y xerostomía^(1, 3,4,5,6,10,11,12,13,16)

La caries dental es una enfermedad destructiva de las estructuras del diente en ambos desordenes pero en especial en la bulimia nerviosa puede presentar serias complicaciones ya que es el resultado de el tipo de comida que ingieren estos pacientes y por erosión dental causada por el vomito siendo en la anorexia más difícil de identificar^(6,10,16)

Los síntomas desde el punto de vista psicológico; son que el paciente se torna irritable, agresivo, inseguro, ansia desmedida, insomnio, falta de concentración, desinterés sexual, ejercicio compulsivo, bajo rendimiento intelectual, y físico, peso bajo de lo normal, ver su cuerpo sumamente obeso, perfeccionista, evita responsabilidades, cambio drástico de humor, puede llegar a padecer bulimia nerviosa.^(10,11,13,16)

La anorexia se caracteriza por la auto inanición provocada y excesiva pérdida de peso, acompañada por un intenso temor a la gordura, por comer golosinas, tomar grandes cantidades de café y/o fumar en exceso, comienza por un período de ayuno, llevan a pie de renglón el conteo calórico de cada alimento que consume, realizan ejercicio excesivo y se purgan después de comer. ⁽¹⁶⁾

En México no existe información sobre prevalencia o incidencia de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria.⁽¹⁷⁾ Así mismo Tamayo refiere que la prevalencia es de 0.4 al 5 % en la población general y en las mujeres de entre 14 y 18 años, el 5% de anorexia puede iniciarse a los 20 años, la raza que más predomina y/o tiene o llega a padecer el trastorno es la blanca o caucásica en 1975, el número de anorexia nerviosa perteneciente a clase social alta disminuye, presentándose principalmente en modelos, bailarinas, individuos con adopción de una imagen cultura que asocia a la belleza con un mínimo de contenido de grasa, ya que la dieta es el factor de mayor riesgo para la patogénesis de un trastorno de alimentación. Llega a referir que la tasa epidemiológica de la anorexia nerviosa en pacientes hombres va aumentando, en ellos tienden a ocultar más el trastorno del comer que las mujeres haciendo el tratamiento más difícil porque la enfermedad puede estar bien avanzada cuando se diagnostique. ⁽¹⁷⁾

Lamentablemente en la actualidad la belleza, la televisión, revistas y todo lo relacionado con la publicidad en cuanto a imagen corporal se refiera, muestran mujeres de siluetas esbeltas y por ende la comunidad que percibe esta información se asombra en ver las figuras que presentan, la moda de la ropa, que ahora en la actualidad en talla se refiera es muy pequeña y es aquí donde la juventud, se inquieta por ponerse ese tipo de prendas. Es cuando comienza otro tipo de trastorno alimentario, que es la bulimia nerviosa, esta enfermedad se caracteriza por una ingesta voraz y desmedida de alimentos principalmente altos en calorías y terminan por provocarse el vomito o abusando de diuréticos o laxantes, también se le conoce como "hambre de buey", en esta enfermedad la pérdida de peso es notoria, las mujeres jóvenes que padecen, sufren de una preocupación excesiva por su figura y peso, estos pacientes también pueden presentar ayuno y si este se prolonga por mucho tiempo es aquí donde se presenta la ANOREXIA NERVIOSA ⁽¹⁶⁾. Se menciona que la bulimia se llega a presentar al final de la adolescencia, y se caracteriza por no parar de comer voluntariamente también se presenta una sensación de depresión al acabar el acto, los pacientes bulímicos, tienen una historia de Anorexia nerviosa, evidente u oculta, los episodios de ingesta masiva de comida van seguidas de la provocación del vomito, con o sin ingestión de laxante, el vomito es provocado por un estímulo a la garganta ocasionado por un cepillo de dientes o con la inducción de los dedos, que aunque pasando el tiempo, el paciente aprende a vomitar de una forma refleja, los pacientes con bulimia nerviosa suelen comer alimentos ricos en carbohidratos y normalmente consumen más de un

alimento, los helados, pan, caramelos, donuts, refrescos, etc., lo más normal es que este tipo de pacientes tengan caries dental, estos pacientes suelen robar la comida, puede existir el abuso de alcohol e incluso de drogas, la depresión puede ser más intensa que en la anorexia nerviosa, siendo el suicidio un riesgo.⁽¹⁸⁾



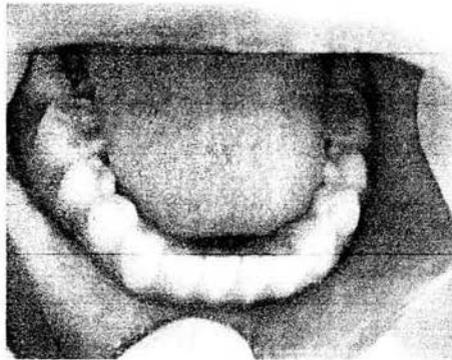
El de tipo restrictivo se describe por cuadros clínicos y la pérdida de peso, se consigue con dietas o ejercicio intenso

Las de tipo compulsivo purgativo se llega a describir que el paciente recurre a atracones o purgas, laxantes o al vómito ⁽¹⁸⁾

Con respecto a la etiología esta relaciona al trastorno psicológico de depresión en aspectos referentes a agresividad, conducta sexual, desaprobación personal, control o manipulación del ambiente externo, baja autoestima, o amor propio.⁽⁶⁾

Dentro del ambiente familiar encontramos que las familias de los pacientes son rígidos, estrictos, poco tolerantes a los cambios de humor de su familiar con síndromes de trastorno alimentario.⁽¹⁶⁾

Fisiológicamente se ha encontrado participación de algún neurotransmisor de los sistemas serotoninérgicos y noradrenergico, se sabe que las manipulaciones y estados naturales que aumenta su síntesis, reduce el apetito especialmente para carbohidratos y trastornan los mecanismos de la saciedad.⁽⁶⁾ Así mismo se demostró que estudios realizados a pacientes con padecimiento de bulimia habían sufrido de abuso sexual, y provenían de familias conflictivas con historia de alcoholismo, suicidio, depresiones etc ⁽¹⁵⁾.



Fuente directa

En los E.U. La epidemiología de la bulimia fluctúa del 2 % al 18 % de la gran mayoría de pacientes del 90 % son mujeres, aunque solo un 10 % de adultos con bulimia son hombres (21). Así mismo Tamayo llega a expresar que 1-15 % de mujeres estudiantes vomitan después de comer; el vomito autoinducido se presenta de 1al 2% aparece a los 16 a 18 años con predominio del sexo femenino (9:1). El curso puede ser crónico o intermitente. Un 40% de los pacientes permanecen bulímicos después de 18 meses de tratamiento y la recaída se presenta en un 65% de los casos después de un año de recuperación (Farbuurn & Begln en 1990, American Psychiatric Association, 1994; Foster , 1959 Sorprendentemente, algunas pacientes experimentan remisión de la sintomatología durante el embarazo y ganan cantidades recomendadas de peso, sin embargo este grupo de pacientes exhibirán un alto riesgo de depresión, hipertensión inducida por el embarazo y complicaciones obstétricas con mayores tasa de fórceps y cesáreas y complicaciones neonatales retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas y bajas puntajes de Apgar. ⁽¹²⁾

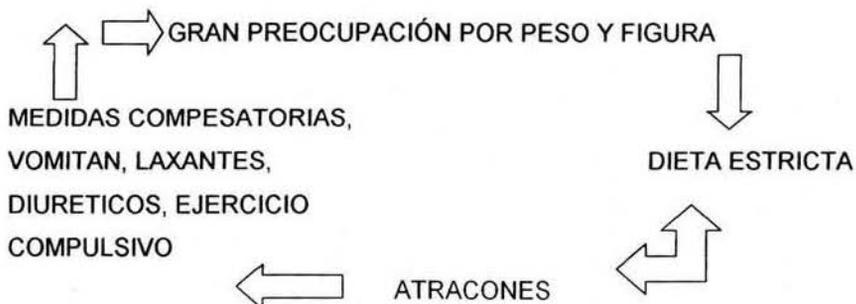


fuente directa

CICLO DE ANOREXIA NERVIOSA⁽²¹⁾



CICLO DE BULIMIA NERVIOSA



La alimentación aporta al organismo sustancias formativas y sustancias energéticas, donde las primeras sirven para la construcción, renovación y reposición de la materia orgánica. Sabiendo que existe el equilibrio entre las funciones formativas (anabólicas) y las destructivas (catabólicas), en todo alimento se encuentran algunas o todas las siguientes sustancias esenciales para la dieta: agua, carbohidratos, grasa, proteínas, vitaminas y minerales. Los tejidos bucales son directamente afectados por el déficit nutricional, y las alteraciones objetivas de estas estructuras son con frecuencia la molestia principal referida por los pacientes.⁽²²⁾

En cuanto a la cavidad bucal es donde encontramos las primeras manifestaciones clínicas de las deficiencias nutricionales. Una deficiencia calórica en los adultos puede dar como resultado caquexia, pérdida ponderal severa, letargia, exagerada y prominencia esquelética⁽²²⁾

TEJIDO	ALTERACIONES	NUTRIENTES/PADECIMIENTOS
MUCOSA BUCAL	Lengua fisurada, hiperplasia gingival, gingivitis marginal y generalizada y enfermedad periodontal.	Hipovitaminosis A
	Hiperpigmentación	Hipovitaminosis E

Sangrados gingivales, equimosis, Púrpura posoperatoria	Hipovitaminosis K
Gingivitis marginal, inflamación espon- josa de las encías, hiperemia, ulcera- ción y necrosis, enfermedad periodon- tal severa.	Hipovitaminosis C
Sangrado secundario a trombocitopenia, glositis eritematosa intensa e irritación	Hipovitaminosis B12
Glosodinia, estomatitis, mucosa bucal hiperémica e inflamada, gingivitis marginal Hipovitaminosis de Niacina y generalizada, crenación y fisuración	Hipovitaminosis de Niacina
Estomatitis angular, queilosis, glositis fisurada, roja y purpúrea con atrofia central final de las papilas filiformes y fungiformes	Arriboflavinosis (B2)
Estomatitis	Deficiencia de pirodoxina (B6)
Hipertrofia de las papilas linguales, Filiformes y fungiformes	Deficiencia de Tiamina (B1)
Palidez de mucosas, glosdinia, atro- fia de las papilas linguales	Deficiencia de hierro

Crecimiento de la tiroides; en el mixedema la lengua se encuentra Grande, edematoso, lo cual interfiere con el habla	Deficiencia de Yodo
Xerostomía, glosiitis con atrofia de papilas	Deficiencia de proteínas (Kwashiorkor)
Nódulos firmes, amarillentos y consistencia de cera, placas verrucosas y queratóticas	Proteinosis lípida
Macroglosia, hiperplasia gingival	Mucopolisacaridosis

LABIOS, PIEL
Y TEJIDOS

Xeroderma(resequedad generalizada de la piel), hiperqueratosis folicular, xerosis de las conjuntivas, xerftalmia, nictalopía, fotofobia y midriasis.	Hipovitaminosis A
Pelo escaso y grueso y queratinización de los labios	Hipervitaminosis A
Hiperemia peribucal, queilosis angular, Labios partidos, palidez labial.	Arriboflavinosis

Queilosis angular

Hipovitaminosis de
Piridoxina

Labios inflamados y edematosos
al igual nariz

DIENTES Y HUESOS

Hipoplasia de esmalte y retardo en la
erupción

Hipovitaminosis A

Desarrollo esquelético precoz, dedos
hipocráticos.

Hipervitaminosis A

Retardo en el crecimiento en niños
hipoplasia de esmalte, engrosamiento
del periostio. Raquitismo activo en
niños, nódulos en costillas, crecimiento
indoloro de la epífisis

Hipovitaminosis D

Crecimiento doloroso de las epífisis,
artralgias, hemorragias subperiósticas,
movilidad dentaria severa.

Hipovitaminosis C

Hipoplasia de esmalte en el desarrollo de
La dentición

Hipovitaminosis E

Efectos negativos en la formación y reab-
sorción ósea, desarrollo y mineralización
ósea

Déficit de calcio

Íntimamente asociado al metabolismo del calcio en los huesos y los dientes, por ejemplo raquitismo severo debido a baja en fósforo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que los pacientes que padecen Bulimia y Anorexia nerviosa, desarrollan alteraciones bucodentales como erosión del esmalte, xerostomía, alteraciones gingivales y caries dental entre otras alteraciones.

No esta bien dilucidado como se desarrolla la caries dental, en este tipo de pacientes, solo se hace mención que esta presente pero no se ha encontrado la información que describa la magnitud y la severidad de la caries dental en ambos tipos de pacientes.

Algunos de estos padecimientos se encuentran asociados a la ingesta de bebidas ricas en sacarosa, tambien algunos de estos pacientes ingieren, algún tipo de medicamentos llámense tabletas de dextrosa o Vitamina C, aunado a una deficiente higiene bucal.

Por lo tanto ¿la magnitud y severidad de la caries dental será igual en los pacientes con signos y síntomas de Bulimia y Anorexia Nerviosa?

3. JUSTIFICACIÓN

Es importante la realización de un estudio epidemiológico en esta área que nos permite conocer el desarrollo de estas manifestaciones bucales. Se sabe como se relaciona la erosión dental, la xerostomía, alteraciones gingivales, se conoce como se desarrollan las alteraciones bucales, pero no se tiene información del grado de afección, por caries dental y cuales son los dientes más afectados en este tipo de pacientes, es muy importante obtener esta información, porque talvez con ella se pudiera orientar al pacientes en cuanto a la atención Médica Odontológica.

Cabe hacer mención que este estudio se realizara en un número pequeño de estudiantes y que la información así como los resultados que de aquí se obtengan no podran ser inferidos al general de la población que presente estos tipo de trastornos, pero si servirá para que a futuro se pueda realizar estudios más extensos.

4.HIPOTESIS

Hi La prevalencia de caries dental es mayor en estudiantes con signos y síntomas de bulimia nerviosa que en estudiantes que presentan signos y síntomas de anorexia nerviosa

Ho La prevalencia de caries dental es igual en estudiantes con signos y síntomas de bulimia que en anorexia nerviosa

5.OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Se determino la prevalencia de caries dental en estudiantes con signos y síntomas de bulimia y anorexia nerviosa

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Se determino la prevalencia de caries dental mediante el índice CPOD, en cada uno de los grupos de estudiantes que presenten signos y síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa

Se determino la prevalencia de caries dental por edad, en cada uno de los trastornos.

Se determino el grado de caries dental en cada una de las estudiantes

6.METODOLOGIA

MATERIALES Y METODOS

Se realizo una encuesta a los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM donde se establecieron los signos y los síntomas de bulimia y anorexia nerviosa, ya aceptada la participar en el estudio , se obtuvo una entrevista con los estudiantes y se procederá a realizar el levantamiento epidemiológico de las variables de interés (ver anexo 2)

Para el levantamiento del CPOD se realizó una calibración Interexaminador e intraexaminador aplicando la prueba estadística de Kappa de Cohen , obteniéndose una concordancia del 98% en las observaciones.

Para determinar si las participantes tenían signos y síntomas de AN y BN, se considero lo siguiente en la encuesta , si la alumna refería temor a subir de peso, su autoestima era afectada por su peso, sentía culpa o vergüenza luego de comer, comienzan dietas con el fin de bajar de peso, que tan frecuente se siente incomoda al comer frente a otras personas, esconde la comida, se induce el vomito después de comer, utiliza laxantes, diuréticos, hacen ejercicio con la idea de no engordar, les baja la presión arterial, cuando no tienes hambre, se siente avergonzada de su peso,, come para manejar sus sentimientos, carga con la botella de agua con la idea de quemar grasa, ayunan para bajar de peso, irregularidades menstruales, problemas intestinales, aumentar 1 kg de peso tienen el temor a subirlo, se restringen de alimentos aun teniendo hambre.

Es de igual manera que se les realizó a cada una de ellas su Índice de Masa Corporal

El examen clínico se realizó en una unidad dental con luz artificial, se utilizó un espejo plano #5, explorador y se aplicaron los siguientes criterios, para el índice de CPOD (cariado, perdido, obturado), la exploración comienza por el cuadrante superior derecho en el diente 17 y se continúa con el diente 27 después al 37 y finalizamos en 47 para el levantamiento de índice CPOD se utilizaron los siguientes códigos y criterios.

Índice CPOD

0 sano Diente sano y se registra como sano si no presenta evidencia de caries clínicamente tratada.

1 cariado La caries se registra como presente cuando una lesión en una foseta, fisura o bien en una superficie lisa, tiene un piso reblandecido a la detección, el esmalte pierde continuidad o existe una pared reblandecida

2 perdido por caries Este registro se utiliza para dientes permanentes .

3 extracción indicada Cuando existen restos radiculares.

4 perdido por otra razón Cuando la pérdida se haya dado por algún traumatismo.

5 no erupcionado Esta clasificación esta restringida a dientes permanentes y usada únicamente para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado, pero que no esté presente un diente primario.

6 Obturado por otra razón Se utiliza coronas colocadas por otras razones diferentes a caries dental.

7 Obturado con caries Un diente se registra como obturado con caries, cuando tenga una o más restauraciones permanentes y también una o más áreas que estén cariadas.

8 Obturado sin caries Los dientes obturados sin caries son considerados así cuando una o más de las restauraciones que están presentes no tienen caries secundaria (recurrente) u otra área de diente con caries primaria.

99 no aplicable ⁽³¹⁾

GRADO DE CARIES DENTAL

1^o esmalte

2^o esmalte dentina con dolor provocado

3^o dentina pulpa con dolor espontáneo

4^o necrosis pulpar

5^o cemento

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Por las características de este estudio es epidemiológico transversal observacional.

6.2 POBLACION DE ESTUDIO

Estudiantes de la Facultad de Odontología de 1er. Y 2 o. Grado en ambos turnos de la UNAM. Del genero femenino.

6.3 MUESTRA

Esta muestra se obtuvo por conveniencia y esta constituida por 258 estudiantes que cumplen con los criterios de inclusión y se presentaron durante el periodo escolar 2003-2004.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estudiantes que aceptaron participar en el estudio

Estudiantes que tuvieron signos y síntomas de bulimia y anorexia nerviosa

Estudiantes mayores de 16 años de edad.

Estudiantes de 1º. Y 2º. Año de la carrera de C.D. en ambos turnos

Se tomo en cuenta también para fines estadísticos a las personas de la muestra que no presentaron signos y síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estudiantes menores de 16 años

Estudiantes que no desearon participar en el estudio

Estudiantes de 3°. A 5°. Año

6.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Estudiantes que abandonen el estudio

6.7 VARIABLES

6.7.1. OPERACIONALIZACIÓN

BULIMIA: Es un trastorno de la alimentación que se manifiesta en mujeres jóvenes, previamente sanas, en las que aparece un miedo paralizante a engordar, recurren a la ingesta voraz de alimentos ricos en hidratos de carbono, seguido de un acto de vomito y posteriormente provienen las regurgitaciones que traen consigo el ácido clorhídrico.

ANOREXIA: es un rechazo pertinaz de todo tipo de alimento, por días o puede alargarse hasta por meses llegando finalmente a la inanición y como consecuencia a la muerte. (ver anexo 2),

CARIES DENTAL: Es el proceso de desintegración estructural de tejidos del diente debido a la acción de bacterias acidificantes y levaduras facilitadas por el déficit de fluoruro. (ver anexo 2)

GRADO DE CARIES DENTAL: Es el proceso por el cual la caries va avanzado ya sea cuando se involucra solamente esmalte; esmalte-dentina con dolor provocado; esmalte-dentina-pulpa con dolor espontáneo; necrosis pulpar o llegue hasta el cemento.

SIGNOS DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA: perdida de peso, piel pálida amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, hipertensión ayuno, problemas intestinales, usa laxantes, diuréticos

SÍNTOMAS DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA. Temor a subir de peso, dietas, sentir vergüenza, ejercicio compulsivo, esconde la comida, atracones de comida.

6.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Caries Dental

6.7.3 VARIABLES INDEPENDIENTES

Anorexia Nerviosa

Bulimia Nerviosa

7. ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para las variables sociodemograficas se reportaran las medida de tendencia central y de dispersión.

Para la variable caries dental se calculara en distribuciones y porcentuales. Se calculo el promedio y distribución porcentual y analizado por medio del paquete Excel.

8.RESULTADOS

Cabe hacer mención que primero se describirán las variables que son comunes para las 258 alumnas entrevistadas y posteriormente se reportaron los resultados para pacientes con signos y síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa.

- Se determinó el promedio de edad de la muestra constituida por 258 de las cuales la edad promedio de 19 años, con una desviación estándar de 1.95 ; con valores como mínimo de 17 y un valor máximo de 36.(ver cuadro 1, grafica1)

CUADRO 1

DESCRIPCIÓN DEL PROMEDIO DE EDAD QUE PRESENTARON LAS 258 ALUMNAS ENCUESTADAS EN LA F.O. UNAM 2004.		
	Promedio	19 años
EDAD	Desviación estándar	1.95
	Valor máximo	17
	Valor mínimo	36

Fuente directa

- La distribución porcentual de la frecuencia del estado civil de 258 alumnas en la F.O. UNAM 2004 corresponde que el 96.89% son solteras, 1.16% casadas .79 % divorciadas 1.16% viven en unión libre. (ver cuadro 2, grafica 2).

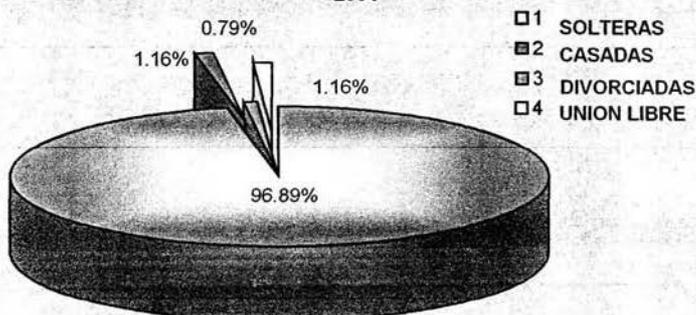
Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LAS 258 ALUMNAS ENTREVISTADAS DE 1er. Y 2do. AÑO EN LA F.O. UNAM 2004

ESTADO CIVIL	n	%
Solteras	250	96.89
Casadas	3	1.16
Divorciadas	2	.79
Unión libre	3	1.16
Total	N=258	100%

Fuente directa

GRAFICA 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE 258 ALUMNAS ENTREVISTADAS DE 1er. Y 2do. AÑO F.O. UNAM 2004



Fuente directa

- La frecuencia del cepillado dental en las 258 alumnas entrevistadas de la F.O. UNAM 2004 58.50% se cepillan tres veces al día , el 40.32% se cepilla 2 veces al día, el .80% no se cepilla los dientes y el .38% una solo vez al día (ver cuadro 3 grafica 3).

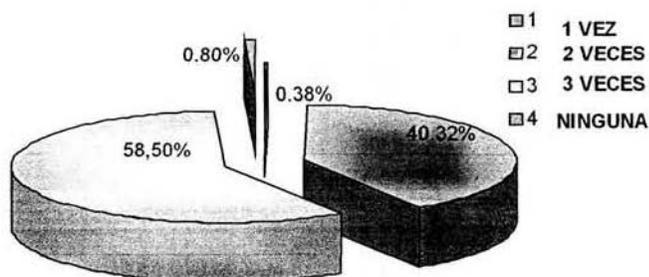
CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DEL CEPILLADO DE 258 ALUMNAS ENTREVISTADAS EN LA F.O. UNAM 2004.

FRECUENCIA DEL CEPILLADO	n	%
Una vez al día	1	.38
Dos veces al día	104	40.32
Tres veces al día	151	58.50
Ninguna	2	.80
Total	N=258	100%

Fuente directa

GRAFICA 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL DE UN TOTAL DE LA POBLACIÓN DE 258 ALUMNAS ENCUESTADAS EN LA F.O. UNAM 2004.



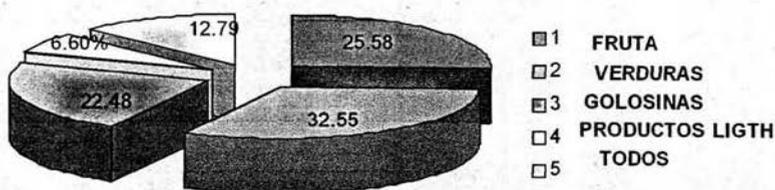
las 258 alumnas con respecto al tipo de alimentos que acostumbra a comer tenemos que el 32.55% come verduras el 25.58% come frutas el 22.48% come golosinas el 6.60% comen productos lighth y el 12.79% come de todo. (ver cuadro 4, grafica 4)

CUADRO 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE ALIMENTOS QUE
ACOSTUMBRARON A COMER 258 ALUMNAS ENTREVISTADAS F.O.
UNAM 2004

ALIMENTOS QUE ACOSTUMBRA COMER	n	%
Frutas	66	25.58
Verduras	84	32.55
Golosinas	58	22.48
Productos lighth	17	6.60
Todos	33	12.79
Total	N= 258	100%

Fuente directa

GRAFICA 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN UN TOTAL DE 258 ALUMNAS
ENCUESTADAS EN CUANTO AL TIPO DE ALIMENTOS QUE
ACOSTUMBRAN A COMER. F.O. UNAM 2004



Fuente directa

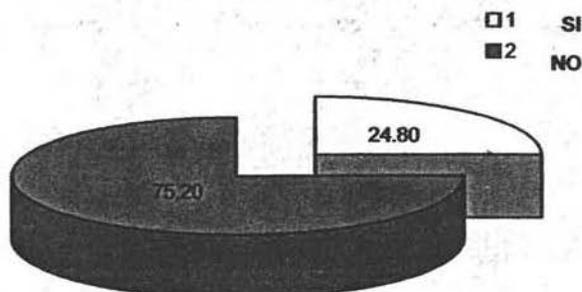
- Observamos de las 258 alumnas que fueron encuestadas de la F.O. UNAM 2004 que el 24.80% consumen tabletas azucaradas y el 75.20% no las consume. (ver cuadro 6, grafica 6)

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS 258 ALUMNAS QUE HAN
PROBADO LAS TABLETAS AZUCARADAS . F.O. UNAM 2004

TABLETAS AZUCARADAS	n	%
Si	64	24.80
No	194	75.20
Total	258	100%

Fuente directa

GRAFICA 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS 258 ALUMNAS QUE
HAN PROBADO LAS TABLETAS AZUCARADAS . F.O. UNAM
2004



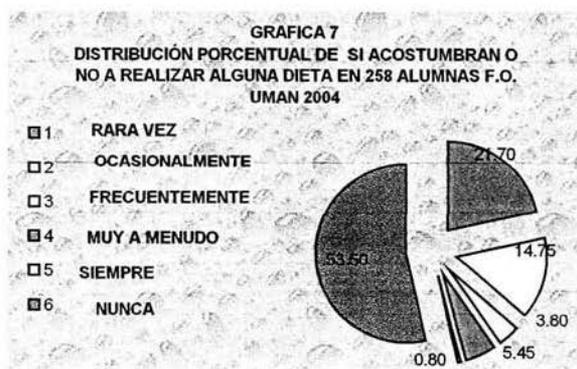
- De igual manera las 258 alumnas participantes en la investigación se observó que acostumbran a no hacer dietas el 21.70% refiere que rara vez, 14.75% que ocasionalmente, 3.8% frecuentemente, el 5.45% muy a menudo, .80% siempre y el 53.50% refiere que nunca. (ver cuadro 7, grafica 7)

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI ACOSTUMBRAN O NO A REALIZAR ALGUNA DIETA EN 258 ALUMNAS F.O. UNAM 2004

DIETA	n	%
Rara vez	56	21.70
Ocasionalmente	38	14.75
Frecuentemente	10	3.8
Muy a menudo	14	5.45
Siempre	2	.80
No aplica	138	53.50
Total	N=258	100%

Fuente directa



Fuente directa

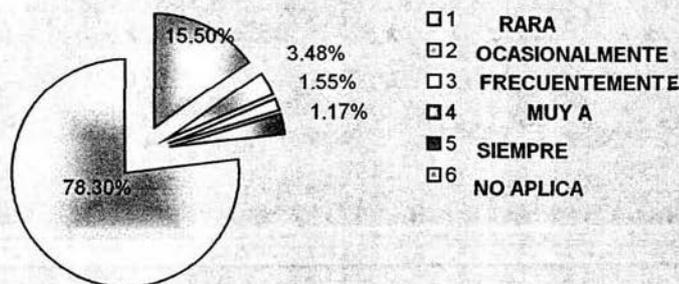
- Del resultado obtenido de un total de la población de 258 alumnas en las F.O. UNAM 2004, que esconden la comida, se reporto que el 15.50% rara vez, lo hacen: 3.48% ocasionalmente, 1.55% frecuentemente, 1.17% muy a menudo, 78.30% nunca. (ver cuadro 8, grafica 8)

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI ESCONDEN LA COMIDA EN
258 ALUMNAS. F.O. UNAM 2004

ESCONDEN LA COMIDA	n	%
Rara vez	40	15.50
Ocasionalmente	9	3.48
Frecuentemente	4	1.55
Muy a menudo	3	1.17
Siempre	0	0
No aplica	202	78.30
Total	N=258	100%

Fuente directa

GRAFICA 8
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI ESCONDEN LA COMIDA EN
258 ALUMANS. F.O. UMAN 2004



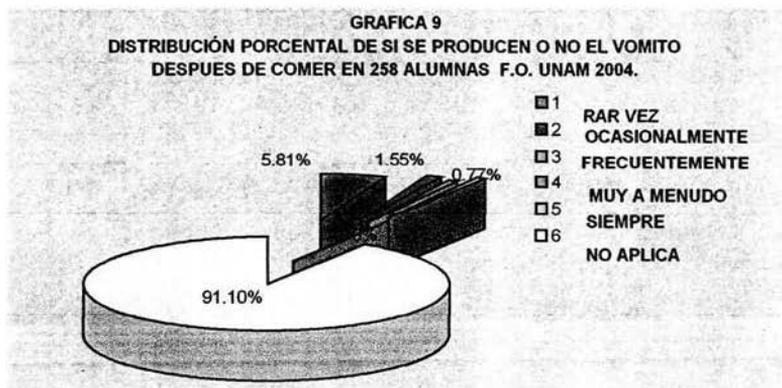
Fuente directa

- Así como la distribución un total de la población de 258 alumnas que se producen el vomito después de comer el 5.81% refiere que rara vez, 1.55% ocasionalmente .77% frecuentemente, el 91.10% nunca. F.O. UNAM 2004 (ver cuadro 9, grafica 9)

CUADRO 9
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI DE PRODUCEN O NO EL
VOMITO DESPUÉS DE COMER EN 258 ALUMNAS . F.O. UNAM 2004

PRODUCE EL VOMITO	n	%
Rara vez	15	5.81
Ocasionalmente	4	1.55
Frecuentemente	2	.77
Muy a menudo	2	.77
Siempre	0	0
No aplica	235	91.10
Total	258	100%

Fuente directa



fuate directa

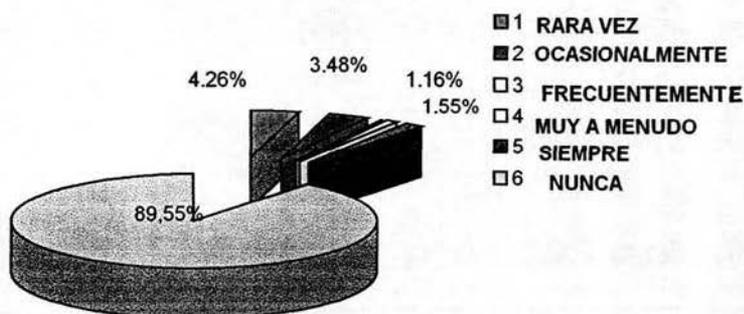
- En cuanto al porcentaje de las 258 alumnas que toman diuréticos, se encontró lo siguiente: 4.26% rara vez, 3.48% ocasionalmente, 1.16% muy a menudo, 1.5% siempre y el 89.55% nunca. (ver cuadro 10, grafica 10).

CUADRO 10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI TOMAN O NO DIURÉTICOS DE 258
ALUMNOS F.O. UNAM 2004

TOMA DIURÉTICOS	n	%
Rara vez	11	4.26
Ocasionalmente	9	3.48
Frecuentemente	0	0
Muy a menudo	3	1.16
Siempre	4	1.55
No aplica	231	89.55
Total	N=258	100%

Fuente directa

GRAFICA 10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 258 ALUMNAS QUE TOMAN DIURETICOS, EN LA
F.O. UNAM 2004



Fuente directa

- De la muestra de 258 alumnas encuestadas que hace ejercicio con el fin de no engordar un , 20.15% rara vez, 14.34% ocasionalmente, 10.07 % frecuentemente, 3.8 % muy a menudo, 1.93% siempre, 49.61% refieren que nunca. (ver cuadro 11, grafica 11)

CUADRO 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI HACEN O NO EJERCICIO CON EL FIN DE NO ENGORDAR EN 258 ALUMNAS F.O. UMAN 2004.

HACEN EJERCICIO	N	%
Rara vez	52	20.15
Ocasionalmente	37	14.34
Frecuentemente	26	10.07
Muy a menudo	10	3.8
Siempre	5	1.93
No aplica	128	49.61
total	258	100%

Fuente directa



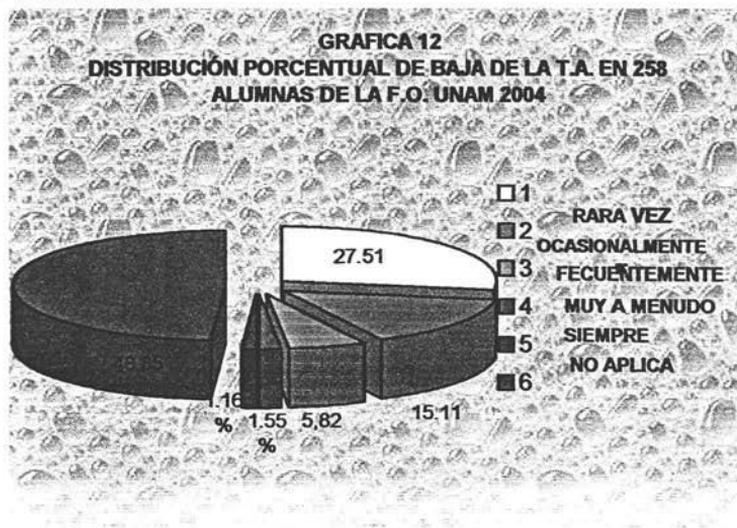
Fuente directa

- De un total de 258 alumnas que refieren en la encuesta existe baja de la presión arterial (TA), se encontró que el 27.51% rara vez tiene este problema, 15.11% ocasionalmente, 5.82% frecuentemente, 1.55% muy a menudo 1.16% siempre 48,85% nunca. (ver cuadro 12, grafica 12)

CUADRO 12
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE BAJA DE LA T.A. EN 258
ALUMNAS DE LA F.O. UNAM 2004

PRESIÓN ARTERIAL	n	%
Rara vez	71	27.51
Ocasionalmente	39	15.11
Frecuentemente	15	5.82
Muy a menudo	4	1.55
Siempre	3	1.16
No aplica	126	48.85
Total	N=258	100%

Fuente directa



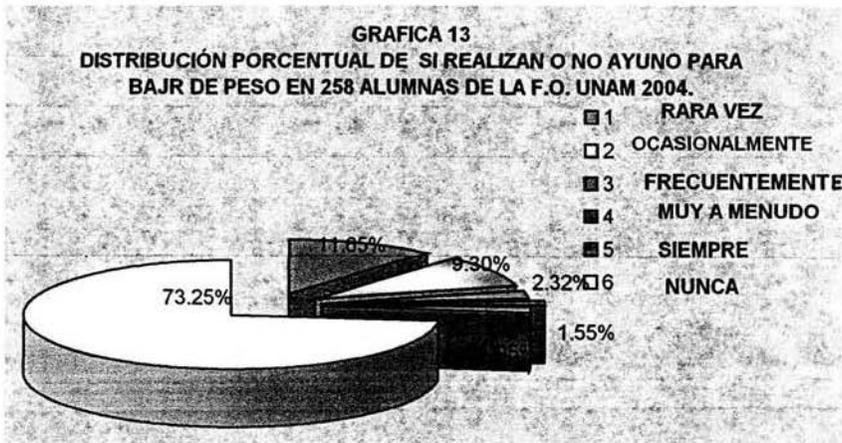
Fuente directa

De un total de 258 alumnas de la F.O. UNAM 2004 , encuestadas que realizan ayuno el 11.65% rara vez, 9,3 ocasionalmente, 2.32% frecuentemente, 1.55 % muy a menudo, 1.95% siempre y 73.25% nunca. (ver cuadro 13 , grafica 13)

CUADRO 13
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE SI REALIZAN O NO AYUNO PARA BAJAR DE PESO EN 258 ALUMNAS DE LA F.O. UNAM 2004.

AYUNO	n	%
Rara vez	30	11.65
Ocasionalmente	24	9.30
Frecuentemente	6	2.32
Muy a menudo	4	1.55
Siempre	5	1,95
No aplica	189	73.25
total	N=258	100%

Fuente directa



Fuente directa

- En cuanto a como afecta emocionalmente el aumento de peso de 1 kg. encontramos, el 17.44% rara vez tiene temor a subir de peso, 13.95% ocasionalmente, 7.75% frecuentemente, 3.50% muy a menudo, 3.10.% siempre, 54,26% nunca (ver cuadro 14, grafica14).

CUADRO 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DE CÓMO LES AFECTA EMOCIONALMENTE EL AUMENTO DE PESO DE 1 KG. A 258 ALUMNAS DE LA F.O. UNAM 2004

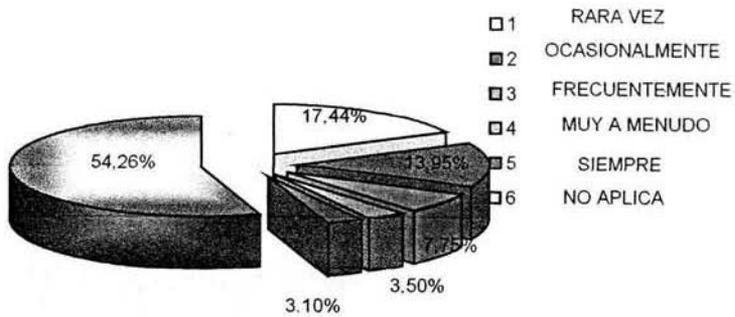
TEMOR A SUBIR 1KG.	n	%
Rara vez	45	17.44
Ocasionalmente	36	13.95
Frecuentemente	20	7.75
Muy a menudo	9	3.50
Siempre	8	3.10
No aplica	140	54.26
total	N=258	100%

Fuente directa



Fuente directa

GRAFICA 14
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CÓMO LES AFECTA
 EMOCIONALMENTE EL AUMENTO DE PESO DE 1 KG. A 258
 ALUMNAS DE LA F.O. UNAM 2004



Fuente directa

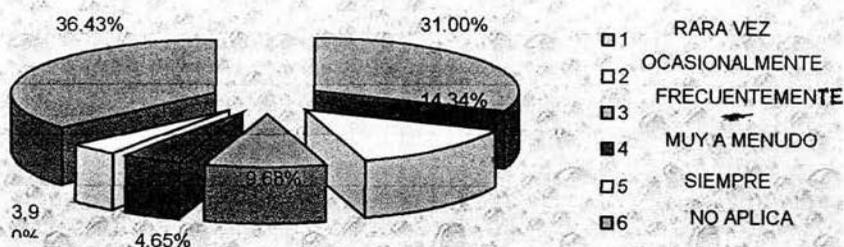
- De igual manera se logro obtener el resultado porcentual de las 258 alumnas encuestadas, que a menudo tiene irregularidades menstruales: El 31.00% rara vez, 14.34% ocasionalmente, 9.68 % frecuentemente, 4.65% muy a menudo, 3.90% siempre y 36.43% nunca. F.O. UNAM 2004. (ver cuadro 14, grafica 15)

CUADRO 15
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS 258 ALUMNAS ENCUESTADAS,
QUE AMENUDO TIENE IRREGULARIDADES MENSTRUALES DE LA
F.O. UNAM 2004

IRREGULARIDADES MENSTRUALES	n	%
Rara vez	80	31.00
Ocasionalmente	37	14.34
Frecuentemente	25	9.68
Muy a menudo	12	4.65
Siempre	10	3.90
No aplica	94	35.43
Total	258	100%

Fuente directa

GRAFICA 15
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS 258 ALUMNAS
 ENCUESTADAS QUE A MENUDO TIENEN IRREGULARIDADES
 MENSTRUALES. F.O. UNAM 2004



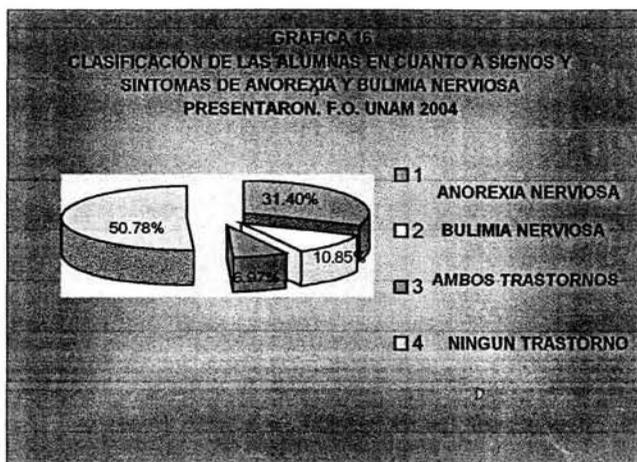
Fuente directa

- De acuerdo a los resultados de las encuestas realizadas de encontraron que de 258 alumnas, 81 tuvieron signos y síntomas de anorexia nerviosa, 28 con signos y síntomas de bulimia nerviosa y 18 alumnas con ambos signos y síntomas.

CUADRO 16
CLASIFICACIÓN DE LAS ALUMNAS EN CUANTO A SIGNOS Y
SÍNTOMAS REFIRIERON. F.O. UNAM. 2004

TRASTORNO	n	%
Anorexia Nerviosa	81	31.40
Bulimia nerviosa	28	10.85
Ambos trastornos	18	6.97
Ningún trastorno	131	50.78
Total	250	100%

Fuente directa



Fuente dire

CUADRO 17
PREVALENCIA DE CARIES DENTAL

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN PACIENTES CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANOREXIA, BULIMIA NERVIOSA Y DE AMBOS TRASTORNOS EN 127 ALUMNAS F.O. UNAM 2004	
TIPO DE PADECIMIENTO	PREVALENCIA DE CARIES DENTAL
Anorexia Nerviosa	79.01 %
Bulimia Nerviosa	67.85%
Ambos trastornos	88.80%

Fuente directa

Con respecto a la población que presentaron signos y síntomas de Anorexia Nerviosa (AN) en la F.O. UNAM 2004 se tuvo un total de 81 alumnas, en donde el promedio de CPO de 7.1 con una desviación estándar de 6.1 con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 19, (ver cuadro 18, grafica 18).

CUADRO 18
PROMEDIO DEL CPO DE 81 ALUMNAS QUE PRESENTARON
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE AN EN LA F.O. UNAM 2004

VARIABLE		
CPO AN	Promedio	7.1
	Desviación estándar+-	6.1
	Valor mínimo	0
	Valor máximo	19

Fuente directa

- Se llegó a conocer que las 81 alumnas encuestadas que presentaron signos y síntomas de Anorexia Nerviosa (AN), sus resultados fueron los siguientes: 29.62% han probado las tabletas azucaradas; el 74.07% comienzan dietas con el fin de bajar de peso; 35.80% esconden la comida; 7.40% se provocan el vomito después de comer; 12.35% utiliza diuréticos; 80.25% realiza ejercicio con la idea de bajar de no engordar; 69.13% se le baja la presión arterial; 38.27% ayuna con el fin de no subir de peso; 83.95% tiene irregularidades menstruales; 70.37% (ver cuadro 19 grafica 19)

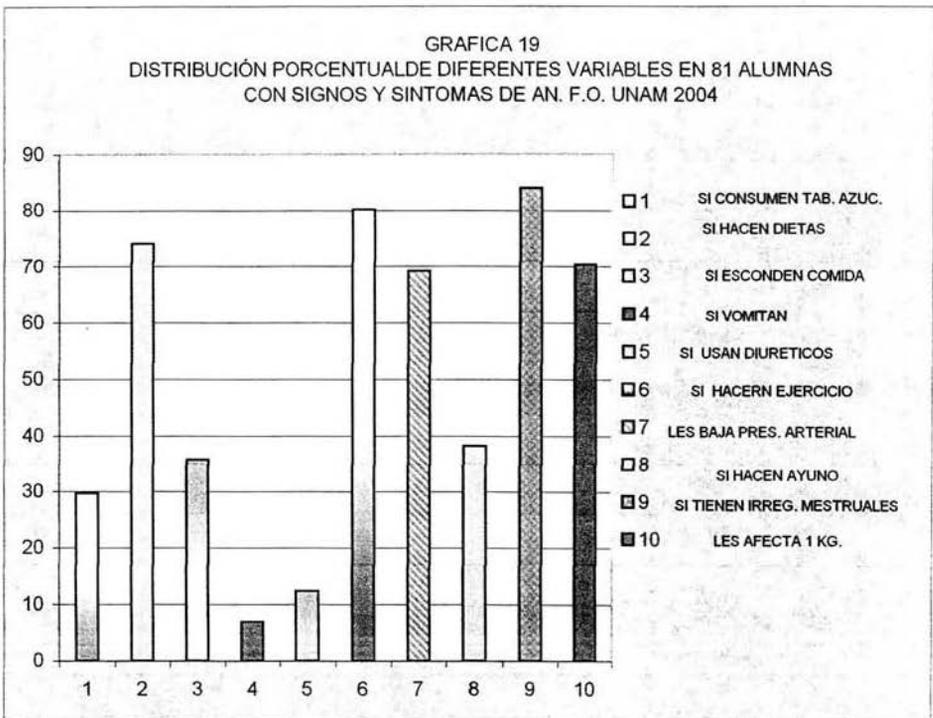
CUADRO 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIFERENTES VARIABLES EN 81 ALUMNAS, CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE AN. F.O. UNAM

Resultado	n	%	n	%
Tab. Azucar.	SI 24	29.62	NO 67	70.38
Dietas	SI 60	74.07	NO 21	25.92
Esc. Comida	SI 29	35.80	NO 52	64.20
Vomitán	SI 6	7.40	NO 75	92.60
Diuréticos	SI 10	12.35	NO 71	87.65
Ejercicio	SI 65	80.25	NO 16	19.75
Pres. arterial Baja	Si Presentan 56	69.13	No presentan 25	30.87
Ayuno	Si 31	38.27	NO 50	61.73
Irreg. Mens.	Si presentan 68	83.95	No presentan 13	16.04
Afecta subir 1kg. De peso	Si 57	70.37	NO 24	29.63



GRAFICA 19
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIFERENTES VARIABLES EN 81 ALUMNAS
CON SIGNOS Y SINTOMAS DE AN. F.O. UNAM 2004



- Es importante señalar que el promedio del CPO para la población que fue de 28 alumnas encuestadas de la F.O. UNAM 2004, que presentaron signos y síntomas de Bulimia Nerviosa (BN) con un promedio de CPO de 8, con una desviación estándar de ± 6.4 , con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 21. (ver cuadro 20 , grafica 20)

CUADRO 20
DISTRIBUCIÓN DEL PROMEDIO DEL CPO DE 28 ALUMNAS
ENCUESTADAS DE LA F.O. UNAM 2004 QUE PRESENTARON
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE BULIMIA NERVIOSA

Variable		
CPO BN	Promedio	8
	Desviación estándar \pm	6.4
	Valor máximo	21
	Valor mínimo	0

Fuente Directa

- Es importante señalar la distribución porcentual de las demás variables de interés en el estudio, que presentaron signos y síntomas de Bulimia Nerviosa (BN) en donde se obtuvieron los siguientes resultados de 7.15% probaron las tabletas azucaradas; 78.57% comienzan dietas para bajar de peso; 57.15% esconden la comida; 42.85% se producen el vomito después de comer; 46.42% utiliza diuréticos para bajar de peso; 67.85 % practica ejercicio para bajar de peso; 46.42% se les baja la presión arterial; 50.00% ayuna con el fin de bajar de peso; 67,85% presenta irregularidades menstruales; y el 78.57% se ve afectada emocionalmente al subir 1 kg peso. (ver cuadro 24, grafica 24).

CUADRO 21

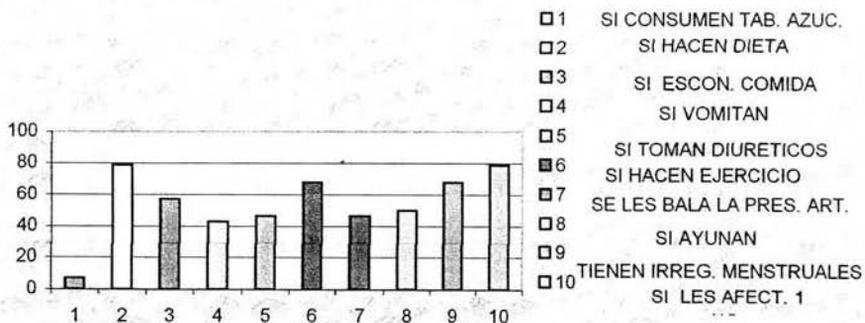
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIFERENTES VARIABLES DE 28 ALUMNAS QUE PRESENTARON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE BN F.O UNAM 2004

Resultado	n	%	n	%
Tabletas	Si 2	7.15	26	92.85
Dieta	Si 22	78.57	6	21.43
Escon.comida	Si 16	57.15	12	42.85
Vomitan	Si 12	42.85	16	57.15
Diuréticos	Si 13	46.42	15	53.52
Ejercicio	Si 19	67.85	9	32.15
Pres. arterial	Si les baja 13	46.42	15	53.58
Ayunan	14	50.00	14	50.00
Irreg. Mens.	19	67.85	9	32.15
Afecta subir 1kg peso.	22	78.57	6	21.43

Fuente directa



GRAFICA 21
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE 28 ALUMNAS QUE TUVIERON
 SIGNOS Y SINTOMAS DE BN DE LAS CUALES EL RESULTADO DE
 LAS VARIABLES FUE EL SIGUIENTE F.O. UNAM 2004



- Cabe mencionar que el resultado del promedio del CPO fue de 9.3 con una desviación estándar \pm de 7.14, valor mínimo de 0 y un valor máximo de 22. F.O. UNAM 2004 (ver cuadro , grafica)

CUADRO 22

PROMEDIO DEL CPO EN 18 ALUMNAS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE AMBOS TRASTORNOS EN LA F.O. UNAM 2004.

VARIABLE		
CPO AN Y BN	Promedio	9.3
	Desviación estándar \pm	7.24
	Valor mínimo	0
	Valor máximo	22

Fuente directa

- Es así como se observó también el promedio del CPO para la población que no presentaron signos y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa que fue de un total de 131 alumnas F.O. UNAM 2004 con una desviación estándar de 4.9 con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 17 (ver cuadro 23, grafica 23)

CUADRO 23
PROMEDIO DEL CPO DE LAS 131 ALUMNAS QUE NO REPORTARON
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA F.O. UNAM
2004

VARIABLES		
CPO de signos y síntomas de AN y BN	Promedio	5.9
	Desviación estandar ±	4.9
	Valor mínimo	0
	Valor máximo	17



- Es de importancia reconocer que de las 18 alumnas encuestadas de la F.O. UNAM 2004, con signos y síntomas de AN y BN el 27.77% si toma tabletas azucaradas ; el 72.23% comienza dietas para bajar de peso ; 27.77% esconde la comida; el 27.77% se produce el vomito; 22.22% utiliza diuréticos; 88.88% realiza ejercicio con la finalidad de bajar de peso,; 72.22% que tan a menudo se le baja la presión arterial; el 38.90% realiza ayunos para bajar de peso; 77,77% tiene irregularidades menstruales; 16% le afecta emocionalmente subir 1kg de peso. (ver cuadro 24, grafica 24)

CUADRO 24
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DIFERENTES VARIABLES DE 18
ALUMNAS ENCUESTADAS QUE PRESENTARON SIGNOS Y SÍNTOMAS
DE AN Y BN. DE LA F.O. UNAM 2004

Resultado	n	%	n	%
Tab. Azuc.	Si 5	27.77	13	72.23
Dietas	Si 13	72.23	5	27,77
Esc. comida	Si 5	27.77	13	72.22
Vomitan	Si 5	27.77	13	72.23
Diuréticos	Si 4	22.22	14	77.77
Ejercicio	Si 16	88.88	2	11.12
Pres. arterial	Si les baja 13	72.23	5	27.77
Ayunan	Si 7	38.90	11	61.10
Irreg. Menst.	Si 14	77.73	4	22.23
Afecta subir 1kg. Peso	16	88.88	2	11.12

Fuente directa

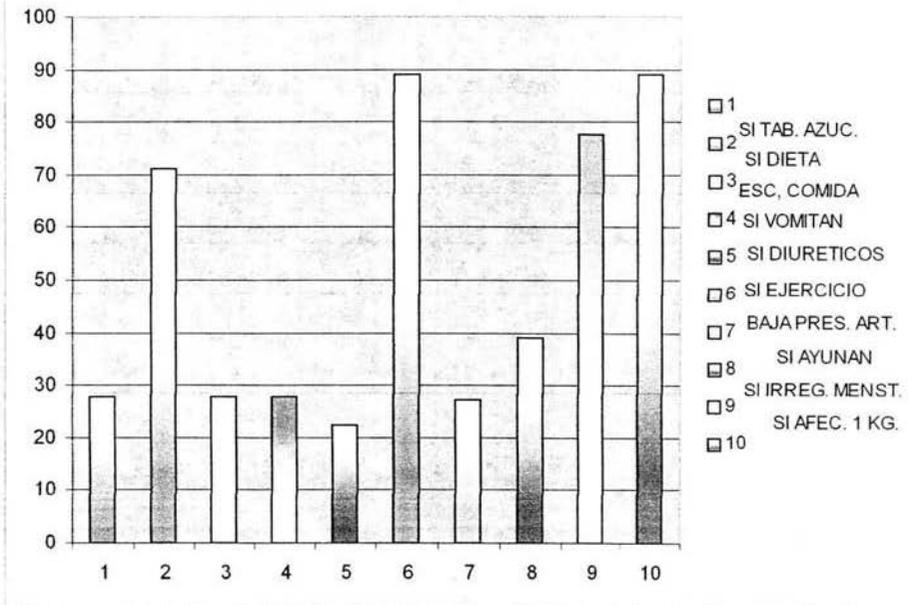


Fuente directa



Fuente directa

GRAFICA 24
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DIFERENTES VARIABLES DE 18 ALUMNAS
ENCUESTADAS QUE PRESENTARON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE AN Y BN. DE LA
F.O. UNAM 2004



Fuente directa

- Con respecto al grado de caries dental o severidad tenemos:

CUADRO 25

**DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE CARIES DENTAL EN 127 ALUMNAS
CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS F.O.
UNAM 2004**

Tipo de trastorno	n	Grado de caries dental	No. de dientes afectados
Anorexia	81	Primer grado	312
		Segundo grado	74
Bulimia	28	Primer grado	77
		Segundo grado	28
Ambos	18	Primer grado	71
		Segundo grado	22
Total	127		

9.DISCUSIÓN

Trabajos como el del Dr. Oscar Gay Zarate Profesor de diagnostico Medicina Bucal, Escuela de Odontología, Universidad del Bajío León Guanajuato. Hace evidente, que a mediados de los 80' se apuntaba que la anorexia se había duplicado en relación con los datos de las dos décadas anteriores, y la incidencia ocurren 0.2 a 1.3% de la población con una incidencia de 5 a 10 casos y en 20 a 30 por 100.00 habitantes entre las mujeres de 15 a 45 años de edad, se hace notar de igual manera que en esta investigación se obtuvieron resultados similares ya que el intervalo de edad que aquí se reporto es mayor en la alumnas de 19 años con incidencia de signos y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa, es de suma importancia considerar que en investigaciones anteriores reportan datos similares al obtenido, es de tal forma que la edad es un factor predominante. De esta forma queda claro que los padecimientos de anorexia y bulimia nerviosa se diagnostican de igual o similar forma , los reportes de Oscar Gay Zarate reporta la frecuencia de la bulimia nerviosa es muy variable, en cambio en las escuelas preparatorias y universidades se han encontrado que entre 4.5 y el 18% la padecen , también se reporta en el presente trabajo que la bulimia se llega a presentar en un 10.85% de 258 alumnas de F.O. UNAM 2004 , es de tal forma que la bulimia nerviosa comienza en la adolescencia después de haber intentado varias dietas de reducción de peso con poco éxito . Es así como en este trabajo se reporta que el 46.50% de una población de 258 alumnas de la F.O. UNAM 2004 intentaron o comenzaron dietas.

Con respecto a las manifestaciones bucales en los dos tipos de trastornos de la alimentación, Oscar Gay Z, refiere que la caries dental va en aumento ya que la ingesta de alimentos es rica en carbohidratos, principalmente en la bulimia nerviosa, es aquí donde se observa que se presenta con mayor frecuencia en pacientes que se inducen el vomito, y la consecuencia de esto es la destrucción del esmalte dentinario producido por el ácido clorhídrico que resulta después de haberse inducido el vomito ya que al momento de la regurgitación es cuando proviene este tipo de ácido, es así como de igual forma los medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes puede contribuir de igual manera a la formación de caries dental como las tabletas azucaradas, también se demostró esto en la presente investigación ya que el índice de caries dental que presentaron las alumnas es mayor en las bulímicas que en las anoréxicas.

Los grados de caries dental que reportaron 81 alumnas se observaron 312 dientes están afectados con caries dental de 1° y 74 con caries dental de 2°.

En 28 alumnas con signos y síntomas de bulimia nerviosa se observaron 71 dientes que presentan caries dental de 1° y 28 con caries dental de 2°.

En 18 alumnas con ambos trastornos se observaron 71 con caries dental 1° y 22 con caries dental de 2°.

10. CONCLUSIONES

En el resultado de las encuestas realizadas a 258 alumnas de la F.O: se observo que del total de la población 81 alumnas presentaron signos y síntomas de anorexia nerviosa, 28 con signos y síntomas de bulimia nerviosa y 18 con ambos signos y síntomas.

La prevalencia de la caries dental es notoria en los trastornos de la alimentación como los son la anorexia y bulimia nerviosa, en la mayoría de las 81 alumnas encuestadas en la F.O. se encontró que con al menos 81 presentaron una prevalencia de caries dental de 79,01%, en la bulimia nerviosa se encontraron 28 alumnas y presentaron una prevalencia de caries dental de 67.85% y en ambos trastornos el 88.80%.

11. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Saldaña C. (1994) Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa
2. Habermas. (1996) riderada: Acase of miracolous fasting. The international Journal of Eating Disorders vol. 5 (3) Pag. 55-562
3. Turon V. J. (1997) Historia, clasificación y Diagnostico de los trastornos de la alimentación. En V.J. Turón (Ed.) Trastornos de la alimentación, Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad. Barcelona: Masson; 3-15
4. Toro. J. (1996) El cuerpo como delito: Anorexia , Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona: Ed. Ariel
5. Toro J y Vilardell E. (1987) Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca. Ed. Ariel
6. Ramírez G. Zarate O "anorexia y bulimia nerviosa" Aspectos odontológicos. Revista ADM Vol. LVII No. 1 Enero-febrero 2000, pp 23-32
7. Garfinkel, P .E. y Garner 1982 Anorexia Nervosa A multimedia Perspective. NewYork Brunnel-Mazel pp 17-28
8. Matzkin Valeria Msa. "Los orígenes de la Anorexia y Bulimia Nerviosa URL:(<http://www.nutrinfo.com.ar/nutrición>) acceso 14 de diciembre del 2003
9. Bruch H. 1973. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Withn. Eating Disorders New York Basic Books. Vol 51 pp 266-272
10. Glaxo Smitkline "Bulimia y Anorexia " URL:(<http://monografías.com/trabajo/buliano/buliano.html>.) acceso 11/dic/2003

11. **Jaimes Medrano Aurora "Problemas de la Alimentación" . Guía Psicológica para padres**
URL:(<http://www.auro/mifreeyellow.com/anorexia.html/>) acceso 03/ene/04
12. **Tamayo . M. Jorge 1999-2001 "Trastornos de la alimentación Farmacológica On-Line**
URL:(<http://www.psicofarmacologia.bizland.com/alim.html>) acceso 06 de enero del 2004
- 13 **organización Mundial de la Salud Ginebra CIE-10 "Trastornos Mentales y del Comportamiento" Descripciones clínicas y pautas para el diagnostico 1992.**
14. **Dr. Turón V. Vicente "Bulimia"**
URL: (<http://www.acab.org/spa/bulimia/bilim.htm>) acceso 02 de diciembre del 2003.
- 15 **Trastorno de la Conducta Alimentaría URL:**
(<http://www.psiquiatria.24x7.com>) acceso 03 de enero del 2004
16. **Anorexia y Bulimia Nerviosa**
URL::(<http://doschivos.com/new/anorcnul.html>) acceso 03 de enero del 2004
17. **Rocha Salvador Eduardo García "tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaría Cuaderno de Nutrición Vol 19 Ni. May-Jun 1995**
18. **trastornos del comer "Anorexia y Bulimia Nerviosa "**
URL:(http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/salud_trastornos_del_comer.)
acceso 10 enero del 2004
19. **Bulimia y Anorexia " trastornos del comer" URL:**
(http://www.geocites.com/newmodel_1999/bulimia/) acceso 02/12/03
20. **Cooper, P.J.: Charnock, D.J. y Taylor , M.J. (1987) The prevalence of bulimia nervosa. The British. Journal Psychiatry, Vol 151 Pp 684-686**

21. Trastornos de la Alimentación URL:
(<http://www.juvatellenwest.com/index.shtml>) acceso 02/mar/04
22. Leveté, B y James M. Medicina Bucal Ed. Limusa México D.F. 1987; pp 201-209.
23. Vásquez R. Ángel Rafael "comportamiento alimentario. Desarrollo, validez y Fiabilidad de una encuesta . Revista Colombiana de psiquiatría. Vol/XXIX/ No.1 /2000 Pág. 29-48
24. Raich Rosa Ma. "Anorexia y Bulimia " Trastornos de la alimentación Ed. Pirámide 1994.
25. Investigación de Salud Oral Métodos Básicos OMS Biblioteca Universitaria Básicos Ed. Trillas 1990.
26. Serra Majem Lluís " Nutrición y Salud Publica Métodos científicos y publicaciones. Masson S.A.
27. Hof Sonja van't Anorexia Nervosa The Historical and Cultural Specificity. (Ed.) Swets&Zeitlinger.
28. Harrison Principios de Med. Interns Domarus Ed. McCraw-Hill

29. Barrancos Money Julio Operatoria Dental 3a. Ed. Ed. Panamericana 2002 Cp. 8

30. Baum Loyd D.M.U. Tratado de Operatoria Dental Ed. McCraw-Hill Ed. interamericana
31. OMS Metodología Básica Investigación de salud oral. 1ª. Ed. Jul 1999. ed. Trillas. Pp- 53-55

12. ANEXOS

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA LAS ALUMNAS DE LA F.O. UNAM
2. ENCUESTA

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONALAUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Yo _____ autorizo para que se me practique un estudio de CPOD así como para determinar mi estado de salud bucal.

El estudio incluye contestar a todas las preguntas de una encuesta para la cual me comprometo a aportar datos reales y que no alteren los resultados del estudio.

Después de contestar la encuesta, revisarán mi boca introduciendo en su momento un espejo bucal, abatelenguas, explorador(me han mostrado dichos instrumentos) los cuales servirán para recabar la información deseada.

Se me ha explicado detalladamente las condiciones en las que el estudio de CPOD se me efectuarán, se buscara que las condiciones de higiene así como los cuidados propios para mi persona sean adecuados. De la misma forma se me ha asegurado que los instrumento que se me introduzcan en mi boca no modificarán, dañarán o lastimaran mi boca, Estoy enterada de que no corro riesgo alguno.

Acepto participar
Nombre y firma del paciente.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

No. Identificación:

--	--

Estatura: _____

Peso: _____

Edad: _____

FAVOR DE CONTESTAR SUS RESPUESTAS EN LOS CUADROS DE LA DERECHA

1. ESTADO CIVIL.
1) soltera 2) casada 3) divorciada 4) unión libre 5) viuda
2. CEPILLAS TUS DIENTES 1) SI 2) NO
3. CUANTAS VECES AL DÍA
1) Una vez al día 2) Dos veces al día 3) tres veces al día 4) ninguna
4. UTILIZAS HILO DENTAL
1)SI 2) NO
5. QUE TIPO DE ALIMENTOS ACOSTUMBRAS COMER
1)frutas 2) verduras 3) golosinas 4) productos light 5)todos
6. QUE TIPO DE BEBIDA ACOSTUMBRAS TOMAR
1)refrescos gaseosos 2) agua natural 3) jugos cítricos
7. TOMAS ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO 1) SI 2) NO
¿Cuál? _____
8. HAS LLEGADO A PROBAR LAS TABLETAS AZUCARADAS 1) SI 2) NO
9. CUANDO FUE LA ULTIMA VISITA A TU DENTISTA
1) Hace un mes 2) hace dos meses 3) más de tres 4) no lo recuerdo
10. CUAL FUE LA CAUSA POR LA CUAL LO VISITASTE
1) revisión 2) prevención 3)dolor 4) ardor 5) otra causa
11. QUE TAN FRECUENTEMENTE TIENE EL TEMOR A SUBIR DE PESO
1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica
12. QUE TAN FRECUENTEMENTE TU AUTOESTIMA ES AFECTADA POR TU PESO
1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica
- 13.QUE TAN FRECUENTEMENTE SIENTES CULPA O VERGUENZA LUEGO DE COMER
1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica
14. QUE TAN FRECUENTEMENTE COMIENZAS DIETAS ESPECIALES CON EL FIN DE BAJAR DE PESO
1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica
- 15.QUE TAN FRECUENTEMENTE TE SIENTES INCOMADA AL COMER FRENTE A OTRAS PERSONAS
1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

16. QUE TAN FRECUENTEMENTE ESCONDES LA COMIDA

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

17. QUE TAN FRECUENTEMENTE TE INDUCES EL VOMITO LUEGO DE HABER COMIDO

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

18. QUE TAN FRECUENTEMENTE USAS LAXANTES CON LA IDEA DE NO ENGORDAR

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

19. QUE TAN FRECUENTEMENTE USAS DIURETICOS CON LA IDEA DE BAJAR DE PESO

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

20. QUE TAN AMENUDO NECESITAS HACER EJERCICIO CON LA IDEA DE NO ENGORDAR

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

21. QUE TAN AMENUDO SE TE BAJA LA PRESIÓN ARTERIAL

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

22. QUE TAN AMENUDO COMES AUN CUANDO NO TIENES HAMBRE

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

23. QUE TAN AMENUDO TE SIENTES AVERGONZADA DE TU PESO

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

24. QUE TAN FRECUENTEMENTE COMES PARA MANEJAR TUS SENTIMIENTOS

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

25. QUE TAN FRECUENTEMENTE CARGAS CON TU BOTELLA DE AGUA CON LA IDEA DE QUEMAR GRASA

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

26. QUE TAN FRECUENTEMENTE AYUNAS PARA BAJAR DE PESO

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

27. QUE TAN AMENUDO TIENES IRREGULARIDADES MENSTRUALES

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

28. QUE TAN AMENUDO TIENES PROBLEMAS INTESTINALES

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

29. QUE TAN AMENUDO SE AFECTA TU ESTADO DE ANIMIO POR TU PESO

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

30. QUE TAN FRECUENTEMENTE TE AFECTA EMOCIONALMENTE MUCHO EL AUMENTO DE PESO (POR EJEMPLO 1 KG.)

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

31. QUE TAN FRECUENTEMENTE TE RESTRINGES DE ALIMENTOS AUN TENIENDO HAMBRE

1)rara vez 2)ocasionalmente 3)frecuentemente 4)muy amenudo 5)siempre o) no se aplica

13.GLOSARIO

- **Acufeno:** Ruidos subjetivos
- **Afta:** Pequeñas ulceración de la mucosa bucal faríngea
- **Alcalosis:** Cualquier trastorno fisiológico que tiende a remover ácido o un añador álcali
- **Alcoholismo :**intoxicación por alcohol y desarrollo de conductas desviadas características, asociadas al consumo prolongado de cantidades excesivas de bebidas alcohólicas.
- **Amenorrea:** falta de menstruación
- **Anemia:** disminución de la concentración de hemoglobina del numero de glóbulos rojos o eritrocitos en el caudal sanguíneo. Anemia ferropenica, la producida por deficiencia de hierro
- **Anorexia:** falta de apetito, inapetencia. Anorexia nerviosa, enfermedad psicosomática de extrema gravedad en que la persona afectada pierde el apetito hasta el punto de poner en peligro su propia vida
- **Ansiedad:** temor de un individuo ante un peligro real o imaginario.
- **Bradicardia:** lentitud de latido cardíaco
- **Constipación:** Evacuaciones poco frecuentes (estreñimiento)
- **Cefalea:** dolor de cabeza
- **Disfagia:** sensación de obstrucción del paso de los alimentos a través de la boca, faringe, esófago
- **Emético:** que provoca el vomito

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- **Esofagitis:** inflamación del esófago
- **Estreñimiento:** evacuación de las materias fecales poco frecuente o difícil
- **Glositis:** inflamación de la lengua
- **Glosdinia:** dolor de la lengua
- **Hipotensión:** tensión arterial baja
- **Hipoglucemia :** descenso del nivel de glucosa en la sangre
- **Lanugo:** Vello muy fino que cubre al feto en el momento de su nacimiento