



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

EL EDUCADOR PARA LA SALUD EN LA ANOREXIA Y  
BULIMIA NERVIOSA.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

ANDREA ALVAREZ ALARCÓN

TUTORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ

ASESORA: MTRA. ROSINA PINEDA Y GÓMEZ AYALA

MÉXICO, D.F.

2009



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.

---

---

Todo mi agradecimiento a quienes con amor me han brindado apoyo incondicional y me han impulsado en cada uno de mis logros.

Gracias **PAPÁS** por estar siempre presentes. Los amo.

**Ade y Ale**, gracias por su cariño, confianza y por creer en mí.

**Alfredo**, gracias por apoyarme durante nuestros años de estudio y gracias también por todos los momentos agradables que juntos hemos pasado en la facultad.

¡Hemos logrado una meta más! Te quiero.

Mi agradecimiento a la **Dra. María Elena Nieto Cruz** y a la **Dra. Rosina Pineda y Gómez Ayala** por su asesoría, orientación y por la calidez de su trato para conmigo.

Gracias **Universidad Nacional Autónoma de México** por darme la oportunidad de prepararme y ser una profesionista.

---

---

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>1. ANTECEDENTES.....</b>	<b>8</b>
<b>2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Imagen corporal.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.2. Influencia de lo medios de comunicación.....</b>	<b>14</b>
<b>3. CONCEPTOS. ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1. Anorexia Nerviosa.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1.1. Bulimia Nerviosa.....</b>	<b>17</b>
<b>4. ANOREXIA NERVIOSA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1. Etiología.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1.2. Indicios para detectarla.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1.3. Factores predisponentes.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1.4. Factores desencadenantes.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1.5. Factores perpetuantes.....</b>	<b>21</b>
<b>5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>21</b>
<b>5.1. Manifestaciones clínicas.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1.2. Signos y síntomas.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1.3. Tratamiento.....</b>	<b>25</b>

---

---

<b>6. BULIMIA NERVIOSA.....</b>	<b>26</b>
<b>6.1. Etiología.....</b>	<b>27</b>
<b>6.1.2. Indicios para detectarla.....</b>	<b>27</b>
<b>6.1.3. Factores predisponentes.....</b>	<b>28</b>
<b>6.1.4. Factores desencadenantes.....</b>	<b>29</b>
<b>6.1.5. Factores perpetuantes.....</b>	<b>29</b>
<b>7. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>30</b>
<b>7.1. Manifestaciones clínicas.....</b>	<b>31</b>
<b>7.1.2. Signos y síntomas.....</b>	<b>31</b>
<b>7.1.3. Tratamiento.....</b>	<b>33</b>
<b>8. EL EDUCADOR PARA LA SALUD EN RELACIÓN A LAS ALTERACIONES BUCODENTALES PROVOCADAS POR LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA.....</b>	<b>34</b>
<b>8.1. Erosión dental.....</b>	<b>35</b>
<b>8.1.2. Caries.....</b>	<b>37</b>
<b>8.1.3. Saliva.....</b>	<b>38</b>
<b>8.1.4. Mucosa.....</b>	<b>38</b>
<b>8.1.5. Alteraciones periodontales.....</b>	<b>39</b>
<b>8.1.6. Lesiones en tejidos blandos.....</b>	<b>41</b>
<b>8.1.7. Xerostomía.....</b>	<b>42</b>

---

---

8.1.8. Sialodenitis.....	43
9. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.....	44
10. CONCLUSIONES.....	48
11. BIBLIOGRAFÍA.....	50

---

---

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimenticio son enfermedades muy graves y constituyen en la actualidad un problema de salud pública.

Un trastorno en la alimentación es una enfermedad causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes.

Es importante recordar que un trastorno de la alimentación no es solo un problema, sino también un intento de “solución” a un problema; es decir, el desorden puede funcionar como un propósito. Puede ser un intento para lidiar con problemas y comunicarlos.

Estas conductas alimenticias pueden o no alterarse voluntariamente, éste está sujeto a factores internos y externos como el nivel de autoestima.

Los trastornos de la alimentación, no afectan únicamente a la manera de comer; en realidad, se desarrollan como resultado de problemas en la percepción y en la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo, problemas que son causados por múltiples factores que se vuelven repetitivos y se realimentan a sí mismos, pues los efectos de la desnutrición y semi-inanición agravan los problemas subyacentes y cronifican el problema.

Entre los trastornos de la alimentación más frecuentes, están la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, donde se intercalan una fase de rechazo a la comida con fases de glotonería, son alteraciones de la personalidad que se manifiestan en la relación con los alimentos.

---

---

Los trastornos de la alimentación son enfermedades y la enfermedad no elige un género específico, puede afectar de igual manera a hombres y mujeres.

Desafortunadamente, cada vez son más los casos reportados de jóvenes mexicanos con problemas de anorexia y bulimia nerviosa.

El Cirujano Dentista es uno de los profesionales que puede acercarse a un primer diagnóstico sobre un probable trastorno alimentario a través de un conjunto de evidencias en la cavidad oral.

El presente trabajo incluye las principales repercusiones en la cavidad oral, dentro de las manifestaciones más importantes y de mayor prevalencia destacan: erosión del esmalte, quelitis angular, xerostomía y problemas periodontales.

Debido a la naturaleza de estos trastornos, comúnmente no se le da la importancia a los problemas bucodentales, sin embargo aunque éstos no ponen en riesgo la vida del paciente, debe tenerse en cuenta por su carácter irreversible y se debe actuar con prontitud en su diagnóstico y tratamiento.

Un concepto que es muy importante entender, es que los trastornos de la alimentación son susceptibles de tratamiento y la recuperación es posible.

A pesar de que existen tratamientos eficaces para estos trastornos, tanto los retrasos en la detección de los primeros síntomas como la falta de una aplicación precoz en el tratamiento, originan consecuencias muy graves para la salud del paciente.



## 1. ANTECEDENTES

La palabra anorexia deriva del griego, el prefijo an-indica carencia o privación, y el término –orexis, apetito. La anorexia nerviosa comenzó a conocerse en la década del '60, casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempos bíblicos. Desde el siglo XIII al XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. El ayuno extremo era practicado por los penitentes, generalmente mujeres, que repudiaban los placeres terrenales. El ayuno era considerado una bendición suprema de Dios y se admiraban a los que sobrevivían sin ingerir alimentos.

Tiempo después en el siglo XVII a causa de las reformas religiosas, las mujeres que tenían 'el poder' de la abstinencia eran consideradas brujas, mandadas a la hoguera o quemadas vivas.

Es importante destacar que el primer caso de anorexia se remota a 1694, cuando un médico inglés llamado Morton describió a una joven paciente en estado de desnutrición extrema parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles y padecía mucho frío.

En 1870 dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París, mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos. Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad anorexia nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer. Por otro lado Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

---

A comienzos del siglo XX la anorexia nerviosa fue erróneamente confundida con insuficiencia pituitaria y se implementaron tratamientos invasivos con insulina y electroshock. En los años 30 con el apogeo del psicoanálisis se exploraron las causas psico-sexuales de la anorexia nerviosa.

En la década del 70', la Dra. Brunch en Estados Unidos, describe las características de la personalidad de los individuos que sufren anorexia nerviosa. Brunch observó aspectos comunes en los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales. <sup>1</sup>

En la actualidad la anorexia nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal. Las pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal. <sup>7</sup>

La palabra bulimia también deriva del griego bous (buey) y limos (hambre) y significa tener el apetito de un buey. Los atracones han sido practicados desde hace miles de años. En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos.

Los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes. En el siglo X, Aurelianus describió al 'hambre mórbido' como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado.

---

En éstos enfermos eran evidentes las grandes glándulas parótidas y la existencia de caries.

Estos signos, característicos de la bulimia nerviosa, son consecuencias médicas del vómito auto-inducido.

El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. La historia cuenta que la monja Caterina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y el abuso de hierbas con acción diurética.

La bulimia fue originariamente concebida como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o simplemente como una anomalía congénita. A comienzos del siglo XIX los diccionarios médicos describieron a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo.

Tiempo después la enfermedad fue aceptada como un desorden neurótico. En 1979 la bulimia fue minuciosamente descrita por un médico estadounidense llamado Russell. Hoy esta definida en el DSM-IV como la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias como el vómito auto-inducido, el abuso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico y pastillas adelgazantes.

En la actualidad la bulimia nerviosa tiene mayor incidencia que la anorexia nerviosa: el 75% de las pacientes con patología alimentaria sufre bulimia y el 25% restante anorexia (Turnbull, et. al., 1996). La bulimia nerviosa surgió como una epidemia social en la década de los 70' y se prevee que prevalecerá en los años venideros.

Es posible que previamente a la descripción de la enfermedad, la bulimia nerviosa no se diagnosticaba o se clasificaba erróneamente bajo el nombre de otra patología.

También es posible que la descripción de los síntomas dió lugar a que los pacientes y sus familiares reconozcan a la enfermedad y soliciten tratamiento.

Desde tiempo atrás el peso corporal ha sido asociado con valores socio-culturales. Siempre se le otorgó al cuerpo un lenguaje simbólico. En la antigüedad, la delgadez fue asociada con espiritualidad y misticismo sin embargo en épocas posteriores la delgadez se asociaba con belleza y éxito social.

En la actualidad la anorexia y la bulimia nerviosa tomaron una dimensión inesperada. A las disciplinas científicas les queda el desafío del estudio profundo de estas enfermedades, particularmente en áreas como la prevención y el tratamiento.

---

---

## 2. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los trastornos de la ingesta son enfermedades conductuales producidas por una compleja interacción de factores que pueden incluir, trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica, el vivir en una cultura en la cual haya una sobreabundancia de comida y obsesión por la delgadez.

Los trastornos del comportamiento alimenticios se clasifican en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los comedores compulsivos. Existen otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados para codificarlos los trastornos que no cumplen los criterios para clasificarlos como un trastorno de la conducta alimentaria específico.

No hay una causa única de los trastornos de la ingesta. Algunos factores como las presiones culturales, familiares, los desajustes bioquímicos y emocionales, y los trastornos de la personalidad, colaboran como detonadores tanto para la anorexia como para la bulimia, aunque cada tipo de trastorno está determinado por diferentes combinaciones de estas influencias.

La anorexia y la bulimia son problemas de salud que se manifiestan como trastornos del comportamiento alimentario y que, a veces, si no se tratan adecuadamente, pueden llegar a poner en peligro la vida de las personas que los sufren. Pueden afectar a hombres y mujeres, aunque es más frecuente en estas últimas. Pueden manifestarse a cualquier edad, pero es en la adolescencia cuando aparecen con mayor frecuencia.

Estas conductas provocan una pérdida excesiva de peso que tienen repercusiones físicas como la retirada de la regla en las mujeres, la caída progresiva de cabello o la sequedad de piel.

---

En fases más avanzadas pueden llegar a poner en peligro la vida por la desnutrición y los desequilibrios hormonales.

Como estos comportamientos pueden provocar vergüenza y sentimiento de culpabilidad, se realizan normalmente a escondidas. Por ello, y porque en la bulimia el peso puede ser normal, este trastorno es menos visible.

Tanto en la anorexia como en la bulimia, hay que tener claro que el problema no es la alimentación, sino el modo que la persona se valora y se percibe a sí misma. Estamos hablando, pues, de un problema de salud mental que tiene tratamiento y que hay que intentar prevenir.

## **2.1. IMAGEN CORPORAL**

Se entiende como imagen corporal la representación mental que tenemos de nuestro propio cuerpo. Es decir, cómo nos sentimos en relación con nuestras características corporales: altura, peso y forma; y cómo percibimos la sensación de pertenecer a ese cuerpo y vivir en él.<sup>2</sup>

La imagen corporal que cada persona tiene se ve matizada por sus experiencias. Existen momentos y situaciones en los que esa representación mental de nuestros cuerpos se puede ver afectada negativa o positivamente.

Cuando se tiene una imagen corporal positiva, hay una clara y verdadera percepción de la figura corporal, así como una evolución real de las distintas partes del cuerpo. Se aprecia la propia figura y existe una sensación de comodidad y confianza en cuanto al propio cuerpo.

Cuando su imagen corporal es negativa, la persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo, las partes de su cuerpo no son vistas como realmente son.

---

La gente con una imagen corporal negativa tiene siempre la sensación de que las demás personas sí son atractivas y que, en cambio, el cuerpo propio jamás se verá bien.

Esto las mantiene con una sensación constante de falla personal. En los trastornos de la alimentación siempre hay una imagen corporal negativa, es decir, existen distorsiones en la percepción y por tanto en la aceptación del propio cuerpo, lo que puede hacer que se presenten conductas del desorden alimenticio.

### **2.1.2. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Una de las cuestiones con más atractivo y que más especulaciones han generado tiene que ver con el contexto cultural en que se producen estos trastornos. Si tuviéramos que subrayar dos elementos en nuestra cultura que parecen especialmente significativos en su relación con estos trastornos citaríamos en primer lugar a la 'delgadez como estereotipo de belleza, éxito y control personal' y, en segundo lugar, el papel de los medios de comunicación.

Con la llegada de los medios masivos de comunicación y la situación enfermiza de un grupo reducido de mujeres por ser más atractivas para el género opuesto, produjo una propagación mayor de epidemias más biológicas. Ya que esta enfermedad no sólo es biológica sino también psicológica posee una mayor influencia.

Este tipo de enfermedad psico-biológica distorsiona la imagen producto de ideologías que buscan el llamado "cuerpo perfecto" llevando así a crear un desprecio por la comida que trae un adelgazamiento abrupto en la figura.

Medios masivos de comunicación manejan la información como les conviene según sus intereses, sin tener en cuenta los efectos que pueden tener sobre la sociedad. En los últimos años parece que la juventud se ha visto influenciada por diferentes factores que han generado nuevas enfermedades no propias de otros tiempos. Si bien no son enfermedades puramente fisiológicas parece que se contagia mucho más rápido que lo esperado por los causantes de este desastre. Entre los factores causantes podemos nombrar a varios que no surgieron espontáneamente sino que son suma de hechos y modas impuestas anteriormente a nuestro tiempo actual.



Fuente: <http://www.anred.com>



En el caso de modelaje o la apariencia física podemos denotar un modelo de una mujer flaca, rubia, de ojos claros (preferentemente celestes) y en lo posible de una estatura media tirando o acercándose a una alta. Además de un buen par de senos sin importar si éstos son naturales o implantados y unos glúteos duros (que no estén caídos), esto produce que la mujer (en especial las adolescentes y jóvenes) deseen seguir esta modelo, y como el buen camino es lento y difícil se busca la vía rápida pero peligrosa (la anorexia y la bulimia).

### **3. CONCEPTOS**

#### **3.1. ANOREXIA NERVIOSA**

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que se manifiesta en una importante pérdida de peso, que provoca la misma persona que padece la enfermedad y que la lleva a un estado de inanición. La pérdida excesiva de peso y la auto-privación de comer puede llegar a amenazar la vida de la persona.<sup>2, 3</sup>

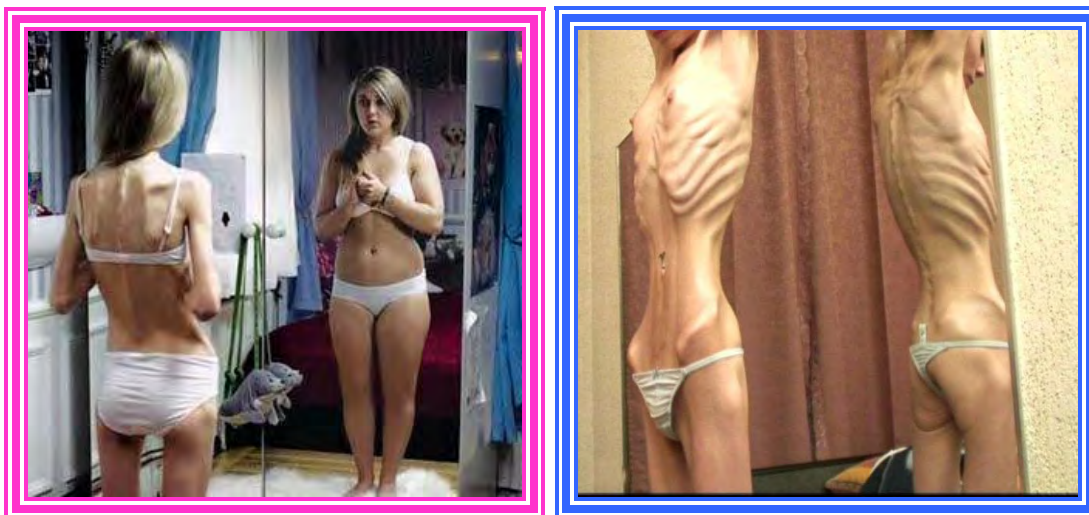
#### **3.1.2. BULIMIA NERVIOSA**

La bulimia nerviosa es un trastorno mental que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de "atracones" y una preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para su salud.<sup>2, 3</sup>

## 4. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria, la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayuno o reducción extremada de la comida, pero casi el 50% de las personas que la padecen emplean también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso). No existe ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso.

La anorexia nerviosa suele manifestarse entre los 10 y los 25 años, aunque se puede retrasar el período de aparición. Sin embargo no tiene lugar de manera generalizada durante la adolescencia temprana o intermedia, principalmente en dos etapas: a los 13-14, o bien a los 17-18 años.<sup>4</sup>



Fuente: <http://www.anorexia.com>

---

---

## 4.1. ETIOLOGÍA

La anorexia nerviosa se considera actualmente un trastorno de origen multifactorial en la que interactúan tres tipos de factores: predisponentes, una circunstancia desencadenante y los perturbantes los cuales actúan para el mantenimiento de la enfermedad. Entre ellos se encuentran factores biológicos, individuales, familiares y socioculturales.

Se inicia en la mayoría de los casos en la pubertad o la adolescencia. En estas etapas tiene lugar cambios en el organismo a los que puede ser difícil adaptarse, además de percibir la valoración de la propia imagen en relación con el grupo de la misma edad. Esta etapa está marcada por tensiones, conflictos y cambios; en ella se empieza a tomar decisiones, afrontar riesgos y abandonar la dependencia paterna.

### 4.1.2. INDICIOS PARA DETECTARLA

En primer lugar se debe estar alerta a las actitudes frente a la comida, los signos físicos, el trato social y los aspectos de la personalidad del o la joven que puede estar sufriendo un trastorno alimentario.

La presencia de algunos de los siguientes rasgos que describen los perfiles respectivos de un anoréxico pueden dar la primera señal que algo no está bien.

- Restringir la alimentación, evitando cierto tipo de alimentos considerados calóricos.
- Las cantidades de alimentos son cada vez más pequeñas.
- Aumento de actividad física, deporte y estar siempre en actividad. La pérdida de peso empieza a ser aparente y no existe una causa concreta que lo justifique.

- 
- Poseer un elevado conocimiento de los alimentos, su valor nutricional, sus calorías, etc.
  - El humor empieza a cambiar, irritación con facilidad, alternancia de cambios de ánimo que van de la depresión a la euforia. 5,6

Tan importante como los conocimientos clínicos, es el saber detectar en la primera visita características que develen aptitudes, conductas, rasgos de personalidad, emociones, etc., en el paciente que pueda ayudar o entorpecer el curso de el diagnóstico y tratamiento.

#### **4.1.3. FACTORES PREDISPONENTES**

Individuales (biológicos, psicológicos), familiares y socioculturales.

Factores biológicos: la adolescencia, el sexo femenino, los antecedentes de sobrepeso o de obesidad y el llegar a la menarquia con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 30%. Igualmente, enfermedades o problemas físicos.

Factores psicológicos: pobre relación social, baja autoestima, hiperactividad, trastornos afectivos, personalidad insegura, creencias irracionales sobre la apariencia física, escasa tolerancia a la frustración, perfeccionismo, talante inseguro y elevado rendimiento escolar.

Factores familiares: presencia de TCA en otros familiares (avidez por la comida, excesiva ingesta, pica), presencia de malos tratos, abuso sexual o abandono, madre obesa con gran preocupación por la apariencia, familia sobre protectora, con dificultad para resolver conflictos, con grandes expectativas con los hijos y que dan mucha importancia a la imagen corporal.

Factores socio-culturales: influyen de forma importante las modificaciones del ideal de belleza femenino, la búsqueda de la delgadez como señal de triunfo y felicidad, la presión social a través de los medios de

---

---

comunicación, la publicidad, las modas, y además la vulnerabilidad propia del adolescente con una personalidad en desarrollo.<sup>4,9</sup>

#### **4.1.4. FACTORES DESENCADENANTES**

Acontecimientos que afectan al sujeto (separaciones familiares, crisis amorosas, ofensas o agresiones de amigos o enfermedad física), insatisfacción con el peso y la figura corporal, actitudes y comportamientos alimentarios restrictivos inadecuados, actividad física de gran exigencia y los cambios corporales propios de la pubertad.<sup>4,9</sup>

#### **4.1.5. FACTORES PERTUANTES**

Entre ellos, se encuentran: la propia malnutrición, el refuerzo social de conseguir disminuir de peso, el aislamiento e interacciones sociales alteradas, los problemas familiares y la falta de una adecuada respuesta familiar y social. Se consideran poblaciones de riesgo: las bailarinas, modelos, gimnastas y atletas que tienen que controlar su peso, así como los pacientes con enfermedades médicas que afectan a la autoimagen.<sup>4,9</sup>

### **5. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO**

Para ser diagnosticada de anorexia nerviosa, según el DSM-IV (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría, una persona debe mostrar:

1. Rechazo a mantener un peso corporal mínimamente normal para la edad y la altura (es decir, perder peso para mantener el peso corporal por debajo del

---

---

85% del normal); o no ganar durante el periodo de crecimiento el peso esperado, manteniendo el cuerpo en un peso corporal por debajo del 85% del normal.

2. Miedo intenso de ganar peso o llegar a ser gorda.

3. Distorsión en la forma de ver el peso corporal o la figura, influencia anormal del peso corporal en la figura en la autoevaluación o negación de la gravedad del bajo peso corporal.

4. Después de la menarquía, en mujeres premenopáusicas (chicas que han tenido su primer periodo menstrual pero todavía no han llegado a la menopausia), presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Además, el diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría especifica dos subtipos:

- Tipo restrictivo. Durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona no ha comido compulsivamente con regularidad ni ha tenido comportamiento purgante (es decir, vómitos autoinducidos, excesivo ejercicio o mal uso de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo alimentación compulsiva o Tipo purgante. Durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona ha comido compulsivamente con regularidad o ha tenido comportamiento purgante. 7

## 5.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### 5.1.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS

#### SIGNOS

- Pérdida de peso mayor al 25% por debajo del peso adecuado.<sup>8</sup>



Fuente: <http://www.blogspot.com>

#### SIGNOS

- Caída de cabello
- Amenorrea
- Hipotensión
- Hipotermia
- Úlceras de estómago y esófago
- Fatiga
- Piel seca
- Bradicardia
- Estreñimiento
- Caries dental

#### SÍNTOMAS

- Deseo incontrolable de adelgazar
- Irritabilidad, impacientes
- Cambio de carácter: depresión
- Negativa a ingerir alimentos
- Dietas excesivas y continuas
- Sentimiento de culpa por haber ingerido alimentos
- Severa autocrítica





Fuente: <http://www.anorexianervosa.org>

---

---

### 5.1.3. TRATAMIENTO

El tratamiento médico consiste principalmente en la recuperación y prevención de la desnutrición. La recuperación del peso es el objetivo principal en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Para esto se debe realizar educación nutricional, ajustar la ingesta calórica según los requerimientos para la edad y sexo, además de restringir la actividad física. El uso de nutrición enteral es controvertido, reservándose solo para aquellos pacientes con una desnutrición severa que no han respondido al tratamiento hospitalario.

Si bien el enfoque del tratamiento psiquiátrico se mantiene en constante revisión existe acuerdo en que la terapia familiar es fundamental en los adolescentes. Actualmente se plantea un proceso terapéutico en fases y logros secuenciales específicos, (confianza, colaboración, potenciación), aspectos claves para impedir las recaídas y evitar la cronicidad. Los propósitos del tratamiento psicosocial apuntan a formar una buena alianza terapéutica para mantener la adherencia al tratamiento, tratar la psicopatología utilizando los fármacos más adecuados para cada caso, considerando que generalmente éstos no son efectivos para tratar los síntomas primarios de la anorexia nervosa. Los antidepresivos y neurolépticos parecen apropiados ante el alto porcentaje de patología asociada (depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo etc.). Otro objetivo es cambiar la conciencia individual y familiar de enfermedad, con el fin de hacerla más manejable. <sup>13</sup>

## 6. BULIMIA NERVIOSA

Se produce cuando la persona, obsesionada por adelgazar, ingiere con frecuencia grandes cantidades de alimentos, lo que representa para ella una importante contradicción y una sensación de pérdida de control, voluntad y autoestima. Suele comer a escondidas, generalmente alimentos que engordan y que están contraindicados en los regímenes de adelgazamiento. Como compensación, a menudo recurre al vómito inducido. La sucesión de ingesta de comida y vómito se produce varias veces al día y de manera incontrolada. Cuando el bulímico comió mucho o se dio un atracón, se siente culpable, enojado, sabe que lo que comió le hará engordar y ésto es lo que menos quiere, y siente la necesidad de hacer algo para que esa comida no le engorde. Así los atracones están seguidos por el uso de laxantes, diuréticos o por hacer ejercicio de manera exagerada. La bulimia no se caracteriza sólo por comer y vomitar, sino por comer muchísimo y luego hacer cosas para no engordar, aunque lo más común es el vómito.



Fuente: <http://www.bulimia.com.mx>

---

---

## **6.1. ETIOLOGÍA**

El origen del problema es multifactorial, aunque los aspectos psicológicos tienen gran importancia; siendo por lo general una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

### **6.1.2. INDICIOS PARA DETECTARLA**

En el caso de un paciente bulímico, puede pasar desapercibido en cuanto a su aspecto físico, ya que no presenta ninguna característica que a simple vista lo identifique como tal; sin embargo, el operador debe estar alerta de rasgos de su comportamiento y personalidad como son: estados de depresión, timidez, desgano, estrés, baja autoestima, excesiva preocupación por hacer dietas, por hacer ejercicios físicos o simplemente miedo a engordar.

Para el profesional, su herramienta para la aplicación del método clínico es la historia clínica, que es la narración metódica, detallada de todos los datos que aporta el paciente durante el interrogatorio, el examen físico y exámenes complementarios realizados sirven de base para un juicio definitivo de la enfermedad que lo afecta.

El hecho de que el paciente tenga conocimiento de su salud oral es importante, ya que la aplicación del tratamiento será mucho más fácil en un individuo que este consciente de los beneficios que pueda obtener.

Lesiones y ulceraciones a nivel de las mucosas de la boca, pueden ser factores indicativos de muchas patologías, entre ellas la bulimia.

---

Si el paciente sufre de indigestión frecuente, éste puede estar relacionado con problemas gástricos o intestinales, úlceras pépticas, y estrés entre otros.

### **6.1.3. FACTORES PREDISPONENTES**

Factores biológicos: Diversos estudios de investigación han asociado la bulimia nerviosa con alteraciones en diversos neurotransmisores cerebrales (son las sustancias mensajeras que usan las neuronas para comunicarse entre sí) como la noradrenalina, la serotonina o las endorfinas.<sup>4</sup>

Factores psicológicos: Durante la adolescencia los pacientes con bulimia nerviosa presentan con frecuencia alteraciones de conducta, de modo que pueden presentar otros problemas de impulsividad (como pueden ser problemas con el alcohol u otras drogas) desinhibición sexual, alta irritabilidad o labilidad emocional. A menudo estos pacientes presentan una baja autoestima asociada; de hecho, la bulimia nerviosa aparece con mayor frecuencia en personas con trastornos depresivos.

Factores sociales: Al igual que ocurre en la anorexia nerviosa, los pacientes con bulimia nerviosa suelen presentar un alto rendimiento escolar. Asimismo, son importantes las presiones sociales y culturales en torno a mantener una figura delgada, si bien, como se ha indicado, la mayoría de pacientes bulímicos mantienen un peso dentro de los límites normales. También cabe mencionar que con frecuencia los pacientes bulímicos perciben a sus padres como negligentes y se sienten rechazados por ellos.

---

---

#### **6.1.4. FACTORES DESENCADENANTES**

El principal factor desencadenante es el inicio de una dieta que se produce tras un aumento real de peso o como consecuencia de un miedo irracional a los cambios de forma corporal (pubertad). También suelen ser factores desencadenantes los conflictos emocionales y los acontecimientos vitales estresantes.<sup>4</sup>

#### **6.1.5. FACTORES PERPETUANTES**

Los factores perpetuantes de la bulimia, también podrían llamarse “soluciones intentadas” por las personas para resolver el problema. Justamente, el problema (necesidad de controlar el peso y la figura corporal) se perpetúa gracias a las prácticas de control de peso que buscan solucionarlo: restricción calórica o dietas estrictas, que llevan a la inanición si son “exitosas” o al atracón como reacción fisiológica natural por compensar la privación. Esto a su vez lleva a inducir el vómito o a tomar laxantes y/o diuréticos como reacción psicológica para recuperar el control, legitimándose el comienzo de un nuevo ciclo y por lo tanto el descontrol.

---

---

## 7. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Según el DSM-IV (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), los cinco criterios que debe reunir una paciente para ser diagnosticada de bulimia nerviosa son:

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece exactamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Además, el diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría especifica dos subtipos:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa.<sup>7</sup>

## 7.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### 7.1.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS

#### SIGNOS

- Aumento y descenso de peso brusco
- Bradicardia.
- Garganta irritada
- Caries. erosión dental, quelitis
- Xerostomia, gingivitis
- Caída del cabello
- Inflamación de las glándulas parótidas
- Vértigo y dolor de cabeza
- Úlcera gástrica o duodenal
- Diarrea y/o estreñimiento
- Acidez estomacal. Reflujo

#### SÍNTOMAS

- Episodios recurrentes de atracones de comida
- Abusa de laxantes, diuréticos, fármacos
- Depresión
- Comer a escondidas
- Miedo de perder el control
- Autoestima determinada por el peso y por lo que comió
- Irritabilidad
- Comer sin masticar





Fuente: <http://www.bulima.com.mx>

- Signo de Rusell
- Fatiga física
- Hipotensión
- Acidez estomacal. Reflujo<sup>8</sup>

---

---

### 7.1.3. TRATAMIENTO

El tratamiento más eficaz es el psicológico, combinado con el farmacológico y con carácter ambulatorio. El tratamiento psicológico que ha resultado ser más eficaz es el psicoeducativo y el cognitivo conductual. Las intervenciones pueden ser individuales o grupales. El tratamiento psicoeducativo va encaminado a esclarecer en qué consiste el trastorno, cuáles son sus consecuencias y cuál es el tratamiento.

En los pacientes bulímicos la dieta restrictiva antecede en la mayoría de los casos al atracón, por ello es fundamental la normalización de la ingesta como primer paso en el tratamiento. La pauta general es no saltarse ninguna comida y comer en función de un esquema predeterminado y no de la sensación de hambre. Hay que ayudar a los pacientes a identificar qué factores pueden desencadenar el atracón, siendo los más frecuentes la ansiedad, depresión, los alimentos prohibidos o el aburrimiento. El concepto de *set-point* consiste en que el peso corporal viene determinado genéticamente con carácter individual. El organismo emplea diversos mecanismos para mantener su peso dentro de un intervalo con escasas oscilaciones. Los tratamientos psicológicos especializados empleados son de tipo cognitivo-conductual y terapia de familia.

Terapia conductual. Se realiza un tratamiento de exposición con prevención de respuesta. Se expone a la paciente al estímulo desencadenante como puede ser la visualización de alimentos prohibidos y se impide el atracón y el vómito.

Tratamiento cognitivo conductual. Consiste en corregir las cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y el peso. Se realiza lo que se denomina una reestructuración cognitiva.

---

---

## **8. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN RELACIÓN A LAS ALTERACIONES BUCODENTALES PROVOCADAS POR LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA**

Se sabe que las complicaciones de los trastornos de conducta alimentaria son muchos y muy variados, entre ellos las complicaciones odontológicas; sin embargo se da poca importancia a estos aspectos pero son puntos que se deben tomar en cuenta en la evaluación o durante el tratamiento.

Debido a la naturaleza psicológica de estos trastornos, los pacientes pueden mostrar poco interés en su cuidado de salud bucal. Aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas. Dentro de las principales manifestaciones bucodentales en los pacientes que padecen anorexia y bulimia se encuentran: erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis, xerostomía, quelitis angular.

Afortunadamente la gran mayoría de las complicaciones descritas son reversibles una vez que se establece un patrón alimenticio normal y se recupera el peso perdido y se dejan las conductas compensatorias.

La monitorización de la paciente dependerá en gran medida de las condiciones específicas que se encuentren en la evaluación médica inicial. El monitoreo médico durante la realimentación debe ser cuidadoso y encaminado a prevenir el síndrome de realimentación.

## 8.1. EROSIÓN DENTAL

La lesión dentaria de mayor prevalencia en los pacientes con trastornos de la alimentación, tanto anoréxicos como bulímicos, es la erosión dental provocada por el ácido del vómito el cual suele tener un pH de 2.<sup>15</sup>

Para definir la erosión en las superficies de los dientes superiores debida al vómito, reflujo gastroesofágico, y regurgitaciones, se recurre al término de perimilólisis, actualmente se describen lesiones erosivas localizadas en la cara palatina de los dientes superiores, siendo el primer signo que aparece a nivel dental en pacientes anoréxicos y bulímicos. Esta localización se debe a que la lengua dirige los contenidos gástricos hacia delante durante el vómito voluntario y a que la propia lengua en su adaptación lateral protege a los dientes mandibulares.



Fuente: <http://www.odontologíaclínica.com>

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito suelen realizar los pacientes, para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es el causante directo, por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva que arrastrará los prismas de esmalte debilitados por el ácido y durante el cepillado, favoreciendo esto la formación de caries.



Fuente: <http://www.odontologíaclínica.com>

La gravedad de la afectación del esmalte depende de su grado de mineralización, de la duración, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación).

Si el ácido es el factor iniciador de la erosión, el cepillado que tras el vómito suelen realizar los pacientes, para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es el causante directo, por la abrasión mecánica que el cepillado conlleva que arrastrará los prismas de esmalte debilitados por el ácido y durante el cepillado, favoreciendo esto la formación de caries.

### 8.1.2. CARIES

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Además de existir el factor del inapropiado cepillado al ejecutarlo principalmente después de cada vómito. En pacientes anoréxicas el riesgo de una mala dieta o nula ingesta de alimentos se traduce en desmineralización del esmalte, por lo que los dientes en este tipo de pacientes son frágiles y quebradizos.

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



Fuente: <http://www.odontologíaclínica.com>

En estos pacientes puede existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del Sistema Nervioso Central, lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de placa dentobacteriana.

### 8.1.3. SALIVA

No se han reportado diferencias significativas en los valores de pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí encontraron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad; sin embargo y en contraparte, se han referido informes en los que se afirma que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival.

### 8.1.4. MUCOSA

La xerostomía afecta directamente a la mucosa oral por la falta de hidratación, se presentan complicaciones como irritación y fisuras labiales principalmente comisurales. Además de la irritación crónica causada por el contenido gástrico en mucosa esofágica, faríngea, palatina y gingival.

Así entonces, nos podemos dar cuenta de que los trastornos alimentarios tienen importantes lesiones en la cavidad oral.



Fuente: <http://www.odontologíaclínica.com>



### 8.1.5. ALTERACIONES PERIODONTALES

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, originando en el peor de los casos pérdida, tanto de densidad ósea, como de piezas dentales y afecciones en tejidos de soporte, entre ellos de los más afectados suele ser la encía, ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía, afectando al ya no hidratar directamente a ésta, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias, por lo tanto la alteración más prevalente es la gingivitis.



Fuente: <http://www.blogspot.com>

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



Liew, estudió los índices de placa en estos pacientes, encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia nerviosa; la recesión gingival no fue representativa, contrario a los resultados de Touyz y col, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. Liew y col apoyan lo anterior.<sup>21</sup>



Fuente: <http://www.blogspot.com>

### 8.1.6. LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS

Existe eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectándose la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas para la conservación y recambio epitelial se ven alteradas, produciendo también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.



Fuente: <http://www.dermanet.com>

Hay descritos casos de lesiones bucales como queilitis angular, candidiasis, glositis y ulceraciones de la mucosa bucal en pacientes con trastornos de la alimentación; según Milosevic estas lesiones son secundarias posiblemente a las deficiencias nutricionales frecuentes en estos pacientes.



Fuente: <http://www.dermanet.com>

### 8.1.7. XEROSTOMÍA

El concepto de xerostomía implica sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. En ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis.

La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización, neutralizar el medio ácido causado por los alimentos.

La xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales. Esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente.



Fuente: <http://www.google.com>

### 8.1.8. SIALOADENITIS

Definido como enfermedad inflamatoria bacteriana de las glándulas salivales, no se considera un signo patognomónico de la anorexia nerviosa aunque es frecuente encontrarlo. Ya que se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975.<sup>24</sup>

La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia nerviosa, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión, común en estos pacientes.

La sialoadenitis puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia nerviosa han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente



Fuente: <http://www.odontologíaclínica.com>

## 9. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El odontólogo que atienda a un paciente con trastornos alimenticios debe recomendar consumir alimentos neutrales y regular las dietas ácidas, usar pastas y enjuagues fluorados, después del vomito enjuagarse con líquidos alcalinos y no cepillarse inmediatamente, ya que al cepillarse se remueve el esmalte debilitado por el ácido del vómito.

La desmineralización dentaria no obedece a un patrón pre-establecido, sino que éste se basa en la pérdida de sustancia calcificada frecuentemente, en la porción de la corona clínica donde anatómica e histológicamente existe menor cantidad de esmalte, es decir a nivel del tercio cervical de la misma. El tratamiento será orientado de acuerdo a la severidad del caso.

Aquellos pacientes que presenten en el examen clínico esmalte poroso a nivel del tercio cervical de las coronas clínicas de los dientes, sin sensibilidad dentaria, cuyo esmalte muestra aspecto de tiza al secarse, la protección del mismo, puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%). Estos pacientes serán tratados periódicamente, con observación de la evolución de la lesión. Se recomienda así mismo el control de la dieta en interconsulta con el psicólogo tratante, para estar atentos a la posible recurrencia.<sup>17, 25,26</sup>

En los pacientes con erosiones dentales que conformen cavidad, donde la pérdida del esmalte y dentina provocan sensibilidad dental a cambios de temperatura, fricción y otros, el tratamiento restaurativo más adecuado, puede ser desde una simple resina hasta la rehabilitación

protésica mediante coronas completas, sin descuidar aspectos oclusales, ortodónticos y gnatólógicos como dimensión vertical, sintomatología ATM, mordida abierta, etc. según sea el caso en particular el plan de tratamiento dependerá tanto de la etiología del trastorno de fondo como de la magnitud de la misma. Aunque algunos autores señalan que los tratamientos ensayados en la anorexia y bulimia nerviosa son innumerables y que los fracasos son más frecuentes que los éxitos, esto no debe de ser un aspecto desmotivador, más aún, al contrario considerarlo como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que al conseguir función y estética dental el paciente recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.<sup>17, 25, 26</sup>



Fuente: <http://www.odontologíaclínica.com>

La educación para la salud se presenta como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud. Puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo fundamentales los ámbitos sanitario, educativo y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral.

---

---

La educación para la salud, pretende precisamente, fomentar hábitos saludables y no delegar totalmente la salud a la medicina, o de otra manera, no pretender tener un cuerpo sano tomando únicamente medicamentos, porque en la prevención está la clave. Con una dieta saludable y un poco de ejercicio se puede conseguir una calidad de vida mejor porque se evita algunas patologías derivadas de los malos hábitos.

Los trastornos de alimentación y en particular la anorexia y la bulimia están aumentando en nuestro país. Los adolescentes son las más vulnerables y no es raro puesto que están en proceso de construcción de su identidad, no poseen criterios y valores propios que les permitan escapar a la presión de los modelos estéticos que están de moda.

Para poder prevenir los trastornos de la alimentación, el educador para la salud deberá estar formado en los cambios psicológicos que se producen en el desarrollo del niño en la etapa de pubertad a adolescencia. Además también sabrá los cambios fisiológicos, endocrinos, morfológicos relacionales, etc. ya que a muchos adolescentes puede producirle cambios y conflictos en el proceso de la construcción de su identidad.

Entre las nuevas tecnologías, la informática ha revolucionado el campo de la educación. La informática nutricional no es una excepción, habiendo desarrollado múltiples aplicaciones para la educación de pacientes y de la población en general. Se persigue, como objetivo primordial, generar hábitos alimentarios saludables y evitar, en lo posible, patologías relacionadas con el estado nutricional. La tecnología permite crear presentaciones (folletos, carteles, cuadernillos, etc.) y lograr su difusión, casi inmediata, hasta cualquier lugar del mundo. No cabe duda de que con ello

---

aumentan la información y el carácter atractivo de la misma. Esa educación, basada en la distancia y apoyada en potentes medios tecnológicos, está en continuo desarrollo y expansión, permitiendo una adquisición de conocimientos hasta hace poco inimaginable. Hablar de educación para la salud, es hablar de concebir la labor docente como una herramienta útil para que los adolescentes lleguen a ser personas preocupadas por su salud física y su bienestar emocional, conscientes de la importancia de una buena alimentación para prevenir enfermedades, capaces de pedir ayuda en caso de necesitarla y de ayudar a otros, si fuera necesario, carentes de prejuicios sociales y poseedores de juicio y sentido crítico ante tanto reclamo publicitario para convertirlos en aquello que no son y que nunca llegarán a ser.



---

---

## 10. CONCLUSIONES

En este trabajo se presenta una revisión bibliográfica general de anorexia y bulimia nerviosa, exponiendo aspectos generales y relativos a la repercusión que tienen en los dientes y demás tejidos bucales, como parte integral de estos trastornos y no como entidades aisladas, así como los recursos terapéuticos que existen para su manejo odontológico.

Estos trastornos del comportamiento alimentario se escapan cada vez con mayor frecuencia al examen clínico dental; por el aumento en el número de casos que en la actualidad se presentan, es imperativo el conocimiento y la capacitación en cuanto a cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en odontología. Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el Cirujano Dentista juega un rol importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos que usualmente son manejados tardíamente en las clínicas psiquiátricas varios años después.

En este sentido, el Cirujano Dentista debe ser más que un técnico dental que repara de momento las afecciones provocadas por la anorexia y la bulimia nerviosa, es decir, debe observar, diagnosticar, prevenir y tratar su probable padecimiento, por lo tanto es imperativo el conocimiento y la capacitación acerca de cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones

---

clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en Odontología.

Es necesario vincular las distintas áreas de la salud para entender más sobre el tema y abordarlo integralmente, no sólo como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una mera curiosidad médica, sino como un síndrome bien definido, dado que es usual que este tipo de trastornos alimentarios tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de la salud como la nutrición, cuando se demuestra que tienen aristas iguales o más importantes para la salud integral, como el estado anímico y psicológico de los pacientes por mencionar algunos.

---

---

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Dra. Laura Elliot. Anorexia y bulimia: consejos para detectarlas y evitarla. 2ª ed. México D.F.: Editorial Planeta, 2005. Pp. 15-18

<sup>2</sup> Cecilia Silva. Trastornos Alimentarios. 1ª ed. México D. F.: Editorial Pax México, 2007. Pp. 25-28

<sup>3</sup> Gérard Apfeldorfer. Anorexia, bulimia, obesidad. 1ª ed. México D.F.: Editorial Siglo Veintiuno, 2004. Pp 74-78

<sup>4</sup> Lluís Serra Majem, Javier Aranceta Bartina. Nutrición y Salud Pública. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson, S.A., 2006. Pp. 302-309

<sup>5</sup> Rosina Crispo, Eduardo Figueroa, Diana Guelar. Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. 1ª ed. México D.F.: Editorial Gedisa, 2005. Pp. 32-37

<sup>6</sup> Trilce Romero. Anorexia y Bulimia. 4ª ed. México D.F.: Editorial Tomo S.A., 2004. Pp. 25-30

<sup>7</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, México: Editorial Masson, 1998 Fuente: DSM-IV. Pp. 659-660

---

<sup>8</sup> Jorge Luis Colombo. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados. 1ª ed. Buenos Aires Argentina. : Editorial Lumen., 2006. Pp 25-35

<sup>9</sup> Andrea Weitzner, El camino hacia la recuperación de Anorexia y Bulimia. 1ª ed. México D.F.: Editorial Pax México., 2007. Pp. 15-26

<sup>10</sup> Rodríguez, S., Mata, J.L., Lameiras, M., Fernández, M.C. y Vila, J. Dyscontrol evoked by erotic and food images in women with bulimia nervosa. *Rev. European Eating Disorders Review* 2007; 231-239

<sup>11</sup> Berrios-Hernandez, M.N., Rodríguez-Ruiz, S., Cepeda-Benito, A., Gleaves, D.H., Perez, M., Maysonet, M. Cross-Cultural Assessment of Eating Disorders: Psychometric Properties of a Spanish Version of the Bulimia Test-Revised. *Rev. European Eating Disorders Review* 2007; 15 (6), 418-424

<sup>12</sup> Rodríguez, S., Mata, J.L., y Moreno, S. Psicofisiología del ansia por la comida y la bulimia nerviosa. Madrid España.: Editorial Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid 2007. Pp.99-118

<sup>13</sup> Fernández, F., y Turón, V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento de anorexia y bulimia. Barcelona.: Editorial Masson 2002 Pp. 45-60

<sup>14</sup> Gargallo, M., Fernández, F. Raich. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. México D.F.: Editorial Lumen., 2003. Pp. 335-349.

---

<sup>15</sup> Leonor Ochoa García, Saúl Dufoo Olvera, Claudia S de León Torres. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Rev. Odontológica Mexicana 2008; 12 (1), 46-54

<sup>16</sup> Foster D.W. Anorexia nerviosa y bulimia: Principios de medicina interna. 13<sup>a</sup> ed. Madrid España.: Editorial Interamericana McGraw-Hill 1994 Pp. 527-31.

<sup>17</sup> Óscar Gay Zárate, José L Castellanos, Laura Díaz Guzmán. Series en medicina bucal. VIII. Anorexia y bulimia en odontología. Rev. Asociación Dental Mexicana 2004; 49. (3) Pp. 117-120

<sup>18</sup> Meurman JH et al. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. Rev.Oral Surg Med Pathol 1994; 78: Pp. 583-9

<sup>19</sup> Milosevic A, Dawson LJ. Salivary factors in vomiting bulimics with and without pathological tooth wear Rev. Caries Res 1996; 30: Pp. 361-6

<sup>20</sup>.Stege P, Visco DL, Rye L. Anorexia nervios: review including oral and a dental manifestations. Rev.Jada 1982; 104: Pp. 648-52

<sup>21</sup>.Touyz SW, Liew VP, Frisken K, Williams H, Beumont PJV. Oral and dental complications in dieting disorders. Rev. Int J Eating Disord 1993; 18: Pp.341-348

---

<sup>22</sup> Yeily Thomas, Édgar Ibáñez, Claudia Serrano, Teheràn. Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo *Rev. CES Odont.* 2008; 21(2) Pp. 33-38

<sup>23</sup> Jorge Armando Barriguete Menéndez, Adriana Viladoms Portugal. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Odontológica Mexicana* 2008; 12 (2) Pp .101-108

<sup>24</sup> Regezzi JA, Sciubba JJ. *Patología Bucal*. 3ª ed. México D.F.: Editorial Interamericana; 2000. Pp.80-86

<sup>25</sup> Darbar U.R. Treatment of palatal erosive wear by using oxidized gold veneers. *Rev. Quintessence Int.* 1994; 25: Pp. 195-7

<sup>26</sup> Bassiouny MA, Pollack RL. Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers. *Rev.JADA* 1987; Pp.115: 412-7