

107
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TENDENCIA A PADECER
ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA
EN 1000 JOVENES UNIVERSITARIOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N

**HIGAREDA HOYOS ARMANDO
HIGAREDA HOYOS CESAR**

DIRECTOR: C.D. JOSÉ LUIS TAPIA VAZQUEZ
ASESORES: M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS
C.D. BERNARDO CRUZ LEGORRETA



MÉXICO, D.F.

2000

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

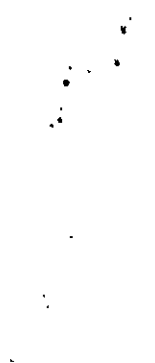
Restricciones de uso

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.



A nuestra familia
Nuestros padres Armando y Gloria
Nuestra hermana Ma. Fernanda
Nuestros abuelos: César, Cecilia, Fernando y Raquel

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en especial a nuestros directores de tesis, el Dr. José Luis Tapia, la Dra Beatriz C. Aldape y a el Dr. Bernardo Cruz, por todo su apoyo y dedicación en la realización de este trabajo, por sus valiosas aportaciones y por su confianza.

A nuestros sinodales: el Dr. José Luis Tapia, la Dra Beatriz C. Aldape, el Dr. Bernardo Cruz, la Dra. Sara Montaña y a el Dr. Daniel Quezada, por revisar este trabajo, sus comentarios contribuyeron al mejoramiento de esta tesis.

A Gabriela y Alejandra Cortés por todo su cariño, apoyo, y por toda su valiosa colaboración en la elaboración de éste trabajo.

A Carlos, por su amistad y por toda su ayuda para la presentación de esta tesis.

A nuestros amigos, por compartir aquellos tiempos y brindarnos su amistad.

También queremos agradecer a todas aquellas personas que de alguna manera tuvieron algo que ver en la realización de esta tesis.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
Desnutrición	3
Trastornos Alimenticios	4
Anorexia Nerviosa	34
Bulimia Nerviosa	49
Trastornos bucodentales	62
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	69
JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	69
HIPOTESIS	70
OBJETIVOS	70
METODOLOGIA	71
RECURSOS	74
RESULTADOS	75
DISCUSION	81
CONCLUSIONES	82
GLOSARIO	83
BIBLIOGRAFIA	85

INDICE DE FIGURAS

- Fig. 1.-Rev. Marie Claire Año. 10 No.3 Marzo 99, México pp 64
- Fig 2.- Marie Claire Año. 10 No.3 Marzo 99, México pp 64
- Fig.3 y 4 Muy Interesante año XVI No. 9 México 1999.,pp 56
- Fig. 5 Carmen Mariscal Sertvije.
- Fig 6 y 7 Muy Interesante, año XVI No. 9 México 1999, pp 50 y 54
- Fig. 8 Alfonso Chinchilla Moreno "Anorexia y Bulimia nerviosas", Editorial Ergon, España,1994.pp13-203
- Fig 9 y 10 Bryan Lask, "Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders", Great Britian, 1993 , pp 31-86
- Fig 11 Carmen Mariscal Sertvije.
- Fig 12 Muy Interesante, año XVI, No. 9 México pp 58
- Fig 13. Robert A. Colby, Donald A. Kerr, Hamilton B., G. Robinson. "Atlas of oral pathology", 2nd Edition, Montreal, 1961, pp 59.
- Fig 14 Pothier PE. "Dental erosion in anorectic patients". British Dental Journal 1995 Jun 24; 178 (12): 445.
- Fig 15 O'Reilly RL, O'Riordan JW, Greenwood AM. "Orthodontic abnormalities in patients with eating disorders". International Dental Journal 1991 Aug; 41 (4):212-6
- Fig 16 J.J. Pindborg, "Atlas de enfermedades de la mucosa oral" Ed. Masson Salvat Odontología, 5ta Edición, 1994,pp 62, 63
- Fig 17 Hasler JF. "Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nervosa". Oral Surgery Oral Medical Oral Pathology 1982 Jun;53(6): 567-73.
- Fig 18 Van der Waal, Van der Kwast, "Oral Pathology", Ed. Quintessence books,1988, pp 265
- Fig 19,20,21 J.J. Pindborg, "Atlas de enfermedades de la mucosa oral" Ed Masson Salvat Odontología, 5ta Edición, 1994, pp 196,197,238,239.

RESUMEN

En los últimos años los trastornos en la alimentación, han aumentado su incidencia notablemente, debido a las influencias sociales y culturales por tener un cuerpo perfecto. La anorexia y la bulimia son enfermedades que afectan principalmente a las mujeres jóvenes de estrato socioeconómico alto. Estas enfermedades presentan síntomas físicos, del comportamiento, mentales y emocionales, los cuales según la severidad con que se manifiesten pueden ocasionar incluso la muerte.

En la anorexia nerviosa, los pacientes presentan miedo intenso a ganar peso, un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para su edad y talla, alteración de la imagen corporal y en mujeres amenorrea. En la bulimia presentan atracones incontrolables de comida, provocación del vómito, utilización de laxantes, diuréticos, etc., y realizan vigoroso ejercicio.

Estos trastornos en la alimentación presentan sintomatología en la cavidad bucal, por lo que es importante que el Odontólogo, las sepa identificar para así poder remitir a éstos pacientes con un especialista y evitar posibles complicaciones para así tener un pronóstico favorable.

En este estudio se entrevistaron 1000 estudiantes de escuelas y universidades públicas y privadas, para ver si tenían tendencia a padecer dichos trastornos, 732, de nuestros encuestados fueron mujeres, de las cuales el 4 % presentaron tendencia a la anorexia nerviosa, y el 20 % a la bulimia, y 268 fueron hombres de los cuales el 3 % presentaron tendencia a la anorexia y el 14 % a la bulimia, también se observó que en la anorexia nerviosa no hubo ninguna diferencia en el número de casos presentados, y en la bulimia se presentó con mayor frecuencia en las escuelas públicas.

INTRODUCCION.

El comportamiento humano es la reacción integral frente a una situación. La conducta alimentaria es la reacción global en presencia de los alimentos. Esta reacción puede ser adaptada a las necesidades nutricionales o responder a otro tipo de necesidad que puede ser personal o ambiental. En la historia de la humanidad distintas circunstancias han desviado la conducta alimentaria originando trastornos. Salvo breves períodos de provisión suficiente de alimentos, el hombre ha padecido hambrunas a través de los tiempos. A partir de la revolución industrial y de las actuales técnicas agropecuarias, buena parte de la población mundial cuenta con disponibilidad de alimentos. Sin embargo, cuando parecía haber llegado el momento en que el ser humano, beneficiado por el progreso, se alimentara regularmente sin sufrir desnutrición, hacen su aparición los factores culturales y personales que conducen al cambio en el concepto del "*cuerpo ideal*" de la sociedad. Hasta ese momento, apreciado el cuerpo excedido en peso como sinónimo de salud y poderío económico, ha sido sustituido por un deseado cuerpo delgado, tan delgado hasta llegar a la emaciación y la enfermedad. La guerra contra los kilos, alejada de la supervisión médica, no repara en la consecuencia sobre la salud de ciertas prácticas y se deja influenciar por los semanarios de moda, programas de TV, hipnotizadores, gimnasios, masajistas, obesos recuperados y cuanta persona haya encontrado en las personas excesivamente preocupadas por el peso, una fuente de ingreso. Así, se lanzan propuestas de adelgazamiento sin sustento científico, que provocan más problemas que soluciones. A este panorama sociocultural, se suman una predisposición genética, determinada dinámica familiar y ciertos rasgos de personalidad configurando una posibilidad franca de desarrollar trastornos alimentarios severos. La participación singular de

cada uno de estos factores y su combinación favorece el "estilo" del padecer encontrado en la clínica.¹

Se describen, entre los trastornos alimentarios, diferentes entidades clínicas y, aún, cada paciente se singulariza a través del estilo que posee. Por ello, se hace necesaria la aplicación de medidas terapéuticas, flexibles y que cubran todas las disciplinas, y se ajusten a cada caso en particular.¹

En el caso del odontólogo, es importante que sepa identificar los trastornos bucodentales, para evitar problemas posteriores. El vómito frecuente que se presenta en personas que padecen bulimia o anorexia nerviosa causa trastornos dentales que requieren cuidado profesional permanente. Los signos y síntomas dentales más comunes relacionados con trastornos en la alimentación son:

1. Erosión del esmalte dental.
2. Hipersensibilidad térmica.
3. Xerostomía.
4. Eritema palatino y faríngeo.
5. Eritema de la mucosa labial, labios secos y queilosis.²

ANTECEDENTES

DESNUTRICIÓN.

La desnutrición es un problema que ha existido desde que el hombre apareció. Al principio ésta desnutrición estaba dada por varios factores, como son su habilidad para cazar, la situación geográfica, el clima, etc. Conforme fue pasando el tiempo los alimentos fueron tomando un matiz de identificación de estereotipos de clases sociales, de situación geográfica y de cultura.²

La desnutrición va a estar dada por dos factores principalmente:

- 1.- Por necesidad contextual.
- 2.- Por necesidad psicológica.²

NECESIDAD CONTEXTUAL.- Son todos los factores externos a la persona, como son la situación geográfica del país, la situación económica, cultura, religión, que van a ocasionar que exista una desnutrición (Fig 1).²



Fig.1 Personas de Diafra.

Rev. Marie Claire.

NECESIDAD PSICOLOGICA

Son todos los factores internos de la persona, como estados de depresión, problemas familiares, que ocasionan que la persona deje de comer, o coma excesivamente y se provoque el vómito, y es aquí donde encontramos a los trastornos de la alimentación (Fig 2) ¹

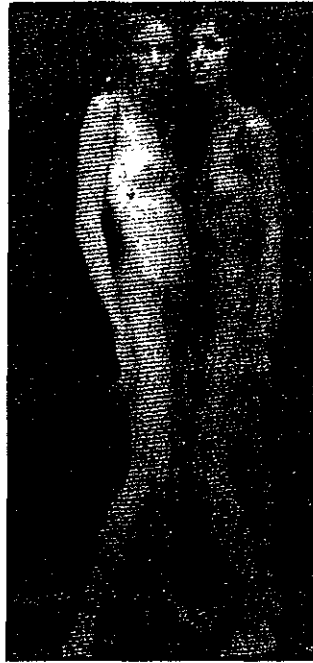


Fig.2 Modelos con anorexia nerviosa
Rev. Marie Claire.

TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Los trastornos del comer consisten en devastadoras enfermedades conductuales producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y una cultura en la que existe una sobreabundancia de comida y una obsesión con el estar delgado. ²

Los trastornos del comer se categorizan en general como bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos del comer no especificados.²

La historia de la anorexia y la bulimia se remonta a la Edad Media donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta (Siglo XIV).¹

La anorexia nerviosa se diagnosticó por primera vez como un problema médico en 1873, pero descripciones de autoinanición se han encontrado aún en escritos medievales.²

“El primer mandamiento de la moda dicta: sé esbelta y triunfarás.”

La presión emocional ejercida por el bombardeo de información para mantener una imagen corporal adecuada, origina una terrible ansiedad que se canaliza mediante el hecho de comer compulsivamente, luego, surge el remordimiento que lleva a conductas poco congruentes como serían el purgarse en forma obsesiva, provocar el vómito o ingerir diuréticos. Entonces surgen las preocupaciones severas a causa de avitaminosis o desnutrición, aunados a los graves problemas de tipo emocional; así se manifiesta el peligroso círculo vicioso de la bulimia y la anorexia nerviosa.³

Los trastornos de la alimentación han estado presentes desde hace muchos años y se han ido incrementando desde los 1920's, cuando la figura femenina es cada vez más estilizada. Las conductas de alimentación, la insatisfacción del cuerpo, ideales del peso, prevalecen más en las niñas adolescentes de estrato social económico alto, estas presentan desajustes en el área social, ansiedad social y pobres relaciones interpersonales.⁴

Los trastornos nutricionales secundarios a alteraciones de la conducta se presenta con una frecuencia importante sobre todo en adolescentes y

jóvenes del sexo femenino, aunque comienza a notarse numerosos casos que afectan a varones e incluso a niños prepúberes. ⁶

La frecuencia mundial de la anorexia nerviosa es de 5 a 10 casos cada 100.000 habitantes, y en los países europeos se presenta en 1 % de la población. ⁵

La anorexia nerviosa y la bulimia no son enfermedades físicas, aunque los efectos y las consecuencias lo sean. Estos trastornos nutricionales constituyen una enfermedad mental, siendo así porque el cerebro rechaza la imagen real del cuerpo por un ideal físico inalcanzable que les haga ser aceptados y admirados por los que les rodean. La imagen ideal la propagan los medios de comunicación, la publicidad, el cine, la moda y la televisión. (Fig. 3 y 4) ²

La moda se encarga de promocionar la delgadez extrema.



Fig. 3 y 4 Modelos con anorexia.

Rev. Muy Interesante

La anorexia nerviosa representa una conducta caracterizada por el rechazo voluntario de los alimentos por sentirse, verse o considerarse obesa,

a pesar de que en muchos casos el peso corporal está muy por debajo del correspondiente para la edad y actividad que desempeña.³

La bulimia es el consumo desenfrenado de alimentos para tratar de compensar situaciones de angustia o tensión nerviosa. En algunos casos se alternan las fases de anorexia nerviosa y de bulimia.²

La anorexia y la bulimia hacen vulnerables a los jóvenes y pueden llevar a la muerte en las formas más graves. Estos jóvenes comienzan, con la pasión propia de su edad, con dietas de adelgazamiento, al principio se pasa un poco de hambre, acostumbrando el cuerpo a cada vez menos calorías precisamente en una época de desarrollo físico e intelectual.²

En la fase inicial existen fases de consumo compulsivo de alimentos que pueden determinar, sobre todo en las mujeres con predisposición, el aumento de peso. Tan pronto como se percibe la situación de ingesta excesiva o bulimia, se inician actos para perder peso entre las que cabe mencionar la provocación de vómitos, consumo de laxantes y diuréticos, automedicación con fines adelgazantes.¹

Cuando el cuadro es grave y el trastorno de la personalidad profundo, se manifiesta por la anorexia e inanición. El cuerpo llega a acostumbrarse a las pocas calorías, alterándose todo el equilibrio metabólico, y la persona tiene un peso muy por debajo del correspondiente a su edad y talla. Pero el paciente sigue viéndose con un peso excesivo. Los trastornos menstruales y la desaparición de la menstruación son datos de alarma y que indican la gravedad del caso.^{7,8,9,10}

Los padres deben estar pendientes del desarrollo físico de sus hijos con el fin de detectar en estadios iniciales estos trastornos nutricionales para

intentar su tratamiento precoz. La comunicación entre padres e hijos, la corrección de situaciones de ansiedad y de tensión, la vigilancia en el consumo de dietas exóticas o monótonas (a veces inducido por la publicidad reiterativa), el apoyo familiar en las personalidades inseguras, son medidas que aplicadas tempranamente permiten evitar las formas graves que a veces son mucho más difíciles de resolver incluso con tratamientos que requieren hospitalización.⁸

El curso clínico de la anorexia nerviosa suele ser prolongado, con años de esfuerzo y sufrimiento en los que se alienta a la víctima a que coma y exprese sus sentimientos. El deterioro físico va correlacionado con el deterioro psicológico, y al final es imprescindible la colaboración del paciente, psiquiatra y la familia.²

FACTORES PREDISPONENTES.

No existe una sola causa de los trastornos del comer. Un número de factores, incluyendo presiones culturales y familiares, genética, desajustes químicos, trastornos emocionales y de la personalidad colaboran para producir la anorexia y la bulimia, aunque cada trastorno es determinado por diferentes combinaciones de estas influencias.⁷

Sexo y edad.

Johnson-Sabine en 1997 realizaron un estudio en Inglaterra el cual reportó que dos tercios de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta, aunque sólo 20% sufrían en realidad de sobrepeso. Aunque un 90% de los casos reportados eran mujeres, parece que la tasa de hombres está en aumento.²

Los hombres tienden a ocultar más un trastorno del comer que las mujeres por lo que la incidencia pudo haber sido subestimada. Un estudio reciente entre los hombres de la armada de los Estados Unidos realizado por Fichter MM, Quadflieg N, reportó una prevalencia de 2.5% de anorexia, 6.8% de bulimia y 40% de otra forma de trastorno del comer no especificado de otra manera.¹¹

Rost B, Roser en 1997 en un estudio entre los hombres civiles de Estados Unidos que padecían algún trastorno de la alimentación, el cual reportó que el 42% de los hombres que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y 58% de los hombres con anorexia reportaron no tener una vida sexual activa.²

Los otros factores de riesgo entre los hombres, incluyendo depresión, trastorno de la personalidad y abuso de drogas, fueron paralelos a los factores entre las mujeres con trastornos del comer.⁸

La bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los pasados cinco años. Un estudio en 1997 hecho por Howard WT., en estudiantes de escuela secundaria reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico.¹¹

Los estudiantes universitarios corren un riesgo inclusive mayor. Los cálculos de la prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes oscilan entre cerca de 3% a 10%.²

Algunos expertos sostienen que este problema está bastante subestimado ya que muchas personas con bulimia pueden ocultar la purgación y no es obvio a simple vista el que tengan un peso por debajo de lo normal.²

Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; los jóvenes que ocasionalmente forzan el vómito después de comer demasiado, sin embargo, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento ocasional no continúa después de la juventud.⁶

La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños de hasta seis años de edad, y se calcula que ocurre en 0.5% a 3% de todos los adolescentes.¹²

En E.U. 10 de cada 100 mujeres jóvenes presentan algún desorden de la alimentación, en la sociedad latina 1 de cada 25 mujeres, en los países occidentales del 2 al 4% de las mujeres entre (14 a 23 años) pueden desarrollar alguna de éstas enfermedades.¹

Frecuencia mundial de la anorexia es de 5 a 10 casos de cada 100.000 personas y en mujeres del 3 al 10%. Entre los mediados de los años cincuenta y los años setenta, la incidencia de la anorexia aumentó por casi 300%.^{1,2,7,11,12}

Geografía y factores socioeconómicos.

El vivir en naciones económicamente desarrolladas en cualquier continente parece plantear un riesgo mayor para padecer algún trastorno del comer que el pertenecer a un grupo étnico particular; los síntomas permanecen sorprendentemente similares entre los países de alto riesgo. Extrañamente, dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres. En efecto, los que se encuentran en grupos económicos más bajos pueden estar a un riesgo mayor de bulimia. La vida en la ciudad es un factor de riesgo de bulimia pero no de anorexia.²

En Estados Unidos en 1997 Agras WS, Bachman J.A: realizaron una prueba en las personas con trastornos del comer, las cuales obtuvieron una calificación significativamente mayor en las pruebas de coeficiente intelectual que las personas que no sufrían de estos trastornos. Las personas con bulimia, y no-anorexia, obtuvieron calificaciones más altas en pruebas no verbales que en las verbales.¹²

Trastornos de la personalidad.

Vinculados con los trastornos del comer están trastornos de la personalidad específicos: personalidad evasiva en la anorexia; personalidad inestable en la bulimia, y narcisismo en ambas. Deberá tomarse en cuenta que todos estos rasgos pueden encontrarse en cualquiera de los grupos. Algunos estudios indican que hasta un tercio de anorexia restrictiva son de personalidad evasiva; tienden a ser perfeccionistas y están emocional y sexualmente inhibidos. También tienen a menudo una vida de fantasías menor a la de las personas con bulimia o a las personas que no sufren de

trastornos del comer. Rara vez se rebelan y se les percibe por lo general como personas que siempre son buenas.¹³

El logro de la perfección, y todo lo que esto implica, es la única manera de lograr amor; esto significa el convertirse en una persona libre de dificultades, y el no exigir nada (incluyendo comida). Como parte de este paquete de perfección está una imagen ideal de delgadez que nunca puede lograrse. Cuando el fracaso inevitable ocurre, el proceso de no comer se convierte en un acto de venganza pasiva contra aquellos cuyo amor está siempre fuera del alcance: *"¿ves? estoy desapareciendo lentamente, y vas a estar muy triste cuando ya no esté"*.¹⁴

Un experto describió a sus pacientes anoréxicos como que carecían totalmente de personalidad propia --mucho más allá de una autoestima baja. Las personas con anorexia son sumamente sensibles al fracaso, y cualquier crítica --no importa cuán leve-- refuerza su propia creencia de que "no son buenos".¹⁰ Los estudios indican que casi el 40% de las personas que tienen anorexia bulímica --que pierden peso comiendo excesivamente y mediante la purgación-- tienen personalidades inestables. Tales personas tienden a tener estados de ánimo, patrones de pensamiento, comportamientos y autoimágenes inestables. No pueden soportar el estar solos, exigen atención constante y tienen dificultad de controlar el comportamiento impulsivo. Se ha dicho que las personas con personalidades inestables causan caos a su alrededor mediante el empleo de armas emocionales como berrinches, amenazas de suicidio y hipocondría. Idealizan a las personas y a menudo son decepcionadas y rechazadas. Algunas investigaciones han indicado que la gravedad de este trastorno de la personalidad predice dificultad en el tratamiento de la bulimia y puede ser más importante que la presencia de los problemas psicológicos como la depresión. Los estudios también han encontrado que las personas con bulimia o anorexia tienen una tasa de

narcisismo alta, un trastorno de la personalidad marcado por una incapacidad de calmarse a uno mismo o de una necesidad de admiración y una hipersensibilidad a la crítica o la derrota ^{5,6,15,16}

Personas bastante activas físicamente.

Los atletas más competitivos son a menudo perfeccionistas, un rasgo común entre las personas con trastornos del comer. Las mujeres en los deportes de "apariencia", incluyendo gimnasia y patinaje artístico, deportes de resistencia como carreras atléticas y carreras a campo traviesa, tienen un riesgo mayor de desarrollar anorexia. La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. ¹⁰

En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia y, a un grado menor, en bulimia. El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas. ¹¹

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

controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan enfrente de los miembros del equipo o precisan castigos.¹⁶

En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos.¹⁷

El éxito en el ballet depende del desarrollo de un cuerpo nervudo y sumamente esbelto. Los cálculos de los episodios de los trastornos del comer entre dichos atletas y artistas oscilan entre 15% y 60%.²

Los luchadores hombres y los que practican el canotaje de peso liviano se encuentran también a riesgo de someterse a dietas excesivas. Un tercio de los luchadores a nivel de escuela secundaria emplea un método llamado cortado de peso para la pérdida rápida de peso; este proceso incluye la restricción de comida y la depleción de líquidos usando baños turcos, saunas, laxantes y diuréticos. Aunque los atletas masculinos tienen una mayor tendencia a reanudar patrones de comer normales una vez la competencia concluye, los estudios están mostrando que los niveles de grasa del cuerpo de varios luchadores todavía están lo bastante por debajo de sus compañeros durante la estación baja y llegan a estar a menudo tan bajos como 3% durante la estación de lucha.¹³

Los estudios también están mostrando un riesgo mayor del promedio para el desarrollo de trastornos del comer entre los hombres y las mujeres en la milicia.^{11,16,17}

Vegetarianos.

Un estudio reciente realizado por Lask, Fosson, Thomas & Rolfe en 1993 en adolescentes vegetarianos (la mayoría de ellos mujeres) encontró que aunque estos adolescentes parecen comer más frutas y verduras, tienen también una probabilidad dos veces mayor de estar a dieta con frecuencia, cuatro veces mayor de someterse a una dieta intensiva y ocho veces mayor de usar laxantes en comparación a sus compañeros no vegetarianos.¹⁸

Diabetes.

Los trastornos del comer se han convertido en un problema grave entre las personas con diabetes. Un estudio reportó que más de un tercio de las mujeres diabéticas omitía o usaba menos insulina con el fin de controlar el peso. Si tales pacientes insulino dependientes desarrollan anorexia, puede parecer que su peso extremadamente bajo controla la diabetes por un tiempo. Con el tiempo, sin embargo, si dejan de tomar insulina y recuperan el peso, estas pacientes morirán.¹⁹

Pubertad temprana.

Garner en 1985 realizó un estudio en niñas que no sufrían de trastornos del comer y reportó que antes de la pubertad, las niñas comían cantidades de comida apropiadas a su peso corporal, estaban satisfechas con sus cuerpos, y la depresión se asoció con una menor ingestión de comida. Después de la pubertad, las niñas comían cerca de tres cuartos de la ingestión recomendada de calorías, tenían una autoimagen corporal más mala, y la depresión incrementó con la mayor ingestión de comida. No es sorprendente, entonces, que haya un mayor riesgo de bulimia y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por todos los adolescentes

se intensifican aún más por la atención que provoca ansiedad en sus cuerpos cambiantes tempranos.^{5,20,21}

Trastornos emocionales.

Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastornos de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos del comer.²

Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La gravedad del trastorno del comer tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos empiecen a aumentar de peso.²²

Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores --mensajeros químicos en el cerebro-- en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptófano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina,

pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico.²²

La estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio.²²

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos del comer.²

Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la

dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos, por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortándola en pedazos diminutos, o poniéndola en envases diminutos. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia o bulimia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno del comer a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad.^{2,22}

Factores familiares.

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer.¹

En 1985 Marshall realizó un estudio y encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Otros estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas.²

Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de drogas que la población en general.⁸

Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.^{1,2,7,8}

Influencias culturales.

Cuando se incluye la obesidad, es indiscutible que el comer no saludable es epidémico en América.⁸

Las presiones sociales de la cultura occidental desempeñan sin duda un papel importante en la provocación de los trastornos del comer. Por un lado, los anunciantes comercializan a gran escala programas para la reducción de peso y presentan modelos jóvenes anoréxicos como paradigma de deseo sexual; por otro lado, los medios de comunicación inundan al público con anuncios..²

La ropa se diseña y exhibe para los cuerpos delgados a pesar de la realidad de que pocas mujeres podrían llevarlas con éxito. Aunque corren mayor riesgo las personas cuyo sentido de la autoestima se basa en su totalidad en la aprobación externa y apariencia física, pocas mujeres son inmunes a estas influencias.^{2,8}

Anormalidades pituitarias de hipotálamos.

Existen dudas sobre si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos del comer son resultados o causas de los trastornos. El entorno clave de estas anomalías se origina en el área del cerebro conocida como el hipotálamo, el cual regula la glándula pituitaria, a veces conocida como la glándula maestra debido a su importancia en la coordinación de los sistemas nerviosos y hormonales.³

Los estudios a base de imágenes de los cerebros de pacientes anoréxicos han encontrado altos niveles de proteínas conocidas como factores de secreción de corticotropina (CRF), las cuales se secretan durante períodos de estrés y bloquean la sustancia neuropéptido Y (NPY), un estimulante de apetito potente.²³

Estos productos químicos relacionados con el apetito pueden servir como los enlaces biológicos entre las enfermedades estresantes extremas en la vida de una persona joven y el desarrollo posterior de anorexia, aunque algunos estudios por imágenes indican que estas anomalías ocurren después de desarrollada la anorexia. Se necesita más trabajo.²³

Otro estudio vincula niveles inestables, generalmente bajos, de leptina con la anorexia; esta sustancia está bajo escrutinio por su papel en la obesidad.²³

El sistema pituitario del hipotálamo es también responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la pérdida del período menstrual.³

Altos niveles de la hormona masculina testosterona también se han detectado en las mujeres con trastornos del comer. Aunque la mayoría de los expertos creen que estas anomalías reproductivas son resultado de la anorexia, otros han reportado que en un 30% a 50% de las personas con anorexia, los trastornos menstruales ocurrieron antes de ocurrida la malnutrición severa y se convirtieron en un problema por mucho tiempo después del aumento de peso, indicando que las anomalías pituitarias del hipotálamo preceden al trastorno del comer mismo.^{2,3,23}

Problemas alrededor del nacimiento.

En algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos del comer. Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.¹⁶

Infecciones.

Algunos estudios han encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico (GABHS), la causa de

la inflamación séptica de la garganta. GABHS ya se ha identificado como un factor causante de una forma rara de trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), en los niños; OCD y anorexia tienen varios comportamientos en común. Epstein Barr, el virus que causa la mononucleosis también ha sido asociado con el desarrollo de anorexia.¹⁶

Una teoría que explica estos vínculos es que los anticuerpos provocados por los organismos pueden accidentalmente lesionar el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. Los antibióticos, la terapia inmunológica y una vacuna experimental contra la fiebre reumática pueden inclusive ayudar a tratar la anorexia en estos pacientes.¹⁶

Factores genéticos.

La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndoles más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia.^{2,16}

TRATAMIENTO

La primera dificultad para tratar los trastornos del comer es a menudo la resistencia del paciente anoréxico que cree que la emaciación es normal e inclusive atractiva o el paciente bulímico que cree que la purgación es la única manera de prevenir la obesidad. Aun peor, la enfermedad anoréxica

puede ser estimulada por los amigos que envidian la delgadez o por los entrenadores de baile o deportes que promueven los niveles de grasa bajos. La familia misma puede negar el problema y ser obstructiva o manipuladora, aumentando las dificultades del tratamiento. Es muy importante que el paciente y cualquier amigo o parientes cercanos estén informados acerca del grave potencial de estas enfermedades y la importancia de recibir ayuda inmediata.³

Los pacientes pueden abandonar los programas si tienen expectativas poco realistas de "curarse" tan solamente mediante las apreciaciones de los terapeutas. Antes de que empiece un programa, deberá ponerse de manifiesto que el proceso es doloroso y requiere trabajo duro por parte del paciente y la familia.⁷

Existe la posibilidad de tratar varios métodos terapéuticos hasta que el paciente tenga éxito en superar estos trastornos tan difíciles. La recaída es común y no deberá recibirse con desesperación. En un estudio, después de seis años, tan sólo cerca del 10% de los pacientes bulímicos que se habían tratado habían dejado de responder.²

La bulimia se trata mejor con una combinación de antidepresivos y terapia cognoscitiva. El resultado de la bulimia es en general más favorable que en la anorexia; incluso después de la recuperación, las mujeres con anorexia a menudo retienen un deterioro en el sentido de la línea corporal.³

Los estudios a largo plazo, sin embargo, están mostrando recuperación aún en la mayoría de las personas tratadas contra la anorexia. Un estudio reveló que para las personas con anorexia temprana, la terapia familiar funcionó mejor y para las personas con anorexia tardía la terapia individual de apoyo fue la más eficaz.^{2,3,7}

El tratamiento de orientación múltiple

El tratamiento de orientación múltiple en un primer momento centra su objetivo, tanto en pacientes anoréxicas como bulímicas, en la atención de las alteraciones somáticas, puede llegar a estar en peligro la vida- y en el logro de la realización de una alimentación armónica. La desnutrición de la anoréxica, provoca y sostiene algunos de los síntomas psicológicos presentes, haciendo indispensable cierto grado de recuperación nutricional para, recién entonces, contar con la posibilidad de realizar una labor psicoterapéutica más interpretativa.²

En el primer momento la labor psicoterapéutica enfoca, primordialmente, la situación alimentaria alterada apoyando los esfuerzos que los profesionales encargados de la atención médico-nutricional realizan. Se brinda, al mismo tiempo, información a los pacientes y sus familiares sobre la problemática de su padecer. Las inconvenientes de las entrevistas iniciales ponen en evidencia la dificultad de las pacientes para expresar sus pensamientos y sentimientos. En este sentido las técnicas no verbales son de gran ayuda. Entre ellas, el *collage* de imágenes en trastornos alimentarios (CITA), favorece al paciente externar sus sentimientos a partir de la elección de estímulos determinada por la conformación de su mundo interno, único e irrepetible con sus pensamientos y afectos. El CITA cumple funciones diagnósticas y también terapéuticas, si se emplea siguiendo una secuencia determinada. Centrándolo en elementos específicos permite trabajar sobre aspectos particulares: desarrollo yoico, (terapia para aumentar la autoestima) relaciones parentales, historia alimentaria. Suprimidos o disminuidos suficientemente los síntomas alimentarios, comienza el segundo momento terapéutico cuya meta es realizar una tarea psicoterapéutica que permita revisar las características estructurales y resolver las alteraciones

psicológicas derivadas. Deben considerarse el sentido de realidad (respecto a la identidad como un sentimiento de coherencia física y psíquica a través del tiempo y de diversas situaciones); las relaciones con otros (caracterizadas por el par sometido-sometedor, explotado-explotador); los mecanismos de defensa (negación o disociación ante la ansiedad y la disforia); el sentimiento de competencia (su creencia en la capacidad para enfrentar situaciones comprometidas) y el funcionamiento en relación con sus criterios sobre normas y moral (la capacidad para regular su conducta de acuerdo a sus ideales y a su conciencia). Podemos convenir que el objetivo es lograr que las pacientes encuentren soluciones reales a los cambios de su vida, sin la pseudosolución brindada por una alimentación alterada. Los trastornos alimentarios severos, que representan, aproximadamente, el 30% de las pacientes anoréxicas y bulímicas son de causalidad proteiforme y necesitan tratamientos que permitan combinar técnicas provenientes de distintos marcos teóricos de acuerdo a cada paciente.²

Tratamiento inicial.

La mayoría de los pacientes anoréxicos entre moderada y severamente enfermos son ingresados en el hospital para recibir el tratamiento inicial, en particular bajo las siguientes circunstancias: si la pérdida de peso sigue aun con tratamiento ambulatorio; si el peso está 30% por debajo del mínimo necesario para mantener la salud; si ocurren ritmos del corazón anormales; si la depresión es severa o el paciente es suicida; si la pérdida de potasio es severa o la presión arterial es sumamente baja. Los expertos recomiendan 10 á 12 semanas para la recuperación nutricional total.²

Los pacientes solían permanecer varios meses en el hospital, pero ahora las aseguradoras en los Estados Unidos rara vez cubren más de 15

días, lo cual, lamentablemente, no es por lo general suficiente para que el paciente alcance el peso corporal ideal y no es, sin lugar a duda, tiempo suficiente para hacer cambios profundos en el comportamiento afianzado. Se ha reportado que la terapia ambulatoria y la orientación nutricional eran tan eficaces como la hospitalización a largo plazo, pero otros han documentado la necesidad de tratamiento de hospitalización prolongado. Los pacientes con bulimia rara vez necesitan hospitalización a menos que el ciclo de comer excesivo-purgación haya conducido a la anorexia, se necesitan medicamentos, o está presente depresión mayor.²⁴

Aumento de peso.

Además del tratamiento inmediato de cualquier problema médico grave, la meta de la terapia para la persona anoréxica es aumentar de peso. La meta del peso es fijada estrictamente por el médico o profesional de la salud, por lo general, una a dos libras a la semana. Esta meta es absoluta sin importar cuán convincentemente el paciente (o inclusive los miembros de la familia) pueda argumentar para lograr una meta de peso inferior.²⁴

Los pacientes que están severamente malnutridos deberán empezar con un recuento de calorías de sólo 1,500 calorías al día para reducir las posibilidades de dolor de estómago e inflamación, retención de líquidos e insuficiencia cardíaca. Con el tiempo, al paciente se le dan comidas que contienen hasta 3,500 calorías o más al día. Los suplementos alimenticios no se recomiendan por lo general, ya que el paciente deberá reanudar cuanto antes los patrones de comer normales.²

Aunque comer es el problema, no se deben mantener charlas sobre el trastorno durante las comidas, pues estos son momentos para la interacción social relajada. La alimentación intravenosa o por tubos rara vez se necesita o recomienda a menos que la enfermedad del paciente sea potencialmente mortal. Nunca deberán emplearse tales medidas invasoras de alimentación como una forma de castigo durante la terapia conductual.²⁴

La investigación indica que en algunos casos la dieta severa puede causar que el metabolismo se adapte a la malnutrición y resista los efectos de sobre alimentación, de tal manera que algún paciente puede tener dificultad de aumentar de peso aun cuando esté siendo alimentado adecuadamente.²⁴

Ejercicio.

Para las personas con anorexia, el ejercicio excesivo es a menudo un componente del trastorno original. Los estudios han reportado que los pacientes anoréxicos en general tienen un metabolismo más alto que los individuos normales, y se necesitaban más calorías para aumentar de peso.²

Durante el programa de recuperación, pueden utilizarse regímenes de ejercicio muy controlados como recompensa por desarrollar buenos hábitos dietéticos y como una manera de reducir la dificultad estomacal e intestinal que acompaña la recuperación. El ejercicio no debe realizarse si todavía existen problemas médicos severos y si el paciente no ha tenido un aumento de peso significativo.²

El enfoque de equipo.

Un enfoque de equipo multidisciplinario con apoyo y orientación consistentes es esencial para la recuperación a largo plazo de todos los trastornos severos del comer. Los profesionales incluidos en este equipo pueden ser especialistas de complicaciones médicas específicas, dietistas, terapeutas conductuales y psicoterapeutas, asistentes sociales y enfermeras capacitadas. Todos estos profesionales deberán estar capacitados en la provisión del tratamiento de los trastornos del comer.²⁴

Los estudios han encontrado que las personas tratadas por tales especialistas tienen una tasa de mortalidad inferior que aquellos tratados sólo como pacientes psiquiátricos, un enfoque terapéutico común.²

Se ha reportado un éxito significativo cuando los pacientes anoréxicos de una edad promedio de 22 años estaban empleando un enfoque en equipo dentro de una unidad pediátrica. Después de casi dos años, aunque la mitad de los pacientes desarrollaron modelos de comer excesivo-purgación, su peso promedio era el 96% del ideal, la reanudación de la menstruación ocurrió en 80% de las pacientes, y ninguna de las pacientes que deseaban quedar embarazadas, tuvieron problemas para concebir.²⁴

Terapia nutricional.

La *American Dietician's Association* ha recomendado que los dietistas formen parte del equipo de orientación a largo plazo. Estos especialistas deberán educar a los pacientes y los padres en las metas de objetivo de la atención nutricional, las respuestas del cuerpo al ciclo de comer excesivo-purgación y la dieta severa, y deberán ofrecer estrategias para la planeación de comidas.²⁴

El dietista también deberá estar en comunicación cercana con los otros profesionales del equipo para integrar los resultados del trabajo conductual e interpersonal con el proceso de desarrollo de buenos hábitos nutricionales.^{2,24,25}

Terapia conductual.

La terapia conductual se concentra sólo en cambiar los hábitos dietéticos. Para las personas con anorexia, estos métodos se emplean de inmediato en el hospital para promover el aumento de peso.²⁵

Por lo general, estos enfoques utilizan una recompensa por comer y un castigo por no comer (un ejemplo sería la negación de privilegios). Es importante que el castigo sea lo suficientemente fuerte para promover el cumplimiento con la dieta pero no tan severo como para que haga resaltar la autoestima ya baja del paciente, sentido de aislamiento y cualquier enfermedad psicológica que haya podido causar el trastorno. Deberá tomarse en cuenta que este método no es muy eficaz cuando se emplea solo. En un estudio de personas con bulimia, los pacientes que empleaban el conductualismo sin ningún otro método presentaron una tasa de abandono de más del 50%.^{2,24,25}

Terapia conductual cognoscitiva.

La terapia cognoscitiva trabaja utilizando el principio de que un modelo de pensamiento y creencia falso acerca del cuerpo de una persona puede ser reconocido objetivamente y alterado, así cambiando la respuesta y eliminando la reacción insalubre a los alimentos. Es la primera línea de

terapia para la mayoría de los pacientes con trastornos del comer, y es particularmente eficaz para la bulimia, especialmente cuando se combina con antidepresivos.²⁵

El proceso lleva entre cuatro y seis meses durante los cuales el paciente llega a comer tres comidas al día, incluyendo alimentos que ha evitado anteriormente. Durante este período, el paciente controla la ingestión diaria de alimentos y cualquier episodio de comer excesivo o purgación. Primero, el paciente deberá aprender a reconocer cualquier reacción insalubre habitual y pensamientos negativos hacia el comer mientras están ocurriendo. Deberá observarse objetivamente cualquier lapso, sin autocrítica o juicio.²⁵

Mediante la información y discusión de estas respuestas con un terapeuta cognoscitivo, con el tiempo el paciente puede descubrir las actitudes falsas acerca de la imagen corporal y el perfeccionismo inasequible que son la base de la oposición a los alimentos y salud. A esta altura, el paciente puede retar estas ideas y respuestas afianzadas y automáticas y puede empezar a reemplazarlas con un conjunto de creencias realistas junto con las acciones basadas en autoexpectativas razonables.²

Las personas que se recuperan de la anorexia continúan reteniendo una necesidad fuerte de orden y precisión, indicando que aunque estos rasgos pueden hacer a una persona joven susceptible a la anorexia, son también cualidades fuertes que pueden emplearse para reconstruir una vida muy valiosa.^{2,24,25}

Terapia interpersonal.

La terapia interpersonal trata la depresión o la ansiedad que puede ser la base de los trastornos del comer junto con los factores sociales que influyen en el comportamiento del comer. Esta forma de terapia no trata el peso, la comida o la imagen corporal en lo absoluto.²⁴

Un análisis de estudio encontró que por lo general no funciona para las personas que tienen episodios de comer excesivo y que han fracasado en la terapia cognoscitiva. Las metas son expresar los sentimientos, descubrir cómo tolerar la incertidumbre y el cambio, y desarrollar un sentido fuerte de la individualidad e independencia. Esta forma de terapia también toma en cuenta asuntos sexuales y cualquier suceso traumático o de abuso en el pasado que puedan ser causa del trastorno del comer. El terapeuta deberá acercarse a estos pacientes suave y lentamente para evitar respuestas potencialmente autodestructoras a las emociones profundamente dolorosas despertadas por estos recuerdos.^{2,24,25}

Terapia familiar.

Debido al papel principal que juegan las actitudes familiares en los trastornos del comer, se podría argumentar que uno de los primeros pasos en el tratamiento del paciente anoréxico es buscarle ayuda y apoyo a la misma familia.²

Los sentimientos de culpa y ansiedad intensa que experimentan los miembros de la familia que cuidan a los pacientes anoréxicos son probablemente similares a los producidos cuando se vive con una persona

suicida. Un padre muy involucrado puede inclusive apoyar el trastorno del comer del paciente por temor de su ira o aflicción o debido a la propia identificación del padre con valores culturales de la delgadez. En tales casos, es sumamente importante el que la familia comprenda por completo el peligro de este trastorno y el que ellos forman parte de la enfermedad de su hijo --o inclusive la muerte-- promoviendo este estado. Si el paciente es hospitalizado, los expertos recomiendan que la terapia de familia empiece después de que el paciente haya aumentado de peso pero antes de ser dado de alta y por lo general deberá continuar después de que el paciente haya salido del hospital. Tal terapia es particularmente útil para los pacientes más jóvenes para quienes la familia continúa siendo una influencia grande.^{2,24,25}

Restauración de la función hormonal y densidad ósea.

La normalización de los balances de las hormonas reproductivas es más importante que el aumento de peso en la restauración de la función menstrual. El uso de la terapia de estrógeno para revertir la osteoporosis, sin embargo, ha sido desalentador. Un estudio reportó que una combinación de estrógeno-progesterona aumentó la densidad ósea en las mujeres con trastornos menstruales inducidos por ejercicio después de dos años, mientras que otro no encontró ningún efecto positivo en la terapia de estrógeno en el crecimiento óseo en las mujeres con pérdida ósea severa por menstruación anormal (este grupo incluía tanto personas que hacían ejercicio como personas que no hacían ejercicio).²⁴

Otros enfoques.

Un estudio con mujeres bulímicas reveló que tenían una sensibilidad alta a la hipnosis, indicando que puede ser beneficioso como parte de su tratamiento.²

Parece que las personas con anorexia, por otro lado, son bastante resistentes al estado de vulnerabilidad requerida en este proceso. Algunos investigadores han observado una asociación entre la bulimia y el trastorno afectivo estacional (depresión que se intensifica en los meses más oscuros del invierno); esto sugiere que la terapia que utiliza luz intensa dirigida puede ser útil. Un experimento de una semana en el que se empleó luz ayudó a las personas bulímicas con depresión, aunque no se efectuó ningún cambio en el comportamiento de comer excesivo-purgación.²

Se necesitan estudios más largos. Una técnica conocida como imágenes guiadas redujo la frecuencia del comer excesivo y el vómito en casi un 75% en un estudio; este método emplea audiocintas para evocar imágenes que reducen el estrés y ayudan a lograr metas específicas.²

Aunque las mujeres con trastornos del comer son comúnmente descalificadas para la cirugía plástica, un estudio reportó que en las mujeres cuya bulimia era estimulada por el tamaño grande de los senos, la cirugía de reducción fue eficaz en la resolución del trastorno del comer.²

ANOREXIA NERVIOSA

DEFINICIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición:

"La Anorexia Nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida intencionada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones también pueden verse afectados varones. En este trastorno existe una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea obsesiva, de miedo intenso a engordar, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite de peso corporal.²

Generalmente existe desnutrición de grado variable, con cambios endocrinos y metabólicos secundarios que pueden llegar a ser graves. (Fig. 5)

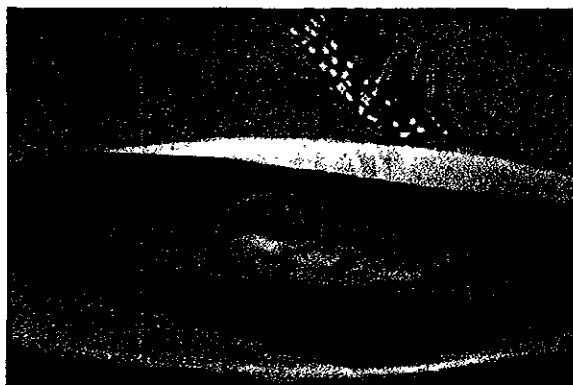


Fig.5 (Carmen Mariscal Sertvije).

Los síntomas incluyen dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, consumo de reductores de apetito y diuréticos".²

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La anorexia nerviosa ha sido descrita desde hace varios siglos, sin embargo, hasta hace poco tiempo, se trataba de una enfermedad extremadamente rara. A pesar de los mitos y misterios que rodean los orígenes de la anorexia nerviosa, éste síndrome ha sido familiar a la ciencia médica desde hace muchos años.²

La primera descripción detallada de la enfermedad fue proporcionada por Richard Morton, médico Inglés del S. XVII, quién proporcionó una gráfica de los síntomas, notando la amenorrea, la falta de apetito, la constipación, la pérdida de peso y un constante interés académico.⁷

En el S. XVIII, un neurólogo inglés, de nombre Whitt, publicó un artículo sobre la anorexia nerviosa y la atribuyó a una alteración de los nervios gástricos.¹

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea (*El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida del apetito*).^{7,26}

La persona con éste trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. (*Criterio A*). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida Puede haber falta de aumento de peso. El criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta, en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura).²

Estos valores límite son solo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.²

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.²

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p.ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.²

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.²

Existe una alteración en la percepción del peso y de la silueta corporales (Criterio C). Algunas personas se encuentran "obesas", mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas "obesas".²

El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. (Fig. 6 y 7)²

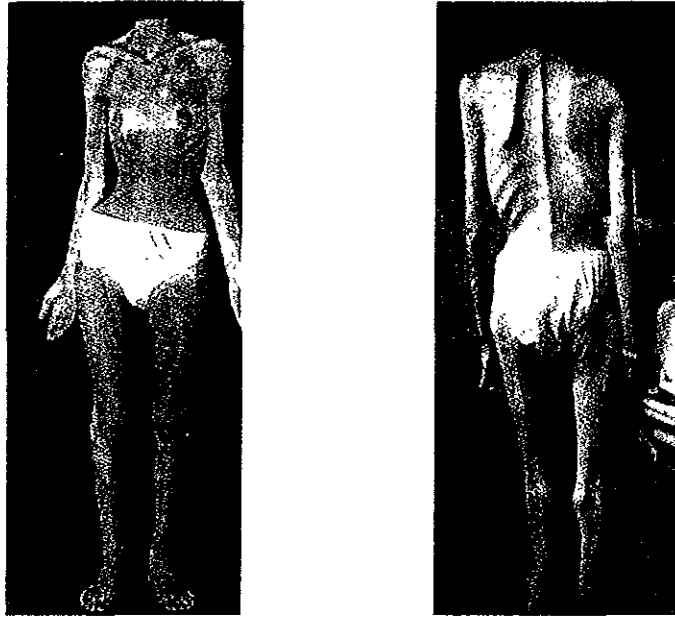


Fig. 6 y 7 Persona con anorexia nerviosa

Rev. Muy Interesante

En niñas que ya hayan tenido la primera amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D).²

La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.²

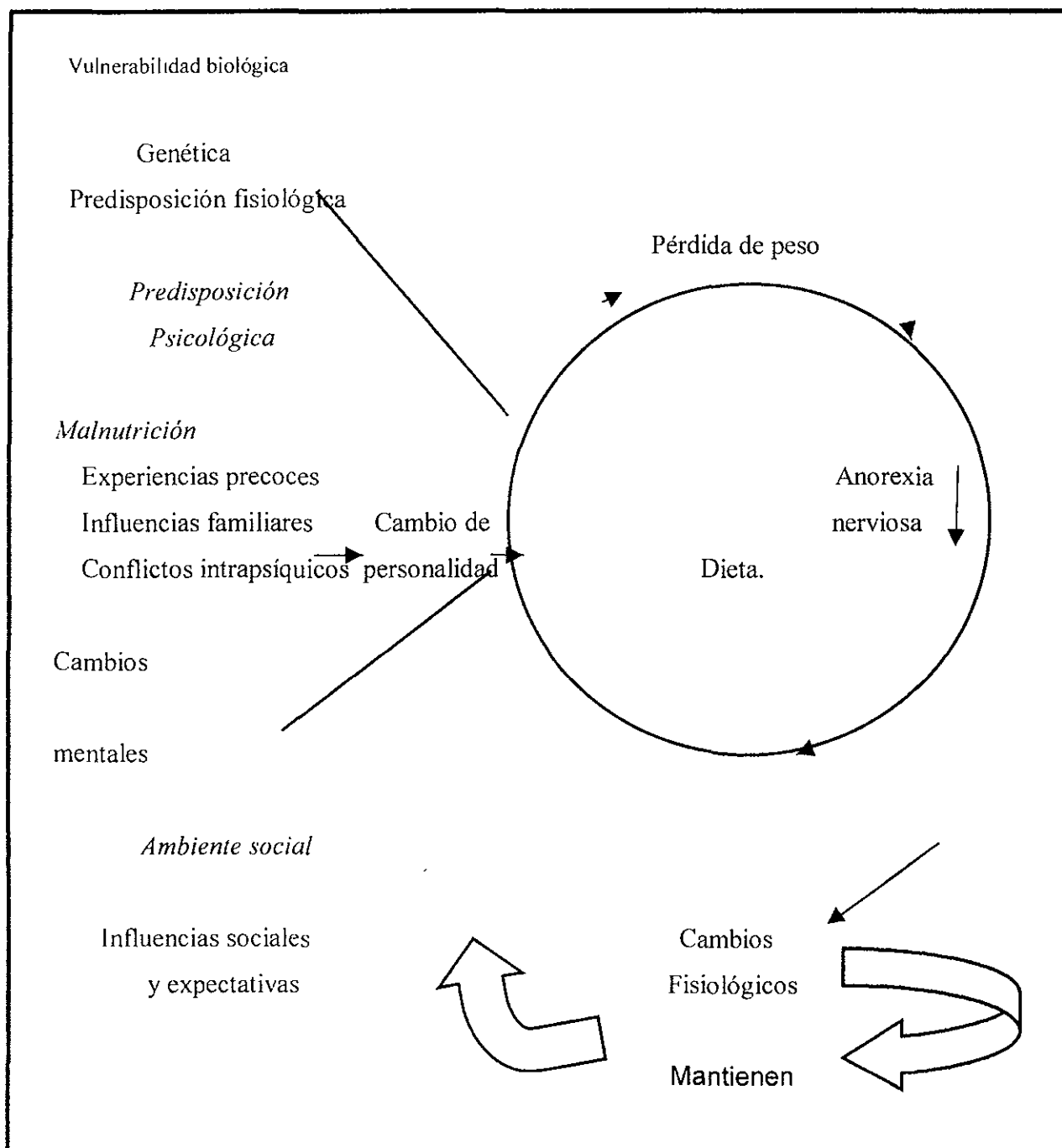


Figura 8. Modelo patogénico de Ploog y Pirke.²

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando se observan que

no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*.

Normalmente, las personas con éste trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.^{2,8}

SUBTIPOS

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:³³

Tipo restrictivo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.³³

Tipo compulsivo/purgativo.

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva³³

Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima. Muchas personas que presentan este trastorno, niegan con firmeza o minimizan la gravedad de su enfermedad y se resisten o no están interesados en su tratamiento.⁸

TRASTORNOS GENERALES EN LA ANOREXIA NERVIOSA:

En la anorexia encontramos las siguientes alteraciones:

SINTOMAS FISICOS

Si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.⁴

OFTALMOLOGICOS: Visión borrosa transitoria, círculos negros, se encuentra hinchada la región palpebral.

CARDIOVASCULAR: Bradicardia, hipotensión, ECG con anomalías, hipovolemia.

GASTROINTESTINAL: Dolor abdominal y distensión abdominal, colitis, mal absorción de nutrientes, hipoproteinemia, hipoalbuminemia y déficit de Ca.

QUIMICA SANGUÍNEA: El ácido úrico puede encontrarse elevado, aumento del colesterol, hipoglucemia.

ANORMALIDADES HEMATOLOGICAS: Anemia, leucopenia, trombocitopenia. ^{4,8}

SINTOMAS DEL COMPORTAMIENTO

- ✓ Rechazo voluntario de los alimentos con muchas calorías.
- ✓ Preparación de los alimentos sólo por cocción o a la plancha.
- ✓ Disminución notable de la ingesta de líquidos.

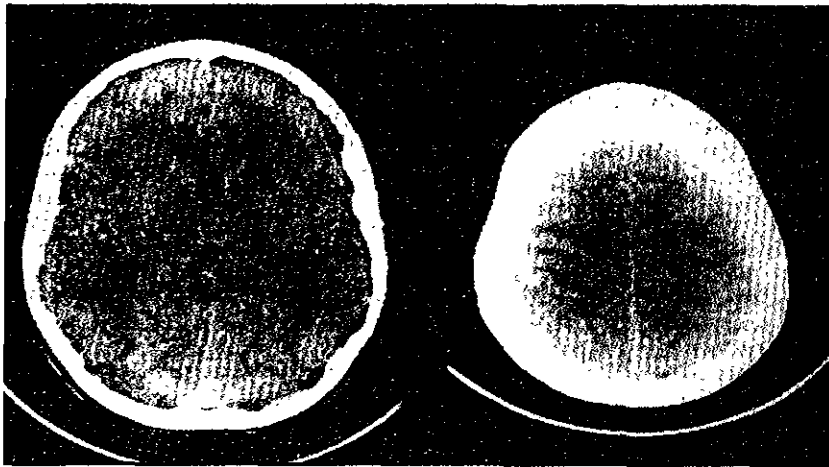


Fig. 9 Cerebro Normal ³

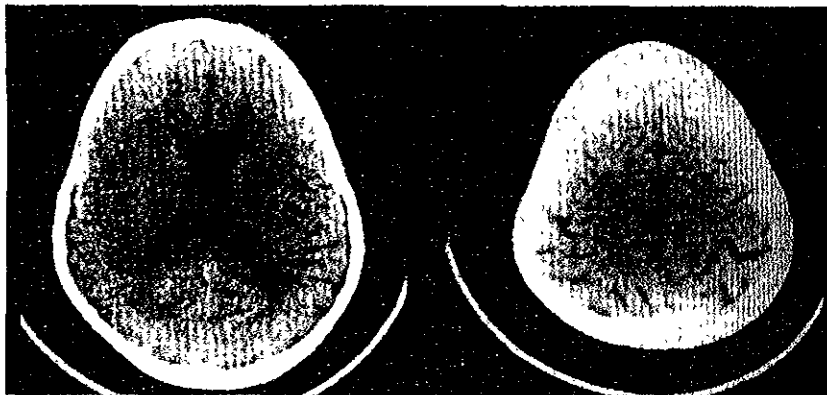


Fig. 10. Cerebro anoréxico ³

- ✓ Conductas alimentarias extrañas, como cortar los alimentos en pequeños trozos, estrujarlos, lavarlos, esconderlos y tirarlos.

- ✓ Disminución de las horas de sueño con el pretexto de estudiar.
- ✓ Mayor irritabilidad.
- ✓ Aumento en la actividad física, para incrementar el gasto energético.
Realización de ejercicio compulsivo.
- ✓ Uso de laxantes y diuréticos.
- ✓ Vómitos autoinducidos.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Uso compulsivo de la báscula.

SINTOMAS MENTALES Y EMOCIONALES

- ✓ Trastorno severo de la imagen corporal.
- ✓ Manifiesta negación de las sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño.
- ✓ Miedo o pánico a subir de peso.
- ✓ Negación parcial o total de la enfermedad.
- ✓ Dificultad de concentración y aprendizaje.
- ✓ Desinterés sexual.
- ✓ Temor a perder el autocontrol.
- ✓ Afloramiento de estados depresivos y obsesivos.
- ✓ Desinterés por las actividades lúdicas y el tiempo libre.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los de tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar de alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente ^{2,3,7,8,27}

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA.

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.⁸

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las enfermedades médicas (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.⁸

El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos posprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación).⁸

En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero a mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso.⁸

En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa).⁸

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico).^{2,8}

FARMACOTERAPIA

Ninguna farmacoterapia ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que acompaña por lo general y perpetúa el trastorno. Los efectos de la inanición intensifican los efectos secundarios y reducen la eficiencia de los medicamentos antidepresivos. Además la mayoría de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso.²

La fluoxetina (prozac), sertraline (zolofot), paroxetina (paxil), venlafaxine (effexor) y la fluvoxamina (luvox) son medicamentos antidepresivos conocidos como inhibidores de reabsorción de la serotonina

selectivos (SSRI) ahora se recomiendan como tratamiento de primera línea contra el trastorno obsesivo-compulsivo y pueden ayudar a las personas con anorexia.⁸

Por lo general se necesitan dosis altas para el trastorno obsesivo-compulsivo; para los pacientes que responden bien a la terapia inicial, la terapia de mantenimiento de dosis baja puede ser suficiente, aunque la mayoría de los pacientes no tienen una respuesta inicial plenamente adecuada. Pueden causar ansiedad inicial, sin embargo, y son lentos en ser efectivos.²

Se recomiendan dosis más bajas para las personas con bulimia. Algunos médicos recomiendan ciproheptadine (periactin), un antihistamínico, que puede estimular el apetito. No hay evidencia hasta la fecha, sin embargo, de que alguna farmacoterapia tenga beneficio específico contra la anorexia nerviosa, y en la mayoría de los casos, los trastornos de la depresión y pensamiento mejoran con el aumento de peso.^{2,8,24}

Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa.

Sensación de logro y poder.

Una vez que una persona ha logrado emaciación, una sensación de logro y condición social podrían ser los motivadores principales de la perpetuación de la anorexia.¹¹ La pérdida de peso trae un sentimiento de triunfo sobre la impotencia. En un país donde la obesidad es epidémica, las mujeres jóvenes que logran adelgazar creen que han alcanzado una victoria

cultural y personal importante; han superado las tentaciones de la abundancia, y al mismo tiempo, autocreado una imagen corporal idealizada por los medios de comunicación ⁸

Esta sensación de logro falsa a menudo es reforzada por la envidia de sus amigos más gordos quienes pueden percibir a los pacientes anoréxicos como emocionalmente más fuertes y más atractivos sexualmente que ellos. ^{8,11,18}

Efectos de la inanición.

El hambre a menudo intensifica la depresión, lo cual puede reducir aun más la autoestima y la confianza, aumentando la necesidad de vigilancia renovada sobre el control del peso, por lo tanto perpetuando el ciclo. ³

Por otro lado, algunos expertos creen que ciertas personas anoréxicas heredan una cantidad inusual de narcóticos naturales que se secretan en el cerebro durante condiciones de inanición y pueden promover una adicción al estado de hambre. ²⁶ La inanición también puede crear una sensación de llenura debido a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más fácil el no comer. ^{3,7,28}

Complicaciones de la anorexia nerviosa.

Perspectivas a largo plazo.

En este momento ningún programa de tratamiento para la anorexia nerviosa es completamente eficaz. En un seguimiento de pacientes a largo

plazo (10 á 15 años) reportaron una recuperación después del tratamiento entre 76% y 90% de los pacientes. En otros estudios, sin embargo, la mayoría siguió comiendo menos de lo normal y en ambos estudios la bulimia y el comer excesivo continuaban siendo muy comunes al final del estudio.²

Riesgo de muerte.

Muchos estudios de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que oscilan entre un 4% y 20%. El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal.² El suicidio se ha calculado que comprende la mitad de las defunciones en la anorexia. (Razonablemente se puede tomar la posición de que todos los casos de anorexia son intentos de suicidio).²

El riesgo de muerte prematura es dos veces más alto entre anoréxicos bulímicos que entre los tipos de dieta-restrictor. Otros factores de riesgo de muerte prematura incluyen estar enfermo durante más de seis años, obesidad previa, trastornos de la personalidad y matrimonios disfuncionales. Los hombres con anorexia están a un riesgo específico de problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque se diagnostican generalmente más tarde que las niñas.²

BULIMIA NERVIOSA

DEFINICION.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la siguiente definición:

“Es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de atracones de comida y una excesiva preocupación por el control del peso, que conduce a comer demasiado y a continuación vomitar o tomar purgantes. Este trastorno comparte muchos rasgos característicos psicológicos con la anorexia nerviosa, incluyendo una excesiva preocupación por la silueta y el peso corporal. Los vómitos repetidos provocan trastornos electrolíticos y complicaciones físicas. A menudo pero no siempre, existen antecedentes de Anorexia Nerviosa unos meses o unos años antes”.²



Fig.11 (Carmen Mariscal Sertvije)

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La bulimia era conocida en el siglo XVIII y XIX como una curiosidad médica, como síntoma de otras enfermedades, sin embargo, la bulimia como síndrome es de origen reciente.²

Los primeros reportes sobre conducta bulímica como tal, datan de fines del siglo XIX, aunque generalmente asociada a la anorexia nerviosa.¹ La bulimia nerviosa, la cual es más común que la anorexia, describe un ciclo de comer excesivo y purgación.² La bulimia nerviosa empieza generalmente a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan dietas restrictivas, fracasan y reaccionan comiendo excesivamente.²

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).⁸

Se define *atracción* como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón (lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce una celebración o en un aniversario).⁸ Un "período corto de tiempo" significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa.⁸ No se considera atracón el ir "picando" pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.⁸

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por una ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.⁸

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.⁸

Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.⁸

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por

conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos.⁸

La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.⁸

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito.(Fig 12)⁸



Fig 12. Provocación de vómito
Rev. Muy Interesante

Este método de purga lo emplean el 80-90 %de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso.^{2,8} En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará

después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos.²

Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad, otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos.⁸

Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones, muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.⁸

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.²

Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.⁸

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos valores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso,

el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).^{2,8}

SUBTIPOS.

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:²

Tipo purgativo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.²

Tipo no purgativo.

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.²

TRASTORNOS GENERALES EN LA BULIMIA:

Las principales alteraciones que se presentan en la bulimia son:

TRASTORNOS FISICOS.

PULMONAR: Neumonía por aspiración.

CARDIOVASCULAR: Miocardiopatía y cambios electrocardiográficos por la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas.

GASTROINTESTINAL: Dolor abdominal, distensión abdominal, laceraciones y perforaciones en el esófago, esofagitis, melena, gastritis, úlceras gástricas.

RENAL: Anormalidades tubulares por alteraciones electrolíticas, azoemia por deshidratación.

ORTOPÉDICO Osteoporosis, y presencia de fracturas frecuentes.

DERMATOLOGICO: Excoriaciones en el dorso de la mano por inducción del vómito, piel reseca, pérdida del tejido subcutáneo y de la grasa en general, presencia de lanugo y acrocianosis.

ALTERACIONES HIDROELÉCTRICAS: Alcalosis metabólicas por deficiencia de Na y K, debilidad musculoesquelética, alteraciones en la motilidad gastrointestinal, calambres, nicturia, constipación, labilidad emocional, disminución de los reflejos neurotendinosos, parestesias, conducción cardíaca anormal, infiltración grasa en el hígado, pancreatitis.^{4,8,9}

QUÍMICA SANGUÍNEA: Incremento del ácido úrico, incremento del colesterol, alcalosis metabólica.

GINECOLOGICA: Pérdida de períodos menstruales, infertilidad, vaginitis, pérdida del apetito sexual, atrofia de glándulas mamarias.

ENDOCRINOLOGIA: Deficiencia T3, la cual produce bradicardia, letargia, intolerancia al calor, alteraciones en el cabello, alteraciones en los niveles de Ca e hipogonadismo.^{3,5,8}

EFFECTOS EN EL SNC: Pérdida del sueño REM y alteraciones electrocardiográficas.^{10,27}

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO.

- ✓ Atracones de comida a escondidas 2 veces a la semana durante al menos 3 meses.
- ✓ Almacenamiento de alimentos y vómitos en distintos lugares de la casa.
- ✓ Ingestión de las comidas destinadas a terceros y, cuando son sorprendidos, negación de la evidencia.
- ✓ Consumo indiscriminado de chicles sin azúcar y de cigarrillos.
- ✓ Ingestión compulsiva de alimentos congelados, de restos de comida tirados en la basura o incluso de los destinados a animales de compañía.
- ✓ Consumo abusivo de agua, café, leche y bebidas *light*.
- ✓ Vómitos autoprovocados.
- ✓ Chupar y escupir la comida.
- ✓ Uso indiscriminado de laxantes, anfetaminas y diuréticos.
- ✓ Aumento del ejercicio físico sin otro fin que quemar calorías.
- ✓ Aumento aparente de las horas de trabajo y estudio, pero con una consiguiente disminución del rendimiento.
- ✓ Incremento de la irritabilidad.
- ✓ Mentiras.
- ✓ Escaso contacto familiar.
- ✓ Vida social intensa con intervalos de aislamiento.
- ✓ Actividad sexual que oscila de la abstinencia a la promiscuidad.
- ✓ Abuso de alcohol y drogas, a veces hasta perder el conocimiento.^{1,3,7,9}

TRASTORNOS MENTALES Y EMOCIONALES.

- ✓ Pánico a engordar.
- ✓ Deseo impulsivo a perder peso.
- ✓ Trastorno de la imagen corporal.
- ✓ Negación total o parcial de la enfermedad.

- ✓ Sensación persistente de hambre.
- ✓ Sueños frecuentes con atracones.
- ✓ Dificultad de concentración y aprendizaje.
- ✓ Sensación constante de culpa y facilidad para culpar a los demás.
- ✓ Baja autoestima personal, así como física y moral.
- ✓ Fijación de metas por encima de sus posibilidades actuales.
- ✓ Egocentrismo acentuado.
- ✓ Variaciones rápidas del humor y del estado de ánimo.
- ✓ Sensación de inutilidad y vacío^{2,3,7,8,18,27}

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

A.- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

B. 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.

C. Los atracones y las conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.⁸

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa.²

El juicio clínico decidirá si el diagnóstico es correcto para una persona con episodio de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa.⁸

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa).⁸ El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales.⁸

Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.^{2,8}

FARMACOTERAPIA.

Debido a la alta incidencia de depresión en los pacientes con bulimia, a menudo se recomiendan medicamentos antidepresivos si un paciente deprimido no responde a la psicoterapia dentro de cuatro o cinco meses.³

Los antidepresivos más comunes prescritos para la bulimia incluyen imipramina (tofranil), desipramina (norpramin) y fluoxetina (prozac). Cerca del 20% se retiran del tratamiento debido a los efectos secundarios.⁸⁻²⁴ El prozac es eficaz en dosis mayores (60 mg) pero tiene poca repercusión en el ciclo de comer excesivo-purgación en dosis bajas (20 mg). Algunos ensayos están empleando naltrexone o naloxona, medicamentos que se emplean contra la drogadicción. Los investigadores esperan que estos medicamentos reducirán los opioides naturales que pueden ser secretados durante el comer excesivo.^{2,3}

Se ha probado que la naloxona redujo el comer excesivo. Algunos estudios han indicado que los niveles elevados de hormonas masculinas pueden contribuir a la depresión y el comportamiento impulsivo que conduce a algunas mujeres al comportamiento bulímico. El uso del medicamento flutamide, el cual reduce las hormonas masculinas, ayudó a dos mujeres con bulimia en una semana de tratamiento. Ambas pacientes recayeron tras detener el medicamento. Más investigación se necesita en cuanto al uso de los tratamientos hormonales.^{2,3,8,24}

CAUSAS DE LA PERPETUACIÓN DE LA BULIMIA NERVIOSA.

Los estudios sobre el comportamiento animal y los prisioneros de guerra sugieren que la restricción crónica de comida (el someterse a una

dieta severa) a menudo conduce a un patrón de comer excesivo que persiste aún décadas después de restaurados suministros regulares de comida. Los factores biológicos pueden ser responsables de este ciclo insidioso.² Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivo y purgación, disminuyendo su ritmo, así aumentando el riesgo de aumento de peso inclusive sólo a través de la ingestión normal de calorías.²

El proceso de vomitar y el uso de laxantes puede estimular la producción de opioides --narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico. Durante la etapa de dieta entre los períodos de comer excesivo, las personas se tornan a menudo irritables, deprimidas, y pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de la personalidad.²

Los sentimientos positivos tan sólo pueden ser restaurados con otro período de comer excesivo; y así siegue el patrón. El comer dulces también aumenta la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés.²

COMPLICACIONES DE LA BULIMIA NERVIOSA

Perspectivas a largo plazo.

Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia. Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1% en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres

con bulimia todavía estaban luchando contra el trastorno después de diez años ²

Problemas médicos.

La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal. Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se revierte cuando se administra potasio. ² Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. ² Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía. ²

Problemas psicológicos y comportamiento auto-destructor.

Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia. ² El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. Se ha encontrado que las mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban el alcohol y el 28% abusaban las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas. También fueron comunes otros

tipos de comportamiento autodestructor, entre otros el auto-cortado y el robo.²

Medicamentos sin prescripción.

Las mujeres con bulimia con frecuencia abusan los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito, por lo general ipecac.⁸

Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo. Por ejemplo, se han notificado casos de intoxicación por ipecac, y algunas personas se tornan dependientes de los laxantes para el funcionamiento intestinal normal. Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados.^{2,8}

TRASTORNOS BUCODENTALES EN LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

- * Aumento de caries dentales, debido al desgaste de los dientes, y en las pacientes bulímicas, debido a que consumen alimentos con alto contenido de carbohidratos³⁵
- * Pérdida del esmalte y dentina, ocasionada por el ácido contenido en el vómito.(Fig. 13) Este desgaste en pacientes anoréxicas que vomitan y bulímicas, presentan una clásica erosión palatina de los dientes anteriores superiores.

El criterio para diagnosticar éste tipo de erosión es típico.

- Extensiva erosión en la cara palatina de los dientes anteriores superiores.

- Erosión moderada en la superficie bucal de los dientes anteriores superiores.
- La superficie lingual de los dientes anteriores inferiores y posteriores, casi no es alterada.
- Erosión en la cara palatina de los dientes posteriores superiores.
- Erosión variable en la superficie oclusal y bucal de los dientes posteriores superiores e inferiores.
- Restauraciones altas por el desgaste de las superficies dentales.³⁰



Fig 13.- Erosión dental ⁴³

- * Exposición pulpar, cuando el desgaste es excesivo y muy prolongado. ⁽²³⁾
- * Aumento de la sensibilidad a lo frío y a lo caliente, por el desgaste de el esmalte. ^{23,31,32}
- * Presencia de exudado gingival. ³¹
- * Xerostomía. ³⁵
- * Diastemas, provocado por el desgaste de los dientes. ³⁵
- * Fractura del borde de los incisivos superiores, debido al desgaste que existe en los dientes es más fácil que exista una fractura. ³⁰
- * Pérdida de la dimensión vertical, causada por el desgaste del borde incisal y de las caras oclusales de los dientes anteriores y posteriores. ³⁰
- * Prominencia de las restauraciones, llamadas " islas " debido a que el ácido solo desgasta la superficie dental. (Fig 14) ^{23,33,34,35}



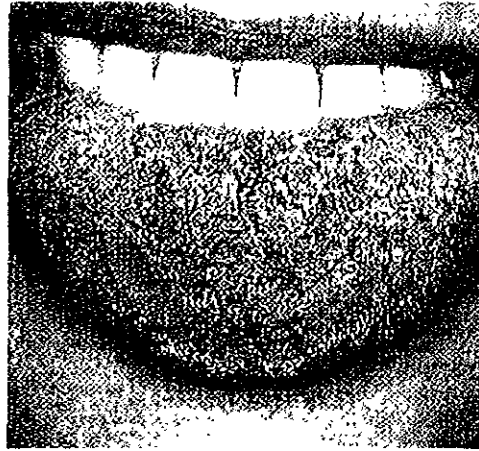
Fig. 14 Islas de amalgama ³³

- * Pseudo mordida abierta, debido a que inicialmente se desgastan con mayor frecuencia el borde incisal de los dientes anteriores, y parece como mordida abierta. (Fig 15) ³⁴



Fig.15 Pseudo mordida abierta ³⁰

- * Estética deficiente. ³³
- * Enfermedad periodontal. ³³
- * Glosodinia. (Fig 16) ³⁶

Fig 16.- Glosodinia ⁴⁴

- * Movimiento de los dientes. ³³
- * Halitosis. ³⁶
- * Hipertrofia bilateral de las glándulas parótidas (sialoadenosis).

Du Plessis sugirió que la causa del agrandamiento de la glándula, es debido a un aumento en el tamaño de los acinos. y que el agrandamiento de la parótida por malnutrición es reversible con el regreso del paciente a su dieta normal. ³⁷

Batsakis dice que esto se debe a que también incrementa el tamaño individual de células acinares y el aumento de gránulos secretores, o por infiltración de grasa (Fig. 17 y 18) ³⁶



Fig 17



Fig 18

Fig. 17 y 18 Sialoadenosis ^{36,45}

- * Linfadenopatía submandibular. ³²
- * Disminución del sentido del gusto. ³²
- * Disfagia. ³²
- * Eritema palatino y faríngeo. ^{33,35-39}
- * Eritema de la mucosa labial, labios secos y queilosis. ³⁰⁻³³
- * Laceraciones y contusiones en la cavidad bucal por el uso de objetos para inducirse el vómito. ³⁵
- * Tienen conducta obsesiva para la limpieza dental, el problema, es que éstas pacientes se cepillan los dientes inmediatamente después del vómito, que es cuando todavía existe el ácido del vómito en la cavidad oral. ³⁰
- * Defectos por la deficiencia nutricional: glositis, queilitis angular, osteoporosis, úlceras en la boca. ^{23,30,31,32,33,34,35,36,37}



Fig. 19 Glositis ⁴⁴



Fig. 20 Queilitis angular. ⁴⁴



Fig. 21 Ulceras ⁴⁴

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Es importante que el odontólogo sepa reconocer a éstas pacientes, para darles un tratamiento adecuado, y remitirlos con un especialista.

- Se le recomendará al paciente que trate de evitar las comidas y bebidas ácidas.
- Utilizar antiácidos solubles en la cavidad oral.
- Usar enjuagues con antiácidos o bicarbonato, justo después del vómito.
- Masticar goma azucarada para estimular el flujo salival.
- Usar guardas oclusales durante el reflujo. (Pero esto puede propiciar a que el paciente sienta que tiene permiso de vomitar, siempre y cuando use la guarda).
- Evitar el cepillado inmediatamente después del reflujo.
- Aplicar flúor tópico diario.
- Lubricar los tejidos blandos con sustitutos de saliva.
- Evitar medicamentos xerostámicos. ²³
- Cepillarse todos los días con una pasta dental que contenga fluoruro.

- Después del cepillado, usar un enjuague.
- Usar todos los días hilo dental.
- Considerar la restauración con resinas o coronas los dientes erosionados.
- Acudir a una cita de control cada seis meses.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la anorexia y la bulimia nerviosa, son enfermedades que en los últimos años a aumentado su incidencia notablemente, debida a varios factores entre ellos, la moda de estar delgada (o). Estos pacientes, presentan trastornos bucodentales, los cuales son indicios que pueden guiar al diagnóstico, por lo que si no son detectados y atendidos, pueden provocar o causar problemas más severos o incluso la muerte.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

Es importante conocer cuales son los signos y síntomas que presentan éstos pacientes, para así poder dar un diagnóstico temprano, y proporcionar un tratamiento dental y sistémico, y así obtener una rehabilitación adecuada.

Debido a que unos de los primeros síntomas de éstas enfermedades se presentan en la cavidad bucal, es importante que el Odontólogo, sepa identificar y diagnosticar a éstos pacientes, para poder tratarlos y remitirlos a un especialista, y así disminuir el índice de mortalidad de estos pacientes, por eso es importante realizar encuestas, para determinar la posibilidad de que los jóvenes tengan tendencia a manifestar este tipo de enfermedades, y también para mantener informada a la población de las consecuencias que representan estas alteraciones en la alimentación, por lo que la difusión y conocimiento permitirá a los jóvenes encuestados darse cuenta si están en peligro de padecer alguna de éstas enfermedades.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo.

- En clases socioeconómicas altas, es mayor la incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosa.

Hipótesis alterna.

- En clases socioeconómicas bajas, es mayor la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosa.

Hipótesis nula.

- No importando el nivel socioeconómico de la población, se presenta indistintamente la anorexia y la bulimia nerviosa..

OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Determinar la tendencia a padecer dichas enfermedades, en jóvenes de 15 a 25 años de edad del área metropolitana de la Ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Conocer la tendencia de dichas enfermedades, según su grupo socioeconómico.
- ✓ Conocer la tendencia de dichas enfermedades según su género (H y M).

METODOLOGÍA:

Se estudiarán 1000 estudiantes entre 17 y 24 años de edad, escogidos al azar de nivel preparatoria y licenciatura de escuelas y universidades.

500 de éstos estudiantes de escuelas y universidades públicas y los otros 500 de escuelas y universidades privadas.

Se aplicará una encuesta con opciones para poder determinar si existe una tendencia a la anorexia y a la bulimia nerviosa, en ésta encuesta, se evaluarán 22 preguntas, con opciones determinadas por un valor, las cuales al final se sumará su puntaje y de acuerdo a su resultado se comparará con la siguiente tabla. :

38 o menos - Tendencia marcada hacia la anorexia nerviosa.

39 a 50 - Tendencia marcada hacia la bulimia nerviosa.

50 a 60 - Preocupación exagerada por el peso. Puede haber algún trastorno alimenticio.

60 o más -No hay tendencias hacia la anorexia y bulimia nerviosa. ⁴

ANEXO 1

Cuestionario tomado de: W. Reiff, "Eating Disorders nutrition therapy in the recovery process", Aspen publication, Gaithersburg Maryland, 1992.,pp 69

CUESTIONARIO

Instrucciones: *Contesta las siguientes preguntas honestamente. Responde de acuerdo como eres ahora y no a como eras antes o a como te gustaría ser. Escribe el numero de tu respuesta en el espacio de la izquierda. No dejes ninguna pregunta en blanco a menos de que se te indique.*

___ 1.- Tengo hábitos alimenticios diferentes a los de mi familia y mis amigos.

1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca

___ 2.- Siento gran angustia si no puedo hacer mi rutina de ejercicios como lo había

- planeado porque me da miedo subir de peso si no me ejercito.
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca
- ___ 3.- Mis amistades me dicen que estoy delgada (o), pero yo no les creo porque me siento gorda (o).
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca
- ___ 4.- *(solo para mujeres)*. Mi menstruación se a interrumpido o se ha vuelto irregular sin razón médica aparente.
- 1) Si 2) No
- ___ 5.- Estoy obsesionada (o) con la comida al punto que no puede pasar un día sin que me preocupe de lo que voy o no voy a comer.
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca
- ___ 6.- He bajado más del 15% de peso que se considera saludable para mi estatura.
- 1) Si 2) No
- ___ 7.- Sentiría pánico si al pesarme mañana me doy cuenta de que subí 2 kilos.
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca
- ___ 8.- Me doy cuenta de que prefiero comer sola (o) o cuando estoy segura (o) de que nadie se va a fijar en mí, por eso fabrico excusas cuando me invitan amigos o familiares.
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca
- ___ 9.- Encuentro que puedo tener atracones incontrolables durante los cuales puedo comer grandes cantidades de comida al punto de sentirme enferma (o) y luego me provoco el vómito.
- 1) Nunca 2) Menos de una vez por semana 3) 1-6 veces por semana 4) 11 o más veces al día
- ___ 10.- *(Solo contesta si en la pregunta anterior tu respuesta fue la opción número 1, si no déjala en blanco.)* Como compulsivamente más cuando me siento fuera de control o cuando no tengo nada que hacer.
- 1) Nunca 2) Menos de una vez por semana 3) 1-6 veces por semana 4) 11 o más veces al día.
- ___ 11.- Uso laxantes o diuréticos para controlar mi peso.
- 1) Nunca 2) Rara vez 3) Algunas veces 4) Regularmente.
- ___ 12.- Me doy cuenta de que juego con mi comida (ej. Parto la comida en trozos muy pequeños, escondo mi comida para que los demás crean que ya la comí, mastico la comida y la escupo sin tragármela, remuevo la comida por el plato para que parezca que estoy comiendo, etc.) y/o me digo a mi misma (o) que hay comidas buenas y malas.
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 13.- La gente que me rodea se a empezado a involucrar en lo que como y me enojo con ellos porque me presionan a que coma más.
- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 14.- Ultimamente me he sentido más deprimida (o) o irritable que antes y/o paso mas y más tiempo a solas.
- 1) Si 2) No.
- ___ 15.- No comparto mis miedos acerca de la comida porque me da miedo que nadie me comprenda.

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 16.- Disfruto cocinarles platillos exquisitos a los demás siempre y cuando no me los tenga que comer yo.
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 17.- Uno de los temores más poderosos de mi vida es el temor de subir de peso o de engordar.
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 18.- Hago demasiado ejercicio como método de control de peso (más de cuatro veces por semana y/o más de 4 horas por semana).
1) Si 2) No.
- ___ 19.- Puedo pasar horas inmersa (o) en libros y revistas de dieta y ejercicio.
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 20.- Tiendo al perfeccionismo y no me siento satisfecha (o) cuando no me salen la cosas perfectas
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 21.- Puedo pasar largos períodos de tiempo sin comer (ayunando) o comiendo una mínima cantidad como método para control de peso.
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Rara vez 4) Nunca.
- ___ 22.- Me importa mucho ser más delgada (o) que mis amistades.
1) Frecuentemente 2) algunas veces 3) rara vez 4) Nunca.

4

Si deseas una explicación más amplia de tu evaluación, sin compromiso, favor de anotar tu nombre y tu teléfono.

Nombre _____.

Teléfono _____.

Anexo 2

- * En la 1 pregunta se trata de ver si el estudiante come cosas distintas o le que acostumbran comer en su casa, o cuando sale con sus amigos, si le hacen comida especial, etc.
- * En la pregunta 2 es para ver si hacen ejercicio para bajar de peso, y si se preocupan mucho si por algún motivo no pudieron hacerlo.
- * En la pregunta 3 sirve para saber si los pacientes se ven y se sienten gordas a pesar de que todo el mundo las ve delgadas, vemos aquí, si tiene una distorsión en la imagen corporal.
- * En la pregunta 4 es para ver si han dejado de menstruar o se ha vuelto irregular sus periodos, sin que sea por alguna enfermedad.
- * En la pregunta 5 es si se preocupan mucho por lo que comen, si tiene grasa, si tiene muchas calorías, etc.
- * En la pregunta 6 es para ver si han bajado de peso por ej: una persona de 60 kilos, el 15 % son 9 kilos aproximadamente.
- * En la pregunta 7 es si tienen miedo a subir de peso.

- * En la pregunta 8 es que si cuando están las personas solas comen, para que nadie se de cuenta de lo poco que comen, o de que comen y después se inducen el vómito, y tratan de no asistir a las reuniones con familiares y amigos.
- * En la pregunta 9 es para saber si comen demasiado, y luego para aliviar ese dolor y esa culpa, vomitan.
- * En la pregunta 10 es si cuando tienen depresiones o cuando no están haciendo nada tienden a comer demasiado.
- * En la pregunta 11 es si toman medicamentos para orinar y defecar un mayor número de veces.
- * En la pregunta 12, es si juegan con la comida para engañar a todos y que piensen que si están comiendo.
- * En la pregunta 13, es si sus familiares y amigos piensan que no comen, y la persona se enoja porque no quiere hablar de ese tema.
- * En la pregunta 14, es si prefieren estar solas (os), y tienen una baja autoestima y una gran depresión.
- * En la pregunta 15, es que no platican a nadie de su problema, porque sienten culpa, o temor.
- * En la pregunta 16, si no comen alimentos o platillos especiales, aunque los hayan preparado ellas (os).
- * En la pregunta 17, es si su mayor miedo es el subir de peso.
- * En la pregunta 18, es si hacen demasiado ejercicio para bajar de peso.
- * En la pregunta 19, si les entretienen y llaman mucho la atención las revistas de dietas y ejercicios.
- * En la pregunta 20 es si la persona quiere que todo le salga bien, perfecto.
- * En la pregunta 21, es si no comen durante varios días o tomando solo agua, para disminuir de peso.
- * En la pregunta 22, es para ver si se preocupan por ser las mas delgadas (os), de todos sus familiares y amigos.

RECURSOS.

Se utilizarán 1000 encuestas, una computadora para poder ir archivando los datos obtenidos, un escáner, una cámara fotográfica para poder tomar fotografías intrabucales, la base de datos utilizada fue Microsoft Access, y se utilizó el programa SPSS para realizar el análisis estadístico.

- * En la pregunta 8 es que si cuando están las personas solas comen, para que nadie se de cuenta de lo poco que comen, o de que comen y después se inducen el vómito, y tratan de no asistir a las reuniones con familiares y amigos.
- * En la pregunta 9 es para saber si comen demasiado, y luego para aliviar ese dolor y esa culpa, vomitan.
- * En la pregunta 10 es si cuando tienen depresiones o cuando no están haciendo nada tienden a comer demasiado.
- * En la pregunta 11 es si toman medicamentos para orinar y defecar un mayor número de veces.
- * En la pregunta 12, es si juegan con la comida para engañar a todos y que piensen que si están comiendo.
- * En la pregunta 13, es si sus familiares y amigos piensan que no comen, y la persona se enoja porque no quiere hablar de ese tema.
- * En la pregunta 14, es si prefieren estar solas (os), y tienen una baja autoestima y una gran depresión.
- * En la pregunta 15, es que no platican a nadie de su problema, porque sienten culpa, o temor.
- * En la pregunta 16, si no comen alimentos o platillos especiales, aunque los hayan preparado ellas (os).
- * En la pregunta 17, es si su mayor miedo es el subir de peso.
- * En la pregunta 18, es si hacen demasiado ejercicio para bajar de peso.
- * En la pregunta 19, si les entretienen y llaman mucho la atención las revistas de dietas y ejercicios.
- * En la pregunta 20 es si la persona quiere que todo le salga bien, perfecto.
- * En la pregunta 21, es si no comen durante varios días o tomando solo agua, para disminuir de peso.
- * En la pregunta 22, es para ver si se preocupan por ser las mas delgadas (os), de todos sus familiares y amigos.

RECURSOS.

Se utilizarán 1000 encuestas, una computadora para poder ir archivando los datos obtenidos, un escáner, una cámara fotográfica para poder tomar fotografías intrabucales, la base de datos utilizada fue Microsoft Access, y se utilizó el programa SPSS para realizar el análisis estadístico.

RESULTADOS.

En la gráfica No. 1 se muestra que de nuestros 1000 encuestados 500 fueron de universidades privadas y 500 de universidades públicas de los cuales el 73.2 % fueron mujeres y el 28.2 % hombres (gráfica No. 2)

En la gráfica No. 3 se observa la edad de nuestros encuestados que oscila entre 17 a 24 años, siendo con mayor frecuencia los de 19 y 18 años.

En la gráfica 4 es la tendencia a padecer trastornos alimenticios de nuestros encuestados en general según su puntaje, de los cuales se encontró 36 casos con tendencia a padecer anorexia de los cuales 9 eran hombres y 27 mujeres (gráfica No. 5) y 182 a padecer bulimia nerviosa de los cuales 37 eran hombres y 145 mujeres. (gráfica No. 5).

El total de hombres encuestados fue de 268, de los cuales el 3 % tuvieron tendencia a padecer anorexia nerviosa y el 14 % a padecer bulimia. (gráfica No.6.), y en mujeres el total de encuestados fue de 732, de los cuales el 4 % tenían tendencia a padecer anorexia y el 20 % a padecer bulimia. (Gráfica No. 7)

En relación entre escuela y puntaje vemos que en la anorexia se presentó en un igual número de casos (18) y en la bulimia se presentó con mayor frecuencia en las escuelas privadas con 118 casos que en las públicas con 64. (gráfica No. 8).

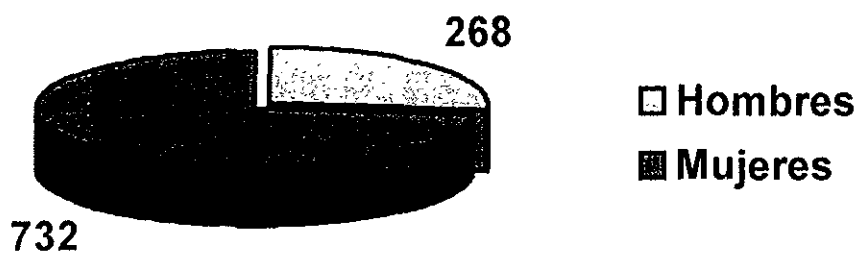
En la gráfica No. 9 vemos la relación entre edad y puntaje, en el cual se observa que en la tendencia a padecer estos trastornos se presentó con mayor frecuencia entre las edades de 18 y 20 años.

ESCUELAS

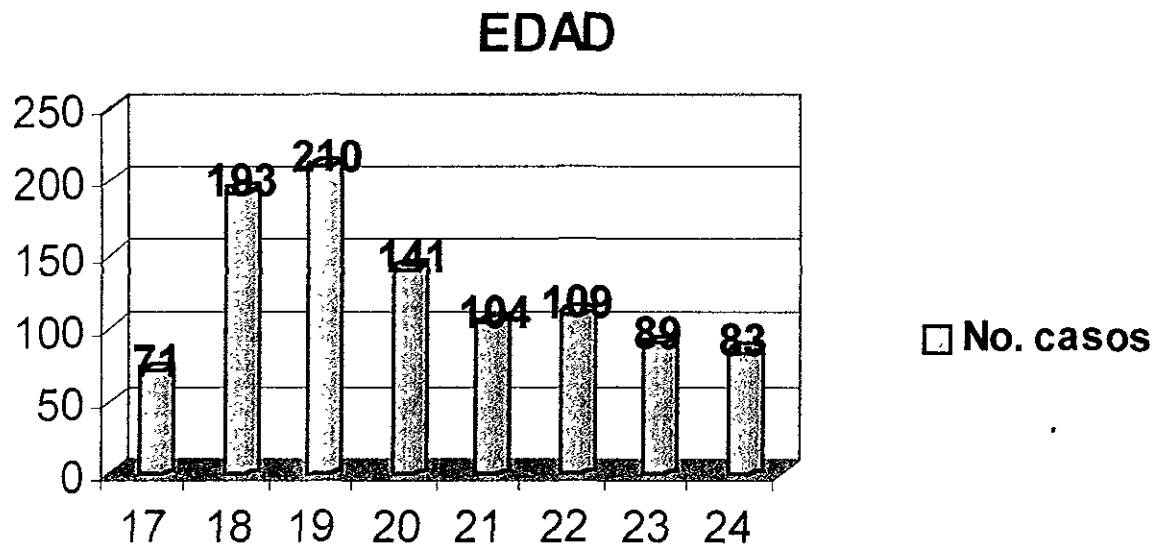


Gráfica No. 1

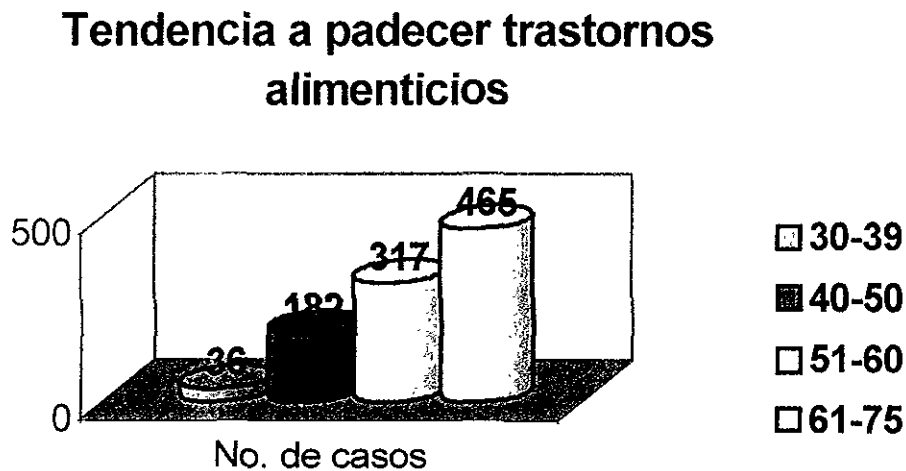
SEXO



Gráfica No. 2



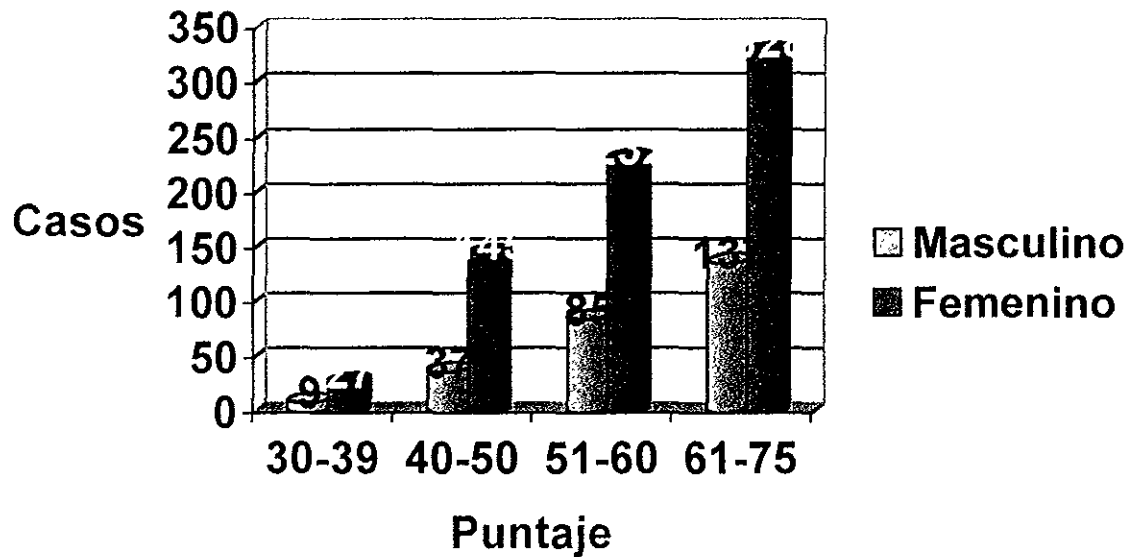
Gráfica No. 3



Gráfica No. 4

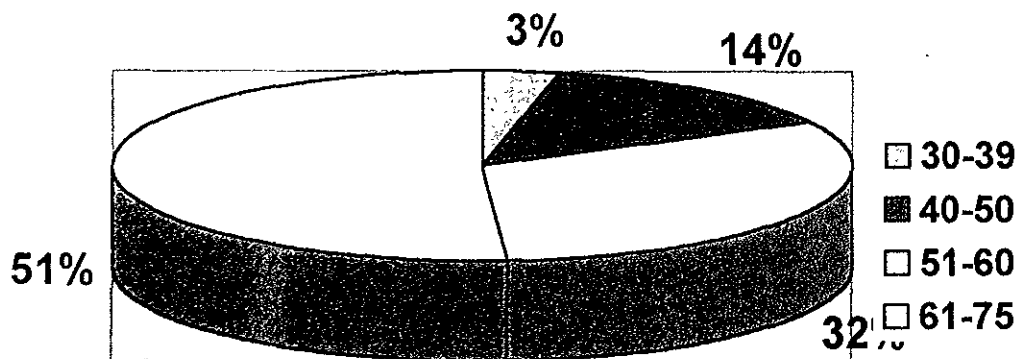
- 1.- Tendencia a padecer anorexia nerviosa. (30-39)
- 2.- Tendencia a padecer bulimia nerviosa (40-50)
- 3.- Preocupación exagerada por el peso (51-60)
- 4.- No hay tendencia hacia la anorexia y bulimia nerviosa. (61-75)

Relación entre sexo y puntaje



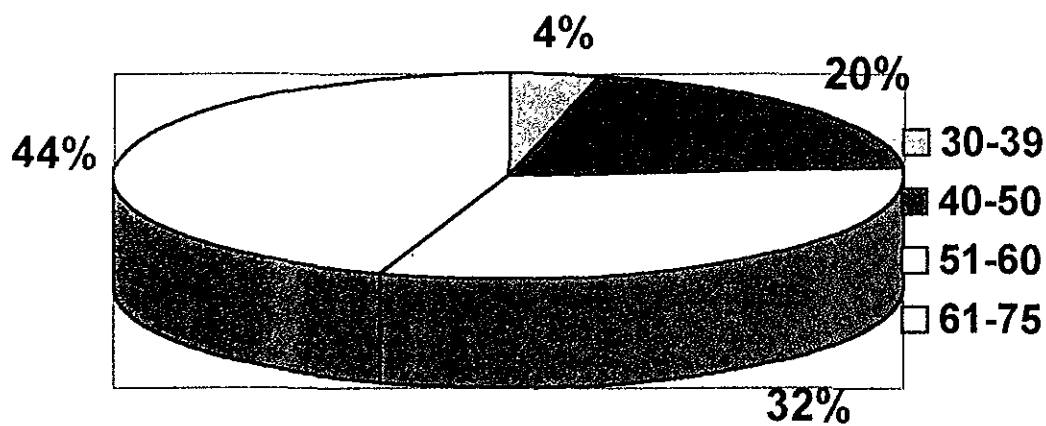
.Gráfica No. 5

PORCENTAJE EN HOMBRES



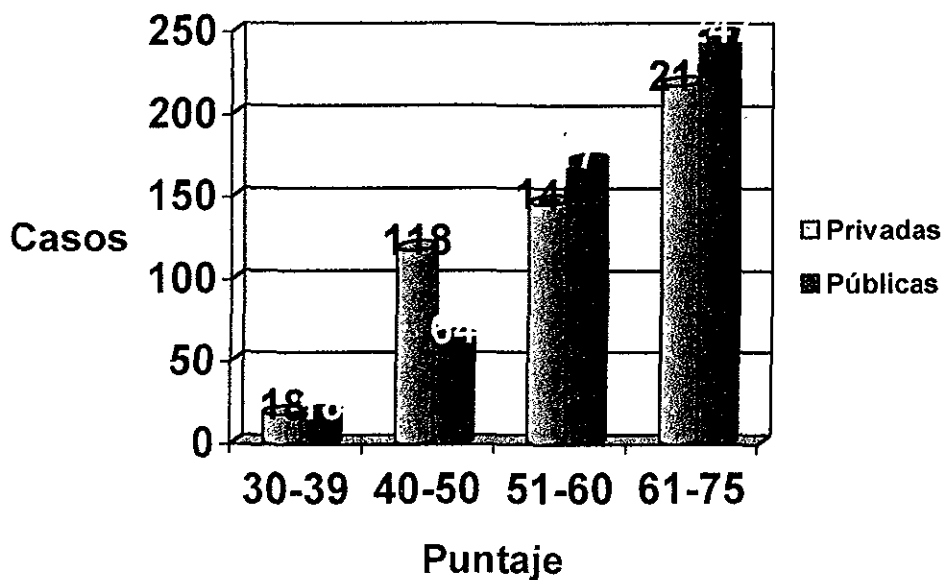
Gráfica No. 6

PORCENTAJE EN MUJERES



Gráfica No. 7

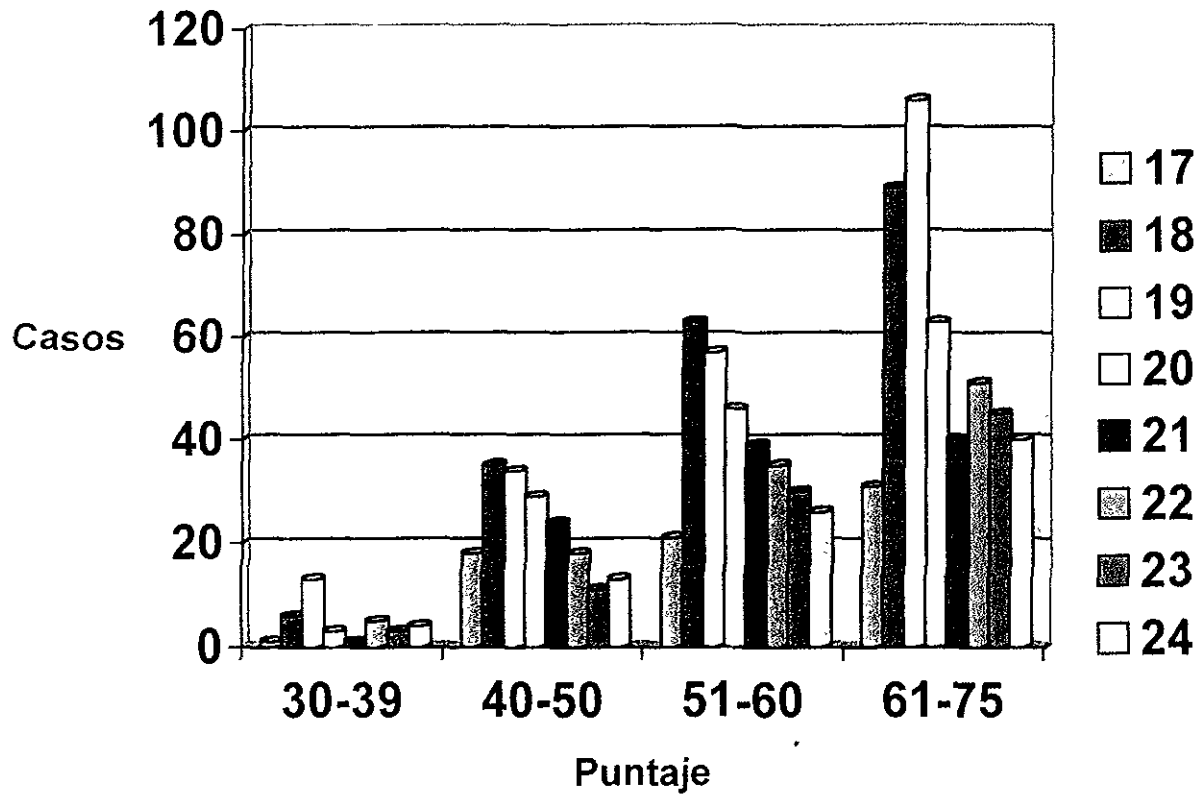
Relación entre escuela y puntaje



Gráfica No. 8

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Relación entre edad y puntaje



Gráfica No. 9

DISCUSION

En países Latinoamericanos así como en México no existen estudios de trastornos alimenticios que nos permitan conocer y comparar la tendencia a padecer anorexia y bulimia, ya que la mayoría de los estudios se han realizado en países desarrollados y en poblaciones anglosajonas, sin embargo nuestro estudio reportó algunos datos similares a las investigaciones realizadas en dichas poblaciones.

De los 1000 estudiantes encuestados, (73.2% mujeres, 26.8% hombres). Encontramos que hubo una tendencia mayor a padecer bulimia nerviosa con un 18.2 %, que anorexia nerviosa con un 3.6 %. Nuestros resultados muestran que las mujeres tienen mayor tendencia a padecer bulimia nerviosa con un 20% que en los hombres en los que se presento en un 14%. concordando con un estudio realizado en 1997 por Howard WT.⁴ No así en la anorexia en la cuál la variación del porcentaje no fue tan significativo presentándose ligeramente más en las mujeres en un 4%, y en los hombres en un 3%, a pesar de que nuestra población encuestada fueron en su minoría hombres con un 26.8%, observamos que entre éstos es alta la tendencia a padecer tanto anorexia como bulimia, con lo cuál coincidimos con los estudios realizados por Ficher MM. Quadflieg N⁴, que indican que ha aumentado notablemente estos trastornos en los hombres. La mayoría de los casos de estos padecimientos se presentaron en la edad entre 18-20 años

Considerando que en general las personas que estudian en una universidad privada, tienen un nivel socioeconómico mayor que las personas que estudian en universidades públicas, se encontró que la tendencia a padecer anorexia nerviosa se presentó en un igual número de casos con un 1.8%, y en la bulimia con mayor número de casos en universidades privadas

con un 11.8%, y en universidades públicas con un 6.4%, con lo cual se vio que la tendencia a padecer dichas enfermedades está aumentando notablemente en las personas con un nivel socioeconómico menor. En diferencia con los estudios realizados anteriormente que indica que se presentan con mayor frecuencia en estrato socioeconómico alto.

CONCLUSIONES.

En base a los resultados concluimos que la tendencia a padecer anorexia y bulimia nerviosa ha aumentado notablemente en la población universitaria, sin importar el nivel socioeconómico al cual pertenecen. Así mismo la tendencia a padecer dichos trastornos ha aumentado considerablemente en el sexo masculino, entre la edad de 17 a 24 años, sin importar el estrato socioeconómico.

Ya que la tendencia a padecer estos trastornos está aumentando notablemente, es importante que el odontólogo conozca dichas enfermedades para poder detectar y prevenir posibles complicaciones, ya que frecuentemente dichas enfermedades presentan trastornos bucodentales.

Debido a que existen muy pocos estudios realizados en los países en vías desarrollo, es importante realizar estas investigaciones, para así conocer la frecuencia con la cual se están presentando dichos trastornos alimenticios, debido a que nuestros resultados son muy similares a los estudios realizados en países desarrollados.

GLOSARIO

- * **ALCALOSIS:** Cualquier trastorno fisiológico que tiende a remover ácido o a añadir álcali.
- * **AMENORREA:** Se define como la ausencia de la menarquía alrededor de los 16 años, a pesar de la presencia o ausencia de los caracteres sexuales secundarios, o la ausencia de menstruación durante seis meses en una mujer con menstruaciones periódicas previas.
- * **ANEMIA:** Disminución de la masa total de glóbulos rojos circulantes por debajo de los límites normales.
- * **AZOEMIA:** Nivel elevado de nitrógeno en la sangre.
- * **COLITIS:** Inflamación del colon.
- * **CONSTIPACION:** O estreñimiento, es la reducción en la frecuencia de la defecación, sensación constante de llenura rectal con evacuación incompleta de heces, y en ocasiones defecación dolorosa debido a heces duras o enfermedad perianal.
- * **DIASTEMAS:** Separación entre los dientes
- * **DISFAGIA:** Se define como una sensación de "atoro" u obstrucción del paso de los alimentos a través de la boca, faringe, esófago.
- * **ESOFAGITIS:** Inflamación del esófago.
- * **EXCORIACIÓN:** Irritación o desolladura superficial en la piel.
- * **HALITOSIS:** Mal aliento.
- * **HIPOTENSION:** Tensión arterial baja.
- * **MELENA:** Color negro de las heces, por la presencia de sangrado intestinal.
- * **NICTURIA:** Orinar en la noche.
- * **PANCREATITIS:** Inflamación del páncreas.
- * **SUEÑO MOR:** Sueño de movimiento rápido de los ojos; se caracteriza por actividad cerebral de ondas dentadas, relajación muscular y rápido

movimiento de los ojos; la mayor parte de los sueños ocurren durante esta clase de sueño.

* **TROMBOCITOPENIA:** Disminución del número de plaquetas circulantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Zalk, K, "Anorexia, bulimia and compulsive overeating", Nueva York, Health, 1990. Bryan Lask, Child Hood onset anorexia nervosa and related eating disorders, Great Britian, 1993, pp
2. Alfonso Chinchilla Moreno "Anorexia y Bulimia nerviosas", Editorial Ergon, España, 1994. pp13-203
3. Bryan Lask, "Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders", Great Britian, 1993 , pp 31-86
4. W. Reiff, "Eating Disorders nutrition therapy in the recovery process", Aspen publication, Gaithersburg Maryland, 1992.,pp 69
5. Ducker M, Slade R "Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents" Adolescence 1997 Spring;32(125):101-11
6. Hess W.R. "Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder" Am J Psychiatry 1998 Feb;155(2):244-9
7. Mc Farland, "B. Killing ourselves with kindness consequences of eating disorders", Unated Estates, Hazelden, 1996,pp
8. López-Ibor, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSMIV), Masson, 1995.,pp
9. University of Toronto, "Hand Book of eating disorders, University of Toronto", Canadá, 1992.,pp
10. Morris C. "Psicología", Ed. Prentice Hall, quinta edición, México, 1987.,pp
11. Fichter MM, Quadflieg N "Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in active duty Navy men" Mil Med 1997 Nov;162(11):753-8
12. Hotta M, Fukuda I, Sato K, Hizuka N, Shibasaki T, Takano K "Course and outcome in adolescent anorexia nervosa" Int J Eat Disord 1996 May;19(4):335-45
13. Treasure J, Serpell L "Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study" Acta Psychiatr Scand 1997 Aug;96(2):101-7
14. Kaplan R "The intellectual functioning of adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa" Eur Child Adolesc Psychiatry 1997 Sep;6(3):129-35
15. Wiederman MW, Pryor TL "Comparison of cognitive style in bulimia nervosa and depression" Behav Res Ther 1997 Oct;35(10):939-48
16. Badal DW, Dristol TE, Maultshy B "Risk factors for bulimia nervosa". Archives of general psychiatry, June, 1997
17. Hennighausen K, Enkelmann D, Wewetzer C, Remschmidt H "The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications" Compr Psychiatry 1997 Nov-Dec;38(6):321-6
18. Bedoret JM, Destombes A Warot P. "Teenage Vegetarians" HealthNews, 1997, September 16.

19. Riggs S "Disorderd eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus" The New England Journal of Medicine 1997 Junio 26.
20. Latzer Y, Eysen-Eylat D, Tabenkin H "Personality factors and weight preoccupation: a continuum approach to the association between eating disorders and personality disorders" J Psychiatr Res 1997 Jul-Aug;31(4):467-80
21. Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, Bowers WA, Andersen AE "The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study" Int J Eat Disord 1997 Dec;22(4):339-60
22. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ Eating Med Clin North Am 1998 Jan;82(1):145-59
23. Burke FJ, Bell TJ, Ismail N, Hartley." Bulimia: implications for the practising dentist". British Dental Journal 1996 Jun 8; 180 (11) :421-26.
24. Melchior JC "Medication and psychotherapy in bulimia nervosa" American Journal of Psychiatry, April,1997
25. Bruch H. "Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up" (Arch Gen Psychiatry 1997 Nov;54(11):1025-30
26. Goldberg RM, Loprinzi CL, "Bone mineralization, hypothalamic amenorrhea, and sex steroid therapy in female adolescents and young adults" J Pediatr 1995 May;126(5 Pt 1):683-9
27. Harrison, J. "Principios de medicina interna", Harvard, 1994.
28. Baeyer W. "Six-year course of bulimia nervosa". Int J Eat Disord 1997 Dec;22(4):361-84
29. Stege P, Visco-Dangler L, Rye L." Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations". Journal American Dental Association 1982 May; 104(5) : 648-52.
30. O'Reilly RL, O'Riordan JW, Greenwood AM. "Orthodontic abnormalities in patients with eating disorders". International Dental Journal 1991 Aug; 41 (4):212-6
31. Milosevic A, Slade PD. "The orodental status of anorexic and bulimics". British Dental Journal 1989 Jul 22; 167(2): 66-70.
32. Dare C, Key A, "Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders" Int J Eat Disord 1997 Mar;21(2):195-9
33. Pothier PE. "Dental erosion in anorectic patients". British Dental Journal 1995 Jun 24; 178 (12): 445.
34. Stege P, Visco-Dangler L, Rye L." Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations". Journal American Dental Association 1982 May; 104(5) : 648-52.
35. Keith O, Flint S, Scully C. "Lingual abscess in a patient with anorexia nervosa". British Dental Journal 1989 Jul 22;167(2) :71-2.
36. Hasler JF. "Parotid enlargement: a presenting sign in anorexia nervosa". Oral Surgery Oral Medical Oral Pathology 1982 Jun;53(6): 567-73.

37. Nelson WL, Hughes HM, Katz B, Searight HR "Attitudes toward bulimic behaviors in two generations: the role of knowledge, body mass, gender, and bulimic symptomatology" Addict Behav 1997 Jul-Aug;22(4):491-507
Bulimia as a disturbance of narcissism: self-esteem and the capacity to self-soothe. Addict Behav 1997 Sep-Oct;22(5):699-710
38. Rost B, Roser W, Bubl R, Radue EW, Buergin D "Eating disorders in males: a report on 135 patients" Am J Psychiatry 1997 Aug;154(8):1127-32
39. Fichter MM, Quadflieg N "Prevalence and contributing factors of eating disorder behaviors in active duty Navy men" Mil Med 1997 Nov;162(11):753-8
40. Agras WS, Bachman JA "Racial/ethnic and gender differences in concern with weight and in bulimic behaviors among adolescents" Obes Res 1997 Sep;5(5):447-54
41. Alexander D "The relationship between stealing and eating disorders: a review" Harv Rev Psychiatry 1995 Nov-Dec;3(4):210-21
42. Bliss E, Branch Ch. "Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators" American Journal of Psychiatry, August, 1997
43. Robert A. Colby, Donald A. Kerr, Hamilton B., G. Robinson. "Atlas of oral pathology", 2nd Edition, Montreal, 1961, pp 59.
44. J.J. Pindborg, "Atlas de enfermedades de la mucosa oral" Ed. Masson Salvat Odontología, 5ta Edición, 1994, pp 62,63,196,197,238,239.
45. Van der Waal, Van der Kwast, "Oral Pathology", Ed. Quintessence books, 1988, pp 265