



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ODONTÓLOGA

TEMA:

**“TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD
ORAL”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

MORALES VERA CECILIA ISABEL

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. NELLY SAN ANDRÉS PLÚA Mg. Sc.

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Nelly San Andrés certifica que la tesis de investigación titulada **“Trastornos Alimenticios y su Incidencia En La Salud Oral”**, es trabajo original de **CECILIA ISABEL MORALES VERA**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DRA. NELLY SAN ANDRÉS P. MG. SC.

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD
ORAL”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como
requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sc.
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Gladys Vaca Guerrero Mg. Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Dolores Güizamano Luna
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Julia Morales Loor
SECRETARIA ACADÉMICA

DEDICATORIA

A DIOS:

Porque me distes la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa, e iluminar y bendecir mí camino día a día para ser una persona de bien.

A MIS QUERIDOS PADRES.

Paulina Elizabeth Vera Cedeño y Walter Vicente Morales Lloor, que con su cariño, esfuerzo y responsabilidad me apoyaron durante todo el momento de mi carrera, pues sin su ayuda no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

A MI HIJA

Brianna Isabella que es el pilar fundamental en mi vida, es la fuerza que me da para seguir superándome y brindarle lo mejor día a día, la amo mucho...

A MI ESPOSO

Danny por ser parte importante en mi vida, por haberme ayudado en todo momento, gracias por su comprensión y cariño, lo amo mucho.

MIS HERMANOS

José Luis, Jorge Y Verónica, por el ejemplo de superación que me dieron cada día para salir adelante

A MIS FAMILIARES

A mis sobrinos, mis suegros, mis cuñadas, quienes me brindaron su apoyo y confianza, y todas aquellas personas que me apoyaron siempre.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a dios por haberme iluminado y dado salud para que de esta manera pudiera culminar mis estudios.

A mis padres quienes me han sabido guiar con sabiduría y amor luchando día a día para que se cumplan mis sueños, por el apoyo tanto económico como emocional, que día a día estuvieron a mi lado en las buenas y malas. Gracias a ellos culmine con orgullo mi carrera.

A mi hija y a mi esposo, ya que sin su ayuda este logro no hubiese sido posible, los amo.

A mis hermanos que me brindaron su ayuda incondicional.

Y a todas aquellas personas e instituciones que de una u otra forma colaboraron en la realización de la misma, a cada uno de los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por sus valiosas aportaciones y enseñanzas que nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

GRACIAS...

INTRODUCCIÓN.

La preocupación actual por la imagen física al hacer un “culto” de lo exitoso, lo lindo y lo bello de “ser delgado” ha provocado un aumento de la prevalencia de distintos trastornos alimentarios, dichos disturbios pueden manifestarse en una variedad de formas; sin embargo las principales y más conocidas son la anorexia y la bulimia nerviosa. Si bien ambas patologías son las más conocidas existen también otros cuadros más leves, pero no de menor compromiso que condiciona la vida social de la persona.

Por este motivo el odontólogo debe estar preparado y saber reconocer las características de estos trastornos ya que puede presentarse algún caso de estos en nuestra consulta diaria, básicamente tiene que ver con la detección precoz de la enfermedad, a través de la identificación de signos y síntomas en la cavidad oral; la derivación al psicólogo y/o psiquiatra y preocuparse de resolver el daño bucal

Dentro de sus principales manifestaciones dentales destacan: Descalcificación y erosión del esmalte, Caries extensas; Sensibilidad dental a estímulos térmicos; Alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales; Sialoadenitis y xerostomía; Pérdida de la integridad de las arcadas; Disminución de la capacidad masticatoria; Antiestética; Queilitis; Mordida abierta anterior; Restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados. Aunque estas anomalías bucales no ponen en riesgo la vida, de no diagnosticarse y tratarse oportunamente, serán irreversibles; por lo tanto deberíamos considerar que los efectos de esta enfermedad causan un problema en la salud oral.

Al finalizar la tesis ha quedado estructurada en dos partes; una parte teórica la que se desarrolla en capítulos referentes a los trastornos alimenticios y su influencia en la salud oral en los adolescentes; y en la que se mencionan las características clínicas que presentan estas pacientes tanto bucal como en el resto del organismo.

Capítulo I contiene el Planteamiento del problema y la Formulación del Problema

Capítulo II que hace referencia a la Justificación de la investigación.

Capítulo III contiene la Formulación de objetivos General y Específicos.

Capítulo IV se plantea la Hipótesis.

Capítulo V se desarrolla el Marco teórico que hace referencia a las variables sobre los trastornos alimenticios y salud oral.

Y una parte investigativa de campo que hace referencia a lo siguiente:

Capítulo VI se establece la Metodología de la Investigación, la misma que hace referencia a la Modalidad de Investigación, el Tipo de Estudio, la población y la muestra entre sus aspectos más relevantes.

Capítulo VII la cual contiene la investigación de campo realizada a 93 estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo donde se ha recopilado la información, que permite realizar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se planteará una alternativa de solución al problema mediante el desarrollo de una propuesta viable.

ANTECEDENTES

Los trastornos alimentarios son enfermedades que en la actualidad se han vuelto muy comunes, los cuales afectan a la salud oral y se presentan con mayor frecuencia en la población femenina en edades de 13-18 años, por esta razón decidí realizar mi investigación en el Colegio Nacional Portoviejo ya que existe un gran número de estudiantes del sexo femenino, para esto se investigó con la Dra. Carmen Zapata médico del plantel constatando que existe un creciente número de casos con trastornos alimenticios.

Para realizar el presente trabajo investigativo, se cuenta con el apoyo de las autoridades de plantel, así como la colaboración de alumnas, docentes y personal de salud lo que me permitirá dejar un estudio con el cual las estudiantes del plantel puedan tener una mejor salud oral así como evitar que sigan incrementando casos de trastornos alimenticios, además que contamos con el suficiente material bibliográfico que servirá de apoyo para la realización de este trabajo.

	INTRODUCCIÓN	i
	ANTECEDENTES	iii
	CAPITULO I	1
1.1	Planteamiento del problema	2
1.2	Formulación del problema	3
	CAPITULO II	4
2.1	Justificación	3
	CAPITULO III	6
3.1	Objetivo General	6
3.2	Objetivos Específicos	6
	CAPITULO IV	7
4.1	Hipótesis	7
	CAPITULO V	8
5.	Marco teórico	8
5.1	Marco Institucional	7
5.2	TRASTORNOS ALIMENTICIOS	10
5.2.1	Etiopatogenia	12
5.2.2	Factores desencadenantes y de riesgo en los trastornos de conducta alimenticia	12
5.2.3	Factores predisponentes a la aparición de trastornos alimenticios en adolescentes	13
5.2.3.1	Factores personales	14
5.2.3.2	Factores familiares	15
5.2.3.3	Factores socioculturales	16
5.2.4	Valoración nutricional en los trastornos de conducta alimenticia	16
5.2.4.1	Evaluación antropométrica	17
5.2.5	Tipos de trastorno alimenticio	17
5.2.5.1	Bulimia	17
5.2.5.1.1	Etiología y patogenia	19
5.2.5.1.2	Prevalencia	20
5.2.5.1.3	Tipos de Bulimia	20
5.2.5.1.3.1	Tipo purgativo	20
5.2.5.1.3.2	Tipo no purgativo	21
5.2.5.1.4	Conductas características	21
5.2.5.1.5	Signos y síntomas de la Bulimia	22

5.2.5.1.6	Trastornos en la esfera Psíquica	23
5.2.5.1.7	Tratamiento de la Bulimia	23
5.2.5.2	Anorexia	25
5.2.5.2.1	Etiología y patogenia	26
5.2.5.2.2	Prevalencia	27
5.2.5.2.3	Tipos de Anorexia	28
5.2.5.2.3.1	Tipo Restrictivo	28
5.2.5.2.3.2	Tipo compulsivo purgativo	28
5.2.5.2.4	Conductas características	29
5.2.5.2.5	Signos y síntomas de la Anorexia	30
5.2.5.2.6	Trastornos en la esfera Psíquica	32
5.2.5.2.7	Tratamiento de la Anorexia	32
5.2.6	Manifestaciones bucales de la Bulimia y Anorexia	33
5.2.7	Rol del odontólogo	34
5.2.8	Importancia de la relación Odontólogo-Paciente	35
5.3	Salud Oral	37
5.3.1	Definición	37
5.3.2	Prevención y Mantenimiento de la Salud Oral	38
5.3.3	Higiene Oral	38
5.3.4	Mantenimiento de la Salud Oral	39
5.3.4.1	Hábitos Dietéticos	39
5.3.4.2	Hábitos Higiénicos	40
5.3.5	Nutrición en Salud dental	41
5.3.5.1	Cariogenicidad de los alimentos	41
5.3.6	Problemas que afecta a la Salud Oral	42
5.3.6.1	Placa Bacteriana	42
5.3.6.1.1	Como se forma la placa bacteriana	42
5.3.6.2	Gingivitis	43
5.3.6.3	Gingivitis asociada a la placa bacteriana	43
5.3.6.4	Caries dental	44
5.3.6.5	Factores que afectan al desarrollo de la caries	45
5.3.6.5.1	Factores individuales	45
5.3.6.5.2.	Factores de la dieta	46

5.3.6.5.2.1	Carbohidratos fermentables	46
5.3.6.5.2.2	Características de los alimentos	47
5.3.6.5.2.3	Alimentos protectores	47
5.3.6.6	Alteraciones periodontales	48
5.3.6.7	Erosión del esmalte dentario	49
5.3.6.8	Xerostomía	50
5.3.6.8.1	Fisiopatología	50
5.3.6.9	Sialoadenitis	51
5.3.6.10	Queilitis	52
5.3.7	Plan de tratamiento de manifestaciones bucales en pacientes con trastornos alimenticios	53
	CAPITULO VI	56
6.	Metodología de Investigación	56
6.1	Método	56
6.1.1	Modalidad básica de la investigación	56
6.1.1.1	Bibliográfica	56
6.1.1.2	De campo	56
6.1.2	Nivel o tipo de investigación	56
6.1.2.1	Exploratoria	56
6.1.2.2	Descriptiva	56
6.1.2.3	Analítica	56
6.1.2.4	Sintética	57
6.1.2.5	Propositiva	57
6.2	Técnicas	57
6.2.1	Observación	57
6.2.2	Encuesta	57
6.3	Instrumentos	57
6.4	Recursos	57
6.4.1	Materiales	57
6.4.2	Talento Humano	57
6.4.3	Tecnológicos	58
6.4.4	Económicos	58
6.5	Población y muestra	58
6.5.1	Población	58

6.5.2	Tamaño de la muestra	58
6.5.3	Tipo de muestra	58
	CAPITULO VII	59
	Conclusiones	97
	Bibliografía	98
	Propuesta	
	Anexos	

INDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LA ENCUESTA

GRAFICUADRO # 1	TE SIENTES A GUSTO CON TU CUERPO	59
GRAFICUADRO # 2	QUE ES LO PRIMERO QUE TE INTERESA SABER DE UN ALIMENTO	61
GRAFICUADRO # 3	CUAL ES TU PRINCIPAL TEMA DE CONVERSACIÓN	63
GRAFICUADRO # 4	COMO TE VES EN EL ESPEJO	65
GRAFICUADRO # 5	HAS PROBADO VARIAS CLASE DE PASTILLAS PARA ADELGAZAR	67
GRAFICUADRO # 6	COMES COMPULSIVAMENTE A ESCONDIDAS	69
GRAFICUADRO # 7	COMO ES EL CICLO DE TU MENSTRUACIÓN	71
GRAFICUADRO # 8	COMO PREFIERES USAR LA ROPA	73
GRAFICUADRO # 9	QUE TE GUSTA QUE TE DIGAN CUANDO TE VEN	75
GRAFICUADRO # 10	TIENES DESEOS DE SER MAS DELGADA	77
GRAFICUADRO # 11	QUE TIPO DE ALIMENTOS CONSUMES	79
GRAFICUADRO # 12	COMO CONTROLAS TU PESO	81
GRAFICUADRO # 13	CUANTAS VECES TE PESAS	83
GRAFICUADRO # 14	CUANTAS VECES AL DÍA COMES	85
GRAFICUADRO # 15	TE HAS PROVOCADO ALGUNA VEZ EL VÓMITO	87

INDICE DE LOS GRAFICUADROS DE LA FICHA CLÍNICA

GRAFICUADRO # 1	ÍNDICE CPO	89
GRAFICUADRO # 2	INDICADORES DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA	91
GRAFICUADRO # 3	INDICADOR DE NIVEL DE PLACA DENTOBACTERIANA	93
GRAFICUADRO # 4	HALLAZGOS CLÍNICOS	95

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos alimentarios más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, aunque también existen otros trastornos alimentarios menos conocidos como el trastorno por atracón. La población más afectada se da en las mujeres adolescentes; se presenta normalmente en la adolescencia (14-18 años de edad) pero en otros casos en edades más tardías (20-40 años de edad); en este tipo de trastorno, el sujeto muestra un rechazo hacia el mantenimiento de su peso corporal mínimo y desea un peso muy por debajo del que pertenece a su edad y a su constitución.

Las personas con este cuadro enflaquecen al punto de inanición, perdiendo por lo menos de 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. La ansiedad que le provoca el hecho de estar con un peso superior al deseado le provoca al sujeto una ansiedad que se traduce en dejar de comer, provocarse el vómito, tomar laxantes, hacer regímenes aun estando por debajo del peso. El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones bucodentales sean graves o pudieran poner en peligro la vida, sino por ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser reconocidas de manera precoz y tratadas con prontitud.

Se considera que esta enfermedad presenta un alto índice de anomalías bucales los cuales se encuentran con una mayor frecuencia en pacientes jóvenes que presentan trastornos alimenticios; dentro de sus principales manifestaciones dentales destacan: Descalcificación y erosión del esmalte,

Caries extensas; Sensibilidad dental a estímulos térmicos; Alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales; Sialoadenitis y xerostomía; Disminución de la capacidad masticatoria; Queilitis; Restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados.

Por lo tanto deberíamos considerar que los efectos de esta enfermedad causan un problema en la salud oral, estudios han encontrado que hasta un 89% de las bulímicas muestran signos de erosión dental; a nivel nacional existen pocos estudios relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria y las manifestaciones dentales, en la universidad técnica de Loja se hizo una investigación similar por lo tanto, la confrontación con otros estudios con pacientes bulímicos y anoréxicos se encuentra limitado. En los países desarrollados la anorexia afecta aproximadamente a 1 de cada 200 o 300 chicas de edades comprendidas entre 12 y 24 años; expertos calculan que el afecta el 1% de la población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyen los trastornos alimenticios en la salud oral, en las adolescentes del Colegio Nacional Portoviejo?

CAPÍTULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimenticia (TCA), entre los cuales está la anorexia y la bulimia nerviosa, constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención no solo psicológica sino también odontológica y educativa, los desórdenes alimenticios tienen gran impacto en la dentadura, al igual que en otras partes del cuerpo, la falta de vitaminas, proteínas y resto de los nutrientes afecta también, y mucho la salud oral de una persona.

El propósito de esta investigación, fue determinar los problemas bucales que presentan los pacientes con trastornos alimenticios ya que su índice ha aumentado significativamente en los últimos años, es por eso que el papel del odontólogo es de suma importancia, ya que son los únicos síntomas irreversibles; quien se dedique a la atención dental deberá conocer las manifestaciones clínicas de estos trastornos; de esta manera se pudo orientar a los pacientes y a sus familiares sobre la mejor manera de tratar este padecimiento oportunamente.

Las ciencias a la que va a aportar esta investigación son las ciencias de la salud en las cuales se incluye la odontología, la medicina y la psicología. El impacto de esta investigación es crear conciencia de la importancia del diagnóstico de los trastornos bucales en la anorexia y bulimia nerviosa para ser incluido dentro de un interrogatorio de salud dental ideal, así como

motivar a futuras investigaciones sobre el tema; ya que son pocas las que se han realizado.

Con esta investigación se ayudó a la autora a mejorar los conocimientos adquiridos durante su carrera universitaria y así mismo fueron beneficiados los pacientes a través de la realización de la propuesta; la factibilidad se dio debida que se contó con el apoyo de las autoridades del Colegio Nacional Portoviejo, de los docentes y de la colaboración de las alumnas.

CAPÍTULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la incidencia de los trastornos alimenticios en la salud oral de las estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer las conductas alimenticias de la población seleccionada para compararlas con el índice CPO de la misma.
2. Identificar a las pacientes con hábitos de vómitos autoinducidos para relacionarlos con la presencia de lesiones a nivel de mucosa oral.
3. Establecer el tipo de alimentación que consumen las estudiantes para relacionarlas con los trastornos alimentarios.
4. Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

CAPÍTULO IV

4.1 HIPÓTESIS

Los ácidos provenientes de los jugos digestivos que llegan a la cavidad bucal por la inducción del vómito, producen lesiones en las piezas dentarias.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Marco Institucional

El 8 de abril de 1948, se produjo el decreto de creación del Colegio Nacional de señoritas Portoviejo N. 639, firmado por el presidente de la república, en ese periodo Sr. Carlos Julio Arosemena, quien entre uno de los miembros que integraban su gabinete, se encontraba como ministro de educación, el Dr. Miguel García. Al cabo de tres meses, se dio inicio a la inauguración del periodo lectivo, con fecha 5 de julio del mismo año; el establecimiento comenzó con un área de rectorado, secretaría, Inspección, canchas, cursos, piscina, y departamento de orientación.

Con el continuar de los días se creó el departamento médico, asistiendo las necesidades de las estudiantes, al ser alta la incidencia de las mismas que llegaban con manifestación de dolor a nivel de su cavidad bucal, se vieron en la necesidad de crear el departamento de odontología en el año de 1971, a cargo de la Dra. Mercedes Cevallos, quien en ese entonces recibió el consultorio con una unidad completa, según lo manifestó ella describiendo que se encontraba en la consulta un sillón dental, escupidera, jeringas triples, turbina, esterilizador, compresor de aire, instrumentos de cirugía, operatoria, y de diagnóstico, además un equipo de Rx con la variable de que el mencionado equipo no se pudo utilizar ya que no contaba con un cuarto de revelado, ella creó las primeras fichas clínicas, a nivel de operatoria solo se utilizaba la amalgama, como hasta la actualidad.

La Dra. Mercedes Cevallos, elaboró un periodo de 16 años en esta institución entregándole a la Dra. Viveca Yencón de Piza en el año de 1986, quien hasta la presente continua, en la institución. Gracias a gestiones realizadas por ella, se ha podido implementar el tanque de reservorio de agua, cavitron para realizar las respectivas periodoncias, mayor cantidad de instrumentos, dos taburetes etc.

Sin embargo es poco el interés que presentan las estudiantes, puesto que del 100% solo el 80% se hace atender, y de ellas solo el 20% quiere rehabilitar su dentadura completamente. El Colegio Nacional Portoviejo, está ubicado en la Parroquia 12 de Marzo, en las Calles Alajuela y Francisco de Paula Moreira en la ciudad de Portoviejo en los actuales momentos cuenta con 3.300 estudiantes y 3 secciones; Matutina (Ciclo Diversificado), Vespertino (Ciclo Básico) y Nocturno con jornada completa, laboran 250 docentes y 40 miembros en la parte Administrativa.

El plantel, a través de sus autoridades a vengo mejorando su infraestructura para el desenvolvimiento de las actividades pedagógicas y administrativas, cuenta en la actualidad con 40 aulas espaciosas que permiten ubicar un promedio de 38 estudiantes cómodamente y un amplio patio con cuatro canchas deportivas, una piscina, un museo arqueológico y antropológico que sirve para el esparcimiento de estudiantes y docentes durante todo el año lectivo. Dispone además con laboratorios de: Ciencias Naturales, Química, Biología, física, computación e inglés.

5.2 TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Un trastorno en la alimentación es una enfermedad causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios comunes, la adolescencia es el momento más vulnerable para desarrollar trastornos de conducta alimentaria, se trata de un síntoma, de una señal de que algo anda mal.

Los trastornos de conducta alimentaria por lo general tienen su origen en una compleja problemática psicológica; algunas veces se debe a una baja autoestima, otras a la sensación de falta de control o a la imposibilidad para relacionarse adecuadamente con los demás. En todo caso, lo importante es tener en cuenta que nadie tiene la culpa son enfermedades como hay muchas y cualquier persona las puede desarrollar independientemente de su edad, sexo o condición social.

Los principales trastornos alimentarios son la bulimia, la anorexia, y el comer compulsivo, aparecen por lo general durante la adolescencia (entre los 11 y 20 años) una etapa particularmente frágil en la que los jóvenes están intentando descubrir quiénes son; estos trastornos aparecen con más frecuencia en las mujeres, son enfermedades que se presentan en todos los círculos sociales, en todos los niveles económicos, en todos los países y cada día son más frecuentes.

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

presiones familiares, frustración por tener sobrepeso, comparación constante con alguien cercano por parte de un familiar o amigo, etc. Generalmente estos tipos de trastornos en la alimentación, más allá de los síntomas que encierra cada uno en especial, son acompañados por un marcado aislamiento de la persona, excesivo cansancio, sueño, irritabilidad, agresión (sobre todo hacia personas conocidas y miembros de la familia), vergüenza, culpa y depresión, registrándose un trastorno en la identidad a partir de la nominación de la enfermedad.¹

En términos generales, estas enfermedades se manifiestan con una serie de alteraciones en la forma de comer (comer poco, comer mucho, tardarse mucho en comer, “ordenar” la comida en el plato y muchas otras), y en la manifestación de conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal (como insistir que está gordo cuando en verdad está flaco, ejercitarse en exceso para no engordar o usar laxantes sin necesitarlos). La bulimia y la anorexia se fundamenta en el miedo a engordar y en el deseo de enflaquecer, por lo que dejar de comer o vomitar después de ingerir los alimentos se convierten en “buenas ideas” para conseguir tal propósito.

“La baja autoestima, el temor a la no aceptación social y la gran necesidad de una aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia, diversos estudios coinciden en que los pacientes bulímicos tienden a ser depresivos, impulsivos y ansiosos, son sensibles y muy rigurosos en ciertos aspectos les gusta que les digan que están delgados”².

¹CECILIA Silva. *Trastornos alimentarios: cómo prevenir, detectar y qué hacer si se presentan*, Santa Cruz, Editorial Pax México, 2008. P. 25-27

²Marisa Manson, la anorexia y su múltiple determinación, <<http://www.psico-asistencia.com>>

5.2.1 Etiopatogenia

Los Trastornos de Conducta Alimentaria no parecen tener un origen monofactorial, sino que diversos factores que concurren e interaccionan en su caracterización. Así, pues los factores socioculturales y ambientales (medios de comunicación), factores del entorno familiar (conflictos no resueltos, separación, etc.) y otros factores, como psicológicos (baja autoestima, trastornos afectivos, etc.) o biológicos (genéticos, metabólicos, etc.) desempeñan un papel y pueden tener distinto grado de implicación en el mantenimiento y el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria.

5.2.2 Factores desencadenantes y de riesgo en los trastornos de conducta alimentaria

SARA, Márquez dice lo siguiente:

En su conjunto, se puede considerar en los trastornos de conducta alimentaria la existencia de una serie de factores predisponentes, precipitantes y por último perpetuantes, que podrían resumirse en la regularidad menstrual y el número total de ciclos menstruales. Existe una fuerte asociación entre anorexia nerviosa y disfunción del ciclo menstrual. De hecho, la amenorrea es uno de los criterios estrictos necesarios para el diagnóstico de la anorexia en las mujeres con la bulimia no se ha establecido todavía una relación similar, pero se está descubriendo un creciente número de bulímicas y amenorreicas³

La pagina web www.borloj.com/detail.asp dice:

A la Anorexia Nerviosa y a la Bulimia se llega siempre por el camino de la dieta, la presión social es muy grande, tanto que no hay reunión en la que no se toque el tema del 'peso' de los 'kilitos de más' o de 'la dieta de moda', por eso es que hay que controlar el cómo y los porque de la necesidad de emprender

³ SARA Márquez, *Actividad Física y Salud*, España, 2010, Edición Díaz de Santo, p. 461-463.

una dieta, allí puede estar escondiéndose un anoréxico en potencia⁴.

Existen diversas señales que pueden ser reconocidas en aquellas personas que son víctimas de la bulimia nerviosa, una de ellas es que a diferencia de las personas que se someten a dietas de adelgazamiento, las cuales usan ropa ajustada para presumir el peso que van perdiendo, las personas anoréxicas o bulímicas tratarán de disimular dicha pérdida usando ropa demasiado holgada⁵

“Las anoréxicas se pesan a diario o bien evitan pesarse por completo, utilizan otras prácticas de control de peso, como vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos u otros fármacos, hacen ejercicio de forma compulsiva. A medida que se van volviendo más obsesivas, su atención y su habilidad para manejar sentimientos y relaciones se bloquean”⁶.

5.2.2 Factores predisponentes a la aparición de trastornos alimenticios en adolescentes

Como bien lo dice AYELA, los trastornos alimenticios no afectan únicamente a la manera de comer; en realidad, se desarrollan como resultado de problemas en la percepción y en la forma en que una persona se ve a sí misma y en relación con su mundo, problemas que son causados por múltiples factores que se vuelven cíclicos y se realimentan así mismos, pues los efectos de la desnutrición y semiinanición agravan los problemas subyacentes y cronifican el problema⁷. A continuación se detallan los factores individuales, familiares y socioculturales que predisponen a la mayoría de las psicopatías alimentarias:

⁴<http://www.borloj.com/detail.asp>

⁵<http://www.cuerpoarmonioso.com>

⁶ <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>

⁷MARÍA Ayela, *Adolescentes: trastornos de alimentación*; San Vicente, Editorial club universitario, 2009, p. 87-88.

5.2.3.1 Factores Personales

Los factores personales más comunes a la mayoría de los trastornos alimenticios que predisponen al padecimiento de una psicopatología alimentaria son:

1. Pubertad temprana, en el caso de las mujeres, puede ser un factor que predisponga a la aparición de trastornos alimenticios.
2. El tener sobrepeso (en la mayoría de los casos, ligero) puede predisponer al inicio de actividad física intensa o dietas sin control médico, que desemboquen en trastornos de la alimentación.
3. Los rasgos de carácter que pueden predisponer a la aparición de este tipo de trastornos. Son factores de vulnerabilidad personal:
 - 1) No aceptarse como persona.
 - 2) Percibir que se tiene poco control sobre la propia vida.
 - 3) Ser poco habilidoso en las relaciones sociales.
 - 4) Tener poca espontaneidad y demasiado autocontrol, sobre todo en cuanto a la demostración de los afectos.
 - 5) Poseer dependencia afectiva.
 - 6) Sufrir de inseguridad, timidez o introversión.
 - 7) Tener una baja autoestima.
4. Las personas con tendencias depresivas, trastornos de ansiedad, o tendencia al padecimiento de trastornos de personalidad y conductas impulsivas/compulsivas suelen desarrollar este tipo de psicopatologías alimentarias, las cuales pueden ser tanto el resultado como la causa de alguno de los mencionados trastornos emocionales.

5. Hay carreras que fomentan los trastornos alimenticios porque conceden un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable, como por ejemplo el atletismo, el modelaje, el físico culturismo, la danza y la equitación.

5.2.3.2 Factores Familiares

En varios estudios se han constatado disfunciones familiares en los pacientes con trastornos de conducta alimenticia, se trata de familias conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas con incapacidad para establecer relaciones de mutua ayuda. En los familiares de los pacientes con trastornos alimenticios se han observado también mayor incidencia de hábitos dietéticos, de obesidad y de madres con alteraciones de percepción de su imagen corporal y con insatisfacción familiar. Por ello los trastornos de conducta alimentaria en la familia son siempre un problema de grupo y en ellos se basan las propuestas terapéuticas. En general, los factores familiares predisponentes a la aparición de una psicopatología alimentaria son los siguientes:

1. Tener familiares obesos o que padezcan algún desorden alimentario, tener antecedentes familiares de trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
2. Haber sido abusado sexualmente.
3. Convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física.
4. Perjuicios y mala transmisión de valores.

5.2.3.3 Factores Socioculturales

Hoy en día todo el mundo parece aceptar la importante influencia que los factores socioculturales desempeñan en el desarrollo de los trastornos alimenticios, la presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

Los factores socioculturales predisponentes que podrían influenciar e incluso desencadenar el curso de la enfermedad son, en general, la presión y los estereotipos sociales, que se demuestran en:

- 1) Los trastornos culturales, representados por la cultura de la delgadez y concesión de importancia al "Mito de la Belleza".
- 2) La discriminación y el rechazo social hacia los obesos.
- 3) Discriminación en general.
- 4) Discriminación laboral.
- 5) Discriminación en cuanto al mundo de la moda.
- 6) La manipulación.
- 7) Mercado del adelgazamiento.
- 8) Difusión del cuerpo delgado de los modelos como estereotipo.

5.2.4 Valoración nutricional en los trastornos de conducta alimentaria

Gran parte de los hallazgos clínicos asociados a los trastornos de conducta alimentaria se asocian a la presencia de malnutrición; la desnutrición en sus distintos grados: leves, moderada o grave; es una constante en la evolución

de los pacientes con anorexia nerviosa. Es fundamental evaluar los hábitos alimentarios del paciente intentando la adhesión a un plan dietético equilibrado.

5.2.4.1 Evaluación antropométrica

En la anorexia nerviosa, los parámetros antropométricos afectados son la relación peso-talla o el porcentaje de peso con respecto al peso ideal y el pliegue tricípital, informándonos sobre el grado de depleción del compartimiento graso. La circunferencia muscular del brazo suele afectarse de forma menos grave, y el compartimiento proteico-visceral, sólo en situaciones de caquexia.⁸

5.2.5 Tipos de trastornos alimenticios

5.2.5.1 Bulimia

La bulimia es un término que significa “ingestión voraz o hambre de buey”. Esta conducta se ha convertido en una práctica habitual entre los jóvenes, la bulimia puede observarse con un peso normal e incluso con sobrepeso en algunos casos las personas con esta enfermedad han sido obesas, se asocia con síntomas psicológicos; en este caso se aplica un diagnóstico de bulimia nerviosa.

ROBERTH Hales, cita lo siguiente:

La bulimia nerviosa es un trastorno en el que la bulimia o los atracones de comida son la conducta predominante, los atracones se definen como la ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, sin control y rápida, en breve espacio de tiempo. A continuación sobrevienen sentimientos

⁸LUIS Román, *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*, España, Edición Díaz Santo 2010, p. 135.

de culpa, depresión o disgustos con ellos mismo, los pacientes bulímicos suelen utilizar purgantes con la finalidad de controlar su peso y presentan un patrón alimentario de alternancia de atracones y ayunos. Estos pacientes temen no poder parar de comer de manera voluntaria; la comida consumida durante el atracón contiene un alto contenido calórico y una textura que facilita la ingestión rápida.⁹

SARA Márquez presenta la siguiente definición:

“La bulimia es mucho más complicada de detectar que la anorexia nerviosa, ya que la persona no varía su forma física; después de los atracones de comida los enfermos se provocan el vomito o se someten a purgas (actividad física, laxantes) por lo que mantiene su peso”¹⁰.

Vomitarse es una solución de corto alcance porque, si bien se elimina el alimento que la persona rechaza, vuelve el apetito y consiguientemente las ganas de comer de nuevo, con el transcurso de tiempo, la paciente va perdiendo más el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come.

“Las bulímicas suelen consumir alimentos generalmente como hidratos de carbono y grasas, de fácil ingesta. Cuando alguien tiene un peso inferior al que le determina su biología o se está alimentando con una dieta restrictiva, el desencadenante del atracón suele ser el hambre”¹¹.

Las personas con bulimia pueden igualmente recurrir a restricciones alimentarias, ayunos; los móviles de estas conductas se encuentran en las preocupaciones por las medidas y el peso corporal de allí se deriva su relación con la anorexia. En términos somáticos, el desorden bulímico tiene una secuencia que se puede describir en cuatro tiempos: 1) excitación y tensión previa, caracterizadas por una compulsión violenta hacia la

⁹ROBERTHales, *Fundamentos de psiquiatría clínica*, Barcelona, Edición Española, 2006, p. 920.

¹⁰(SARA Márquez, actividad física y salud.P 457.)

¹¹<http://www.saludyhogar.blogspot.com>

ingesta;2) ingesta precipitada y selectiva de alimentos; los más ricos en calorías y los más pobres en proteínas, como productos de pastelería o dulces; 3) culpa y desamparo por haber trasgredido las normas, y 4) vómito abortivo o voluntario. (Figura 1)

5.2.5.1.1 Etiología y patogenia

Fairburn y Cooper hallaron que una dieta rígida era el desencadenante más frecuente de la conducta de atracones alimentarios y que un gran episodio de consumo ávido de los alimentos era el precipitante más habitual de los vómitos. Este hallazgo puede arrojar alguna luz sobre los mecanismos fisiológicos implicados en la ingesta compulsiva y en la purga. Por ejemplo, un periodo de dieta estricta puede influir en la secreción de péptidos y neurotransmisores, que puede a su vez afectar a los mecanismos del apetito y saciedad; los estudios de las respuestas de saciedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria han demostrado que la percepción de apetito y saciedad se hallan alteradas en los que incurren en atracones y purgas.

La identificación de otras alteraciones en los procesos psicológicos del hambre, la saciedad y el gusto pueden proporcionar importantes indicios sobre mecanismos centrales deteriorados. Los bajos niveles de ácido 5-hidroxiindoleacético en el líquido cefalorraquídeo se asocian a las conductas impulsivas y agresivas presentes en los pacientes con bulimia nerviosa.

La etiología posiblemente es multifactorial (sociocultural. Psicológica y factores familiares) la bulimia es mucho más frecuente en las sociedades

occidentales en la cuales se produce una gran presión cultural para estar delgada.

5.2.5.1.2 Prevalencia

La bulimia nerviosa es más frecuente que la anorexia. Con incidencia estimada entre las estudiantes de bachillerato de un 4-15%, la edad de comienzo suele ser entre los 15 a 18 años y la relación varón-mujer es de 1.11%. De todos modos, los varones con trastornos de la conducta alimentaria presentan características clínicas indistinguibles de las pacientes femeninas. Un estudio prospectivo realizado en pacientes con bulimia nerviosa, con un seguimiento de 5 años, reveló que el 35% de las pacientes tratadas seguía cumpliendo criterios diagnósticos para la enfermedad y un tercio había recaído.

5.2.5.1.3 Tipos de Bulimia

5.2.5.1.3.1 Tipo purgativo

ESTHER Casanueva dice:

La persona con este trastorno se induce el vómito o hace uso de laxantes, diuréticos o enemas, purgantes o medicinas similares para aumentar la eliminación del contenido intestinal. Los pacientes de este tipo purgativo tienen más probabilidad de presentar desequilibrios electrolíticos, mayor **comorbilidad** psiquiátrica y menor peso corporal¹²

¹²ESTHER Casanueva, *Nutriología médica*, México, Editorial Medica Panamericana, 2008, p. 135

5.2.5.1.3.2 Tipo no purgativo

En estos casos de bulimia se llevan a cabo otras conductas compensatorias, como el ejercicio físico intenso o no se hace nada o se hace mucho ayuno; es un método menos efectivo para contrarrestar y deshacerse de las calorías. El tipo no purgativo se da solo en, aproximadamente, el 6-8% de los casos de bulimia, ya que es un método menos efectivo de eliminar del organismo un número tan elevado de calorías; este tipo de bulimia suele presentarse también en quienes presentan el tipo purgativo, pero es una forma secundaria de control del peso.

5.2.5.1.4 Conductas características

- 1) Evitar concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.
- 2) Actividad física excesiva (no constante), con el único objeto de quemar calorías.
- 3) Abuso de edulcorantes, consumo indiscriminado de goma de mascar sin azúcar.
- 4) Consumo de medicamentos adelgazantes (diuréticos, laxantes, hormonas tiroideas, derivados anfetamínicos, mezclas de productos homeopáticos).
- 5) Pesarse varias veces al día, desnudo y con balanzas exactas. Tener balanza propia comparando con otras.
- 6) Suele ayunar, aunque no tiene tanta constancia como la persona anoréxica restrictiva.

- 7) Almacenar alimentos en distintos lugares de la casa con el propósito consciente o inconsciente de contar con ellos al momento de darse el atracón.
- 8) Robar alimentos “hipercalóricos” de las góndolas de los supermercados, en casa de sus amistades, en el trabajo, etc.
- 9) Contemplarse a sí mismo en toda circunstancia en que se halle frente a un espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen.
- 10) Visitas al baño después de comer: generalmente se autoprovooca el vómito y si es descubierto, finge estar descompuesto o haber tenido un acceso de tos¹³(*figura 2*)

5.2.5.1.5 Signos y Síntomas de la Bulimia

Durante esta enfermedad se puede producir una pérdida irreversible de esmalte dentario, daños en las encías, el paladar y la garganta. El rostro se redondea a consecuencia del aumento de las glándulas salivales y aparece debilidad muscular, hormigueos y calambres por disminución del sodio.

Las consecuencias sobre el aparato gastrointestinal (esófago, estómago e intestino) derivan del rápido consumo de alimentos y del estímulo del vómito. Producto del primero ocurre una dilatación gástrica y la estimulación continuada del páncreas, que puede generar pancreatitis, fiebre y dolor. Como consecuencia del vómito aparece el reflujo gastroesofágico, por el cual el cuerpo se acostumbra a vomitar espontáneamente, inflamación esofágica y riesgo de perforación, son frecuentes también las irregularidades

¹³ [Http// www.bulimarexia.com](http://www.bulimarexia.com).

menstruales y los bajos valores de hormonas tiroideas, estradiol y progesterona.

Las complicaciones renales son frecuentes si se abusa de los diuréticos y laxantes por mucho tiempo; provocan deshidratación, hipovolemia y aumento de la urea plasmática. Existen además alteraciones en el sistema cardiovascular, caracterizadas por una disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca, aparición de arritmias, que al igual que la anorexia pueden causar la muerte si se agravan¹⁴

5.2.5.1.6 Trastornos en la esfera Psíquica

- 1) Cambios en el carácter: depresión, fuertes sentimientos de culpa, repudio de sí misma.
- 2) Autocrítica severa.
- 3) Imperiosa necesidad de recibir la aprobación de los demás
- 4) El nivel de autoestima es inversamente proporcional al peso (se odia por haber aumentado tan sólo algunos gramos).
- 5) Dificultad de concentración y aprendizaje.
- 6) Vida social intensa con intervalos de aislamiento.
- 7) Actividad sexual que oscila de la abstinencia a la promiscuidad.
- 8) Abuso de alcohol y drogas.

5.2.5.1.7 Tratamiento de la Bulimia

En la bulimia nerviosa, los objetivos del tratamiento incluyen:

¹⁴FRED F. Ferri. *Ferri consultor clínico: claves diagnósticas y tratamiento, Edición Elseiver, España: 2006, p.107.*

- 1) Reducir o eliminar los atracones y purgas.
- 2) Tratar cualquier tipo de complicación física.
- 3) Motivar al paciente a participar en la restauración de patrones de conducta alimentaria sanos.
- 4) Proporcionar la educación psicológica sobre nutrición y alimentación.
- 5) Identificar pensamientos disfuncionales, estados de ánimo y conflictos asociados con la alimentación.
- 6) Proporcionar psicoterapia para tratar estos temas.
- 7) Obtener apoyo familiar y realizar terapia familiar, en caso necesario.
- 8) Evitar la recaída.

David SUE indica lo siguiente:

La bulimia exige la participación de un equipo interdisciplinario que incluya médico psicoterapeuta, se emplea una rutina de tres alimentos con uno a tres bocadillos al día para romper el patrón de alimentación alterada. En el tratamiento de este trastorno han sido útiles la terapia cognitivo-conductual y el empleo de medicamentos antidepresivos como inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.¹⁵

Los componentes comunes de los planes de tratamiento cognitivo-conductual además del consumo de tres o más comidas balanceadas al día, la reducción de normas alimentarias rígidas y preocupaciones de imagen corporal, y el desarrollo de estrategias de supervivencia. Este enfoque fue

¹⁵DAVID Sue, *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*, Santa Fe, Editores S. A de C.V ,2010, p.466.

igual de exitoso que los medicamentos antidepresivos, aunque el tratamiento combinado fue el más efectivo.

5.2.5.2 Anorexia

La anorexia como término literal significa “pérdida de apetito”; con frecuencia se considera la anorexia como un síntoma de moda, provocada, estimulada y favorecida por el ideal de belleza corporal femenino, sin embargo este síntoma no es exclusivo de nuestra época, sino que ha sido también una práctica muy frecuente en la edad media, en el ámbito religioso cristiano; que tenía por finalidad alcanzar la santidad. (*Catalina de Siena.*)

JOSÉ Uribe cita lo siguiente: Las pacientes anoréxicas suelen perder peso mediante la restricción del consumo de alimentos, la realización de ejercicio físico intenso, la inducción del vomito tras las comidas y el consumo de laxantes, diuréticos y píldoras dietéticas. Es una enfermedad que se genera en la imagen negativa del cuerpo. Un cuerpo indeseado o que se rechaza, se convierte en un factor predisponente para esta enfermedad, pero es el cuerpo en todas sus dimensiones, tanto física como fisiológica, como también la valoración social y los significados que se le otorgan, los que tienen relación directa con la anorexia¹⁶

ALBERTO De La Torre dice lo siguiente:

En general los alimentos son catalogados como buenos o ‘permitidos’ y malos o ‘prohibidos’, asociando conductas de evitación de alimentos de alto contenido calórico y consumo de frecuente de otros alimentos (frutas, verduras, hortalizas) que se identifican como saludables y beneficiosos. Habitualmente los pacientes con anorexia nerviosa tienden a comer solos y la duración de las comidas suele ser muy prolongado, es frecuente que trocen y manipulen los alimentos intentando aparentar que se realizan comidas normales, pero ingiriendo solo una mínima parte¹⁷

¹⁶ JOSÉ Fernando Uribe, *Anorexia: Los Factores Socioculturales De Riesgo*, Colombia, Editorial Universidad de Antioquia, 2007, p. 35

¹⁷ ALBERTO De La Torre; *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*, Barcelona, Editorial Glosa 2006, p.291

La anorexia nerviosa es un trastorno de difícil definición que afecta a mujeres adolescentes y adultas. Se caracteriza por una pérdida extrema de peso corporal, alteraciones de imagen y un temor intenso a volverse obeso, un rasgo asociado frecuentemente es la preocupación por la comida. (figura3)

Las pacientes con anorexia nerviosa están marcadas por un temor obsesivo de estar gorda. Su vida se gira alrededor del deseo de estar delgada, este deseo domina su vida, la mayoría de personas anoréxicas lo admiten este temor continúa aunque ella llega a un estado de delgadez peligroso. Las anoréxicas prefieren los alimentos bajos en calorías inclusive seleccionan cuantas calorías pueden consumir en el día¹⁸.

Las anoréxicas no quieren comer nada las bulímicas quieren comer todo y no siendo posible lo devuelven, el síntoma anoréxico es el equivalente de un rechazo radical: de la comida, del cuerpo, de sí mismo. La bulimia se caracteriza por comer sin medida y en exceso para luego autoprovocarse el vómito por un temor intenso a engordar¹⁹.

5.2.5.2.1 Etiología y patogenia

Se desconoce la existencia de una etiología y patogenia específicas en el desarrollo de la anorexia nerviosa, la anorexia nerviosa comienza después de un periodo de grave privación de alimentos. Con frecuencia, se refieren periodos anteriores de grave restricción alimentaria, y no es infrecuente una historia precoz de dietas. Las teorías psicológicas referentes a las causas de la anorexia se han centrado principalmente en mecanismos fóbicos y formulaciones psicodinámicas. Crisp postuló que la anorexia nerviosa constituye una respuesta de evitación fóbica a la comida como resultado de una tensión sexual y social generada por los cambios físicos asociados con la pubertad.

¹⁸<http://www.saludyhogar.blogspot.com>

¹⁹FRANCISCO Tinahones, *Anorexia y Bulimia: Una Experiencia Clínica*, Madrid, Edición Díaz de Santo, 2006, p. 28.

Bruch (1962) postuló que la causa de la anorexia nerviosa era un déficit en el desarrollo cognitivo y perceptual. La autora describió la alteración de la imagen corporal (negación de la delgadez extrema), las alteraciones de la percepción (falta de reconocimiento o negación de la fatiga, la debilidad y el hambre) y una sensación de ineficiencia como resultado de experiencias de aprendizaje desfavorables.

5.2.5.2.2 Prevalencia

La anorexia nerviosa se presenta en alrededor del 0,5-1% de la población femenina, suele comenzar entre los 13 y 20 años, pero puede aparecer en cualquier grupo de edad, incluidas la ancianas y niñas en fase prepuberal. También aparece en varones pero estos solo se presentan en 5-10% de la población con anorexia nerviosa, la mortalidad asociada a esta enfermedad se estima en un 5%.

Para muchos enfermos se trata de una enfermedad crónica, una revisión de estudios de seguimiento de pacientes que hubieran sido hospitalizados por anorexia encontró que después de cuatro años, el resultado del tratamiento fue bueno en el 44% de los casos, regular en el 28% y negativo en el 24%. Dos tercios de los pacientes seguían preocupados por la comida y el peso y el 40% todavía presentaba síntomas de bulimia, el 5% había muerto.²⁰

²⁰STUART Wiscarz, *Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica*, Madrid, Edición española, 2006, p. 517.

5.2.5.2.3 Tipos de Anorexia

5.2.5.2.3.1 Tipo Restrictivo

La anorexia de este tipo es en la cual los pacientes no se involucran en episodios de ingestión compulsiva de alimentos o en la práctica de conductas compensatorias purgativas, se caracteriza por el adelgazamiento debido a una menor ingesta calórica. Los pacientes de este tipo restrictivo son más introvertidos y tienden a negar que sufran de hambre y ansiedad psicológica. Las personas con esta enfermedad de tipo restrictivo consiguen la pérdida de peso mediante una dieta restrictiva o el ayuno prolongado²¹.

5.2.5.2.3.2 Tipo compulsivo purgativo

Es aquel donde se recurre regularmente a los atracones o las purgas. En este último caso la persona afectada se provoca el vómito después de las comidas, o usa con frecuencia laxantes, diuréticos o enemas. Las personas que padecen de anorexia de tipo purgativo tienen más posibilidades de presentar trastornos relacionados con sustancias, de ser diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad, de presentar problemas con el control de los impulsos, de presentar labilidad emocional, y de tener antecedentes de intento de suicidio.

Este tipo de pacientes han presentado puntuaciones mayores que las pacientes con anorexia tipo restrictivo en la escalas de desviación psicopática, depresión y esquizofrenia. Sin embargo, es importante tener en cuenta estas pacientes sufren una sintomatología bulímica pero se diferencia

²¹ORTUNO Sánchez Felipe; *Lecciones de Psiquiatría*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2010, p. 362.

de esta porque la anorexia mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla. Los pacientes con este tipo son más extrovertidos, con más ansiedad, depresión y culpabilidad.

5.2.5.2.4 Conductas características

- 1) Realizar dietas muy severas: comer extremadamente poco, evitando ciertos alimentos por considerarlos “prohibidos”.
- 2) Rituales obsesivos en la alimentación:
 1. Desmenuzar los alimentos en porciones excesivamente pequeñas, saboreándolos lentamente, para finalmente haber ingerido una escasa cantidad en el mismo lapso de tiempo asignado a la comida.
 2. Preparar comida para otras personas con el objetivo de “llenarse visualmente”.
 3. Controlar permanentemente las calorías ingeridas (memorizar las calorías de cada alimento según tablas, escudriñarlos envases, utilizar calculadora, llevar agenda calórica).
- 3) Evitar concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.
- 4) Actividad física excesiva.

El ejercicio físico practicado por razones de peso, tono muscular, atractivo personal de manera obsesiva, está directamente relacionado con trastornos alimentarios y con insatisfacción de la imagen corporal; esto supone que al suspender bruscamente la actividad física se produce la recuperación de peso. En cambio, una práctica regular y moderada del ejercicio físico con el fin de mantenerse en forma y no adelgazar obsesivamente es muy beneficioso.²²

²² J. Arteaga. La anorexia. <[http:// www.monografias.com](http://www.monografias.com)>salud>enfermedades.

- 5) Esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada, evitando trajes de baño.
- 6) Usar colores oscuros en la vestimenta, los que hacen parecer más delgado.
- 7) Puede haber episodios de ingestas compulsivas de comida (atracones) luego de lo cual recurre a conductas compensatorias como vómito provocado o uso de diuréticos o laxantes para eliminar lo ingerido. En este caso se habla de anorexia nerviosa de tipo compulsivo o **bulimarexia**. Si el paciente nunca tuvo episodios de este tipo, se habla de anorexia de tipo restrictivo.
- 8) Ayunar periódicamente, en ocasiones durante varios días.
- 9) Constante preocupación acerca de la comida. Discurso monotemático; las conversaciones giran alrededor de ciertos temas recurrentes: las calorías, el peso, las dietas.
- 10) Contemplarse a sí mismo en toda circunstancia en que se halle frente a un espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen. Análisis exhaustivo de las formas corporales.”²³

5.2.5.2.5 Signos y Síntomas de la Anorexia

“La anorexia nerviosa es fácil de detectar porque difícilmente se puede ocultar una delgadez extrema. Al inicio sus síntomas son los de una fuerte anemia, provocada por una dieta insuficiente, con pesadez en las piernas, cansancio y mareos. El número de glóbulos rojos se reduce hasta los tres millones en lugar de 4,3-4,5 millones que se consideran normales en las mujeres. Una característica médica importante es la amenorrea, con

²³CARLOS Haya, Anorexia y Bulimia: educación y cuidados <http://www.carloshaya.net>

alteración del metabolismo de los estrógenos, que puede llevar a una pérdida de densidad ósea y al desarrollo de osteoporosis y fracturas.

Son frecuentes las alteraciones del sistema digestivo, con vómitos, pérdida de apetito y pancreatitis, y del sistema cardiovascular, con bradicardia; y existe la posibilidad de fallos cardíacos tanto durante la enfermedad como durante el tratamiento. Así mismo se desarrollan hipotermia y deshidratación relacionada con la pérdida de fluidos, vómitos, uso de laxantes o abuso de diuréticos. Pueden aparecer complicaciones renales, anomalías hematológicas e incluso del sistema nervioso central.”²⁴

La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad; la reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados, y aumento de peso mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con anorexia severa. Las mujeres que quedan en cinta antes de recuperar un peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con pesos bajos al nacimiento, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos. El peso bajo solo quizá no sea suficiente para causar amenorrea; los comportamientos extremos de ayuna y purgación pueden desempeñar un papel aun mayor en el trastorno hormonal.²⁵

Los médicos de atención primaria deben estar acostumbrados a reconocer este trastorno, porque los casos leves suelen debutar con síntomas inespecíficos, como astenia, intolerancia al frío, falta de energía o mareos. La exploración física puede ser normal en los casos leves. Los pacientes con anorexia moderada a graves muestran las siguientes alteraciones físicas:

- 1) El paciente está extremadamente delgado y lleva mucha ropa.

²⁴(SARA Márquez. Actividad Física y Salud, p. 456)

²⁵SEBASTIÁN Loda,< [http:// lucas.simplenet.com](http://lucas.simplenet.com)>S. F

- 2) La piel está seca y muestra un crecimiento excesivo de lanugo, se torna de color amarillento.
- 3) Uñas frágiles y cabello poco denso.
- 4) Bradicardia, hipotensión, hipotermia y bradipnea frecuentes.

5.2.5.2.6 Trastornos en la esfera Psíquica

- 1) Alteraciones en el carácter: ira, irritabilidad, agresividad.
- 2) Inseguridad sensación de incapacidad para desempeñarse en innumerables tareas.
- 3) Sentimiento de culpa y autodesprecio tras la ingesta de comida.
- 4) Ansiedad desmedida. Frecuentes casos de tabaquismo.
- 5) Aislamiento social.
- 6) Desinterés sexual.
- 7) Dificultad de concentración y aprendizaje.

“Imagen corporal: la mayoría de las anoréxicas perciben una imagen distorsionada porque se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto. Uno de sus principales temores es llegar a estar gorda y la decisión de mantener un peso bajo a cualquier precio”²⁶.

5.2.5.2.7 Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

El tratamiento de la anorexia plantea grandes dificultades al clínico, el programa terapéutico hospitalario debe aplicar un protocolo de rehabilitación nutricional en el que tienen que estar de acuerdo todos los clínicos participantes; el personal clínico, el paciente y sus familiares tienen que ser conscientes de que la administración de un régimen de alimentación

²⁶ J. Arteaga. La anorexia.<[http:- www.monografias.com>salud>enfermedades](http://www.monografias.com/salud/enfermedades)

constituye una medida para salvar la vida de la enferma, más que un castigo.

La terapia ambulatoria como primer enfoque tiene posibilidades de éxito en los pacientes anoréxicos:

- 1) Con una evolución inferior a 6 meses;
- 2) Si no presentan atracones ni vómitos;
- 3) Si sus padres cooperan y participan eficazmente en la terapia familiar.

Los pacientes anoréxicos más graves pueden presentar dificultad para el tratamiento médico y deberían ser hospitalizados y sometidos a control diario de peso, de alimentación y de ingesta calórica, además de pasar controles de producción de orina. En el paciente que vomita se necesita evaluaciones frecuentes de electrolitos séricos, la terapia conductual es más eficaz en el abordaje médico y la rehabilitación alimentaria del paciente anoréxico.

5.2.6 Manifestaciones bucales en la Anorexia y Bulimia

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

En el caso de la bulimia, los ácidos del estómago presentes en los vómitos, atraviesan la boca y erosionan el esmalte dental, provocando decoloración e incluso la pérdida de los dientes. En la anorexia, puede desarrollarse

osteoporosis que debiliten los huesos maxilares que sostienen los dientes, induciendo la pérdida de ellos. Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran:

- 1) Descalcificación y erosión del esmalte,
- 2) caries extensa.
- 3) Sensibilidad dental a estímulos térmicos,
- 4) Alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales.
- 5) Sialoadenitis
- 6) Xerostomía
- 7) pérdida de la integridad de las arcadas
- 8) disminución de la capacidad masticatoria y antiestética.
- 9) Queilitis.
- 10) mordida abierta anterior.
- 11) restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados

5.2.7 Rol del Odontólogo

El rol del dentista en el síndrome anorexia y bulimia, básicamente tiene que ver con la detección precoz de la enfermedad, a través de la identificación de signos y síntomas en la cavidad oral; la derivación a psicólogo y/o psiquiatra y preocuparse de resolver el daño bucal. El odontólogo que atiende a un paciente con trastornos alimenticios debe recomendarle consumir alimentos neutrales y regular las dietas ácidas, usar pastas y enjuagues fluorados,

después del vómito enjuagarse con líquidos alcalinos y no cepillarse inmediatamente.²⁷

5.2.8 Importancia de la relación Odontólogo y Paciente

Los padecimientos se delinearán con aquello que domina en cada época, la relación que se establezca desde la primera cita entre el odontólogo y el paciente puede determinar el éxito profesional del operador. Cuando un individuo llega por primera vez a un consultorio odontológico el primer contacto que se establece con el entorno es el psicológico, y éste influirá significativamente sobre su estado de ansiedad, estrés, inseguridad, miedo, confianza o cualquier emoción que provoque sobre él la visita al odontólogo.

Es por ello que el operador debe inspirar confianza, profesionalismo, seguridad, comprensión y transmitir el interés y la voluntad de ayuda hacia el paciente. A su vez debe tener la capacidad de concientizar y educar a su paciente en relación a la importancia que tiene su sistema estomatológico y del mantenimiento de éste, promoviendo de esta manera la prevención de enfermedades.

El operador debe estar claro de cómo abordar a los diferentes tipos de pacientes que se pueden presentar en la consulta odontológica, la psicología para el odontólogo es una herramienta fundamental en su trabajo diario, ya que tiene que lidiar con diversas enfermedades y con quien las padece, tratando de mejorar el sistema de vida para el paciente y la comodidad de ambos durante la consulta odontológica.

²⁷ <<http://www.slideshare.net/anorexia-y-efectos-en-la-odontologia>>

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

Para el profesional, su herramienta para la aplicación del método clínico es la historia clínica, ya que es la narración metódica, detallada de todos los datos que aporta el paciente durante el interrogatorio. El examen físico y exámenes complementarios realizados sirven de base para un juicio definitivo de la enfermedad que lo afecta, el hecho de que el paciente tenga conocimiento de su salud oral es importante, ya que la aplicación del tratamiento será mucho más fácil en un individuo que esté consciente de los beneficios que pueda obtener y así poder recuperarse.

El renglón de la historia clínica que se refiere al peso corporal es de mucha importancia ya que a través de él se puede diagnosticar algún desorden de tipo alimenticio, lesiones y ulceraciones a nivel de las mucosas de la boca, pueden ser factores indicativos de muchas patologías, entre ellas la bulimia. Si el paciente sufre de indigestión frecuente, esto puede estar relacionado con problemas gástricos o intestinales, úlceras pépticas, estrés y otros.

El vómito frecuente, suele ser el síntoma de numerosas situaciones clínicas como el embarazo, apendicitis, bulimia y puede conducir a situaciones graves, los pacientes con vómitos excesivos pierden apreciables cantidades de líquidos e iones de hidrógeno, cloruro y potasio. El reflujó del vómito

puede ocasionar alteraciones en la cavidad bucal, como descalcificaciones de los dientes, caries, ulceraciones de las mucosas, inflamaciones etc.

Los síntomas asociados a los vómitos son: la presencia de fiebre, pérdida de peso, ictericia, dolor torácico y muchos otros factores que influirán en la apariencia física de un paciente con vómitos. Hay que tomar en cuenta que algunos pacientes pueden ser anémicos congénitos por mala alimentación o fallas en el metabolismo, las cuales pueden tener manifestaciones bucales.²⁸

5.3. SALUD ORAL

5.3.1. Definición

Estudios indican que la salud bucal de sus dientes y encías puede indicar el estado de toda su salud en general, la mala higiene dental se ha sumado a un alto riesgo de algunas enfermedades en adultos. Algunas personas tales como los diabéticos y las mujeres encinta tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en las encías.

El bienestar físico, emocional y espiritual se basa en diversos factores, pero indudablemente uno de los más importantes se encuentra en la salud, término usado muy a menudo que significa equilibrio, ausencia de enfermedad y condición de sano. Cuando hay desequilibrio, la falta de entusiasmo, vitalidad, energía decrecen radicalmente, es en ese sentido, que uno de los pilares de nuestra salud, lo constituye el cuidado de la cavidad oral. El malestar ocasionado por los desórdenes de las

²⁸ <<http://www.actaodontologica.com>

enfermedades bucales, conlleva a un sinnúmero de complicaciones, muy incómodas en la mayoría de los casos y fatales en algunos otros.

5.3.2 Prevención y mantenimiento de la Salud Oral

La salud oral se define como el estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y demás estructuras relacionadas, la prevención de la enfermedad, por tanto se basa en el control de estos factores que no sólo nos permiten evitar o prevenir la enfermedad, sino además y como objetivo primordial, tratan de promocionar el estado de salud oral.²⁹

La prevención tiene como objetivo la promoción y el mantenimiento de la salud, para disminuir la prevalencia de la enfermedad., la correcta higiene bucal personal diaria es el elemento clave de la prevención de la patología oral y es la actuación preventiva más rentable, por lo tanto se debe considera a la familia como el núcleo y primer eslabón social que debe ser promotor de la salud oral.

5.3.3 Higiene Oral

La remoción de la placa bacteriana con el objetivo primordial de evitar su permanencia en el tiempo, constituye no sólo una medida de higiene oral básica, sino un método de prevención de caries y enfermedad periodontal; esta se la lleva a cabo a través del cepillo dental y de la limpieza interdental.

La higiene bucodental tiene como objetivo el control de la flora microbiana asociada a residuos orales y el cálculo, los colutorios ayudan a su reblandecimiento o a disminuir el número de bacterias pero no a su eliminación.

²⁹ASCENSIÓN Palma, *Técnicas De Ayuda Odontológica Y Estomatológica*; 1º edición, España, editora Carmen Lara 2007, P. 125

La higiene oral mecánica es muy importante para el paciente, por lo que debe realizarse diariamente y de forma constante, aunque también, al no existir un método higiénico perfecto, influye la habilidad para conseguir la ausencia de placa y una encía sana. El cepillado de dientes es el primer paso en la higiene bucodental para eliminar placa y restos de alimentos de la superficie dentaria, se requiere, como mínimo un cepillado diario, siendo lo ideal uno inmediatamente después de cada comida, y haciendo hincapié en la nocturna, evitando así la actuación de las bacterias³⁰

5.3.4. Mantenimiento de la Salud Oral

El mantenimiento de la salud oral en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucodentales se debe primordialmente:

- 1) Establecer una rutina de cuidados bucales
- 2) Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral si es necesario.
- 3) Observar el color, brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.
- 4) Animar al paciente a lavarse la boca
- 5) Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves.
- 6) Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua
- 7) Establecer chequeos dentales periódicamente

5.3.4.1. Hábitos dietéticos

Estimular una alimentación variada, insistiendo en la ingesta de frutas y verduras y eliminando en lo posible los azúcares, bebidas energéticas,

³⁰FÉLIX Villafranca, *Técnico Especialista Higienista Dental Del Servicio Gallego de Salud*, 1º edición, España, editorial Mad. S.L 2006, p. 173- 174

golosinas; dentro de éstas conviene eliminar los “maizitos” que son auténticas piedras para nuestros frágiles dientes. También hay que eliminar los excesivamente grasos y los pegajosos que contribuyen al acúmulo de placa y a la excesiva proliferación de gérmenes cariógenos.

5.3.4.2 Hábitos higiénicos

Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de los dientes. El cepillo de dientes es imprescindible para el mantenimiento de la buena salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias ya sean colutorios, chicles, etc. El cepillo de dientes es nuestro gran aliado en la profilaxis dental.

En medicina, donde la prevención es el factor fundamental para evitar la enfermedad, el cepillo de dientes es infravalorado y debemos ser los profesionales de la salud, junto con los padres y educadores, los motivadores y animadores en crear hábitos de higiene mantenidos y realizados con eficacia. Es imprescindible un cepillado de forma minuciosa en todas las caras de los dientes, vestíbulo bucal, lengua y mucosa, después de cada comida.

Así mismo hay que motivar el uso de seda dental para limpiar las zonas entre los dientes donde el cepillo no llega. Consideremos conveniente en insistir en la motivación, información e instrucciones de técnicas de cepillado para lograr una cavidad bucal pobre gérmenes y lo más libre posible de placa y cálculos.³¹

³¹GALDO Muñoz Gabriel, *Atención al Adolescente*, España, Ediciones de la universidad de Cantabria, 2008, p. 179

5.3.5 Nutrición en salud dental

5.3.5.1 Cariogenicidad de los alimentos

El potencial cariogénico de las frutas y verduras ha sido poco estudiado; *Mundorffysus* colaboradores han observado en roedores que el plátano y las uvas pasas son más cariogénicos que la misma sacarosa, la secuencia de la ingestión de los alimentos también influye en la capacidad cariogénica de éstos. Se han observado depresiones importantes en el pH sobre la superficie dentaria después de la ingestión de peras en almíbar, sin embargo cuando un minuto después de la ingestión de estas frutas se consumió un trozo de queso, el ácido inicialmente producido fue neutralizado y el pH sobre la superficie dentaria fue elevado hasta nueve, en la actualidad varios quesos han sido clasificados como alimentos no cariogénicos.

La leche de vaca y el yogur natural han sido señalados como alimento de baja cariogenicidad; sin embargo el efecto protector de estos lácteos desaparece cuando aumenta la presencia de azúcar en la mezcla alimentaria. Los cacahuates salados y la goma de mascar sin azúcar pueden neutralizar el ácido producido después de la ingestión de un cubo de azúcar. Esto ocurre porque ambos carecen de hidratos de carbono fermentables y al requerir de gran actividad masticatoria estimula la producción de flujo salival, con lo que se promueve la acción amortiguadora del bicarbonato salival³²

³²(ESTHER Casanueva, *Nutriología médica*, p. 248-249)

5.3.6 Problemas que afectan a la Salud Oral

5.3.6.1 Placa bacteriana

GUTIERREZ E. dice lo siguiente:

Se define como una estructura blanda, adherente, pegajosa y tenaz, formada por colonias de bacterias y matriz interbacteriana, que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican los métodos adecuados de higiene bucal. Se puede considerar que la salud periodontal es un estado de desequilibrio cuando la población de bacterias coexiste con el huésped y no hay daño irreparable de las bacterias ni de los tejidos del huésped.³³

La placa se acumula en aproximadamente 24 horas, la detección de la placa bacteriana puede realizarse por procedimientos físicos, utilizando fluoresceína y luz ultravioleta, o por procedimientos químicos mediante sustancias reveladoras de placa, tales como, eritrosina, eosina, violeta de genciana, violeta display, entre otros.

“Las distintas zonas de la placa son relevantes para diferentes fenómenos relacionados con las enfermedades de los dientes y el periodonto. La placa marginal se relaciona con la producción de la gingivitis, la supra y subgingival en contacto con el tejido es esencial en la destrucción de tejido blando que caracteriza las diferentes formas de periodontitis”³⁴.

5.3.6.1.1 Cómo se forma la placa bacteriana

La placa dental está formada por una matriz que contiene restos de microorganismos y polisacáridos sintetizados por los microorganismos a partir de los azúcares de la dieta, los cuales sirven para pegarse a los dientes; y por microorganismos capaces de producir caries y enfermedades de las encías (gingivitis y periodontitis). La placa puede adherirse al diente debido a que sobre éstos existe una película de origen salival, la “película

³³GUTIERREZ E., IGLESIAS P., Técnicas De Ayuda Odontológica Y Estomatológica, 2009, p. 204

³⁴<http://www.dental.saludisima.com/placa-bacteriana>

adherida”, ésta es insoluble, actúa como barra para penetración de ácidos pero permite que se pegue la placa dental, esta puede ubicarse en los dientes (placa supragingival), o entre los dientes y encías (placasubgingival); la primera produce la caries y la segunda la gingivitis y periodontitis.

5.3.6.2 Gingivitis

La inflamación gingival que se presenta clínicamente como gingivitis no siempre se debe a la acumulación de placa bacteriana y las reacciones gingivales inflamatorias no inducidas por placa suelen presentar características clínicas especiales. Puede deberse a varias causas, como por ejemplo infecciones de origen específicamente bacteriano, viral o micótico sin una reacción inflamatoria gingival asociada con placa. Las lesiones gingivales de origen genético se observan en la fibromatosis gingival hereditaria y en diversos trastornos mucocutáneos que se manifiestan como inflamación gingival.³⁵

5.3.6.3 Gingivitis asociada a la placa bacteriana

Ésta se produce por la interacción inespecífica de varios tipos de bacterias, que se alojan cerca del surco gingivodentario, generalmente por una higiene deficiente. Estudios demuestran que personas sana, que normalmente controlan su placa mediante cepillado, al dejar de hacerlo, en pocos días desarrollan Gingivitis. La Placa bacteriana o “biofilm” crece y se organiza en una comunidad biológica autoprotectora, simbiótica y muy difícil de eliminar por el paciente, los signos clínicos de esta patología son: enrojecimiento,

³⁵JANLindhe, *Periodontología Clínica E Implantología Odontológica*, Volumen 2, 5° edición. España, Editorial Médica Panamericana, 2009, p. 408

sangramiento y aumento de volumen de las encías.

Los pacientes con este tipo de Gingivitis pueden padecerla durante muchos años, hasta que de pronto, la flora bacteriana se hace más fuerte y agresiva, o bien, el propio organismo después de un largo período de inflamación crónica, comienza a secretar sustancias que destruyen el hueso alveolar y de una Gingivitis se deriva a una Periodontitis.

5.3.6.4 Caries Dental

En el marco del actual paradigma se considera a la caries dental como una enfermedad infecciosa no clásica, que se origina como la consecuencia de los cambios ecológicos que se producen en la biopelícula de la placa dental, conformada por los denominados microorganismos residentes o autóctonos y no por microorganismos patógenos oportunistas, así mismo, han aparecido pacientes que desarrollan caries aún en ausencia del *S. mutans* y se han aislado numerosas bacterias, del interior de la biopelícula, con capacidad para producir ácidos a partir de los hidratos de carbono provenientes de la dieta.

La caries se define como una enfermedad infecciosa, compleja, transmisible y multifactorial, en la que un amplio grupo de factores biológicos, socio-económicos y culturales interactúan directa o indirectamente en el establecimiento y desarrollo de los microorganismos cariogénicos incluidos en la comunidad microbiana de la biopelícula dental, afecta a la estructura dental de las piezas dentarias y se caracteriza por su desintegración

molecular, localizada y progresiva que lleva, si no se detiene su avance natural, a una lesión irreversible.³⁶

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental, medicamentos prescritos ocasionalmente en los pacientes con trastornos alimentarios pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebida ricas en sacarosa, etc. Probablemente existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *S. mutans* y *Lactobacilos*. En estos pacientes pueden existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del sistema nervioso central, lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de placa dentobacteriana³⁷.

5.3.6.5 Factores que afectan al desarrollo de caries

5.3.6.5.1 Factores individuales

La predisposición a las caries varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca. La forma de la mandíbula y de la cavidad bucal, la estructura de los dientes y la cantidad y calidad de la saliva son importantes para determinar por qué algunos dientes tienen una mayor predisposición que otros. Por ejemplo, algunos dientes pueden tener agujeros, pequeñas grietas o fisuras que permiten la infiltración de ácidos y bacterias más fácilmente. En algunos casos, la estructura de la mandíbula o de la dentición hace que la limpieza de los dientes o el uso de hilo dental sean más difíciles.

La cantidad y la calidad de la saliva determinan los índices de remineralización de los dientes. Por ejemplo, se suelen encontrar

³⁶MARTA Negroni, *Microbiología Estomatológica*, 2° edición, Argentina, Editorial Medica Panamericana, 2009, p. 247

³⁷<<http://www.slideshare.net/.../anorexia-y-efectos-en-la-odontologia>

relativamente pocas caries en la parte delantera inferior de la boca, donde los dientes están más expuestos a la saliva. El tipo y la cantidad de las bacterias que generan caries presentes en la boca son también relevantes. Todas las bacterias pueden convertir los carbohidratos en ácidos, pero algunas familias de bacterias como las Streptococci y Lactobacilli producen ácidos en mayor cantidad, la presencia de este tipo de bacterias en la placa aumentan el riesgo de caries. Algunas personas tienen niveles más altos de bacterias que causan caries que otras debido a una higiene bucal inadecuada o insuficiente.

5.3.6.5.2 Factores de la dieta

5.3.6.5.2.1 Carbohidratos fermentables

Durante muchos años el mensaje para evitar caries era “no comer demasiada azúcar ni alimentos azucarados”. En las últimas décadas el consumo de azúcar en muchos países se ha mantenido constante mientras que los niveles de caries han disminuido. Esto sugiere que cuando se practica una higiene bucal adecuada (p. ej. cepillado regular usando pasta de dientes con flúor) se manifiesta menos el papel del azúcar en la formación de caries.

El consejo de reemplazar el azúcar por alimentos ricos en almidón para evitar caries tiene un valor cuestionable. Actualmente sabemos que cualquier alimento que contiene carbohidratos fermentables (que estos sean azúcar o fécula) puede contribuir a la aparición de caries. Esto significa que, al igual que los dulces y golosinas, la pasta, el arroz, las patatas fritas, las

frutas e incluso el pan pueden iniciar el proceso de desmineralización. Por ejemplo, un estudio en el que se observó la capacidad de producción de ácidos de varios alimentos con fécula incluyendo la pasta, el arroz y el pan, descubrió que estos alimentos producían la misma cantidad de ácido que una solución sacarosa al 10% (azúcar de mesa). Otro estudio descubrió que la formación de ácido en la placa tras comer pan de molde o patatas fritas era mayor y duraba más tiempo que después de tomar sacarosa.

5.3.6.5.2 Características de los alimentos

Las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también afectan al proceso de formación de caries, los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Por ejemplo las patatas fritas y las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros alimentos, como los caramelos y las golosinas, esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización.

5.3.6.5.3 Alimentos protectores

Algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Por ejemplo, los quesos curados aumentan el flujo de saliva, también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización.

Acabar una comida con un trozo de queso ayuda a contrarrestar la acción de los ácidos producidos por los alimentos ricos en carbohidratos consumidos en la misma comida, la leche también contiene calcio, fosfato y caseína, y el azúcar de la leche, la lactosa, es menos cariogénico (causante de caries) que otros azúcares. Sin embargo se han encontrado caries en niños a los que se les da el pecho y que lo piden con frecuencia.

5.3.6.6 Alteraciones Periodontales

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, debido a una escasa o nula ingesta de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos de soporte, originando en el peor de los casos pérdida, tanto de densidad ósea, como de piezas dentales y afecciones en tejidos de soporte, entre el los de los más afectados suele ser la encía, ya que la mayoría de los pacientes presentan xerostomía, afectando al ya no hidratar directamente a ésta, y al no haber la cantidad ni calidad suficiente para el arrastre de bacterias, por lo tanto la alteración más prevalente es la gingivitis. La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, además de las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales. Liew, estudió los índices de placa en estos pacientes, encontrando que fue más favorable para los pacientes bulímicos que para los anoréxicos, siendo la salud gingival, medida por el índice gingival, mejor en los pacientes con anorexia nerviosa; la recesión gingival no fue representativa

5.3.6.7 Erosión del esmalte dentario

EMILI Cuenca, cita lo siguiente:

La erosión, o corrosión dental se define como la pérdida de estructura dental debido a la acción de ácidos de origen no cariogénico, estos ácidos actúan sobre el diente y cuando el pH desciende por debajo del pH crítico (5.5), se disuelve el esmalte. Este descenso del pH se puede producir por los ácidos de la dieta, por reflujo gástrico, vómitos recurrentes y por ácidos presentes en el ambiente de origen no ocupacional. Generalmente, la pérdida de tejido duro dental en la erosión no suele relacionar con la edad del paciente.³⁸

Existen numerosos ácidos de origen extrínseco e intrínseco que se relacionan con la pérdida de tejido dental duro. Clínicamente la erosión dental se identifica por la presencia de superficies cóncavas y redondeadas. La superficie dental suele quedar lisa y mate. El patrón de desgaste en la erosión a causa de la dieta depende del hábito; por ejemplo si existe un consumo excesivo de cítricos, la pérdida de tejido dental afecta principalmente a las caras incisales y vestibulares de los incisivos superiores. Si se debe a reflujos gástricos, el desgaste aparece en las superficies palatinas de los dientes anterosuperiores. (Figura 4)

Se ha establecido un patrón de gravedad de las erosiones según la cantidad de pérdida de sustancia, el índice de erosión de Eccles y Jenkins, que establece una clasificación en cuatro grados:

- 1) Grado 0: no erosión
- 2) Grado 1: pérdida de esmalte sin exposición de dentina.

³⁸EMILI, Cuenca, *Odontología Preventiva y Comunitaria: principios métodos y aplicaciones*, 3º Edición, España, 2006, p. 216

- 3) Grado 2: pérdida de esmalte con exposición de dentina en menos de un tercio de la superficie dentaria.
- 4) Grado 3: pérdida de esmalte con exposición de dentina en más de un tercio de la superficie dentaria.³⁹(figura 5)

5.3.6.8 Xerostomía

Es la sensación de sequedad en la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una hiposialia; es decir, la disminución funcional o patológica de la producción de saliva. Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio, en ocasiones puede complicarse con candidiasis bucal, caries dental y gingivitis. La xerostomía dificulta el habla y la deglución, provoca mal aliento y dificulta la higiene bucal, y por lo tanto la saliva no puede mantener el pH de 6.5, proteger al esmalte, favorecer la mineralización, neutralizar el medio ácido causado por los alimentos, la xerostomía es producida por un funcionamiento anómalo de las glándulas salivales esta disfunción puede ser pasajera, crónica o incluso permanente. Es la percepción de sequedad en la boca, una condición clínica subjetiva donde hay menos cantidad de saliva de lo normal, sin tener una definición entre límites normales y anormales.

5.3.6.8.1 Fisiopatología

Un 90% de la producción de saliva es debida a las glándulas parótidas, submaxilares, y sublinguales el 10% restante es producida por las glándulas palatinas, situadas en el paladar blando, así como por otras glándulas pequeñas situadas en la lengua y en las mucosas de la boca, la calidad de la

³⁹FRANCISCO Silvestre, *Odontología en Pacientes Especiales*, Valencia, Editorial Maite Simón, 2007, p. 118-119.

saliva varía según la glándula productora. Las glándulas parótidas producen saliva acuosa y mucosa, mientras que la saliva de las glándulas submaxilares es serosa y mucosa y la de las glándulas sublinguales es mucosa. La saliva tiene múltiples funciones que se relacionan con su composición, las dos proteínas más importantes de la saliva son la mucina, responsable de la viscosidad y la amilasa con una función digestiva.⁴⁰

5.3.6.9 Sialoadenitis

Definido como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio, no se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuente encontrarlo, sin embargo se ha llegado a confundir con el síndrome de Sjögren, aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce, como componente del cuadro de anorexia nerviosa se describió por vez primera en 1975, aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre malnutrición y crecimiento de las glándulas salivales; dentro de sus posibles causas encontramos el aumento en el tamaño de las células acinares, infiltración de grasa y cierto grado de fibrosis glandular sin infiltrado celular inflamatorio crónico.(figura 6)

La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo se acompaña de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes; puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia han sido revertidas, o puede desaparecer espontáneamente⁴¹

⁴⁰SALESPorta, *Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, España, 2008, p.113.

⁴¹CARRETERO Pérez, *Otorrinolaringología y patología cervicofacial*, Barcelona, Editorial medica panamericana, 2006, p.330.

5.3.6.10 Queilitis

Como bien dice THOMAS Habif,⁴²La queilitis angular, (perleche o boqueras) es una reacción inflamatoria que se presenta con eritema y maceración en los ángulos de la boca,el término Queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la Submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras. Esta lesión de los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la candidiasis la cual es la micosis más frecuente de la boca que aparece en la infancia, aunque puede atacar a adultos, provocando placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal que suele acompañarse de inflamación y grietas de las comisuras labiales y de costras en labios.

En los pacientes bulímicos se presentan queilitis provocada por diferentes causas: los vómitos autoinducidos; las variaciones del equilibrio hidroelectrolítico producen deshidrataciones, que hacen que la epidermis de los labios se encuentre más sensibilizada a las agresiones externas como pueden ser los a los ácidos de la vómitos. La más característica en estos pacientes, es una queilitis aguda, se caracteriza por la presencia de escamas, vesículas y costras.

Clínicamente se manifiestan como un área de forma triangular eritematosa y edematosa, localizada en uno o los dos ángulos de la boca, puede haber exudación y formación de costras. El tratamiento se basa fundamentalmente en eliminar el agente causal. Si se sospecha candidiasis, se aplican

⁴²THOMAS Habif, *Enfermedades de la piel: diagnóstico y tratamiento*, 2º Edición, Madrid, 2006, pag.238.

pomadas de nistatina, mientras que si se piensa en otros agentes infecciosos se utilizan pomadas de corticoides, antibióticos y nistatina.

5.3.7 Plan de tratamiento de las manifestaciones bucales que presentan los pacientes con trastornos alimenticios

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y retratamientos restaurativos.

Los aspectos importantes en los que se encuentran en etapas activas del padecimiento o en etapas de remisión exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión.

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

la enfermedad como sialoadenitis, erosión dental y cambios en piel del dorso de mano.

La protección del esmalte puede hacerse mediante el empleo diario de soluciones neutras de fluoruro de sodio (0.05%) como enjuagues, aplicaciones directas en gel de fluoruro estañoso (0.4%), así como el contenido en la pasta dental de uso diario que además de proteger el esmalte ante la dilución ácida y erosión, ayuda a reducir la sensibilidad térmica de la dentina expuesta y la incidencia de caries. Se ha reportado una reducción hasta de un 30% en la erosión después de la aplicación tópica de fluoruro de sodio. El manejo de sensibilidad o franco dolor producto de erosión puede manejarse desde la aplicación de fluoruro, pasando por un recubrimiento de hidróxido de Calcio retenido con una capa de resina compuesta con técnica opcional de grabado ácido, o en su defecto, hasta el tratamiento endodóntico.

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

Aunque se comenta que los tratamientos ensayados en la anorexia y bulimia nerviosa son innumerables y que los fracasos son más frecuentes que los

éxitos, con dificultades terapéuticas numerosas y desalentadoras, esto no debe de ser un aspecto desmotivador, más aún, al contrario considerarlo como un reto importante en la recuperación y mantenimiento del paciente dado que al conseguir función y estética dental el paciente recobrará, reforzará y retroalimentará su autoestima.

Cabe destacar que el diagnóstico diferencial en los pacientes con trastornos alimenticios aquí tratados es importante para distinguirlos de condiciones que resultan de episodios que cursan con vómitos de corta duración (embarazo, alcoholismo, gastritis, etc.) dado que en estos últimos, no se presentan efectos destructivos sobre la dentición, así como también de condiciones dentales locales como parafunciones y hábitos o preferencias alimenticias.

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODO

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.1.1 Bibliográfica: Porque se apoya en sustento bibliográfico y de materiales de literatura así como la web para adquirir un conocimiento científico.

6.1.1.2 De campo: Ya que con la aplicación del sistema de encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo se relacionó las bases teóricas con la práctica.

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

6.1.2.1 Exploratoria: Ya que se debió explorar el área donde se presenta el problema el cual es en la cavidad debió oral de las alumnas del colegio Portoviejo que fue realizada por la autora de la investigación

6.1.2.2 Descriptiva: porque se ejecuto la descripción del estado de la salud bucal que presentan los pacientes con trastornos alimenticios para notar si está en buen estado o no.

6.1.2.3 Analítica: Se analizo si existe la presencia de alguna afección bucal en los pacientes con trastornos alimentarios.

6.1.2.4 Sintética: La información recopilada, se evaluó mediante el alcance de los objetivos, y fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

6.1.2.5 Propositiva: Ya que la investigación finalizó con una propuesta de solución al problema que existe.

6.2 TÉCNICAS

6.2.1 Observación: porque se observó la salud oral que presentan los pacientes con trastornos alimenticios.

6.2.2 Encuesta: Dirigida a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo

6.3 INSTRUMENTOS

- Ficha Clínica
- Formulario De Encuestas

6.4 RECURSOS

6.4.1 Materiales

- Textos relacionados al tema de investigación
- Fotocopias
- Suministros de impresión
- Materiales de oficina
- Materiales odontológicos

6.4.2 Talento Humano

- Autora
- Tutora de tesis

- Estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo
- Autoridades del plantel.

6.4.3 Tecnológicos

- Internet
- Computador
- Impresora
- Escáner
- Cámara de fotos y videos
- Pen drive

6.4.4 Económicos

Le realización de esta investigación tubo un costo de \$1812,03

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1 Población

La población estará conformado por las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo que son 3300.

6.5.2 Tamaño de la muestra

La muestra la constituyen 93 alumnas del Colegio Nacional Portoviejo.

6.5.2.1 Tipo de muestra

Muestreo es de tipo no probabilístico-intencional.

CAPITULO VII

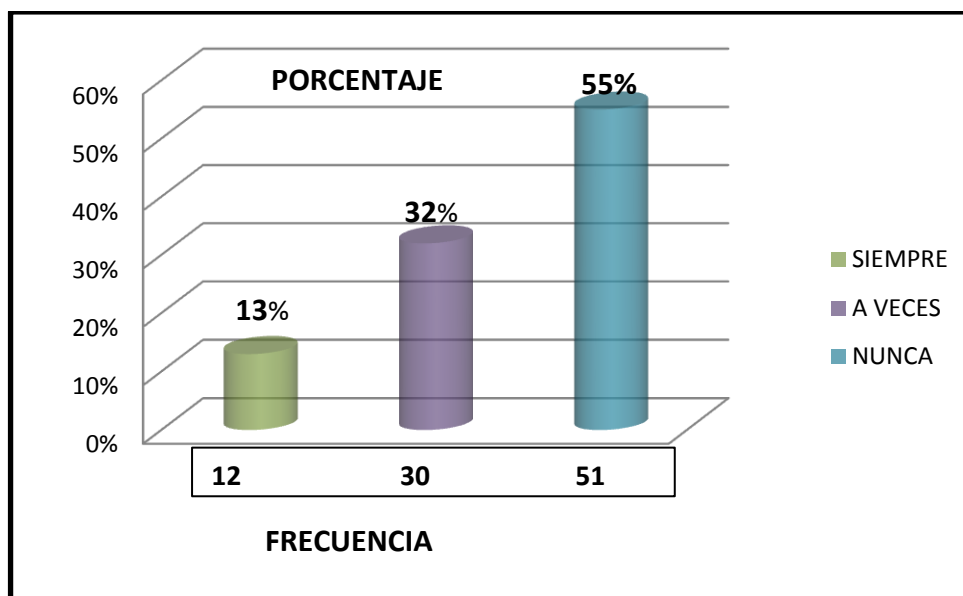
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1 Análisis e interpretación de resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo

GRAFICUADRO # 1

¿TE SIENTES A GUSTO CON TU CUERPO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	12	13%
A VECES	30	32%
NUNCA	51	55%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo.

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo, ¿TE SIENTES A GUSTO CON TU CUERPO? respondieron Siempre 12 que corresponde un 13%; A veces respondieron 30 que corresponde a un 32%; Nunca respondieron 51 lo que corresponde a un 55% del total de las alumnas encuestadas.

URIBE José Fernando; Anorexia: Los Factores Socioculturales De Riesgo. p. 35 cita lo siguiente:

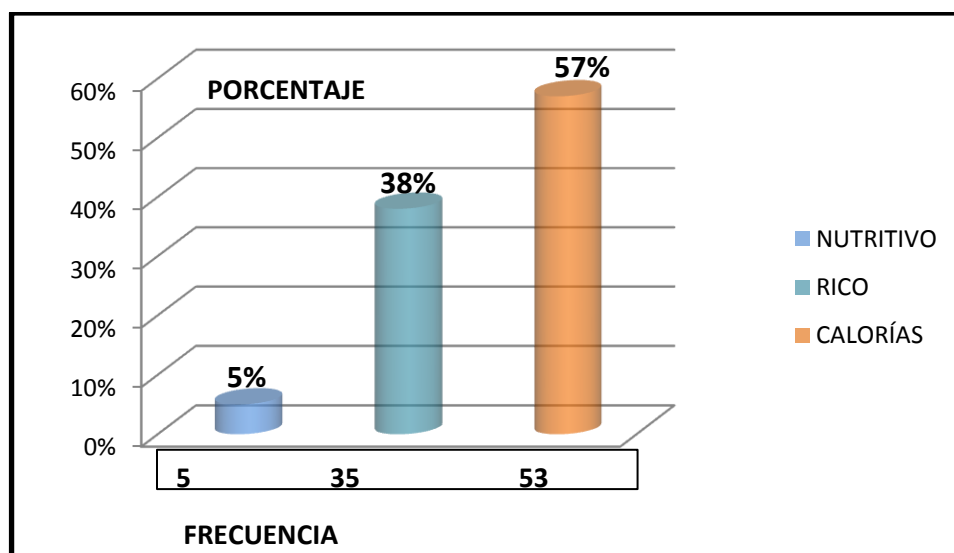
“La anorexia es una enfermedad que se genera en la imagen negativa del cuerpo. Un cuerpo indeseado o que se rechaza, se convierte en un factor predisponente para esta enfermedad... (pág.25)

Según el resultado obtenido la mayoría de las alumnas indicaron que nunca se sienten a gusto con su cuerpo debido a que tienen una baja autoestima.

GRAFICUADRO # 2

¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE TE INTERESA SABER DE UN ALIMENTO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUTRITIVO	5	5%
RICO	35	38%
CALORÍAS	53	57%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿QUÉ ES LO PRIMERO QUE TE INTERESA SABER DE UN ALIMENTO? Respondieron: Nutritivo 5 encuestadas lo que corresponde a un 5%; Rico 35 encuestadas lo que corresponde a un 38%; Calorías 53 encuestadas lo que corresponde a un 57% del total de las alumnas encuestadas.

El libro publicado por Alberto DE LA TORRE, Nutrición Y Metabolismo En Trastornos De Conducta Alimentaria, pág. 291 cita lo siguiente:

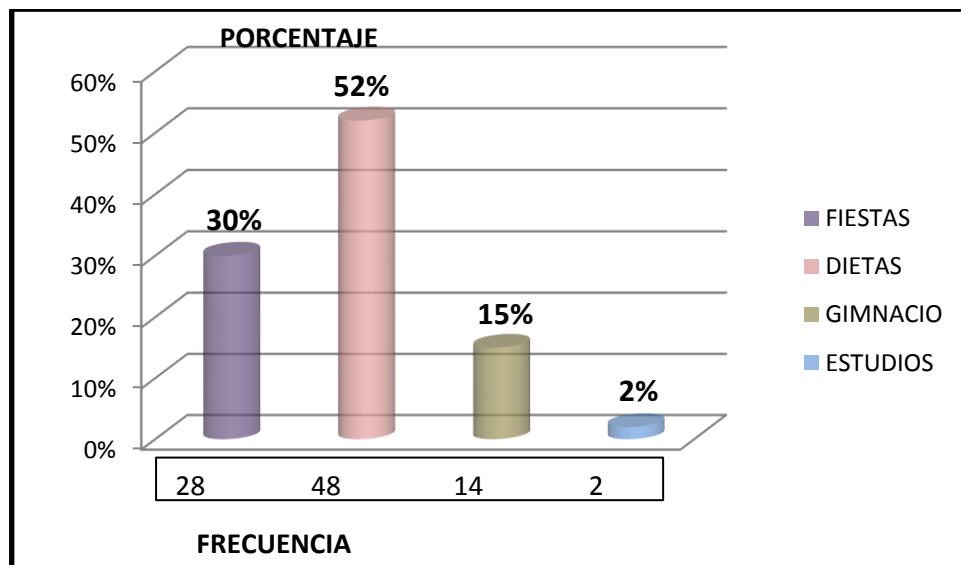
En general los alimentos son catalogados como buenos o “permitidos” y malos o “prohibidos”, asociando conductas de evitación de alimentos de alto contenido calórico y consumo frecuente de otros alimentos (frutas, verduras, hortalizas) que se identifican como saludables y beneficiosos... (pág. 25)

De acuerdo a los resultados obtenidos un alto porcentaje de las encuestadas lo primero que les interesa de un alimento son las calorías lo que hace referencia al libro citado, que las personas que padecen de anorexia evitan los alimentos con altos contenidos calóricos.

GRAFICUADRO # 3

¿CUÁL ES TU PRINCIPAL TEMA DE CONVERSACIÓN?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FIESTAS	28	30%
DIETAS	48	52%
GIMNASIO	14	15%
ESTUDIOS	2	2%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo
RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿CUÁL ES TU PRINCIPAL TEMA DE CONVERSACIÓN? respondieron: FIESTAS 28 lo que corresponde al 30%; DIETAS 48 lo que corresponde a un 52%; GIMNASIO 14 lo que corresponde a un 15%; ESTUDIOS 2 lo que corresponde a un 2% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto la pagina web www.borloj.com/detail.asp cita lo siguiente:

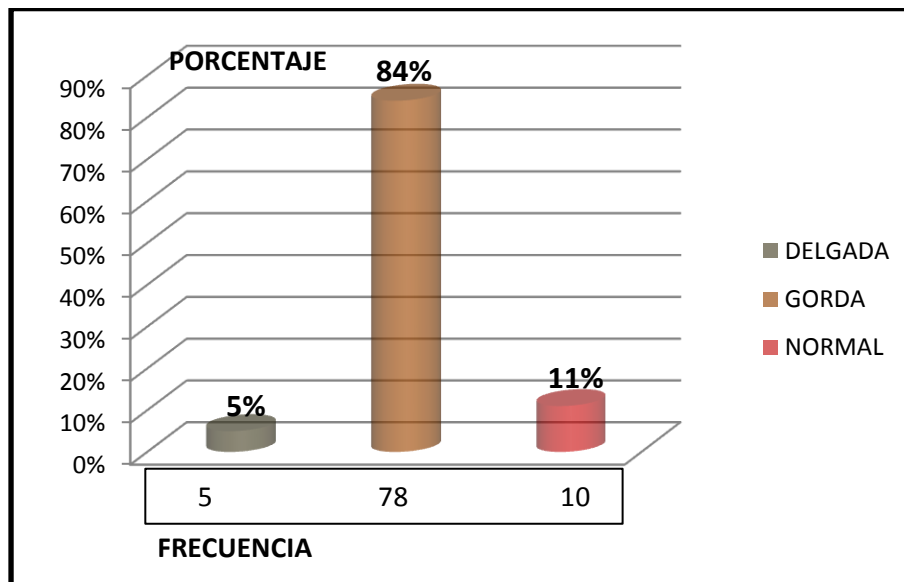
A la Anorexia Nerviosa y a la Bulimia se llega siempre por el camino de la dieta. La presión social es muy grande, tanto que no hay reunión en la que no se toque el tema del 'peso' de los 'kilitos de más' o de 'la dieta de moda'. Por eso es que hay que controlar el cómo y los porquede la necesidad de emprender una dieta, allí puede estar escondiéndose un anoréxico en potencia (pág. 12)

Según los resultados obtenidos un gran porcentaje de las encuestadas su principal tema de conversación es de las dietas lo que nos indica esta página de internet que la presión social influye mucho en los trastornos alimentarios ya que solo se habla de las dietas de moda.

GRAFICUADRO # 4

¿CÓMO TE VES EN EL ESPEJO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DELGADA	5	5%
GORDA	78	84%
NORMAL	10	11%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿CÓMO TE VES EN EL ESPEJO? respondieron: Delgada 5 lo que corresponde a un 5%; Gordas 78 lo que corresponde a un 84%; Normal 10 lo que corresponde a un 11% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto <[http:// www.monografias.com](http://www.monografias.com)>salud>enfermedades. Cita lo siguiente:

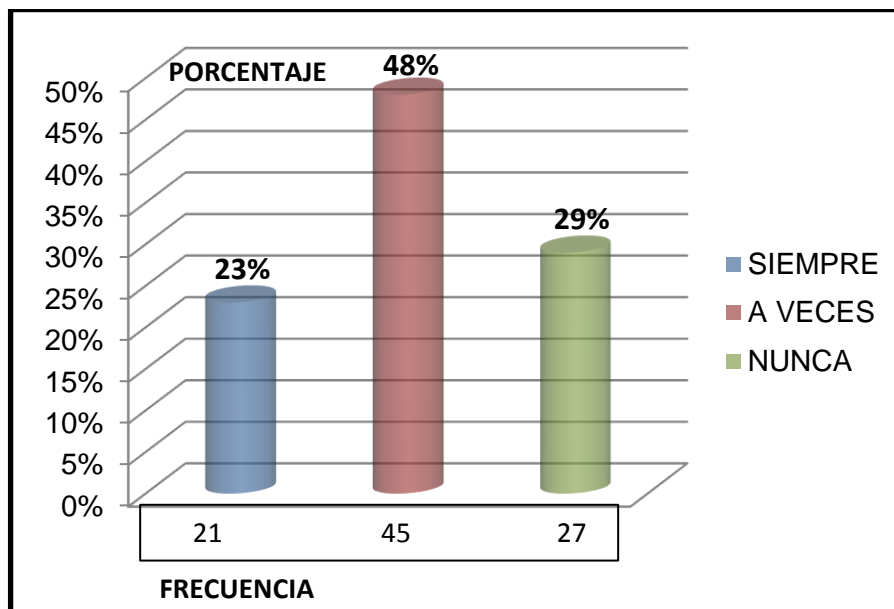
La mayoría de las anoréxicas perciben una imagen corporal distorsionada porque se ven demasiado gordas sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto. Uno de sus principales temores es llegar a ser gorda y la decisión de mantener un peso corporal bastante bajo a cualquier precio (pág. 32)

Según los resultados obtenidos la mayoría de las encuestadas se ven gordas debido a que tienen una imagen distorsionada de aspecto físico por la misma enfermedad ya que esta influye en su entorno psíquico.

GRAFICUADRO # 5

**¿HAS PROBADO VARIAS CLASES DE PASTILLAS PARA
ADELGAZAR?**

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	21	23%
A VECES	45	48%
NUNCA	27	29%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo
RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo “¿HAS PROBADO VARIAS CLASES DE PASTILLAS PARA ADELGAZAR?” respondieron: SIEMPRE 21 lo que corresponde a un 23%; A VECES 45 lo que corresponde a un 48%; NUNCA 27 lo que corresponde a un 29% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto URIBE José Fernando; Anorexia: Los Factores Socioculturales, p. 35,cita lo siguiente:

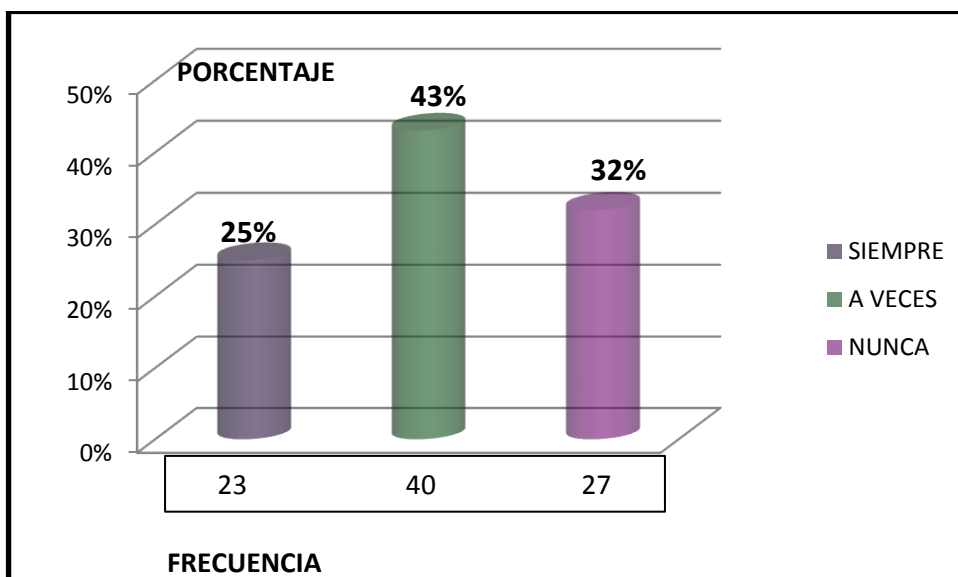
Las pacientes anoréxicas suelen perder peso mediante la restricción del consumo de alimentos, la realización de ejercicio físico intensivo, la inducción del vomito tras las comidas y el consumo de laxantes y píldoras dietéticas (pág. 25)

Como se puede observar el mayor porcentaje de las encuestadas a veces han probado distintas clases de pastillas para adelgazar ya que ellas buscan bajar de peso mediante cualquier método.

GRAFICUADRO # 6

¿COMES COMPULSIVAMENTE A ESCONDIDAS?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	23	25%
A VECES	40	43%
NUNCA	30	32%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo
RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo “¿COMES COMPULSIVAMENTE A ESCONDIDAS?” respondieron: Siempre 23 lo que corresponde a un 25%; A veces 40 lo que corresponde a un 43%; Nunca 30 lo que corresponde a un 32% del total de las alumnas encuestadas.

HALES, Roberth. E; Fundamentos de psiquiatría clínica, p. 920 cita lo siguiente:

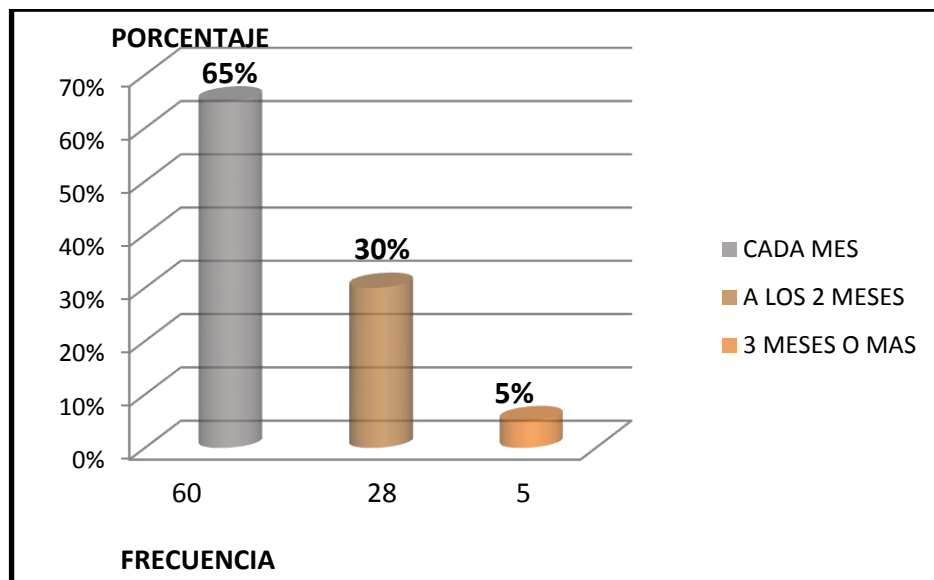
La bulimia nerviosa es un trastorno en el que la bulimia o los atracones de comida son la conducta predominante, los atracones se definen como la ingestión de gran cantidad de comida de forma episódica, sin control y rápida, en breve espacio de tiempo. (pág. 17)

Lo que nos indica que las estudiantes tienen episodios recurrentes de comer compulsivamente dando énfasis en que los atracones son los principales síntomas de la bulimia.

GRAFICUADRO # 7

¿CÓMO ES EL CICLO DE TU MENSTRUACIÓN?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CADA MES	60	65%
A LOS 2 MESES	28	30%
3 MESES O MAS	5	5%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo “¿CÓMO ES EL CICLO DE TU MENSTRUACIÓN?” respondieron: CADA MES 60 lo que corresponde a un 65%; A LOS DOS MESES 28 lo que corresponde a un 30%; 3 MESES O MÁS 5 lo que corresponde a un 5% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto LODA Sebastián; [http// lucas.simplenet.com](http://lucas.simplenet.com) dice lo siguiente:

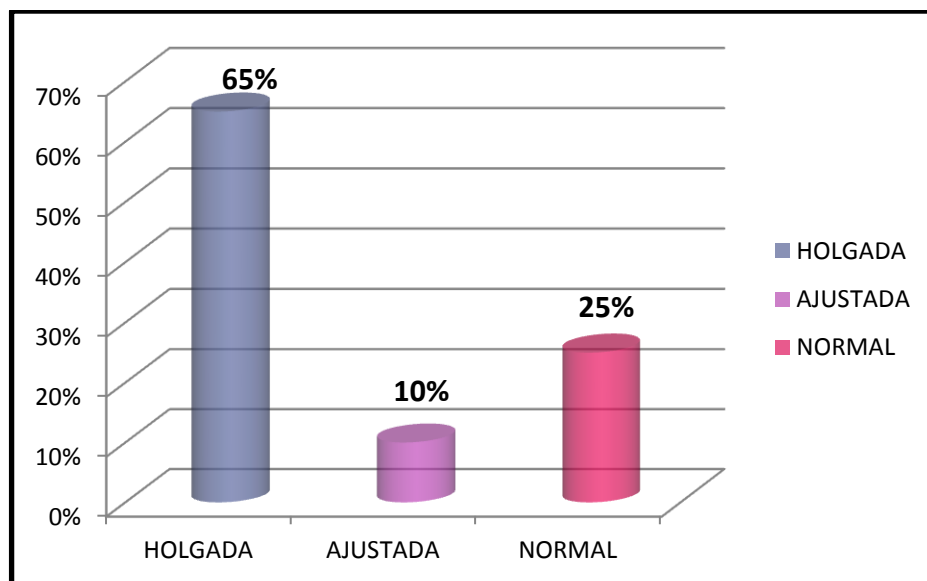
La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad; la reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados, y aumento de peso mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con anorexia severa... (pág. 31)

De acuerdo a esta información destaca que en la mayoría de las alumnas encuestadas su ciclo de menstruación es CADA MES ya que este signo aparece con el pasar el tiempo de la enfermedad, pero es un signo muy importante para diagnosticar la anorexia.

GRAFICUADRO # 8

¿CÓMO PREFIERES USAR LA ROPA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOLGADA	60	65%
AJUSTADA	9	10%
NORMAL	24	25%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo “¿CÓMO PREFIERES USAR LA ROPA?” respondieron: Holgada 60 lo que corresponde a un 65%; Ajustada 9 lo que corresponde a un 10%; Normal 24 lo que corresponde a un 25% del total de las alumnas encuestadas.

La página web <http://www.cuerpoarmonioso.com> dice:

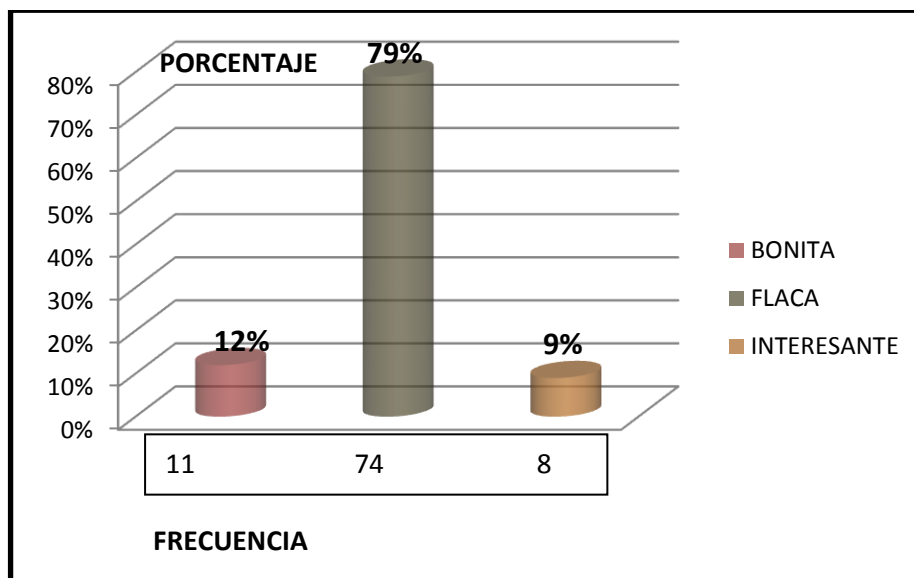
Existen diversas señales que pueden ser reconocidas en aquellas personas que son víctimas de la bulimia nerviosa, una de ellas es que a diferencia de las personas que se someten a dietas de adelgazamiento, las cuales usan ropa ajustada para presumir el peso que van perdiendo, las personas anoréxicas o bulímicas tratarán de disimular dicha pérdida usando ropa demasiado holgada (pág. 13)

Lo que nos indica que la mayoría de las encuestadas utiliza ropa holgada para esconder su cuerpo y así disimular los kilos que van perdiendo como lo indica en la página web.

GRAFICUADRO # 9

¿QUÉ TE GUSTA QUE TE DIGAN CUANDO TE VEN?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BONITA	11	12%
FLACA	74	79%
INTERESANTE	8	9%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo
RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿QUÉ TE GUSTA QUE TE DIGAN CUANDO TE VEN? respondieron: Bonita 11 lo que corresponde al 12%; Flaca 74 lo que corresponde al 79%; Interesante 8 lo que corresponde al 9% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto Marisa Manson, <http://www.psico-asistencia.com> dice:

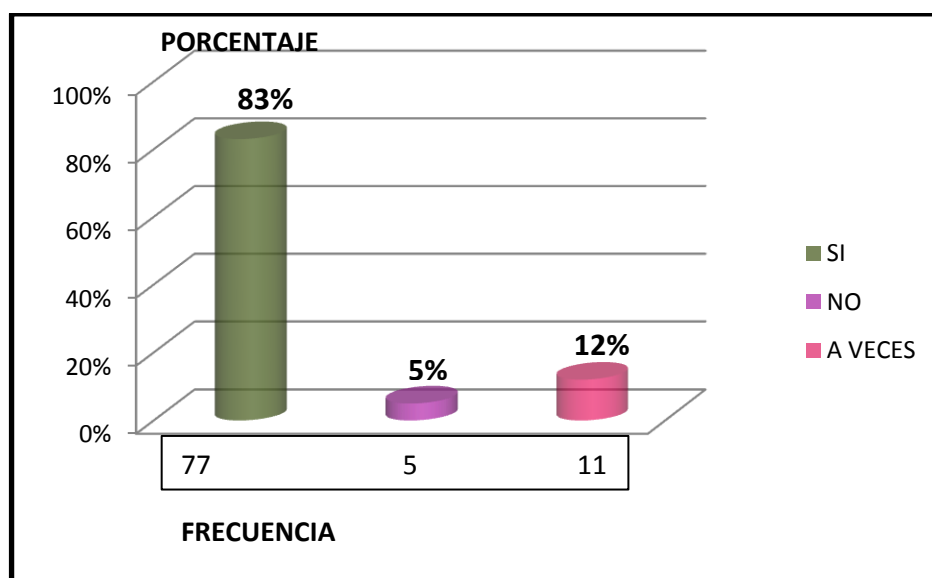
La baja autoestima, el temor a la no aceptación social y la gran necesidad de una aprobación externa son cruciales en el desarrollo de la bulimia. Diversos estudios coinciden en que los pacientes bulímicos tienden a ser depresivos, impulsivos y ansiosos. Son sensibles y muy rigurosos en ciertos aspectos les gusta que les digan que están delgados. (pág. 11)

De acuerdo al porcentaje obtenido la mayoría corresponde a que les gusta que le digan q están flacas lo que hace que su autoestima se eleve un poco ya que son muy sensibles.

GRAFICUADRO # 10

¿TIENES DESEOS DE SER MÁS DELGADA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	77	83%
NO	5	5%
A VECES	11	12%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿TIENES DESEOS DE SER MÁS DELGADA? respondieron: Si 77 lo que corresponde a un 83%; No 5 lo que corresponde a un 5%; A veces 11 lo que corresponde a un 12% del total de las alumnas encuestadas.

Lo que hace referencia la página de Jeff Black. Desordenes de comer. <<http://www.cuidatusaludcondiane.com> dice:

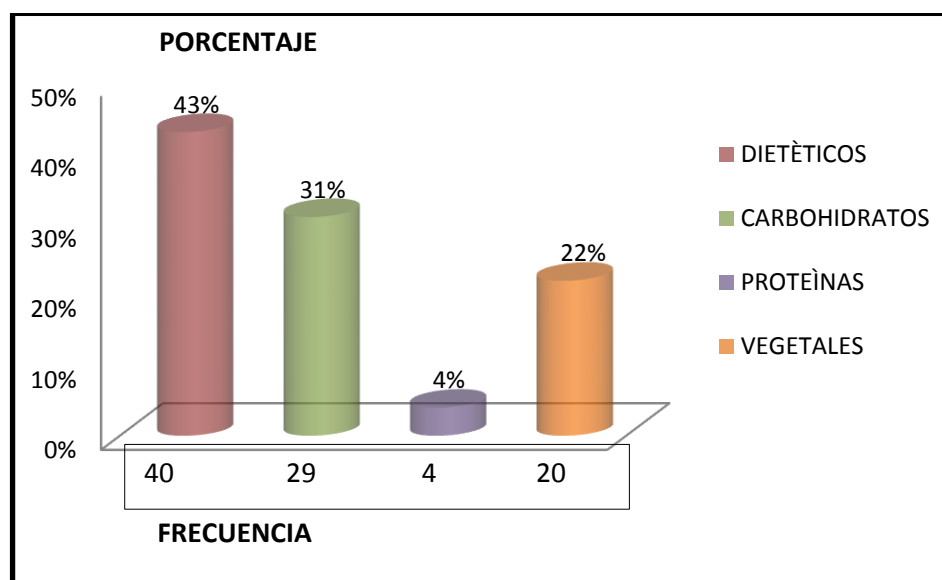
Las pacientes con anorexia nerviosa están marcadas por un temor obsesivo de estar gorda. Su vida se gira alrededor del deseo de estar delgada, este deseo domina su vida, la mayoría de personas anoréxicas lo admiten. Este temor continúa aunque ella llega a un estado de delgadez peligroso (pág. 26)

Como resultado obtenido de la investigación la mayoría de las alumnas encuestadas Si tienen deseos de ser más delgada y la mayoría ellas lo admiten.

GRAFICUADRO # 11

¿QUÉ TIPO DE ALIMENTOS CONSUMES?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIETÉTICOS	40	43%
CARBOHIDRATOS	29	31%
PROTEÍNAS	4	4%
VEGETALES	20	22%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo
RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTOS CONSUMES? respondieron: Dietéticos 40 lo que corresponde a un 43%; Carbohidratos 29 lo que corresponde a un 31%; Proteínas 4 lo que corresponde a un 4%; 9 lo que corresponde a un 10% del total de las alumnas encuestadas.

Lo que hace referencia en la página <http://www.saludyhogar.blogspot.com>

Las anoréxicas prefieren los alimentos bajos en calorías inclusive seleccionan cuantas calorías pueden consumir en el día (pág. 26)

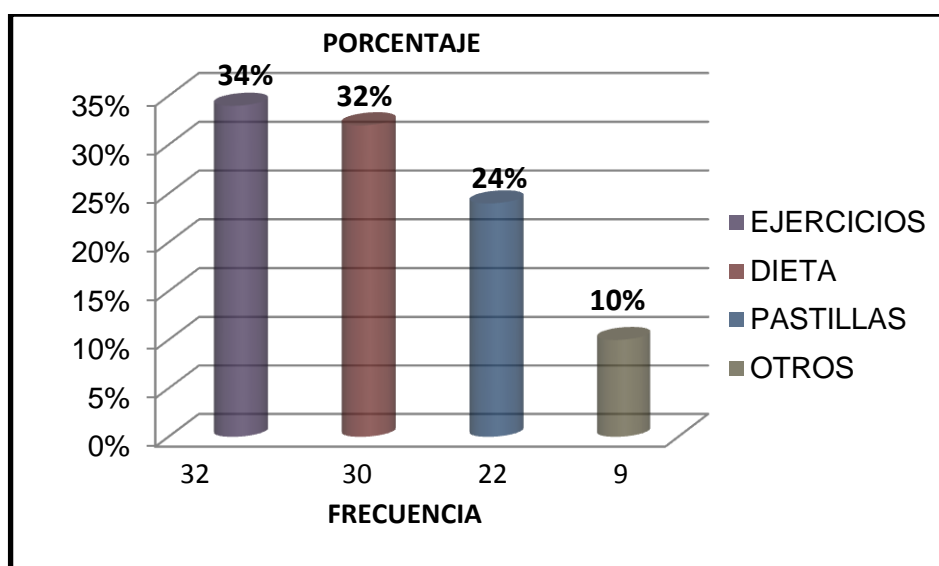
Las bulímicas suelen consumir alimentos generalmente como hidratos de carbono y grasas, de fácil ingesta. Cuando alguien tiene un peso inferior al que le determina su biología o se está alimentando con una dieta restrictiva, el desencadenante del atracón suele ser el hambre (pág. 18)

Según los resultados obtenidos con mayor frecuencia los alimentos que más consumen son los dietéticos y los carbohidratos indicando lo que dice la referencia bibliográfica que las anoréxicas prefieren los dietéticos y la bulímicas los carbohidratos.

GRAFICUADRO # 12

¿CÓMO CONTROLAS TU PESO?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EJERCICIOS	32	34%
DIETA	30	32%
PASTILLAS	22	24%
OTROS	9	10%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo “¿CÓMO CONTROLAS TU PESO?” respondieron: Ejercicios 32 lo que corresponde a un 34%; Dieta 30 lo que corresponde a un 32%; Pastillas 22 lo que corresponde a un 24%; Otros 9 lo que corresponde al 10% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto J. Arteaga. La anorexia. <<http://www.monografias.com/salud/enfermedades>> dice:

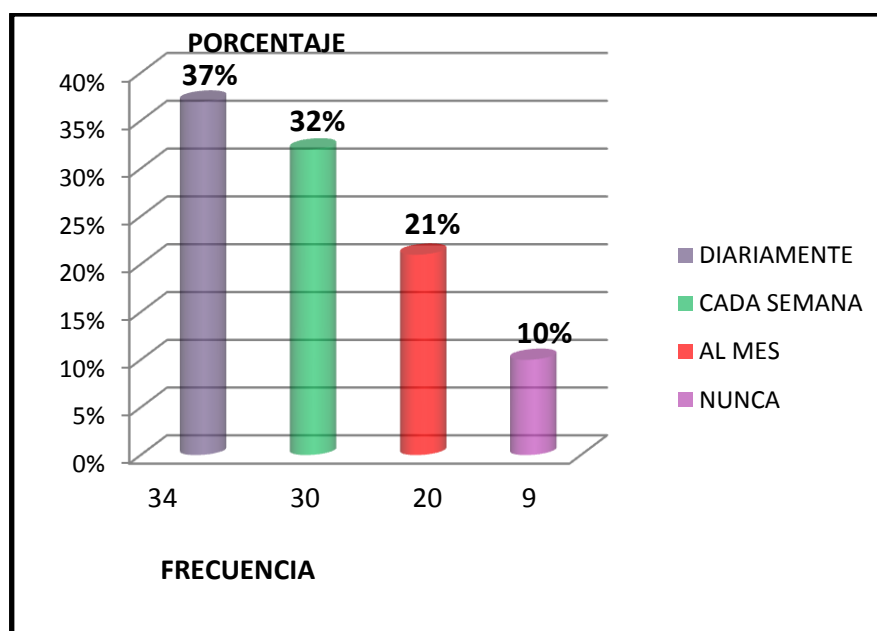
El ejercicio físico practicado por razones de peso, tono muscular, atractivo personal de manera obsesiva, está directamente relacionado con trastornos alimentarios y con insatisfacción de la imagen corporal; esto supone que al suspender bruscamente la actividad física se produce la recuperación de peso... (pág. 29)

Por lo cual podemos indicar que las estudiantes realizan varios métodos para adelgazar entre ellos el ejercicio que cuando se realiza de manera obsesiva puede generar un trastorno alimentario como lo indica la pagina web citada.

GRAFICUADRO # 13

¿CUÁNTAS VECES TE PESAS?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIARIAMENTE	34	37%
CADA SEMANA	30	32%
AL MES	20	21%
NUNCA	9	10%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo
RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿CUÁNTAS VECES TE PESAS? respondieron: Diariamente 34 lo que corresponde a un 37%; Cada Semana 30 lo que corresponde a un 32%; Al Mes 20 lo que corresponde a un 21%; Nunca 9 lo que corresponde a un 10% del total de las alumnas encuestadas.

En referencia a esto en la página web

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia> dice:

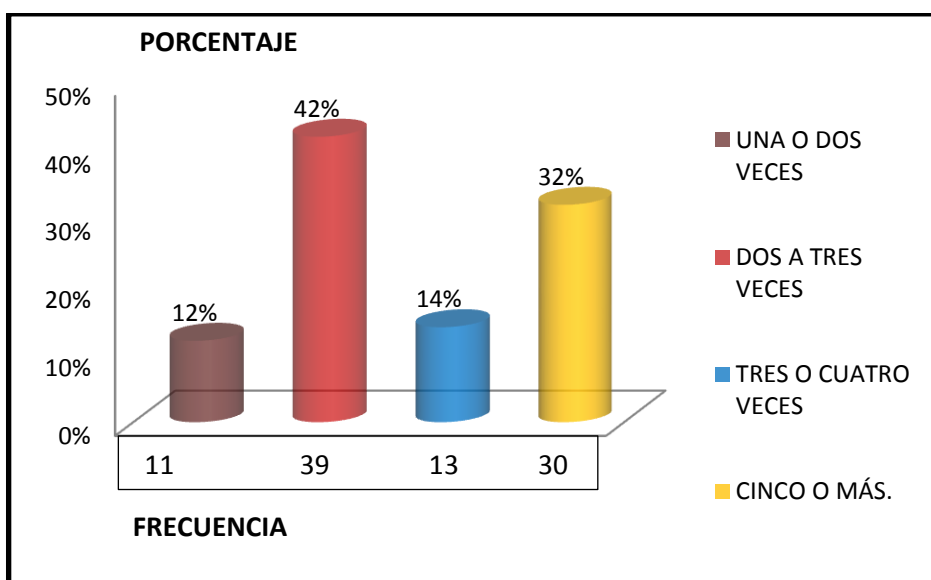
Se pesan a diario o bien evitan pesarse por completo, utilizan otras prácticas de control de peso, como vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos u otros fármacos, hacen ejercicio de forma compulsiva. A medida que se van volviendo más obsesivas, su atención y su habilidad para manejar sentimientos y relaciones se bloquean (pág. 13)

En efecto la mayoría de las alumnas encuestadas se pesan Diariamente para controlar el peso que van perdiendo hasta alcanzar el peso deseado.

GRAFICUADRO # 14

¿CUÁNTAS VECES EN EL DÍA COMES?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNA O DOS VECES	11	12%
DOS A TRES VECES	39	42%
TRES O CUATRO VECES	13	14%
CINCO O MÁS.	30	32%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA COMES? respondieron: Una o dos veces 11 lo que corresponde a un 12%; Dos a tres veces 39 lo que corresponde a un 42%; Tres o cuatro veces 13 lo que corresponde a un 14%; Cinco o más 30 lo que corresponde a un 32% del total de las alumnas encuestadas.

El libro escrito por TINAHONES Madueño Francisco José; Anorexia y Bulimia: Una Experiencia Clínica; pág. 28. Dice:

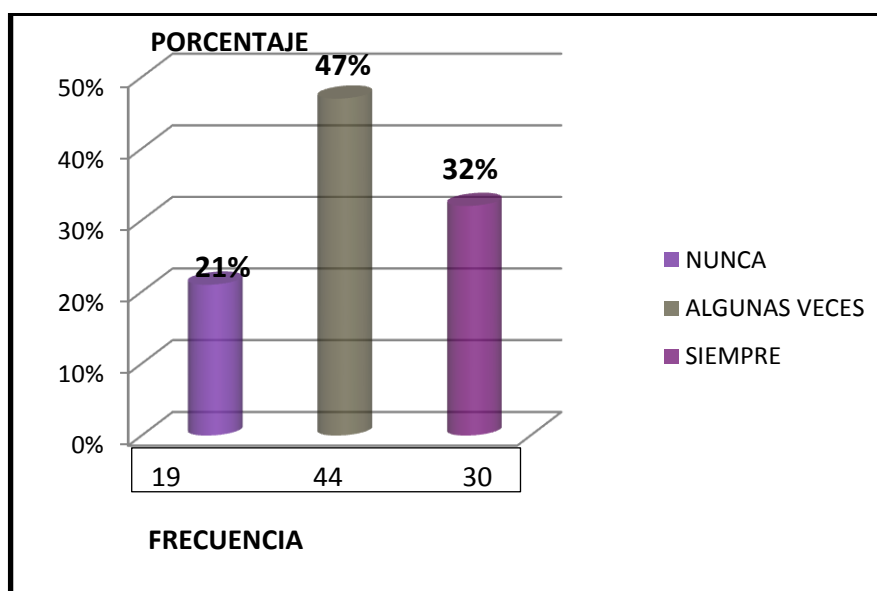
Las anoréxicas no quieren comer nada las bulímicas quieren comer todo y no siendo posible lo devuelven, el síntoma anoréxico es el equivalente de un rechazo radical: de la comida, del cuerpo, de sí mismo. La bulimia se caracteriza por comer sin medida y en exceso para luego autoprovocarse el vómito por un temor intenso a engordar (pág. 26)

De acuerdo a los datos obtenidos los porcentajes más altos fueron comidos o tres veces y cinco o mas en el día lo que nos indica el autor Tinahones, que las anoréxicas restringen la comida y en cambio la bulimia comen sin medida para luego provocarse el vomito.

GRAFICUADRO # 15

¿TE HAS INDUCIDO EL VÓMITO ALGUNA VEZ DESPUÉS DE COMER?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	19	21%
ALGUNAS VECES	44	47%
SIEMPRE	30	32%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 encuestas realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo ¿TE HAS INDUCIDO EL VÓMITO ALGUNA VEZ DESPUÉS DE COMER? respondieron: Nunca 19 lo que corresponde a un 21%; Algunas veces 44 lo que corresponde a un 47%; Siempre 30 lo que corresponde a un 32% del total de las alumnas encuestadas.

El libro publicado por SARA Marquez, actividad física. P 457, dice:

La bulimia es mucho más complicada de detectar que la anorexia nerviosa, ya que la persona no varía su forma física; después de los atracones de comida los enfermos se provocan el vomito o se someten a purgas (actividad física, laxantes) por lo que mantiene su peso (pág. 18)

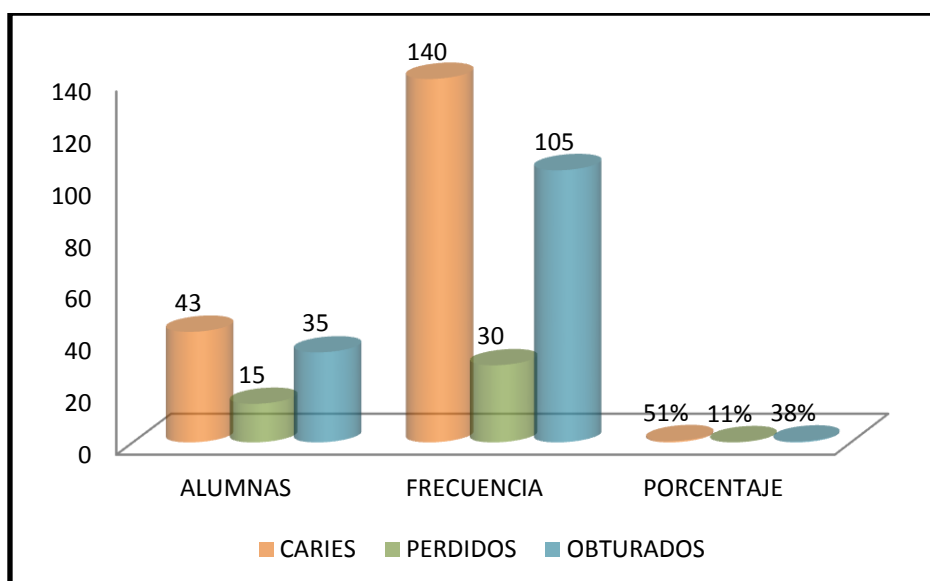
Según los resultados de esta información destaca que la mayoría de las alumnas encuestadas Algunas veces han vomitado después de comer, con lo referente al artículo que menciona que las pacientes van perdiendo el control con el pasar el tiempo hasta sentir que siempre debe vomitar

7.2 Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la ficha clínica realizadas a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo

GRAFICUADRO # 1

INDICADOR CPO (CARIADOS, PIEZAS PERDIDAS O POR PERDER, OBTURADOS)

OPCIONES	ALUMNAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARIES	43	140	51%
PERDIDOS	15	30	11%
OBTURADOS	35	105	38%
TOTAL	93	275	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 93 alumnas investigadas en cuanto al INDICADOR CPO (CARIADOS, PIEZAS PERDIDAS O POR PERDER, OBTURADOS) tenemos 43 investigadas presenta CARIES lo que corresponde a un 47%; 15 de las investigadas tienen Piezas perdidas lo que corresponde a un 11%; y 35 de las investigadas presenta piezas OBTURADAS lo que corresponde a un 42% del total de la población investigada.

Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental... (pág. 45)

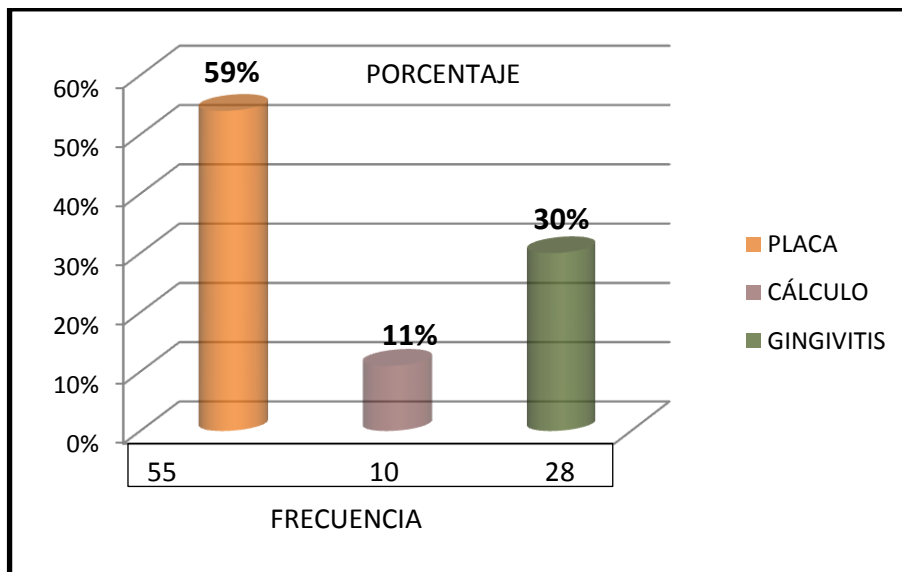
<http://www.slideshare.net/.../anorexia-y-efectos-en-la-odontologia>

De acuerdo a estos resultados se puede concluir que la mayoría de las alumnas poseen un alto índice de caries dental por una excesiva ingesta de carbohidratos que consumen al día, así mismo por una deficiente higiene bucal.

GRAFICUADRO # 2

INDICADORES DE SALUD ORAL SIMPLIFICADA

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLACA	55	59%
CÁLCULO	10	11%
GINGIVITIS	28	30%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 93 alumnas investigadas en cuanto a los INDICADORES DE SALUD ORAL SIMPLIFICADA tenemos que: 50 investigadas presenta placa lo que corresponde a un 54%; 10 de las investigadas posee cálculo lo que corresponde a un 11%; y 28 de las investigadas presenta GINGIVITIS lo que corresponde a un 30% del total de la población investigada.

GUTIERREZ E., IGLESIAS P., Técnicas De Ayuda Odontológica Y Estomatológica,2009, p. 204, nos indica lo siguiente:

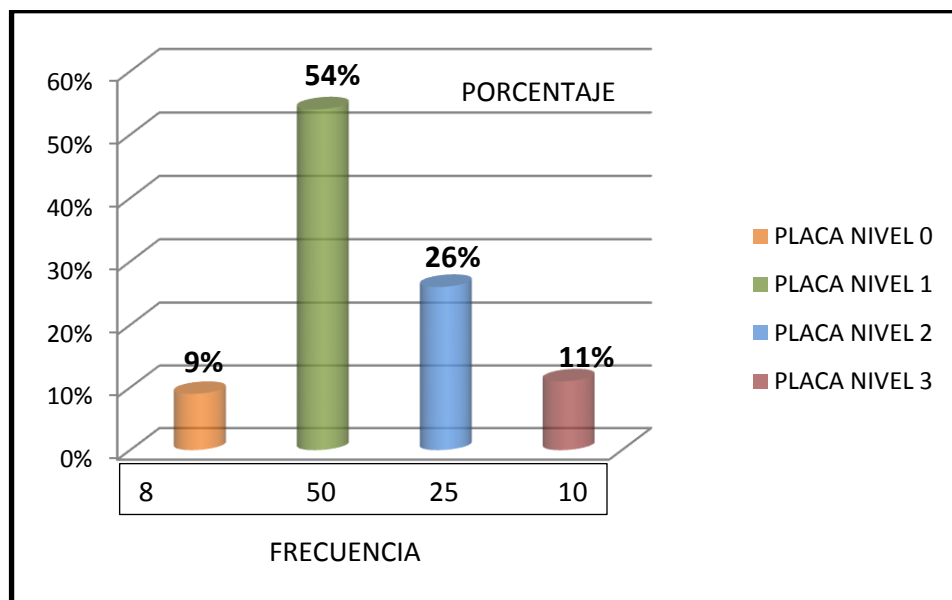
La placa dental es una estructura blanda, adherente, pegajosa y tenaz, formada por colonias de bacterias y matriz interbacteriana, que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican los métodos adecuados de higiene bucal (pág. 42)

Con esta información podemos decir que la mayoría de las investigadas presentan placa bacteriana ya que esta se adhiere a los dientes fácilmente si no hay una correcta higiene en especial luego de los atracones de comida.

GRAFICUADRO # 3

INDICADOR DE NIVEL DE PLACA DENTOBACTERIANA

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PLACA NIVEL 0	8	9%
PLACA NIVEL 1	50	54%
PLACA NIVEL 2	25	26%
PLACA NIVEL 3	10	11%
TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 93 alumnas investigadas en cuanto a INDICADOR DE NIVEL DE PLACA DENTOBACTERIANA tenemos que: 8 investigados poseen PLACA NIVEL 0 lo que corresponde a un 9%; 50 de las investigadas posee PLACA NIVEL 1 lo que corresponde a un 54%; 25 de las investigadas presentan PLACA NIVEL 2 lo que corresponde a un 26%; y 10 de las investigadas presenta PLACA NIVEL 3 lo que corresponde a un 11% del total de la población investigada.

Según esta página, <http://www.dental.saludisima.com/placa-bacteriana>:

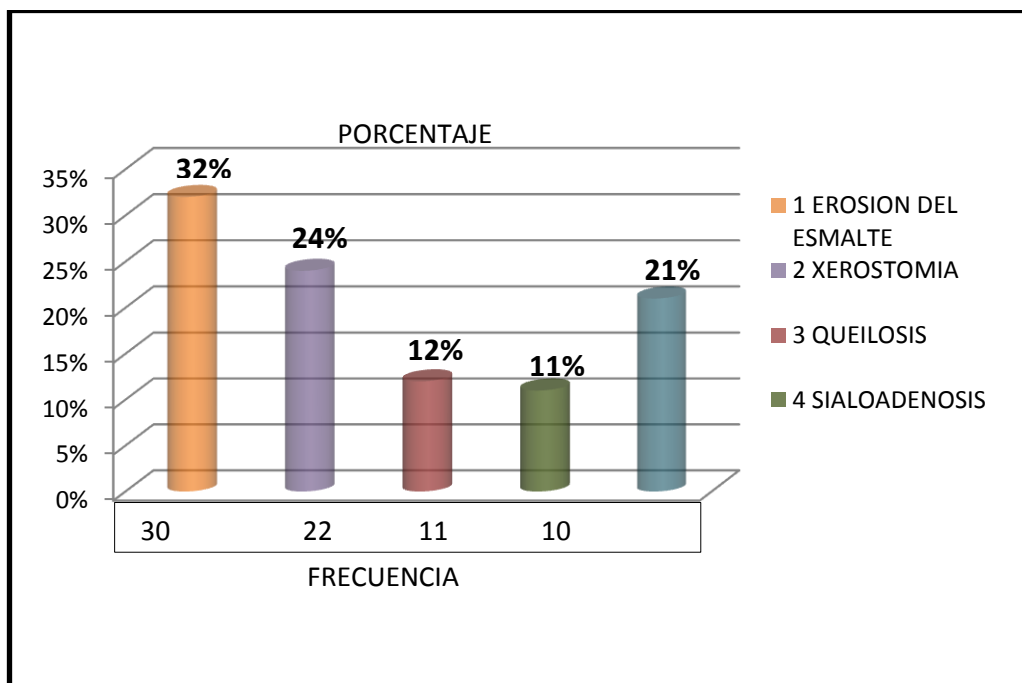
Las distintas zonas de la placa dentobacteriana son relevantes para diferentes fenómenos relacionados con las enfermedades de los dientes y el periodonto. La placa marginal se relaciona con la producción de la gingivitis, la placa supra y subgingival en contacto con el tejido es esencial en la destrucción de tejido blando que caracteriza las diferentes formas de periodontitis (pág. 42)

Como resultado de las 93 encuestadas se pudo constatar que el mayor porcentaje fue de placa bacteriana nivel 1 ya que es la primera formarse en las pacientes con ingesta de comida compulsiva.

GRAFICUADRO # 4

HALLAZGOS CLÍNICOS

NºORDEN	OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	EROSIÓN DEL ESMALTE	30	32%
2	XEROSTOMÍA	22	24%
3	QUEILOSIS	11	12%
4	SIALOADENOSIS	10	11%
5	PALIDEZ DE LA MUCOSA	20	21%
	TOTAL	93	100%



FUENTE: Encuesta realizada a las alumnas del colegio nacional Portoviejo

RESPONSABLE: Cecilia Isabel Morales Vera.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 93 alumnas investigadas en cuanto a los Hallazgos Clínicos se observó que: 30 de las investigadas presentan Erosión del Esmalte lo que corresponde a un 32%; 22 de las investigados presenta Xerostomía, lo que corresponde a un 24%; 11 investigadas presentan Queilitis, lo que corresponde a un 12%; 10 Investigadas presentan Sialoadenitis, lo que corresponde a un 11%; 20 de las investigadas presenta Palidez de la Mucosa, lo que corresponde a un 21% en la población total investigada.

CUENCA Emili. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios métodos y aplicaciones. P. 216, cita lo siguiente:

La erosión, o corrosión dental se define como la pérdida de estructura dental debido a la acción de ácidos de origen no cariogénico, que se puede producir por los ácidos de la dieta, por reflujo gástrico, vómitos recurrentes y por ácidos presentes en el ambiente de origen no ocupacional (Pág. 49)

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje corresponde a alumnas que presentan erosión en el esmalte producido por la acción de ácidos no cariogénicos que llegan a la cavidad oral.

CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos por esta investigación, permiten identificar que los TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA infieren en la SALUD ORAL para lo cual se han llegado a las siguientes conclusiones:

1.) De acuerdo al indicador CPO se pudo verificar que las estudiantes a pesar de que tienen asistencia odontológica en el plantel presentan un alto índice de caries representado a un 51% lo que indica que la alimentación de las investigadas contiene una excesiva ingesta de carbohidratos y una deficiente higiene oral con la mayor presencia de placa bacteriana representando un 59% y con un alto índice de placa nivel 1 lo que representa a un 54%.

2.) En los hallazgos clínicos de las 93 investigadas, hallamos que las alumnas si presentan lesiones en la mucosa, teniendo así que presentan en mayor porcentaje erosión del esmalte con un 32%, lo que se relaciona con de la presencia de vómitos autoinducidos después de comer representando a un 47% de los datos obtenidos.

3.) De acuerdo a los resultados hallados en las 93 estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo, se reveló que la mayoría de las encuestadas lo primero que le interesa saber de alimento son las CALORÍAS representando a un 57%, lo que se relaciona con el tipo de alimentos que prefieren habiendo 43% en lo que respecta a los alimentos dietéticos y un 31% a los carbohidratos, lo que no indica que existen problemas de trastornos alimenticios en la estudiantes del plante mencionado.

BIBLIOGRAFÍA.

- AYELA, María Rosario. Adolescentes: trastornos de alimentación. San Vicente: Editorial club universitario, 2009. P. 87-88.
- CASANUEVA, Esther. Nutriología Médica. 3º Edición. México: Editorial Medica Panamericana, 2008. P. 135.
- CUENCA, Emili y BACA, Pilar. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios métodos y aplicaciones. 3º Edición. España: 2006. P. 216.
- DE LA TORRE, Miján Alberto. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Editorial Glosa, 2006. P. 291
- FERRI F. Ferri consultor clínico: claves diagnósticas y tratamiento. Edición Elseiver. España: 2006. P. 107.
- GALDO, Gabriel. Atención al Adolescente. Ediciones de la Universidad de Cantabria. España: 2008. P. 179.
- GUTIÉRREZ, Enrique. Técnicas de ayuda Odontológica Y Estomatológica. 2009. P. 204.
- HABIF, Thomas. Enfermedades de la piel: diagnóstico y tratamiento, 2º Edición. Madrid: 2006. P. 238.
- HALES, Roberth. Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Edición Española. Barcelona: 2006. P. 920.
- HERNÁNDEZ Ángel. Tratado de Nutrición. 2º Edición. Tomo IV: Nutrición Clínica. Madrid: Editorial Panamericana, 2010. P. 448.
- LASERNA, Santos. Higiene Dental Personal Diaria: es la base de la prevención de las Enfermedades Dentales. Canadá: 2008. P. 108.

- LINDHE, Jan. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Volumen 2. Editorial Médica Panamericana. 5° Edición. España: 2009. P. 408.
- MÁRQUEZ, Sara. Actividad Física y Salud. Edición Díaz Santo. España: 2010. P. 461-463.
- NEGRONI, Marta. Microbiología Estomatológica. 2° Edición Argentina: Editorial Médica Panamericana, 2009. P. 247.
- ORTUNO, Felipe. Lecciones de Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2010. P. 362.
- PALMA, Ascensión. Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. 1° Edición. España: Editora Carmen Lara, 2007. P. 125.
- PÉREZ, Carretero. Otorrinolaringología y patología cervicofacial, Barcelona: Editorial Médica Panamericana, 2006. P. 330.
- PORTA, Sales. Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. España: 2008. P. 113.
- ROMÁN, Luis. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Edición Díaz Santo. España: 2010. P. 135.
- SILVA, Cecilia. Trastornos alimentarios: cómo prevenir, detectar y qué hacer si se presentan. Primera Edición. Santa Cruz: Editorial Pax México, 2008. P. 25-27.
- SILVESTRE, Francisco. Odontología en Pacientes Especiales. Valencia: editorial Maite Simón, 2007. P. 118-119.
- SUE, David. Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. Santa Fe: Editores S. A de C.V., 2010. P. 466.
- STUART, Gail. Enfermería Psiquiátrica: Principios Y Práctica. Edición Española. Madrid: 2006. P. 517.

- TINAHONES, Francisco. Anorexia y Bulimia: Una Experiencia Clínica. Edición Díaz de Santo. Madrid: 2006. P. 28.
- URIBE Merino José Fernando; Anorexia: Los Factores Socioculturales De Riesgo, 1° Edición. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia,2007. P. 35.
- VILLAFRANCA, Félix. Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud. 1° Edición. España: Editorial Mad. S.L.,2006. P. 173- 174.
- CARLOS Haya, anorexia y bulimia: educación y cuidados.<<http://www.carloshaya.net>
- J. Arteaga. La anorexia.
<<http://www.monografias.com>>salud>enfermedades
- MARISA Manson, la anorexia y su múltiple determinación,<<http://www.psico-asistencia.com>>
- <http://www.lucas.simplenet.com>
- <http://www.slideshare.net/.../anorexia-y-efectos-en-la-odontologia>
- <http://www.cuerpoarmonioso.com>
- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia>
- <http://www.saludyhogar.blogspot.com>
- <http://www.monografias.com/trabajos>
- <http://www.medigraphic.com>
- <http://www.dental.saludisima.com/placa-bacteriana>
- <http://www.psico-asistencia.com>
- <Http://www.bulimarexia.com>
- <http://www.actaodontologica.com>
- <http://www.clinicadentalreategui.com/dental>

PROPUESTA

ALTERNATIVA

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Promoción en salud oral para prevenir el incremento de casos en los trastornos alimentarios a las estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo.

1.1. FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Enero2012

1.2. ENTIDAD EJECUTORA

Colegio Nacional Portoviejo

1.3. CLASIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Tipo Educativo-Social.

1.4. LOCALIZACIÓN

Es una institución educativa, que se encuentra ubicada en el cantón Portoviejo, parroquia san pablo, en la av. Universitaria entre francisco de Paula Moreira y Alajuela. Sus límites son:

Al norte: Coronel Sabando.

Al sur: Av. Universitaria.

Al este: Francisco de Paula Moreira.

Al oeste: Alajuela.

2. JUSTIFICACIÓN

Se pensó en esta propuesta porque según la investigación realizada, las estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo no poseen los conocimientos adecuados sobre la afectación de la salud oral debido a las deficiencias alimentarias, y se consideró importante que las alumnas tengan un mejor

conocimiento sobre esta área como son los trastornos alimentarios que influyen en la salud oral, ya que se verificó que las mismas presentan lesiones en su cavidad oral, con esto se justifica la investigación del trabajo realizado.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El 8 de abril de 1948, se produjo el decreto de creación del colegio nacional de señoritas Portoviejo N. 639, firmado por el presidente de la república, en ese periodo Sr. Carlos Julio Arosemena, quien entre uno de los miembros que integraban su gabinete, se encontraba como ministro de educación, el Dr. Miguel García. Al cabo de tres meses, se dio inicio a la inauguración del periodo lectivo, con fecha 5 de julio del mismo año. El establecimiento comenzó con un área de rectorado, secretaría, Inspección, canchas, cursos, piscina, y departamento de orientación.

Con el continuar de los días se creó el departamento médico, asistiendo las necesidades de las estudiantes. Al ser alta la incidencia de las mismas que llegaban con manifestación de dolor a nivel de su cavidad bucal, se vieron en la necesidad de crear el departamento de odontología en el año de 1971, a cargo de la Dra. Mercedes Cevallos, quien en ese entonces recibió el consultorio con una unidad completa, según lo manifestó ella describiendo que se encontraba en la consulta un sillón dental, escupidera, jeringas triples, turbina, esterilizador, compresor de aire, instrumentos de cirugía, operatoria, y de diagnóstico, además de un Rx con la variable de que el mencionado equipo no se pudo utilizar por cuanto no había un cuarto de revelado. Ella creó las primeras fichas clínicas, en la sección que atendía en ese entonces, que era de cuarto a sexto curso de bachillerato diurno.

A nivel de operatoria solo se utilizaba la amalgama, como hasta la actualidad. La mencionada Dra. Mercedes Cevallos, elaboró un periodo de 16 años en esta institución entregándole a la Dra. Viveca Yencón de Piza en el año de 1986.

Quien hasta la presente continua, en la institución. Gracias a gestiones realizadas por ella, se ha podido implementar el tanque de reservorio de agua, cavitron para realizar las respectivas periodoncias, mayor cantidad de instrumentos, dos taburetes etc.

Sin embargo es poco el interés que presentan las estudiantes, puesto que del 100% solo el 80% se hace atender, y de ellas solo el 20% quiere rehabilitar su dentadura completamente.

El Colegio Nacional Portoviejo, está ubicado en la Parroquia 12 de Marzo, en las Calles Alajuela y Francisco de Paula Moreira en la ciudad de Portoviejo en los actuales momentos cuenta con 3.300 estudiantes y 3 secciones; Matutina (Ciclo Diversificado), Vespertino (Ciclo Básico) y Nocturno con jornada completa, laboran 250 docentes y 40 miembros en la parte Administrativa.

El Colegio Nacional Portoviejo, a través de sus autoridades ha venido mejorando la infraestructura para el desenvolvimiento de las actividades pedagógicas y administrativas, cuenta en la actualidad con 40 aulas espaciosas que permiten ubicar un promedio de 38 estudiantes cómodamente y un amplio patio con 4 canchas deportivas, una piscina, un museo arqueológico y antropológico de hombres ilustres que sirve para el esparcimiento de estudiantes y docentes durante todo el año lectivo.

Dispone además con los laboratorios de: Ciencias Naturales, Química, Biología, Física, Computación, inglés.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

- Proporcionar información a las alumnas del Colegio Nacional Portoviejo sobre los trastornos alimentarios, para evitar que las alumnas sean propensas a estos trastornos.

Objetivos Específicos

- Instruir a las alumnas del colegio nacional Portoviejo sobre los peligros causados por el desorden alimentario y fomentar la participación de los profesionales de salud del plantel en el tema.
- Indicar como mantener una buena salud oral mediante una adecuada alimentación.
- Proveer a las estudiantes, personal docente y docente los materiales de información referentes a salud oral.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

El presente proyecto consistió en desarrollar charlas educativas donde participaran estudiantes, docentes, personal de salud y padres de familia, con la finalidad de propiciar cambios en los patrones de los trastornos alimentarios y ofrecer una buena salud oral, así disminuir el índice de estos trastornos.

Es por esta razón que se considero la elaboración de trípticos que contengan ciertos puntos relacionados con la salud oral, trastornos alimentarios, alimentación adecuada, los cuales van hacer de gran ayuda para los involucrados.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo, quienes podrán tener nuevos y mejores métodos para mantener una buena salud oral. Los beneficiarios indirectos lo conforman el personal docente, padres de familia y personal de salud del colegio.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de esta propuesta, se consideraron cuatro etapas:

Primera etapa: socialización de la propuesta con las autoridades del colegio para dar a conocer el proyecto

Segunda etapa: Charlas educativas a las estudiantes, cuyos temas son: trastornos alimentarios, complicaciones que producen los trastornos alimentarios, tipos de alimentación, consejos para mejorar la salud oral

Tercera etapa: Proveer material de información mediante gigantografías y trípticos.

Cuarta etapa: Incentivar a las autoridades y al personal de salud para que las estudiantes asistan a un control periódico a la consulta médica y odontológica del plantel para disminuir los trastornos alimentarios y mejorar la salud oral de las estudiantes.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA							
ACTIVIDAD	diciembre		enero				
	3	4	1	2	3	4	
REUNIÓN CON LAS AUTORIDADES		X					
ELABORACION DEL PLAN DE CADA TEMÁTICA		X					
SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA			X				
ELABORACIÓN DE TRÍPTICOS			X				
ELABORACIÓN DE GIGANTOGRAFÍAS				X			
CHARLAS EDUCATIVAS				X			
ENTREGA DE TRÍPTICOS				X			
ENTREGA DE GIGANTOGRAFIA					X		
ACTA DE COMPROMISO					X		

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
TRÍPTICOS	1	\$5	\$ 5	AUTORA
GIGANTOGRAFIA	1	\$20	\$ 20.00	AUTORA
COPIAS DE TRIPTICOS	200	\$0,50	\$100	AUTORA
SUBTOTAL	-----	-----	\$125,00	AUTORA
IMPREVISTOS	-----	-----	\$12,5	AUTORA
TOTAL	-----	-----	\$137,5	AUTORA

10.SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con el compromiso del rector del Colegio Nacional Portoviejo, los docentes y personal de salud que labora en esta institución, en realizar réplicas periódicas sobre el tema propuesto a las alumnas del plantel.

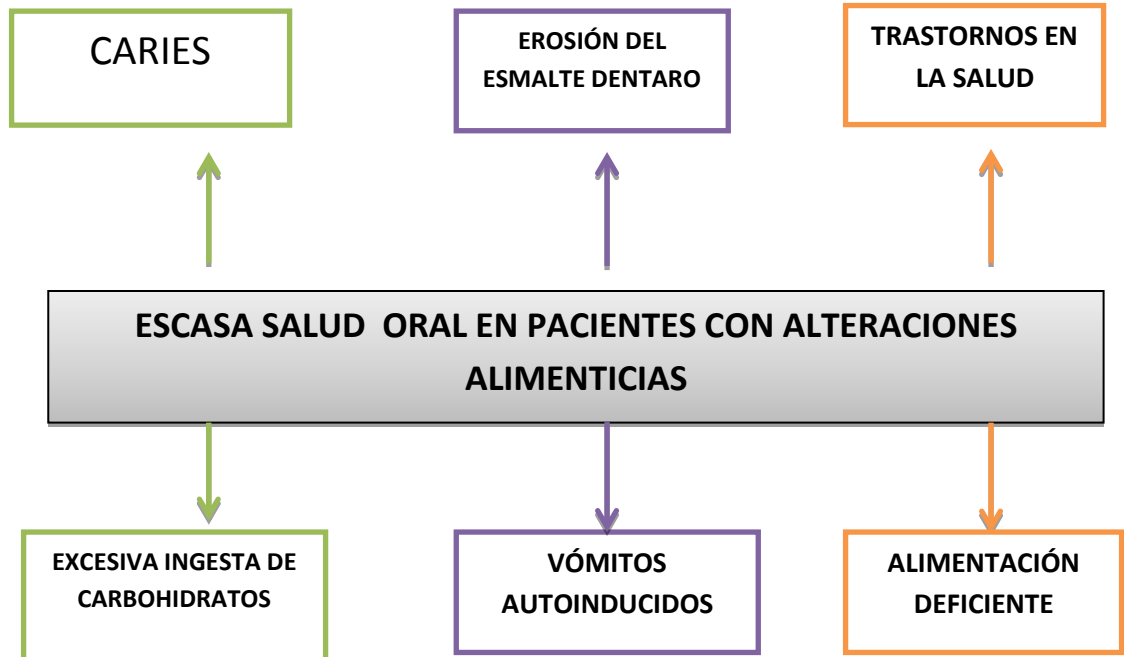
11.FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación

ANEXOS

1

EFFECTOS



CAUSAS

PRESUPUESTO

RUBROS	CAN T.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARI O	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGEST IÓN	AP. EXT
Computad ora	1	Unidad	900,00	900,00	900,00	.
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET	180	Horas	1,00	180,00	180,00	
Tinta negro	2	Tóner	37,00	74,00	74,00	
Tinta color	2	Tóner	41,00	82,00	82,00	
Cd	5	Unidad	0,75	1,50	3,75	
Materiales de oficina	15	Unidades		15,00	15,00	
Pen drive	1	Unidad	10,00	10,00	10,00	
Viáticos		Dólar		250,00	250,00	
Guantes	2	Caja	8,00	16,00	16,00	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Espejos	5	unidad	1,50	7,50	7,50	
Explorador	5	unidad	1,00	5,00	5,00	
Anillados	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
Empastad os	5	Unidad	5,00	25,00	25,00	
SUBTOTA L					1647,25	
Imprevisto s					164,75	
TOTAL					1812,03	

ANEXOS

2



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTA

Cecilia Isabel Morales Vera egresada de la carrera de odontología necesito recolectar información mediante estas encuestas para una investigación previa a la obtención del título odontóloga.

Instrucciones: la encuesta es confidencial, las estudiantes deberán responder marcando una x a uno de los literales de cada una de las preguntas, al responder hágalo con sinceridad y veracidad, su aporte será beneficioso para el trabajo que nos proponemos realizar.

1. ¿Te sientes a gusto con tu cuerpo?

- Siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

2. ¿Qué es lo primero que te interesa saber de un alimento?

- Nutritivo ()
- Rico ()
- calorías ()

3. ¿Cuál es tu principal tema de conversación?

- Fiestas ()
- Dietas ()
- Gimnasio ()

4. ¿Cómo te ves en el espejo?

- Delgada ()
- Gorda ()
- Normal ()

5. ¿Has probado ya varias clases de pastillas para adelgazar?

- Siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

6. ¿Comes compulsivamente a escondidas?

- Siempre ()
- A veces ()
- Nunca ()

7. ¿Cómo es el ciclo de tu menstruación?

- Cada mes ()
- A los 2 meses ()
- 3 meses o más ()

8. ¿Cómo prefieres usar la ropa?

- Holgada ()
- Ajustada ()
- Norma ()

9. ¿Qué te gusta que te digan cuando te ven?

- Bonita ()
- Flaca ()
- Interesante ()

10. ¿Tienes deseos de ser más delgada?

- Si ()
- No ()
- algunas veces ()

11. ¿Qué tipo de alimentos consumes?

- Dietéticos ()
- Carbohidratos ()
- Proteínas ()
- General ()

12. ¿Cómo controlas tu peso?

- Ejercicios ()
- Dieta ()
- Pastillas ()
- Otros ()

13. ¿Cuántas veces te pesas?

- Diariamente ()
- Cada semana ()
- Al mes ()

14. ¿Cuántas veces al día comes algo fuera de las comidas?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- Sólo los días de fiestas ()

15. ¿Te has inducido el vómito alguna vez después de comer?

- Nunca ()
- Algunas veces ()
- Siempre ()

FICHA CLÍNICA

Nombre del Paciente.....Edad.....

Dirección..... Teléfono.....

Peso:.....Talla:.....VA.....

1. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

.....

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

.....

3. HALLAZGOS CLÍNICOS

Erosión del esmalte	
Xerostomía	
Queilitis	
Sialoadenitis	
Palidez de la Mucosa	

4. ODONTOGRAMA

5.

CADORES DESALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	
			0 - 1 - 2 - 3 -	0 - 1 - 2 - 3	0 - 1	
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				

ANEXOS

3

Figura #1



Figura #2

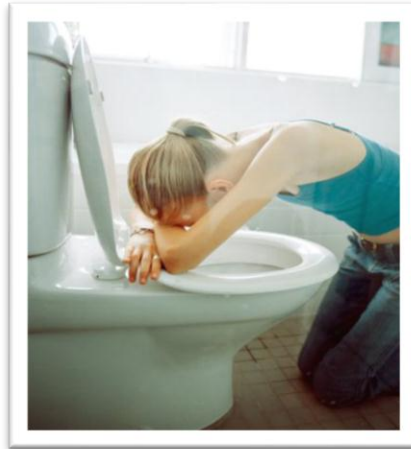


Figura #3

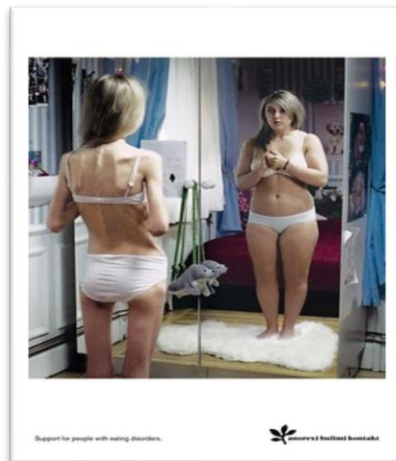


Figura # 4



Figura # 5



Figura # 6



ANEXOS

4

Señor Rector.


Ing. Carlos Centeno Mg. Gp.

Yo Cecilia Isabel Morales Vera egresada de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la carrera de Odontología.

Le saludo cordialmente para solicitarle de la manera más comedida se me permita realizar mi investigación de tesis en las Instalaciones del Colegio Nacional Portoviejo cuyo tema es: **TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD ORAL.**

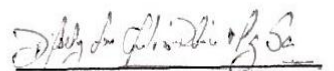
Esperando se brinde la ayuda necesaria para poder realizar mi investigación da la tesis antes señalada. Por la atención que brinda al presente firmo con la directora de este trabajo investigativo.

Atentamente:


Cecilia Morales V.

EGRESADA




Dra. Nelly San Andrés P. Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS


COLEGIO NACIONAL "PORTOVIEJO"
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO
'15-11-2011
Ing. Santiago Hernández Clavijo
DEPARTAMENTO DE ARCHIVO
09420

SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA

Portoviejo, Lunes 26 de diciembre del 2011

Ing. Mg Carlos Centeno Mero

Rector del Colegio Nacional "Portoviejo"

Cuidad.


De mi consideración:

Como es de su conocimiento Sr. Rector me encuentro realizando mi trabajo de investigación en el prestigioso plantel que Ud. Dirige, y al momento de realizar las encuestas a las estudiantes seleccionadas con la ayuda de la Dra. Carmen Zapata medica del plantel, he podido constatar que existen alumnas con problemas de trastornos alimentarios y problemas bucales. Por lo tanto me dirijo a Ud. Con la finalidad de informarle que mi propuesta educativa será la donación de una gigantografía que será ubicada en el departamento médico de la institución, así como dar charlas educativas y trípticos para que las alumnas sepan cómo llevar una alimentación sana y equilibrada y así mantener una buena salud oral.

Haciéndole conocer la socialización de mi propuesta, le reitero mi agradecimiento.


Cecilia Isabel Morales Vera

Egresada De Odontología

*Autorizado la socialización
de la propuesta*
2012-01-11


Ing. Carlos Centeno Mero Mg. Gp.


Rector Del Colegio Nacional Portoviejo

ACTA DE COMPROMISO

Portoviejo, 9 de enero del 2012

Ing.

Mg Gp. Carlos Centeno Meró.

Rector del Colegio Nacional "Portoviejo"

Ciudad.

De mi consideración:

El día 9 de enero del año 2012 en el rectorado del Colegio Nacional "Portoviejo" comparece por una parte la Sra. Cecilia Morales Vera egresada de la carrera de odontología, y por otra parte el Ing. Carlos centeno mero, rector de la institución educativa, para firmar el acta de compromiso, en la cual tanto las autoridades como el área médica se comprometen a darle el cuidado que amerita la gigantografía donada al departamento médico, así como hacer el uso de la misma para replicar, temas relacionados al tema.

Segura de contar que mi recomendación se le dé el tramite pertinente, le reitero mi agradecimiento.



Cecilia Morales V.

Egresada de Odontología

Revisado
2012-01-17
COLEGIO NACIONAL
"PORTOVIEJO"
Ing. Carlos Centeno Meró Mg. Gp.
R E C T O R

ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN

Portoviejo, 9 de enero del 2012

Ing.

Mg Gp. Carlos Centeno Mero.

Rector del Colegio Nacional "Portoviejo"

Ciudad.

De mi consideración:

El día 9 de enero del año 2012 en el rectorado del colegio Nacional "Portoviejo" comparecen por una parte la Sra. Cecilia Isabel Morales Vera egresada de la carrera de odontología de la universidad San Gregorio De Portoviejo, y por otra parte el Ing. Carlos Centeno Mero, rector de la institución educativa, para firmar el acta de entrega- recepción de una gigantografía como material de apoyo, parte de la propuesta de investigación con el tema "Trastornos Alimentarios y su Incidencia en la Salud Oral"

Quedando eternamente agradecida me suscribo.



Cecilia Morales V.

Egresada de Odontología

Recibido
2012-01-17
COLEGIO NACIONAL
"PORTOVIJEJO"
Ing. Carlos Centeno Mero Mg. Gp.
R E C T O R



REALIZANDO LAS ENCUESTA A LAS ESTUDIANTES



REALIZANDO LAS FICHAS CLÍNICAS



REALIZANDO LAS CHARLAS EDUCATIVAS A LAS ESTUDIANTES



ENTREGA DE GIGANTOGRAFIA Y LOS TRIPTICOS AL RECTOR DEL COLEGIO

