



## **UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES  
FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN  
AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO  
DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES  
COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERÍODO  
MARZO 2015 – NOVIEMBRE 2015.**

**Autores:**

Noguera Alan

CI. 24.295.139

Rico Carla

CI. 20.697.953

Sánchez Angélica

CI. 24.547.249

**Urb. Yuma II, calle N°3. Municipio San Diego**

**Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394**



Universidad José Antonio Páez  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Escuela De Odontología

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES  
FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN  
AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO  
DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES  
COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERÍODO  
MARZO 2015 – NOVIEMBRE 2015.**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Odontólogo**

**Autores:** Alan Jeyssu Noguera Segovia

Carla Sarai Rico Gallardo

Angelica Maria Sanchez Gastelo

**Tutor:** Od. Rosana mendez

**San Diego, noviembre del 2015**





Universidad José Antonio Páez  
 Facultad De Ciencias De La Salud  
 Escuela De Odontología

**PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

DATOS PERSONALES		
<b>Apellidos:</b> Rico Gallardo	<b>Nombres:</b> Carla Sarai	<b>C.I:</b> 20.697.953
<b>Dirección:</b> Valencia, candelaria, av. 109. Calle plaza, edificio pamplona		<b>TLF:</b> 0414-3404562
DATOS ACADEMICOS		
<b>Escuela:</b> Odontología		<b>Índice Académico:</b> 12,50
DATOS DEL PROYECTO		
<b>Autores:</b>		
<b>Nombre:</b> Alan J. Noguera S		<b>TLF:</b> 0424-4687896
<b>Nombre:</b> Carla S. Rico G		<b>TLF:</b> 0414-3404562
<b>Nombre:</b> Angélica M. Sanchez G		<b>TLF:</b> 0414-4217916
<b>Título del trabajo:</b> PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERÍODO MARZO 2015 – NOVIEMBRE 2015.		
<b>Breve explicación:</b> El presente proyecto de investigación tiene como finalidad establecer la prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de nutrición y psiquiatría del Centro Medico Docente la Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25 años durante el período marzo 2015 – noviembre 2015		
<b>Lugar donde se desarrolló el proyecto:</b> Centro Medico La Trinidad.		
<b>Tiempo de desarrollo:</b> Marzo- Noviembre 2015		
<b>Tutor académico propuesto:</b> Od. Rosana Mendez		

**APROBADO** \_\_\_\_\_ **NO APROBADO** \_\_\_\_\_

**COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

\_\_\_\_\_  
**Nombre** **Firma** **Fecha**

**DIRECCIÓN DE ESCUELA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre** **Firma** **Fecha**



Universidad José Antonio Páez  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Escuela De Odontología

### PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Sánchez Gastelo	Nombres: Angélica María	C.I: 24.547249
Dirección: San Joaquín, URB villas del centro.3etapa. #112		TLF: 0414-4217916
DATOS ACADEMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico: 13,58	
DATOS DEL PROYECTO		
<b>Autores:</b>		
Nombre: Alan J. Noguera S	TLF: 0424-4687896	
Nombre: Carla S. Rico G	TLF: 0414-3404562	
Nombre: Angélica M. Sánchez G	TLF: 0414-4217916	
<b>Título del trabajo: PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERÍODO MARZO 2015 – NOVIEMBRE 2015.</b>		
<b>Breve explicación:</b> El presente proyecto de investigación tiene como finalidad establecer la prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de nutrición y psiquiatría del Centro Medico Docente la Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25 años durante el período marzo 2015 – noviembre 2015		
<b>Lugar donde se desarrolló el proyecto:</b> Centro Medico La Trinidad.		
<b>Tiempo de desarrollo:</b> Marzo- Noviembre 2015		
<b>Tutor académico propuesto:</b> Od. Rosana Méndez		

APROBADO \_\_\_\_\_ NO APROBADO \_\_\_\_\_

#### COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha

#### DIRECCIÓN DE ESCUELA

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Fecha



Universidad José Antonio Páez  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Escuela De Odontología

**San Diego, Noviembre del 2015**

### **ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO**

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: **PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EN PACIENTES FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERIDODO MARZO 2015-NOVIEMBRE 2015.** Ha sido revisado y cumplido con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Tutor: Od. Rosana Méndez \_\_\_\_\_

**Firma**

**Fecha**



Universidad José Antonio Páez  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Escuela De Odontología

San Diego, Noviembre del 2015

### ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: **PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EN PACIENTES FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERIDODO MARZO 2015-NOVIEMBRE 2015**. Ha sido revisado y cumplido con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

#### TUTOR ACADEMICO

_____	_____	_____
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>CEDULA</b>	<b>FIRMA</b>

#### JURADOS

_____	_____	_____
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>CEDULA</b>	<b>FIRMA</b>

_____	_____	_____
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>CEDULA</b>	<b>FIRMA</b>



Universidad José Antonio Páez  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Escuela De Odontología

**CU-UJAP:** \_\_\_\_\_

**San Diego. Estado Carabobo**\_\_\_\_\_

**Ciudadana(s):**

Alan Jeysu Noguera Segovia

CI. 24.295.139

Carla sarai Rico Gallardo

CI. 20.697953

Angélica María Sánchez Gastelo

CI.24547249

**Presente.**

Cumplo con informarle que el Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° \_\_\_\_\_, celebrada \_\_\_\_\_, acordó aprobar el proyecto de Trabajo de Grado, presentado por ustedes, como requisito para optar al Título Profesional, Titulado “Odontólogo”.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Secretaria.



Universidad José Antonio Páez  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Escuela De Odontología

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Quien suscribe **ROSANA MENDEZ**, portador de la cedula de identidad N° \_\_\_\_\_, en mi carácter de tutor de trabajo de grado, presentado por el ciudadano **ALAN NOGUERA**, portador de la cedula de identidad N° 24.295.139, la ciudadana **CARLA RICO**, portadora de la cedula de identidad N° 20.697.953 y la ciudadana **ANGELICA SANCHEZ**, portadora de la cedula de identidad N° 24.547.249 titulado **PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EN PACIENTES FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERIDODO MARZO 2015-NOVIEMBRE 2015** . Requisito parcial para optar al título de **ODONTOLOGO**, considerando que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 23 días del mes de Noviembre del año 2015.

---

**Od. Rosana Méndez**

C.I. \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

A **Jehová Dios** primeramente por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado fuerzas para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A **Mamá**, porque simplemente no sé qué haría sin ti, porque me diste la vida y gracias a ti hoy soy lo que soy hoy, por tu palabras de ánimo y aliento día a día, mi columna, mi pilar en la vida.

A **Papá** porque siempre has creído en mí, por quererme mucho y apoyarme, papa gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

A **mis familiares**, mi tío Ivan, mi tía Soraida, mi tía Edith, mi tía Rosa porque este logro es también de ustedes.

A **mis amigos** Lorelay, Jairo, Aracelis, Arelis, Victoria, Viviana, por estar ahí en los momentos que más los he necesitado, por ser un apoyo, los quiero mucho.

A **Louis** porque desde que está en mi vida se ha convertido en mi motivación y apoyo, gracias por estar siempre y ser mi calma.

Eternamente agradecida con todos ustedes

Angélica M. Sánchez G.

## AGRADECIMIENTOS

A **Dios** sobre todas las cosas.

A **mis padres Raúl y María** por ser el fundamento en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A **mis familiares** por apoyarme en todo momento durante mi carrera.

A **mi novio** por brindarme siempre su ayuda, apoyarme y animarme en todo momento.

A **mis compañeros de tesis Alan y Carla**, por brindarme su ayuda cuando más lo necesite y permitirme compartir este camino con ellos.

A **mi amiga Viviana S**, porque siempre estuvo presta a ayudarme incondicionalmente siempre que lo necesité.

A **mi tutora y profesora Rosana Méndez** por su disponibilidad y accesibilidad siempre, por su ayuda para la realización de esta tesis, su paciencia, mi admiración y respeto.

Angélica M. Sánchez G.

## **DEDICATORIA**

En primer lugar a Dios por siempre a él sea la gloria y honra, sin el nada sería posible por haberme ayudado en todo momento.

A mis padres, Carlos Rico y Marina De Rico las personas más especiales de mi vida, no existen palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí. Gracias por su apoyo y su cariño. Por creer en mí. Sin ustedes no hubiese sido posible lograr esta meta.

A mi hermanos, por brindarme su ayuda y apoyo en todo momento.

A mis familiares, que forman parte indispensable en la realización de este logro.

A mis compañeros de tesis, Angélica y Alan, Gracias por compartir conmigo este logro de defender nuestra tesis.

A mi mejor amigo Alvaro Solarte por su apoyo, consejos, por siempre a ver estado allí en mis momentos difíciles.

A mi amiga y compañera de carrera Stefany Diaz que siempre puedo contar con ella gracias por su apoyo.

*Carla Rico*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos principalmente a Dios, por guiar nuestro camino e iluminarlo siempre, permitiéndonos vivir esta experiencia junto a nuestros seres queridos.

A nuestros padres, por su confianza y dedicación, gracias a ustedes hoy podemos alcanzar esta gran meta.

A nuestra casa de estudios, Universidad José Antonio Páez, por formarnos como profesionales.

A nuestros profesores, que a lo largo de nuestra carrera nos han brindado las herramientas necesarias para capacitarnos como futuros Odontólogos.

A nuestra tutora, Rosana Mendez, por aportarnos sus conocimientos y guiarnos durante la realización de esta investigación.

*Carla Rico*

## DEDICATORIA

Primeramente a Dios por ayudarnos a realizar este trabajo dándonos fortaleza, sabiduría y conocimiento para culminar este proyecto.

A mis padres que siempre han estado apoyándome y dándome las herramientas necesarias para llegar a una de mis metas más importantes, acompañándome en mis pasos, por comprenderme.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, esperamos no defraudarlos y contar con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Por último, a cada uno de nosotros, que formamos parte de este proyecto, Angélica Sanchez y Carla Rico, y en particular a la paciente que dio iniciativa al estudio del siguiente proyecto de investigación.

*Alan Noguera*

## AGRADECIMIENTOS

Primero que todo agradecerle a Dios, por la sabiduría, la paciencia, tolerancia y los amplios conocimientos que me dio para llevar acabo exitosamente este importante proyecto. Por la oportunidad de poder presentarlo, aun así explicarlo y aplicarlo en nuestro día a día como base fundamental a la realización de futuros proyectos relacionados con este. Por capacitarnos y darnos la herramientas necesarias y fundamentales para poder culminar esta importante etapa de mi vida.

Agradezco enormemente la colaboración y participación de mi tutora Cynthia Figuera, por orientarnos y ayudarnos ampliamente en nuestro proyecto para darle continuidad, validez y confiabilidad a este trabajo.

A mi madre, por ser más de allá de una palabra que abarca mil significados, teniendo en cada una, un papel donde se encontró, en el momento justo en mis proyectos y vida.

A mi padre, por no solo ser una gran ejemplo a seguir, además de enseñarme que en cada uno de los valores aprendidos, se aplican incluso en este proyecto, donde sin él, no habría culminado.

A mi hermana, por dejar en cada momento ideal la fortaleza que necesite, para continuar y culminar cada proyecto durante mi vida.

A mi amigo y hermano de crianza, Edwin Gelviz por ser guía y ejemplo, en este camino siendo parte de cada de uno de mis proyectos obteniendo en cada de uno de ellos, mi completa admiración.

Siendo cada uno parte de este proyecto.

Gracias

*Alan Noguera*



Universidad José Antonio Páez



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES  
FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN  
AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO  
DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES  
COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERÍODO  
MARZO 2015 – NOVIEMBRE 2015**

**Autores:**

Noguera, Alan

C.I.: 24.295.139Rico, Carla

C.I: 20.697.953

Sánchez Angélica

C.I. 24.547.249

**San Diego, 2015**



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
CARRERA ODONTOLOGIA

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES FEMENINOS DIAGNOSTICADOS CON BULIMIA QUE ACUDEN AL AREA DE NUTRICION Y PSIQUIATRIA DEL CENTRO MEDICO DOCENTE LA TRINIDAD CARACAS DISTRITO CAPITAL EN EDADES COMPRENDIDAS DE 15 A 25 AÑOS DUARANTE EL PERÍODO MARZO 2015 – NOVIEMBRE 2015.**

Autores: Noguera Alan, Rico Carla, Sánchez Angélica  
Fecha: Noviembre, 2015

**RESUMEN INFORMATIVO**

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general establecer la prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de nutrición y psiquiatría del Centro Medico Docente la Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25 años durante el período marzo 2015 – noviembre 2015. Corresponde a una investigación de tipo descriptiva, donde el diseño de la investigación se clasificó como un diseño no experimental de campo de modalidad transversal descriptiva en donde se indaga entre grupos la variable objeto de estudio en un momento establecido. Como técnica de recolección de datos se utilizó la observación estructurada, mientras que como instrumento de recolección de datos se elaborara una ficha odontológica. Posterior a la obtención de los datos obtenidos mediante la aplicación de la entrevista y la evaluación de cada paciente, se organizarán dichos datos y se dividirá a la población según el uso o no de fármacos, tipo de dieta, hábitos de higiene bucal, tratamiento farmacológico de la bulimia. Para luego presentar los resultados a través de gráficas.

Descriptores: Ansia por la comida, Bulimia nerviosa, trastorno alimenticio, manifestaciones bucales

# ÍNDICE GENERAL

## CONTENIDO

<b>RESUMEN INFORMATIVO.....</b>	
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPITULO</b>	<b>Pg.</b>
<b>I EL PROBLEMA</b>	
<b>1.1.Planteamiento del Problema.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2.Objetivos.....</b>	<b>26</b>
<b>1.3.Justificación.....</b>	<b>26</b>
<b>II MARCO TEORICO</b>	
<b>2.1. Antecedentes.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2. Bases Teóricas.....</b>	<b>32</b>
<b>2.3. Definición de Términos Básicos.....</b>	<b>46</b>
<b>III MARCO METODOLOGICO</b>	
<b>3.1. Tipo de Estudio.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2. Diseño de la Investigación.....</b>	<b>49</b>
<b>3.3. Población y Muestra.....</b>	<b>50</b>
<b>3.4. Técnica e instrumentos de Recolección de Datos.....</b>	<b>50</b>
<b>3.5. Cuadro de Operacionalización de Variables.....</b>	<b>52</b>
<b>3.6. Técnica de Análisis.....</b>	<b>53</b>
<b>IV ANALISIS DE RESULTADOS</b>	
<b>4.4. Resultados.....</b>	<b>54</b>
<b>V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>5.1. Recomendaciones.....</b>	<b>63</b>
<b>5.2. Conclusiones.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>66</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA N°		Pg.
1	Cuadro de Operacionalización de Variables.....	45
2	Ítem 1.....	47
3	Ítem 2.....	48
4	Ítem 3.....	49
5	Ítem 4.....	50
6	Ítem 5.....	51
7	Ítem 6.....	52
8	Ítem 7.....	53
9	Ítem 8.....	54
10	Ítem 9.....	55

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pg.
1	Ítem 1.....	47
2	Ítem 2.....	48
3	Ítem 3.....	49
4	Ítem 4.....	50
5	Ítem 5.....	51
6	Ítem 6.....	52
7	Ítem 7.....	53
8	Ítem 8.....	54
9	Ítem 9.....	55

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio a esta basado en la Prevalencia de manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de Nutrición y Psiquiatría Centro Medico Docente La Trinidad en el período marzo 2015 – noviembre 2015. Se define bulimia como un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

La ansiedad por la comida es una experiencia normal no asociada necesariamente a conductas alimentarias patológicas. Sin embargo, en ocasiones, este deseo irresistible de consumir un determinado alimento puede convertirse en un antecedente inmediato del atracón. Los factores que tradicionalmente se han propuesto como posibles desencadenantes del atracón han sido los afectos negativos y la práctica de dietas restrictivas. De igual manera los trastornos alimenticios en la actualidad se observa cada vez más en la sociedad debido a un excesivo culto a la imagen y a la delgadez. Se trata de graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta y de trastornos psicológicos que afectan diez veces más a mujeres que a hombres, en especial en etapas adolescentes.

Este trastorno alimenticio tiene sus graves consecuencias a nivel de la salud bucal en efecto, al recurrir a la purga por medio de fármacos y vómitos se pueden producir alteraciones bucales, ya que se conoce que los ácidos gástricos al estar en íntimo contacto con la cavidad bucal llegan a alterar el esmalte dental y la mucosa oral, y por otra parte, ciertos fármacos que pueden consumirse para las purgas producen ciertos cambios bucales. No obstante, estas manifestaciones mayormente son observadas en casos muy severos y de mucha data, de allí la importancia del papel del odontólogo para su diagnóstico, debido a que lesiones de este tipo son irreversibles.

Unas de las manifestaciones bucales que se puede diagnosticar en personas con este trastorno alimenticio son las erosiones severas, las cuales consisten en un desgaste de la pieza dentaria y pueden producir sensibilidad aumentada al tacto y a temperaturas frías. Las caries dentales también pueden ser más prevalentes en estos pacientes, debido a una alta ingesta de hidratos de carbono en la dieta, deficiente higiene oral, además de que la cantidad de saliva puede estar disminuida, y muchos pacientes refieren sequedad bucal. Aquellos pacientes con pobre higiene oral también tienen un mayor riesgo de enfermedad periodontal.

La importancia de una buena higiene bucal depende de muchos factores a conocimiento del paciente. En la actualidad, la bulimia se considera un trastorno asociado a un síndrome de complejidad tanto físico, social, como sexual, cuyo tratamiento psicológico y psiquiátrico es de fuerte incidencia a nivel biopsicosocial.

En este sentido, la presente investigación se desarrolla en cuatro capítulos:

Capítulo I: El Problema, el cual incluye planteamiento del problema, objetivos de estudio y la justificación del mismo.

Capítulo II: Marco Teórico, donde se presentan los antecedentes del estudio, bases teóricas y la definición de términos básicos.

Capítulo III: Marco Metodológico, en el cual se reseña la naturaleza de la investigación, el diseño y tipo de estudio, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procedimiento de la investigación, las técnicas de análisis de datos.

Capítulo IV: Resultados y Análisis de Resultados.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

En la actualidad, los trastornos alimenticios se observan cada vez más en la sociedad debido a un excesivo culto a la imagen y a la delgadez. Se trata de graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta y de trastornos psicológicos que afectan diez veces más a mujeres que a hombres, en especial en etapas adolescentes. La EDA (Eating Disorders Association) define los desórdenes alimentarios como “una expresión externa de problemas psicológicos y emocionales profundos, cuyos pacientes tienen a la comida como medio de expresión de sus dificultades”.

De igual manera, la bulimia es un trastorno alimenticio que se caracteriza por la ingestión episódica de grandes cantidades de alimentos de manera compulsiva, con un consecuente sentimiento de culpa y desánimo por no poder controlar la conducta. Debido a ello, el paciente trata de recuperar el control, principalmente mediante la inducción del vómito y continuando con el uso de laxantes, diuréticos, ayunos, ejercicios compulsivos, etc. No obstante, las personas con bulimia generalmente saben que su patrón de alimentación es anormal y pueden experimentar miedo o culpa por los episodios compulsivos de ingestión de alimentos. Durante estos episodios de ingesta excesiva de alimentos, el paciente consume grandes cantidades de alimentos ricos en calorías, por lo general en secreto, lo que provoca que la persona sienta una falta de control sobre su alimentación.

Asimismo, en personas con bulimia los atracones (consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían) y conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. Por otra parte, estos episodios de ingestión excesiva de alimentos llevan al autorrechazo, lo cual provoca diversos métodos de purgas para evitar el aumento de peso al mismo tiempo que proporciona una sensación de alivio momentáneo. La autoevaluación de los individuos con este trastorno se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal, esto es

lo que provoca que el paciente se sienta en la necesidad de recuperar el control sobre su alimentación, luego de haberlo perdido durante un episodio de ingesta compulsiva de alimentos, mediante los métodos de purga ya mencionados.

En todo caso, las personas bulímicas con frecuencia están en un peso normal, por lo que es difícil para los demás notar el trastorno solo por su aspecto físico, mientras que ellas se ven a sí mismas de manera distorsionada y sienten que tienen sobrepeso.

Los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia, que afectan los adolescentes y aparecen más en mujeres que hombres, tienen graves consecuencias sobre la salud dental. La Facts of life, 2002 (Taylor, 2007) reporta que las más afectadas suelen ser las mujeres entre 15 y 24 años, pero se han detectado casos de trastorno alimentario en niños de apenas siete años y en personas de más de ochenta años. Por género, se ha visto un aumento de la incidencia de los trastornos alimentarios en las mujeres adolescentes de los países de occidente (Taylor, 2007).

Por su parte, la National Eating Disorders Association (NEDA, 2002) considera que la bulimia se presenta entre el 1 y 2% de mujeres adolescentes y mujeres jóvenes de la población americana afectadas por estos trastornos. En los estudios de Quintero, Pérez, Montiel, Pirela, Acosta y Pineda, en el 2003, se encontró, en la población venezolana, una mayor prevalencia de bulimia en mujeres (0.82%) y una proporción menor en varones (0.75%).

Aunque estas enfermedades son conocidas por la mayoría de la gente y tratadas desde el plano psiquiátrico, a menudo se ignoran sus consecuencias sobre la salud bucodental. Además, es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas) que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con períodos de compulsión para comer y otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y a la ingesta de fármacos purgantes (laxantes y diuréticos) para evitar el aumento de peso.

En efecto, al recurrir a la purga por medio de fármacos y vómitos se pueden producir alteraciones bucales, ya que se conoce que los ácidos gástricos al estar en íntimo contacto con la cavidad bucal llegan a alterar el esmalte dental y la mucosa oral, y por otra parte, ciertos fármacos que pueden consumirse para las purgas producen ciertos cambios bucales. No obstante, estas manifestaciones mayormente son observadas en casos muy severos y de

mucha data, de allí la importancia del papel del odontólogo para su diagnóstico, debido a que lesiones de este tipo son irreversibles.

Por esto, las erosiones severas consisten en un desgaste de la pieza dentaria y pueden producir sensibilidad aumentada al tacto y a temperaturas frías. Las caries dentales también pueden ser más prevalentes en estos pacientes, debido a una alta ingesta de hidratos de carbono en la dieta, deficiente higiene oral, además de que la cantidad de saliva puede estar disminuida, y muchos pacientes refieren sequedad bucal. Aquellos pacientes con pobre higiene oral también tienen un mayor riesgo de enfermedad periodontal.

Cuando un paciente bulímico acude a la consulta, en el examen clínico se puede observar generalmente erosiones, abrasiones, y cambios de color en el esmalte, características que pueden ser observadas también en pacientes con patologías que presentan regurgitación gástrica, tales como: esofagitis, gastritis, úlcera péptica, úlcera duodenal, entre otros. Cabe destacar que la manifestación bucal más resaltante es la amilolisis (desmineralización), que es la pérdida del esmalte y la dentina en la superficie de los dientes, resultante de la acción química y mecánica.

No obstante, 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 manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno.

Sin embargo, la bulimia ocasiona también daños en glándulas salivales, al punto de aumentar el volumen de las mejillas, provoca resequedad en la boca, disminución de la capacidad masticatoria, úlceras, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados. De igual manera se forman callosidades en los dedos y en el dorso de la mano debido a que es lo que utilizan para estimular el reflejo nauseoso mecánicamente.

Santa Pone (2009) destacó que no sólo la provocación y frecuencia del vómito agravan las lesiones dentales; otra causa es el tipo de dieta de los pacientes y la higiene posterior a la regurgitación, la cual, precisó, no debe incluir únicamente agua. Además, precisó,

existen casos de personas bulímicas, que consumen drogas, por lo que también pueden presentar zonas blanquecinas en las encías, donde frota estupefacientes como la cocaína. Sin embargo, ese tipo de personas no manifiestan la misma actitud obsesiva hacia el ejercicio; son extrovertidas, mantienen su apetito sexual y su principal causa de muerte es el suicidio por baja autoestima.

Debido a la baja asistencia de los adolescentes a las consultas de atención primaria, se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para ofrecer una atención integral y detectar hábitos de riesgo y casos de trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En este sentido, las revisiones odontológicas pueden ayudar a su detección, al observar el impacto que los vómitos reiterados tienen sobre el diente y la cavidad bucal. Asimismo, se hace necesario y urgente incorporar a los profesionales de la salud oral al equipo de atención médica del paciente con trastornos del comportamiento alimentario (TCA), ya que estos pacientes presentan lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries que deben ser tratadas.

De igual manera, la importancia de una buena e integral higiene bucal depende de muchos factores a conocimiento del paciente. En la actualidad, la bulimia (nerviosa) como un trastorno asociado a un síndrome de complejidad tanto sexual, físico como social, es tomado en cuenta en el tratamiento psicológico y psiquiátrico puesto que dicha condición es de fuerte incidencia a nivel biopsicosocial. El tratamiento odontológico forma parte de un método de equipos multidisciplinarios que actuarían no solo buscando la total y reservada integridad a nivel del sistema inmunológico, estomatognático e incluso a nivel psicológico ya que el paciente mantiene cierta atención no de un todo en el aspecto físico sino limitado a nivel orofacial.

### **1.1.1 Formulación del problema**

¿Cuáles son las manifestaciones bucales que presentan los pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de nutrición y psiquiatría del Centro Médico Docente La Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25 años?

¿Cuál es la importancia de una buena higiene bucal como medida preventiva en pacientes con bulimia a nivel de la cavidad bucal?

## **1.2 Objetivos de la investigación**

### **1.2.1 Objetivo General**

- Determinar la prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de nutrición y psiquiatría del Centro Medico Docente La Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25 durante el período marzo 2015 – noviembre 2015

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Seleccionar a los pacientes diagnosticados con bulimia con predilección al sexo femenino en edades comprendidas de 15 a 25 años.
- Identificar el tipo de tratamiento farmacológico que reciben los pacientes diagnosticados con bulimia.
- Evaluar el tipo de dieta en los pacientes bulímicos.
- Determinar los hábitos de higiene bucal posterior a la inducción del vómito.
- Describir las manifestaciones bucales presentes en pacientes diagnosticados con bulimia.

## **1.3 Justificación**

El tratamiento odontológico es fundamental en casos progresivos y crónicos de bulimia y anorexia, no obstante, esta investigación se realizó con el objetivo de poder fomentar la importancia y la complejidad del tratamiento orofacial en dichos pacientes.

En todo caso, el presente trabajo de investigación está destinado a incrementar los conocimientos sobre las manifestaciones bucales y tiene como propósito establecer su prevalencia en pacientes totalmente bulímicos para poder determinar la relación entre la

evolución y el desarrollo de manifestaciones que pueden alterar el correcto funcionamiento del sistema estomatognatico.

Así mismo, este trastorno alimenticio es la causa principal de manifestaciones bucales de origen psicosomático y actualmente tienen una alta prevalencia, ya que un gran porcentaje de la población bulímica presenta placa dental, cálculo supragingival, infracción del esmalte, erosiones dentales, e hipertrofia de las amígdalas, por lo que se necesita la existencia de mayores investigaciones exhaustivas para recolectar más datos epidemiológicos que permitan obtener una estadística más completa.

De este modo, la finalidad de este trabajo de investigación radica en que muchas de las personas que presentan trastornos alimenticios como es el caso de la bulimia no conocen la importancia de la integridad del sistema estomatognatico y asimismo evitar la aparición de cualquier alteración que afecte tanto al sistema orofacial y dental, por lo que no le dan la relevancia que amerita su rehabilitación bucal, tomando en cuenta solo el ámbito psicológico como factor preventivo en la aparición de dichas alteraciones.

Así pues, mediante la realización de un proyecto que tome en cuenta la fuerte relevancia que tiene los trastornos alimenticios de origen psicosomático en la higiene e integridad total del sistema estomatognatico, se podrá beneficiar tanto a las personas que sufren estos trastornos como a las personas que no presentan dichos trastornos, sino que funcione como fuente de medida preventiva, que son susceptibles a desarrollarlos. Todo esto tomando en cuenta la absoluta participación del odontólogo cumpliendo un rol en él como mediador preventivo y fuente de información para con las manifestaciones de dichos pacientes.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Tamayo (2000), expresa que el Marco Teórico o Conceptual es: “Un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permiten abordar el problema, dentro de un ámbito donde éste cobre sentido, incorporando los conocimientos previos relativos al mismo y ordenándolos de modo tal que resulten útiles para la investigación”.

Es importante acotar, que la fundamentación teórica, determina la perspectiva de análisis, la visión del problema que se asume en la investigación y de igual manera muestra la voluntad del investigador, de analizar la realidad objeto de estudio de acuerdo a una explicación pautada por los conceptos, categorías y el sistema preposicional, atendiendo a un determinado paradigma teórico (Balestrini, 2007).

Según Bavaresco (2006), el marco teórico referencial, brinda a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permiten abordar el problema dentro de un ámbito donde éste cobre sentido.

En este sentido, el marco teórico es la ubicación del tema de estudio dentro de un conjunto de conocimientos teóricos, conceptualizaciones y antecedentes sólidos, que permiten a través de la revisión bibliográfica abordar el tema y orientar la búsqueda, a fin de afianzar el conocimiento y servir de base para dar inicio al desarrollo de la presente investigación. A continuación se presentan los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos.

#### **2.1 Antecedentes de la investigación.**

Fidias Arias (2004), señala que: “Los antecedentes reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones.”

A continuación se presentan los trabajos previos consultados que tienen relación directa con el tema en estudio:

**Espinoza Peldoza F, Felmer Lüönd V, Laborda Pino** en su investigación **“Manifestaciones orales de pacientes con reflujo gastroesofágico” (2013)** tuvo como objetivo identificar y determinar la prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con ERGE (Reflujo Gastroesofágico) para esto se evaluaron 25 pacientes con reflujo gastroesofágico, y 26 pacientes sin la enfermedad (grupo control). Se les realizó un examen clínico intraoral, un cuestionario relacionado con reflujo gastroesofágico y salud oral, y medición del flujo y pH salival. En los resultados se observó que la pirosis, regurgitación ácida, disfagia, laringitis posterior, sibilancias y/o tos crónica no productiva, dolor de pecho, xerostomía, ardor de mucosas, hipersensibilidad dentaria, halitosis subjetiva, prevalencia de caries y eritema de paladar duro, paladar blando y úvula, se presentan con mayor prevalencia en pacientes con reflujo gastroesofágico; la prevalencia de erosiones, flujo salival basal y flujo salival estimulado se observó similar en ambos grupos. Las conclusiones este estudio contribuye a demostrar que si existe diferencia significativa en las características orales entre pacientes sanos y con reflujo gastroesofágico es por esto que, si se observan estas manifestaciones orales predominantes en pacientes con síntomas esofágicos se debe sospechar de ERGE (Reflujo Gastroesofágico). De acuerdo con esta investigación la relación

**Medina, K y Herrera, G (2011)** en su investigación **“Problemas de salud bucal asociados a la bulimia y anorexia en pacientes del área de nutrición del Centro Médico Caracas enero-mayo 2010”** tuvieron como objetivo determinar el estado de salud bucal en pacientes con diagnóstico de bulimia y anorexia que asistieron al área de Nutrición del Centro Médico Caracas durante el período enero – mayo 2010. La muestra estuvo constituida por 15 pacientes que conformaban el 37,5% de la población objeto de estudio. Obtuvieron como resultado de los pacientes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria existe mayor población con bulimia y en menor cantidad con anorexia, también este trastorno se presenta en mayor proporción en pacientes de sexo femenino que de sexo masculino, y en relación con la edad, se encontró que entre la población estudiada la edad promedio fue de 17 a 24 años de edad. Los autores refieren que el efecto que tienen estos trastornos sobre las estructuras dentales es significativo ya

que se demostró que los pacientes presentaban diversas patologías entre las cuales están el desgaste del esmalte dental por acción de los ácidos gástricos, sensibilidad dentinaria y reducción del flujo saliva.

**Leonor Ochoa G, Saul Dufoo O, Claudia S de Leon Torres**, en su investigación **“Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia”** (2008)

La profesión odontológica orientada hacia la población reconoce el papel de la nutrición en la práctica clínica y aplica los principios nutricionales a la salud bucal. El cirujano dentista tiene la oportunidad de observar las manifestaciones bucales debidas a una ingestión de alimentos inapropiada y orientar adecuadamente a sus pacientes. Los trastornos nutricionales, como la anorexia y la bulimia, tienen repercusiones importantes en la salud bucodental del paciente que las padece. Dentro de las manifestaciones más importantes y de mayor prevalencia destacan: desmineralización y erosión del esmalte, caries, alteraciones de la mucosa y del periodonto. Debido a la naturaleza de estos trastornos, comúnmente no se le da la importancia a los problemas bucodentales, sin embargo aunque éstos no ponen en riesgo la vida del paciente, debe tenerse en cuenta por su carácter irreversible y se debe actuar con prontitud en su diagnóstico y tratamiento. Es necesario advertir que el tratamiento dental no es sencillo y que el odontólogo debe considerar como un reto importante la recuperación y el mantenimiento del paciente, pero por tratarse de un padecimiento multisistémico deberá ser tratado por un equipo multidisciplinario especializado, quienes de manera conjunta ayudarán a salvarle la vida a la persona que la padece.

**Yeily Thomas, Edgar Ibáñez, Claudia Serrano, Dannys Teheran** en su investigación **“Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo”** (2008)

El aumento de la frecuencia que han tenido los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) principalmente anorexia y bulimia nerviosa, en la población de mujeres

adolescentes a nivel mundial comenzaron a permear las diferentes esferas de nuestra sociedad. El objetivo de esta investigación fue identificar las manifestaciones dentales presentes en un grupo de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa tipo compulsivo purgativo en siete instituciones de Bogotá en el año 2007. Materiales y Métodos: El tipo de estudio es de serie de casos conformado por 15 mujeres voluntarias mayores de 18 años con una evolución de la enfermedad mayor a seis meses y excluyendo pacientes con reflujo gastro-esofágico, las variables que se tomaron fueron la edad, ocupación, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes médicos, tratamiento médico, vómito, higiene oral, placa blanda, estado de la dentición, necesidad de tratamiento y erosión dental. Resultados: Presentaron Bulimia el 93.3%(n=14) y anorexia de tipo compulsivo purgativo el 6,7%, con un promedio de edad de  $22\pm 4.3$  años, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de  $4.2\pm 2.7$  años, presentaron una frecuencia de vómito de 4 a 7 veces al día el 46.7%, el índice de placa blanda promedio fue de  $0.47 \pm 0.2$ , el índice de CPO-D fue de  $6\pm 3.9$ , la necesidad de tratamiento más frecuente fue la obturación de dos superficies dentales con un 60%, las superficies dentales se encontraron en un 47.3% en grado II y el 42.5% en grado I. Conclusiones: Se presentaron buenos hábitos de higiene oral con un CPO-D alto y una erosión dental leve y moderada que puede estar relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad y la frecuencia del vómito. Palabras Clave: Desorden alimenticio, vómito, erosión, caries dental, bulimia. Rev. CES Odont. 21(2) 33-38.2008.

**Gay, Z y Ramírez, G (2000)** en su investigación “**Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos**” presentan una revisión bibliográfica general de ambos trastornos, exponiendo aspectos generales del síndrome y relativos a la repercusión que tienen en los dientes y demás tejidos bucales así como los recursos terapéuticos que existen para su manejo odontológico. Afirman que las principales manifestaciones bucales y complicaciones dentales son: Erosión del esmalte, en el siguiente orden: erosión extensa en superficie palatina anterior; erosión moderada en superficie vestibular anterosuperior; erosión moderada en superficie lingual y oclusal posterior superior e inferior. Caries, debido a una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal; además de medicamentos prescritos que pueden contribuir con esta manifestación. Sialodenois que

se define como agrandamiento de las parótidas no inflamatorio. Xerostomía que se debe principalmente a condiciones como la malnutrición, deshidratación, ansiedad, anemia, etc. Gingivitis, más común en pacientes bulímicos que en pacientes anoréxicos. En cuanto a la mucosa, los autores refieren que se ve afectada por la xerostomía, la falta de hidratación y lubricación lo que aumenta la tendencia a la ulceración e infección. Los autores concluyeron que es usual que los trastornos alimenticios tengan solamente interés de carácter investigativo en algunas áreas de la salud como la nutrición, cuando se ha demostrado que tienen aspectos de mucha importancia para el bienestar de la persona, como el aspecto psíquico y social del paciente. Consideran que se deben vincular todas las áreas de la salud y de las ciencias sociales como la medicina, psicología, nutrición, odontología, sociología, antropología social, entre otras, para poder comprender el tema de manera integral y abordarlo como un todo; no se debe manejar este trastorno sólo como un síntoma aislado de otras enfermedades, sino como un síndrome bien definido.

De acuerdo a las investigaciones antes citadas, cuyo estudio fue basado en la prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes bulímicas evaluados según un grupo etario comprendido en edades de 15 a 25 años, predilección al sexo femenino, se establece una relación con la siguientes manifestaciones: erosión del esmalte, hipersensibilidad dentaria, alteraciones de la mucosa, frecuencia del vómito y medicamentos prescritos que pueden contribuir con la manifestación de este estudio, lo cual ha proporcionado información de importancia para el desarrollo de la presente investigación.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

Según Arias (2006)

Las Bases Teóricas implican un desarrollo amplio de los conceptos y proposiciones que conforman el punto de vista o enfoque adoptado, para sustentar o explicar el problema planteado. Es decir, son los aspectos conceptuales o teóricos que se ubicarán en el problema de investigación que están directamente relacionados con las variables del trabajo de grado.

Bavaresco (2006) define que

Las Bases Teóricas tiene que ver con las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio, es decir, cada problema posee algún referente teórico, lo que indica, que el investigador no puede hacer abstracción por el desconocimiento, salvo que sus estudios se soporten en investigaciones puras o bien exploratorias. Ahora bien, en los enfoques descriptivos, experimentales, documentales, históricos, etnográficos, predictivos u otros donde la existencia de marcos referenciales son fundamentales y los cuales animan al estudioso a buscar conexión con las teorías precedentes o bien a la búsqueda de nuevas teorías como producto del nuevo conocimiento.

A continuación se presentan las bases teóricas que sustentan la investigación sobre Prevalencia de manifestaciones bucales presentes en pacientes diagnosticados con bulimia que acuden al área de psiquiatría y nutrición del Centro Medico Dini marzo 2015 – noviembre 2015.

### **Bulimia**

Definición de bulimia nerviosa según la OMS: La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

### **Historia**

Dres. M. Fernanda Rava y Tomás J. Silber (2004) el término bulimia, deriva del griego boulimos, que a su vez deriva de la fusión de bous (buey) y limos (hambre), literalmente “hambre de buey”. La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua

Roma. En el siglo 18, James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito.

En el siglo 19, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830 y luego fue olvidada. Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”.

### **Tipos de bulimia nerviosa según la OMS**

1. Tipo “Purgativo”: la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
2. Tipo “No purgativo”: la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM-VI-TR 2002**) la bulimia nerviosa consiste en:

Atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Estos atracones de comida y conductas compensatorias inadecuadas deben darse por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.

### **Síntomas**

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: o Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a lo que ingieren la

mayoría de las personas en un tiempo similar y en las mismas circunstancias. o Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

- Tiene conductas compensatorias inadecuadas que realiza de manera repetida con el fin de no ganar peso. Ejemplo: vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo, etc.
- Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas se realizan por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Según Palazzoli (1999) existen los síntomas secundarios:

- La piel tiene un aspecto seco, escamoso y gris.
- Los resultados de la exploración endocrinológica no muestran ninguna alteración específica de la enfermedad.
- Existe una atrofia muscular y la fuerza física se conserva hasta que esté más avanzada la enfermedad.
- Cuando el cuerpo pone en funcionamiento el mecanismo de ahorro energético llega a producir bradicardia, hipotensión, reducción de la circulación periférica e hipotermia (por debajo de 35 grados), y disminución de los valores basales.
- Según Goldman (2000) dentro de las alteraciones características del sistema nervioso vegetativo se encuentra la hipertonia simpática que llega hasta un agotamiento simpático total en estadios posteriores; con la recuperación se mejora.

## **Causas**

Según Ogden (2005) comenta que dado el interés por la temática de los problemas alimenticios se han realizado más investigaciones proporcionando teorías de su causalidad. Se plantea que existen diversos factores, entre ellos:

- **Genéticas:** A través de varias investigaciones se ha observado que la probabilidad de que un pariente de un paciente con bulimia, padezca un trastorno alimentario, era diez veces mayor a la población control. Esto quiere decir que en las familias

donde se ha identificado con anterioridad la bulimia en algún miembro, va a presentar de nuevo este trastorno, pero en otro miembro de la familia. Se han realizado estudios genéticos a través de los cuales es mejor diferenciar los factores ambientales de los genéticos. Demostrando que hay una mayor influencia genética sobre la anorexia que en el desarrollo de la bulimia.

- **Psicológicas:** Raich (2001) al hablar de estos factores hace referencia a aspectos cognitivos, conductuales y emocionales. Se presentan aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que giran en torno a la comida, peso y aspecto general. Creando pensamientos dicotómicos, inferencia arbitraria, pensamientos supersticiosos, generalizaciones excesivas, ideas autorreferenciales, uso selectivo de la información y magnificación de lo negativo. Por ejemplo: “Si comes a gusto, engordaras”, “no conseguiré controlarme nunca”.

Se encuentra el sentimiento de fealdad, el cual aparece al compararse con los ideales culturales y que la sociedad impone. Creando comparaciones injustas, observándose únicamente los “defectos”, la sensación de fealdad nuevamente y culpa, mal humor y la predicción de la desgracia. La fotografía mental de su cuerpo no corresponde a una estimación objetiva, la evaluación de un objeto como el cuerpo que esta aliado con el auto estima amenaza con el propio valor y produce ansiedad, lo que no favorece a la objetividad según Raich (2001).

- **Sociales:** Aquí se encuentra la influencia de los medios de comunicación, conversaciones entre los mismos adolescentes, la publicidad y el rechazo del obeso. (Raich, 2001).

### **Conductas de riesgo**

Las conductas de riesgo son las que si se hacen con una cierta regularidad pueden acabar con la aparición de una anorexia o bulimia nerviosa. Si se observan algunos de estos conductas en algún familiar o compañero hay que advertirle del riesgo de sufrir anorexia o bulimia.

- Se tiene mucho interés por todo lo que está relacionado con el mundo de la moda, las modelos o bailarinas de ballet.
- Excesiva preocupación por el orden, y aumento en las actividades de limpieza en casa y hacia el estudio.
- Hacer comentarios frecuentes sobre el peso, las tallas, el aspecto físico y la alimentación. Preocuparse en exceso cuando otras personas le hacen algún comentario sobre el aspecto físico.
- Considerar que el aspecto físico tiene mucho valor como medio para conseguir el éxito en cualquier área de la vida.

### **Detección precoz de la patología**

- Engañar a los demás sobre su alimentación y conductas de purga.
- Nerviosismo a las horas de comer.
- Desaparición de comida de la cocina.
- Aparición de comida escondida en el bolso o en diferentes lugares de la habitación.
- Ir al lavabo al final de las comidas con excesiva frecuencia.
- Cambios del estado de ánimo o de carácter (depresión, irritabilidad)
- Distanciamiento de los amigos y familiares.
- Se evita ir a lugares públicos donde haya comida.

### **Signos fisiológicos**

- Irritación crónica de la garganta y/o pérdida de los dientes provocados por la autoinducción repetida de vómitos.
- Dolor muscular y fatiga.
- Oscilaciones de peso (5 ó 10 kg arriba o abajo en poco tiempo).
- Pequeñas rupturas vasculares bajo los ojos.
- Inflamación de las parótidas.

## **Cambios de actitud**

- Modificaciones del carácter:
- depresión,
- sentimiento de culpa,
- tristeza,
- sensación de descontrol

## **Etiología**

Alessandra Alvarado Maso; Marisabel Cedillo Ayala; Gisell Rivas Z; Teresa Mor (2000) se piensa que esta enfermedad es una suma de influencias biológicas, psicológicas y sociales; bajo el punto de vista biológico hay una alteración del funcionamiento del hipotálamo, ausencia de la La colecistoquinina (cck) que maneja el mecanismo de la saciedad en el cerebro; a nivel psiquiátrico como una respuesta a relaciones interpersonales inadecuadas o destructivas, depresiones, estrés, etc.; y a nivel social por la búsqueda de la delgadez como patrón de belleza, miedo a engordar, excesiva promoción de dietas mágicas, productos y equipos para adelgazar, la exhibición de cuerpos ultradelgados en los medios de comunicación. En fin es una enfermedad multifactorial la cual dependiendo del caso puede presentar una, varias o todas las características antes señaladas.

## **Epidemiología**

Dres. M. Fernanda Rava y Tomás J. Silber en (2004) Es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino, y es más frecuente que la anorexia nerviosa. El diagnóstico muchas veces es difícil por la ocultación de los síntomas y si bien es una enfermedad que se inicia en la adolescencia, puede pasar desapercibida y sólo ser descubierta después de muchos años, a veces después de más de una década de sintomatología.

Por tratarse de una “condición secreta”, se carece de datos epidemiológicos suficientes. En un estudio realizado por Soundy y col desde 1980 a 1990, la incidencia de bulimia nerviosa por año en mujeres fue de 26,5/ 100.000 habitantes, mientras que en varones fue

de 0,8/100.000, con un promedio total de 13,5/100.000 personas por año. Se observó una relación mujer-hombre de 33:1.7 En otro estudio realizado por Turnbull y col. desde 1988 a 1993, se observó una incidencia de 23,3/100.000 habitantes en mujeres y de 0,5/ 100.000 habitantes en hombres, con un promedio total de 12,2/100.000 habitantes por año y una relación mujer-hombre de 47:1.8 Los vómitos autoinducidos pueden o no ser parte del cuadro clínico de la bulimia nerviosa. Algunos estudios aislados nos pueden dar una visión aproximada de la extensión del problema de los vómitos autoinducidos.

### **Manifestaciones bucales**

Federación Dental Internacional (FDI), fundada hace más de cien años, la única asociación mundial de la odontología que existe. Los efectos más relevantes sobre la cavidad bucal producidos por la bulimia nerviosa de tipo purgativo compulsivo son: erosión de las piezas dentarias mayormente expuestas a los fluidos ácidos provenientes del estómago en el momento del vómito, particularmente las caras palatinas del grupo antero superior, y aumento en la incidencia de caries por la presencia de una mayor acidez en el medio y por una disminución del flujo salival, la que, además de aumentar la incidencia de la caries, produce una manifiesta sequedad bucal que puede ser de ayuda en el diagnóstico.

De acuerdo con la declaración de la Federación Dental Internacional (FDI), la erosión dental se caracteriza por la pérdida de superficie de los tejidos duros dentarios. Aunque no se conoce del todo su etiología, se le vincula con un proceso multifactorial químico o de disolución de ácidos. Clínicamente, la erosión dental puede aparecer en principio como un defecto adamantino brillante y liso, que si no se trata puede avanzar a la dentina y producir defectos graves que cambian la forma y función de la dentición. El factor bacteriano no se presenta en la erosión. Puede ser el resultado de la exposición a los ácidos de los alimentos, bebidas o regurgitación. Su desarrollo puede ser parte de un proceso acumulativo en el que influye la frecuencia y el tipo de la exposición al ácido, de las costumbres de higiene oral y de la vulnerabilidad individual. Es por esto que la erosión dental se encuentra dentro de la clasificación de las patologías bucales en aquellas provocadas por factores físicos y químicos.

Por lo cual existen tres tipos de erosión dental: extrínseca, intrínseca e idiopática. La erosión extrínseca es provocada por alimentos, bebidas y otras fuentes externas de ácidos. La erosión intrínseca está relacionada con la regurgitación o el reflujo de fluidos del estomago, cuyo ejemplo clásico es la encontrada en la cavidad bucal de los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo. Cuando las causas no se determinan con claridad recibe el nombre de erosión idiopática y si el proceso es activo, se necesita proteger de inmediato los tejidos duros del diente para evitar un mayor deterioro. Esto implica tomar medidas para reducir los factores etiológicos en el proceso erosivo.

La erosión producida sobre las piezas dentarias es masiva y, a diferencia de las abrasiones, abarca la totalidad de la cara afectada (palatina principalmente) al asumir la forma de una cuchara. Se caracteriza por: erosión extensa de superficies palatinas anteriores; erosión moderada en superficies vestibular, anterior-superior; erosión moderada en superficies linguales y oclusal posterior superior e inferior y superficies linguales inferiores prácticamente inalteradas. Existe ausencia de pigmentaciones exógenas ocasionada por café, té, cigarrillo, etcétera, sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. La rehabilitación de estas piezas es difícil, más aún cuando existe extrusión de las piezas antagonistas.

Mientras que la dieta es considerada la causa más importante de erosión dental, el riesgo de erosión debido al efecto de ácidos intrínsecos ha sido reconocido y estudiado. Teóricamente, todos los desordenes asociados a la presencia de ácido gástrico en cavidad oral, pueden derivar en desmineralización de los tejidos duros dentales. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de erosión dental inducida por factores intrínsecos han sido solamente observadas a la fecha en desordenes asociados con regurgitación ácida persistente y vómito crónico. Éstos incluyen la enfermedad de reflujo gastro-esofágico, alcoholismo crónico y la bulimia nerviosa.

El porcentaje (38%) de prevalencia de la erosión dental es bajo debido a que depende de la combinación de aspectos como el tipo de dieta, frecuencia de vómito, tiempo con el padecimiento, higiene (enjuague posterior al vómito), entre otros. La erosión no aparece hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años. Se considera, a pesar de su baja prevalencia, que es la lesión dental típica de estos

pacientes en orden descendente. El grado de erosión puede ser distinto en extensión y velocidad de progresión; esto crea un verdadero reto restaurativo y se complica aún más por:

- Capacidad de amortiguación salival (buffer).
- El pH salival.
- Magnitud flujo salival.
- Composición y grado de calcificación de la superficie dental.
- Parafunciones (bruxismo).
- Tipo de dieta ácida

### **Caries dental**

El abuso en la ingesta de carbohidratos, asociado a una deficiencia en la higiene bucal, aumenta la prevalencia a la caries dental. El uso de medicamentos prescritos a los pacientes anoréxicos o bulímicos, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa, entre otras, contribuyen a la presencia de dicho padecimiento. Es factible que existan cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como streptococos mutans y lactobacilos.

En los pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo purgativo compulsivo, pueden existir grados variables de xerostomías asociadas a la deshidratación – producida por la pérdida de líquidos ocasionada por el vómito-, estados permanentes de ansiedad y secundarios a medicación depresora del sistema nervioso central lo que contribuye a mayor presencia y cúmulo de placa dentobacteriana.

Se entiende por xerostomía la sensación subjetiva de sequedad de boca. No es específica de la edad geriátrica, pero predomina en pacientes que superan la quinta década de la vida. La sintomatología bucal y extrabucal asociada a xerostomía conlleva un déficit importante en la calidad de vida de estos pacientes. Su prevención y tratamiento pasan por el conocimiento de los factores causales, destacando por su frecuencia e importancia la acción xerostomizante de numerosos fármacos.

## **Erosión**

Es la pérdida del tejido dental duro que se encuentra en la superficie de los dientes debido a procesos químicos, normalmente a un ataque ácido, sin involucrar a la placa bacteriana. Existen 2 tipos de erosiones dentales:

**Erosión Intrínseca:** causada por ácidos gástricos o regurgitación consecuente de problemas médicos y psicológicos (por ejemplo reflujo ácido, anorexia y bulimia).

**Erosión Extrínseca:** Causada cuando los ácidos relacionados con la alimentación (por ejemplo: consumo de azúcar, refresco dietéticos, jugos de frutas, etc.) contribuyen para hacer el medio bucal muy ácido.

## **La xerostomía**

La boca seca, también conocida como xerostomía, es una condición muy común que afecta alrededor de uno de cada cuatro a cinco adultos, principalmente mujeres. Usualmente es debido al decremento en la cantidad de saliva en la boca. La saliva tiene funciones muy importantes, con papel en el gusto, el habla, la masticación, la digestión y la protección de los dientes, la boca y los labios. Por lo tanto, sumada al malestar de la boca seca, una prolongada reducción en la cantidad o fluido de saliva puede tener consecuencias serias, entre ellas caries dental severa e infecciones orales y malnutrición. En suma, la boca seca es frecuentemente un indicador de muchas enfermedades. Las personas que sufren de boca seca también padecen de resequead de ojos, nariz, piel y área vaginal.

La deshidratación desencadena una hiposaliva transitoria de la saliva global o mixta. Se puede presentar en estados febriles, poliuria, diarrea, hemorragias, gastritis, insuficiencia pancreática, fibrosis quística, hipertensión, polineuropatía amiloidótica familiar, intervenciones quirúrgicas y en el déficit vitamínico de riboflavina y de ácido nicotínico, así como la pérdida de líquidos corporales a causa del vómito en pacientes bulímicos.

También puede ser causada por daño directo a las glándulas salivales debido a enfermedad, infección, o un efecto colateral de tratamiento médico, como lo es la radiación terapéutica. Una causa común de boca seca es la ingesta de medicamentos xerogénicos, los cuales reducen la producción de saliva en glándulas salivales por lo demás sanas. Alrededor de 1800 medicamentos tienen la capacidad de causar resequead de boca. Estos

medicamentos, los cuales se pueden obtener por prescripción (tales como los antidepresivos) o sin ella (tales como los remedios para la gripa o antialérgicos), tomados después de un periodo de tiempo, pueden incrementar el riesgo de infecciones orales y dentales.

La saliva mantiene y protege la integridad de la mucosa bucal, participa en la protección de la dentadura gracias a su composición química, que le confiere un efecto tampón y contiene los iones necesarios para la remineralización de los dientes. Además tiene capacidad antifúngica, antibacteriana y antiviral, necesarias para el mantenimiento del equilibrio de la microbiota oral. En los pacientes portadores de prótesis dental, facilita su adhesión a la mucosa. La cantidad de flujo real de saliva es el resultado de la producción y consumo de saliva la saliva en reposo es la que se produce de forma espontánea, en situación de relajación y en ausencia de estímulos exógenos o farmacológicos. La saliva estimulada es la que se obtiene después de haber sometido al paciente a estimulación salival. La secreción media de saliva mixta en reposo es de 0,2-0,4 ml/min y la de saliva estimulada es de 1-2 ml/min.

La hiposalivación es la disminución de la función de una o más glándulas, y esto conlleva la disminución de flujo salival. La xerostomía se detecta cuando el flujo de saliva mixta disminuye a la mitad, y es el síntoma define la sensación subjetiva de boca seca, pero no indica necesariamente sequedad objetiva de la mucosa bucal, pues el umbral de esta sensación es variable y no todos los casos de hipofunción salival se acompañan de sequedad bucal. La xerostomía generalmente es el resultado de una hipofunción multiglandular inducida por enfermedades sistémicas, radioterapia e ingesta de determinados fármacos. Predomina a partir de la quinta década de la vida.

La saliva juega un papel importantísimo en la higiene de la boca. Además de intervenir en el proceso digestivo, ayudando a la masticación y recubriendo los alimentos de enzimas que facilitan la transformación del almidón contenido en ellos, este líquido incoloro impide la proliferación de la placa bacteriana. Actúa estabilizando el PH de la boca, debido a su alta concentración en carbonatos y fosfatos. Si no se mantiene una higiene bucodental adecuada. Prolifera gran cantidad de placa bacteriana y microorganismos, que hacen que el PH dentro de la boca se vuelva ácido. Una alimentación con excesivo contenido en

azúcares refinados y harinas contribuye también a acidificar el PH bucal. Al mismo tiempo, la saliva juega un papel esencial ya que incluye otros elementos como calcio y flúor que ayudan a remineralizar los dientes y mantener su esmalte.

La boca segrega saliva durante las 24 horas del día, a través de las glándulas salivales, que son seis y se localizan en las mejillas (glándulas parótidas), a ambos lados del suelo de la boca (glándulas submaxilares) y debajo de la lengua (glándulas sublinguales). Se calcula que las glándulas salivales segregan un litro de saliva diario, aunque esta producción es menor durante la noche, de ahí que sea importante cepillar los dientes antes de acostarse para eliminar la placa bacteriana y evitar que la menor cantidad de saliva favorezca la proliferación de microorganismos. Al mismo tiempo, la producción de saliva también disminuye con la edad. Por ello se recomienda a las personas mayores acudir con más frecuencia (dos veces al año) al dentista con el fin de prevenir o detectar a tiempo posibles problemas bucodentales.

Milosevic y Dawson no encontraron diferencias significativas en los valores del pH salival entre pacientes con bulimia y sus controles, aunque sí hallaron concentraciones disminuidas de bicarbonato y aumento en la viscosidad; en contraparte, Touyz y colaboradores. Refieren que la saliva es más ácida en pacientes con trastornos alimentarios sin deficiencias en la tasa de flujo salival. Aunque en general, la calidad, cantidad, capacidad de amortiguación (buffer) y pH, tanto de muestras tomadas en reposo como por estimulación, se han encontrado reducidos. Es importante destacar que muchas de las alteraciones en las características cualitativas y cuantitativas (xerostomía) de la saliva son debidas principalmente a condiciones generales como mal nutrición, mal absorción, ansiedad, anemia y desórdenes hormonales, así como secundarias a prescripción medicamentosa de sedantes, antidepresivos o antiespasmódicos, entre otros y por sialoadenitis.

### **Sialoadenitis**

Definida como infección o inflamación dolorosa de una o de las seis glándulas salivales mayores se produce como resultado de invasión bacteriana o viral y se presenta como tumefacción crónica o aguda. La glándula parótida es la afectada con mayor frecuencia. El

flujo salival se reduce, la saliva se vuelve más espesa y viscosa. La deshidratación, secundaria a cirugía o fármacos, estimula la sialoadenitis bacteriana. No se considera un signo patognomónico de la anorexia aunque es frecuentemente encontrado.

Sin embargo se ha llegado a confundir con síndrome de Sjögren. Aunque en general se asocia con la condición crónica de vomitar, su causa real se desconoce. 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 espontáneamente.

### **Mucosa**

Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía; la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico se afecta la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival, lo cual se manifiesta con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones por la autoinducción del reflejo nauseoso. Además de lo anterior, las deficiencias de nutrientes y vitaminas básicas alteran la conservación y recambio epitelial y producen también queilosis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisurales.

### **Periodonto**

Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, y el más frecuente es la gingivitis. La salud gingival, medida por el Índice Gingival, fue mejor en los pacientes con anorexia; la recesión gingival no es representativa, contrario a los resultados de Touyz y colaboradores, quienes reportaron que la recesión gingival es frecuente en los padecimientos alimentarios al igual que la gingivitis, contrario a la periodontitis. La deshidratación de los tejidos bucales por las deficiencias en la producción de saliva, las deficiencias dietéticas y la pobre higiene bucal impactan adversamente la salud periodontal por acúmulo de irritantes locales. 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, dado que en éstos no se presentan efectos destructivos sobre la dentición así como de condiciones dentales locales

### 2.3. Definición de Términos Básicos

**Ansiedad:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

**Atrofia:** Disminución del volumen o tamaño de un órgano o de un tejido orgánico debido a causas fisiológicas o patológicas.

**Antidepresivo:** sustancia química, o medicamento que estimula la actividad del sistema nervioso y se utiliza en el tratamiento de la depresión.

**Colecistoquinina:** Hormona polipeptídica segregada por la mucosa intestinal.

**Disfagia:** Es el término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución

**Hipertonía:** tensión exagerada, especialmente en el tono muscular, con aumento de la resistencia al estiramiento pasivo.

**Hipofunción:** Disminución de la función normal de un órgano o de una parte de él.

**Hiposalivación:** Disminución del flujo de saliva que puede estar asociada a deshidratación

**Idiopática:** Es un adjetivo usado primariamente en medicina, que significa de irrupción espontánea o de causa desconocida.

**Microbiota:** Es el conjunto de microorganismos que se localizan de manera normal en distintos sitios del cuerpo humano.

**Queilosis:** Trastorno de los labios y de la boca que se caracteriza por la formación de escamas y fisuras debido a una dieta deficiente en riboflavina

**Sialoadenitis:** es un término médico que significa inflamación de una de las glándulas salivales, que puede ser un evento agudo (temporal) o crónico y recurrente.

**Síndrome de Sjögren:** Es una enfermedad autoinmune inflamatoria que causa resequedad, particularmente en los ojos y la boca.

**Xerostomía:** Es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### **3.1. Tipo de Estudio**

Para Méndez (2007), al desarrollar el tipo de investigación se debe considerar “el nivel de conocimiento científico (observación, descripción, explicación) al que espera llegar el investigador, se debe formular el tipo de estudio”.

Entre tanto, Tamayo (2007), refiere cuando se va a resolver un problema en forma científica, es conveniente conocer los tipos de investigaciones existentes para evitar equivocaciones en la elección del método adecuado para un procedimiento específico.

Adicionalmente, Chávez (2007), expresa que el tipo de investigación “se determina de acuerdo con el tipo de problema que el lector desea solucionar, objetivos que pretenda lograr y disponibilidad de recursos”. El investigador debe indagar sobre que otros criterios clasificarán su estudio, con el objeto de completar tal explicación, señalando de esta manera las razones consideradas para incluirlas en los diversos tipos, basándose en la realidad de su trabajo científico.

Fidias, G. Arias (2012), define la investigación descriptiva como la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere.

En este orden de ideas, el presente trabajo, corresponde a una investigación de tipo descriptiva, de acuerdo con Hurtado (2000), este tipo de investigación “tiene como objetivo analizar un evento y comprenderlo en términos de sus aspectos más evidentes (...) propicia el estudio y la comprensión más profunda del evento en estudio”.

Por su parte, Tamayo (2007), refiere a las investigaciones descriptivas como el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; trabajando así, sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta.

Bavaresco (2006), considera que los estudios descriptivos “persiguen el conocimiento de las características de una situación dada, plantea objetivos y formula hipótesis sin usar laboratorios”.

Igualmente, Hernández, et al. (2006), establecen que en estudios descriptivos es necesario que el investigador especifique quienes deben estar incluidos en la medición, o qué contexto, hecho, ambiente, comunidad o equivalente habrá de describirse.

Según el análisis y el alcance de los resultados, es una investigación de tipo descriptiva ya que su objetivo es describir una enfermedad o característica en una población determinada.

### **3.2. Diseño de la Investigación**

El diseño de la investigación del presente proyecto se clasificó como un diseño no experimental de campo de modalidad transversal descriptiva en donde se indaga entre grupos la variable objeto de estudio en un momento establecido.

En este sentido, para Hernández, Fernández y Baptista (2006), “los estudios transversales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables de una población”.

Hernández Sampieri Et, Al. (2003) define los diseños de investigación transeccional o transversal como aquellos que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Según el período y secuencia de estudio, el presente trabajo es una investigación de tipo transversal ya que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo período de tiempo.

### **3.3. Población y Muestra**

Para Chávez (2007), la población “es el universo de estudio de la investigación, sobre el cual se pretende generalizar los resultados, constituida por características o estratos que le permiten distinguir los sujetos, unos de otros”.

De igual manera, Corbetta (2007), define a la población como “un conjunto de N unidades, que constituyen el objeto de un estudio; donde N es el tamaño de la población”.

La población según Parra (2003), “es el conjunto integrado por todas las mediciones u observaciones del universo de interés en la investigación”.

La población estará constituida por el total de pacientes femeninos diagnosticados con Bulimia que acuden al área de Nutrición y Psiquiatría del Centro Medico Docente La Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25, la cual está constituida por aproximadamente 20 pacientes.

A este respecto, Bavaresco (2006), refiere que “cuando se hace difícil el estudio de toda la población, es necesario extraer una muestra, la cual no es más que un subconjunto de la población, con la que se va a trabajar”.

Parra (2003), define la muestra como “una parte (sub-conjunto) de la población obtenida con el propósito de investigar propiedades que posee la población”.

Por ser una población accesible, en esta investigación la muestra estará representada por la totalidad de la población, es decir 20 pacientes femeninos diagnosticados con Bulimia que acuden al área de Nutrición y Psiquiatría del Centro Medico Docente La Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25.

### **3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Se define técnica como un conjunto de procedimientos o recursos que se usan en arte, en ciencia o en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad.

En este sentido, Chávez (2007), argumenta que los instrumentos de investigación son los medios que utiliza el investigador para medir el comportamiento o atributos de las variables, entre los cuales se destacan los cuestionarios, entrevistas y escalas de clasificación, entre otros

Como técnica de recolección de datos se utilizó la observación estructurada, mientras que como instrumento de recolección de datos, se preparó un cuestionario muy detallado para obtener la información, la cual está constituida por una serie de preguntas que indagan sobre las manifestaciones bucales presentes en cada paciente.

La principal ventaja del uso de la encuesta es que, dependiendo de la profundidad de la misma, se pueden obtener datos muy precisos; mientras que la desventaja radica en la posibilidad de que los encuestados puedan brindar respuestas falsas, o que los encuestadores puedan recurrir a atajos.

En esta investigación se usó el instrumento cuestionario elaborado con una serie de preguntas cerradas específicamente dicotómicas, es decir, se responderán las preguntas solo usando la opción “SI” y “NO”. De igual manera, se elaboraron una serie de preguntas con múltiples opciones.

### **3.5 Cuadro de operacionalización de las variables**

Según Jacobs y Razavieh, (1982) El término variable se define como las características o atributos que admiten diferentes valores.

**Tabla N°1: Operacionalización de las variables**

<b>Objetivo General</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Instrumento</b>
Determinar la prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia que acuden al área de psiquiatría y nutrición del Centro Médico Docente La Trinidad en edades comprendidas de 15 a 25 durante el período marzo 2015 – noviembre 2015	Prevalencia de las manifestaciones bucales presentes en pacientes femeninos diagnosticados con bulimia	Estudio de la frecuencia presencia de manifestaciones bucales en pacientes femeninos con bulimia	Epidemiología del hábito	Tipo de dieta	1	<b>Encuesta</b>
				Frecuencia	2, 3,6	
			Tratamiento continuo	Medicamentos	4,5	
			Hábitos de higiene	Tipos y frecuencia de hábitos	7	
			Manifestaciones bucales	Signos y síntomas	8,9	

### **3.6 Técnicas de Análisis**

Méndez (2007), expone que el análisis de los resultados como proceso implica el manejo de los datos que se han obtenido, reflejándolos en cuadros y gráficos, una vez dispuestos, se inicia su análisis tomando en cuenta las bases teóricas, cumpliendo así los objetivos propuestos. Así mismo, Hernández et al. (2006) describen el análisis de datos como “un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías”. Por otra parte, Bavaresco (2006), señala que es en esta etapa cuando los cuadros elaborados deberán ser interpretados para obtener los resultados, donde se converge el sentido crítico objetivo – subjetivo que le impartirá el investigador a esos números recogidos en las tablas.

Posterior a la obtención de los datos obtenidos mediante la aplicación de la entrevista y la evaluación de cada paciente, se organizó dichos datos y se dividió a la población según el uso o no de fármacos, tipo de dieta, hábitos de higiene bucal, tratamiento farmacológico de la bulimia. Para luego presentar los resultados a través de gráficas.

**CAPITULO IV**  
**ANALISIS DE RESULTADOS**

<b>Ítems #1</b>	<b>Indique el tipo de dieta que ingiere regularmente</b>
-----------------	--

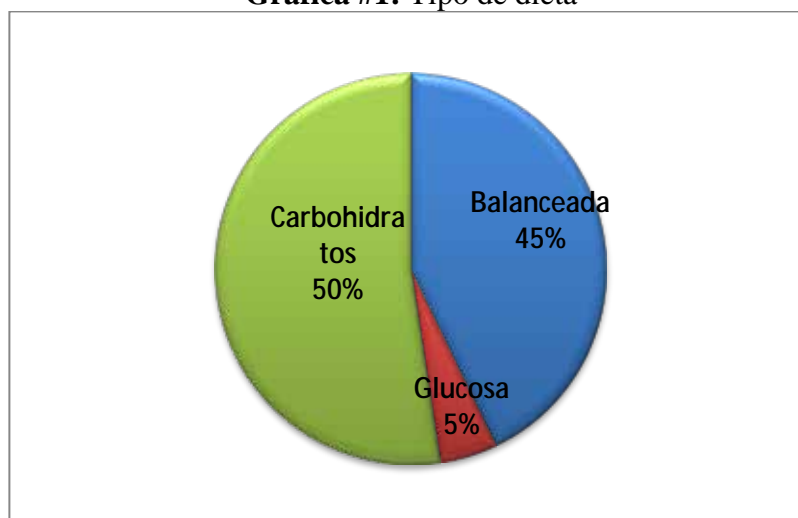
**Tabla #1**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
Balanceada (proteínas, vegetales).	9	45%
Rica en carbohidratos (harinas).	10	50%
Rica en glucosa (azúcar).	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #1: Tipo de dieta**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas; el 50% de la muestra afirma ingerir regularmente carbohidratos (harina) en su dieta; un 45% mantiene una dieta balanceada, compuesta por vegetales y proteínas; y por ultimo un 5% ingiere una dieta basada en glucosa.

**Ítems #2 ¿Siente usted la necesidad involuntaria de ingerir altas cantidades de alimentos?**

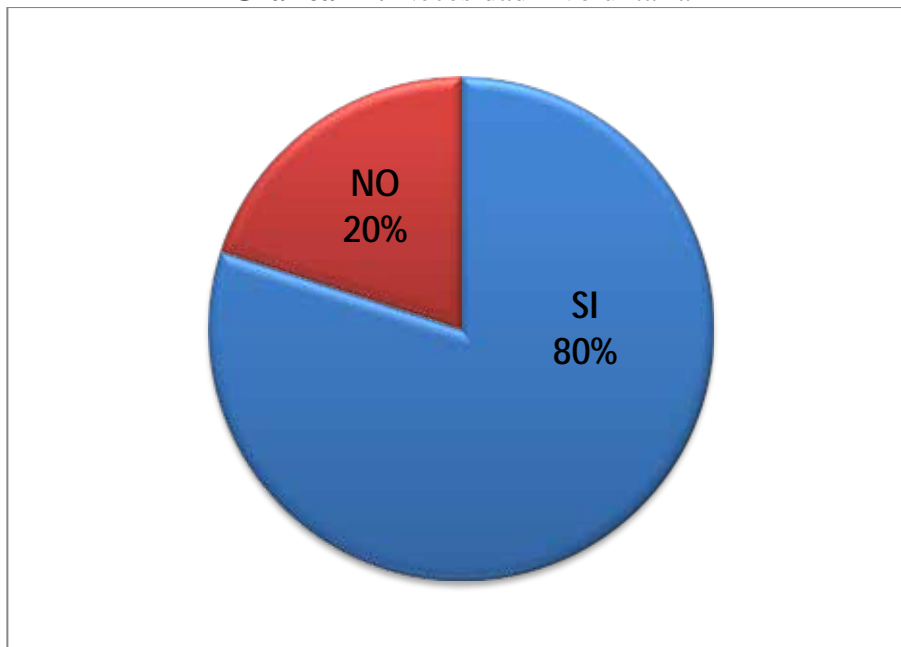
**Tabla #2**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
SI	16	80%
NO	4	20%
TOTAL	20	100%

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #2: Necesidad involuntaria**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas, un 80% de la muestra revela una necesidad involuntaria de ingerir altas cantidades de alimentos, mientras que un 20% restante no presenta dicha necesidad.

<b>Ítems #3</b>	<b>De ser afirmativa la pregunta anterior, indique frecuencia</b>
-----------------	---

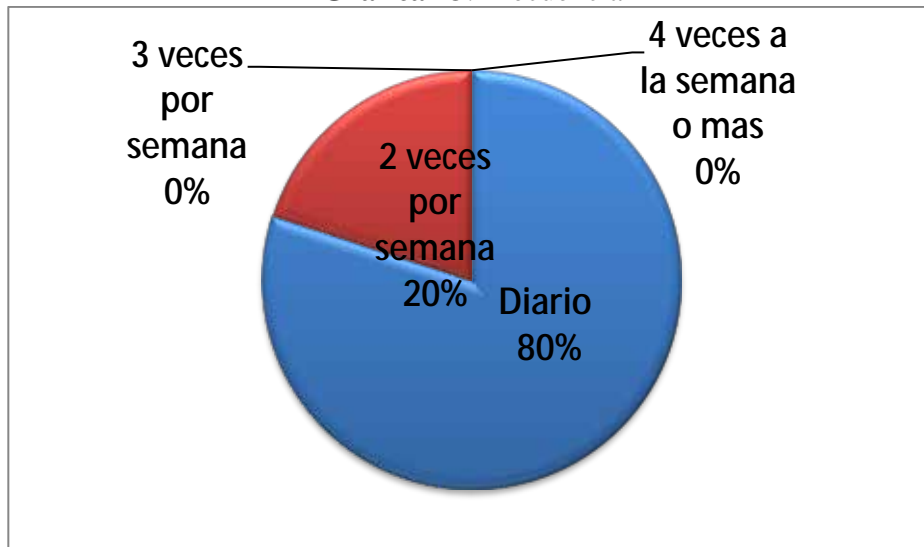
**Tabla #3**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
Diario	16	80%
2 veces por semana	4	20%
3 veces por semana	0	0%
4 veces o mas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #3: Frecuencia**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas, un 80% de la muestra presenta la necesidad involuntaria de ingerir altas cantidades de alimentos diariamente; un 20% presenta dicha necesidad 2 veces por semana. Mientras, no existe necesidad aparente 3, 4 o más veces por semana.

**Ítems #4 ¿Toma algún tipo de medicamento para inhibir esa necesidad de ingerir grandes cantidades de alimentos?**

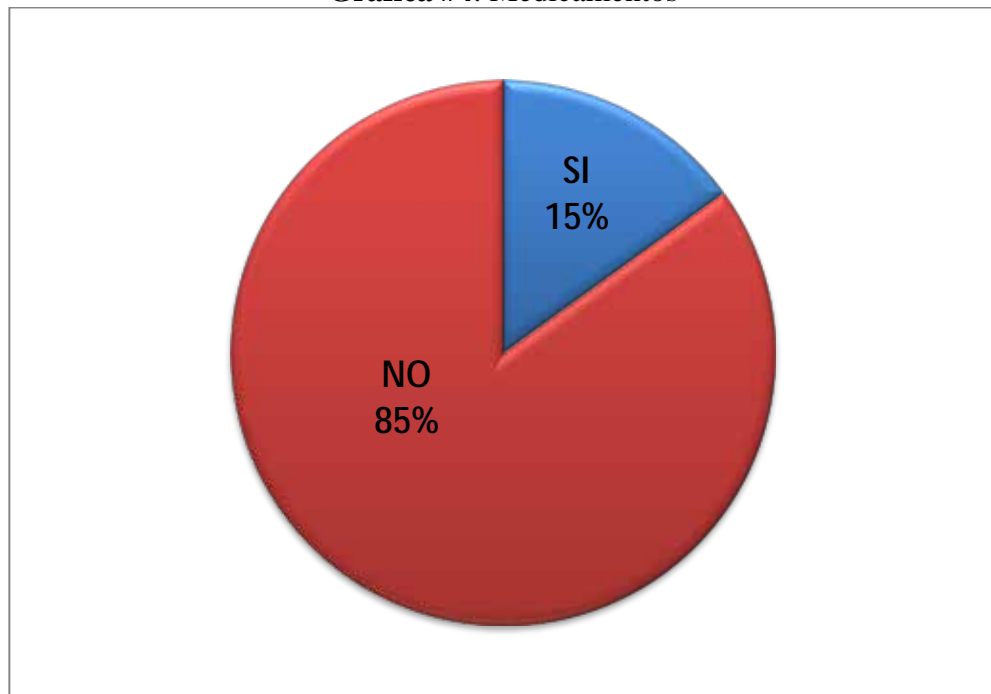
**Tabla #4**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
SI	3	15%
NO	17	85%
TOTAL	20	100%

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #4: Medicamentos**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas, un 15% de la muestra afirma tomar algún tipo de medicamento para inhibir la necesidad de ingerir altas cantidades de alimentos; mientras que un 85% niegan haber ingerido alguna clase de dichos medicamentos.

**Ítems #5 De ser positiva la respuesta anterior, indique cual medicamento**

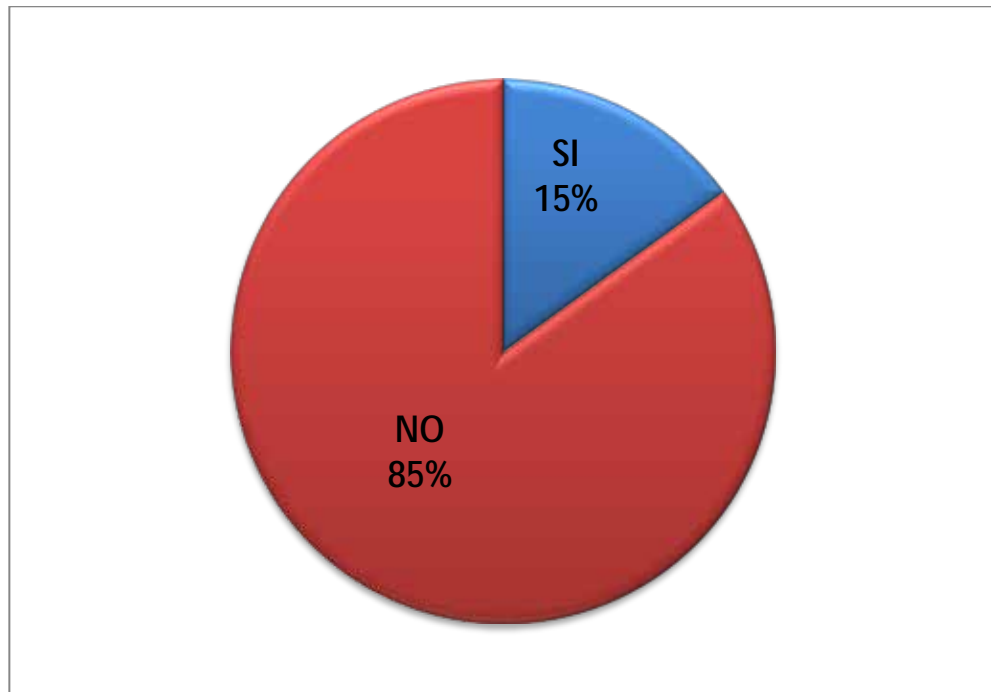
**Tabla #5**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
SI	3	15%
NO	17	85%
TOTAL	20	100%

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #5: Medicamento**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas, un 15% de la muestra afirma tomar algún tipo de medicamento para inhibir la necesidad de ingerir altas cantidades de alimentos; mientras que un 85% niegan haber ingerido alguna clase de dichos medicamentos.

**Ítems #6 ¿Presenta con regularidad el síntoma nauseoso (vómitos)?.**

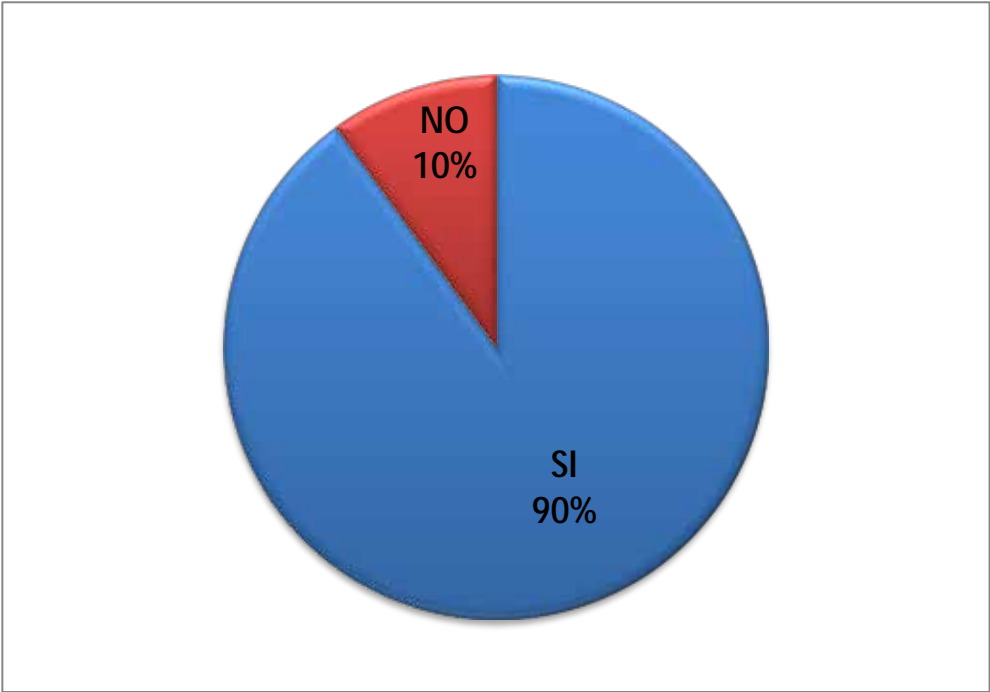
**Tabla #6**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
SI	18	90%
NO	2	10%
TOTAL	20	100%

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #6: Vomito**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas, un 90% de la población admite presentar con regularidad el síntoma nauseoso; mientras que un 10% niega presentar dicho síntoma.

**Ítems #7 La frecuencia de los hábitos de higiene bucal como cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal, es:**

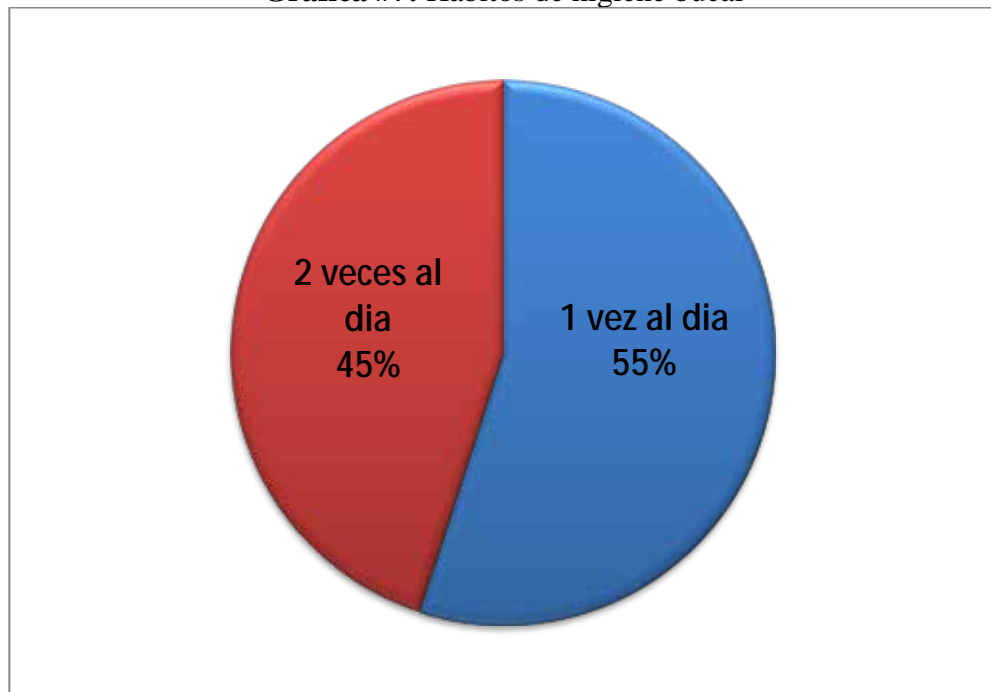
**Tabla #7**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
1 vez al día	11	55%
2 veces al día	9	45%
TOTAL	20	100%

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #7: Hábitos de higiene bucal**



**Interpretación:**

De las 20 pacientes evaluadas, un 55% de la muestra afirma mantener hábitos de higiene bucal 1 vez al día, incluidos el cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal; mientras que el 45% restante los realiza 2 veces al día.

**Ítems #8 ¿Al ingerir alimentos dulces o fríos, siente sensibilidad en sus dientes?**

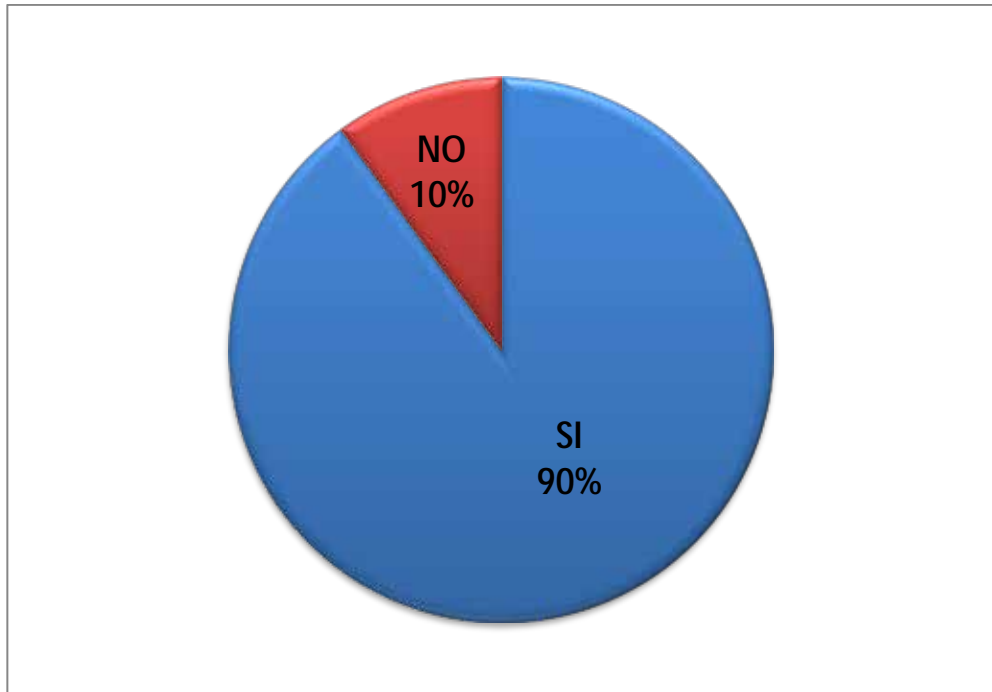
**Tabla #8**

<b>RESPUESTA</b>	<b>f</b>	<b>F</b>
SI	18	90%
NO	2	10%
TOTAL	20	100%

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #8:** Sensibilidad en los dientes



**Interpretación:**

De las 20 pacientes bulímicas, un 90% de la muestra alegan sentir sensibilidad en los dientes tras ingerir alimentos dulces o fríos; mientras que un 10% no manifiestan dicha sensibilidad.

**Ítems #9 ¿Ha sufrido cambios en sus dientes últimamente?**

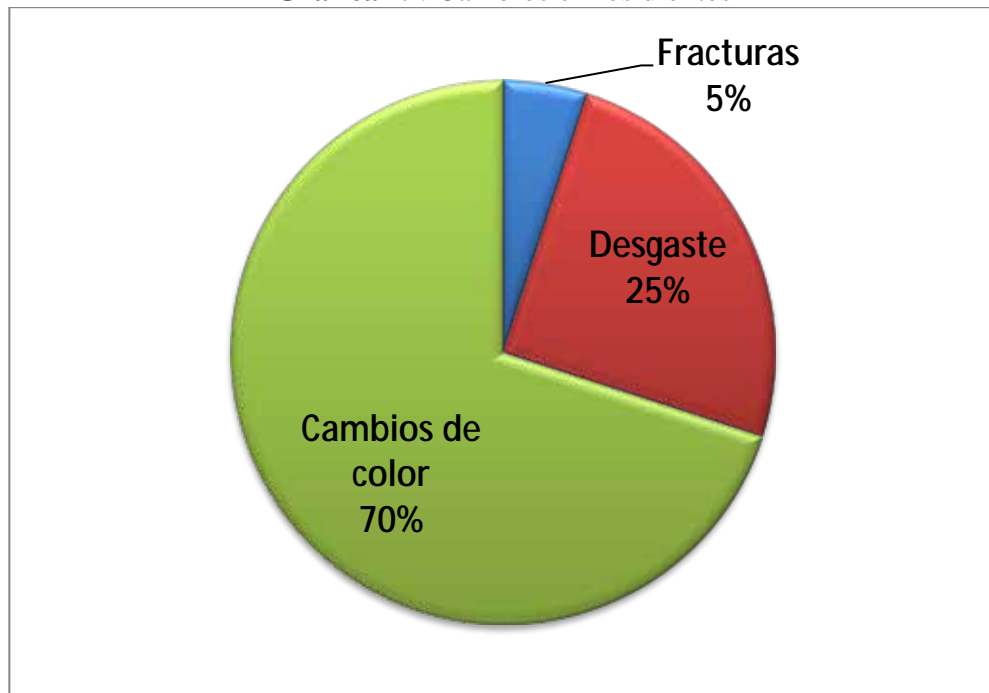
**Tabla #9**

<b>RESPUESTA</b>	<b>F</b>	<b>F</b>
Fracturas	1	5%
Desgaste	5	25%
Cambios de color	14	70%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Noguera, Rico, Sánchez.

(2015)

**Grafica #9:** Cambios en los dientes



**Interpretación:**

De las 20 pacientes bulímicas, el 70% de la muestra admite sufrir cambios de color en sus dientes; un 25% manifiesta desgaste en los dientes y por último, un 5% presenta fractura.

## RECOMENDACIONES

El desorden alimenticio provocado por la bulimia produce un devastador efecto en la cavidad bucal por lo que es recomendable que el paciente se someta a un tratamiento de sus alteraciones alimenticias antes de ser tratado por parte del odontólogo. Así mismo, es recomendable que se tome en cuenta algunas pautas para evitar lesiones en los tejidos blandos centrales y adyacentes a la cavidad bucal.

-Se debe evitar cepillar los dientes inmediatamente después de vomitar, ya que los ácidos del flujo gástrico afectan a los prismas del esmalte debilitándolos y el cepillado puede causar que se erosione más rápido aun.

-Los ácidos estomacales debilitan el esmalte de los dientes.

-Si se provoca el vomito, se debe enjuagar la boca con enjuague bucal a base de flúor

-Usar protectores bucales que juegan un papel importante en la prevención de daños mayores a las piezas dentales

-Utilizar pastas dentales y colutorios a base de flúor de forma diaria así como el uso del hilo dental para evitar enfermedades periodontales.

-Cepillar los dientes 2 o 3 veces al día.

-Enjuagar correctamente el cepillo dental y evitar el uso compartido de este.

-Evitar la ingesta acelerada e incontrolada de alimentos fuera del orden dietético.

-Llevar cabo una dieta rica en proteínas y calcio, para asegurar asimismo la restauración correcta del esmalte y componentes del sistema estomagtomático.

Se debe tener en cuenta que la restauración de la salud bucal depende mayormente de la extensión de los daños, de modo que los tratamientos odontológicos necesarios pueden ir desde coronas y puentes para restablecer la salud bucal, lo que puede conllevar un largo período de tratamiento dental.

## CONCLUSIONES

Luego de haberse realizado la presente investigación, se pudo observar la fuerte incidencia de manifestaciones bucales producto de una mala alimentación o peor aun, por trastornos de la alimentación tal como lo es la bulimia. Sin embargo, es preciso destacar que los diferentes componentes periodontales no solo se ven perjudicados a largo plazo sino que limitan la mayor parte de las actividades diarias del paciente, llegando al punto del deterioro del aparato bucal y sistema digestivo. No obstante, mas allá de eso, la propuesta de describir la mayor parte de la fisiopatología ocurrida en la cavidad bucal producto de manifestaciones alteradas por una mala alimentación, vómitos, escasa higiene bucal, ha impulsado esta investigación no solo para determinar cada una de las alteraciones encontradas y sus procesos a largo plazo, sino también la correlación de esta y como repercute negativamente en el aparato digestivo.

Además de esto, la fuerte incidencia de procesos bactericidas ocasiona fuertes desequilibrios a nivel del sistema inmunológico y linfático, lo que promueve a la proliferación y facilitación del ingreso de nuevos agentes patológicos que no solo agravan la condición higiénica, morfológica y fisiológica del aparato bucal. Por ello, la bulimia no solo se ha convertido en un factor predisponente a lesiones del tejido periodontal sino que influye en la puesta estética y emocional del paciente

Sin embargo, la demanda materialista y modista de los últimos años ha arrastrado una serie de métodos ortodoxos en la mujeres para cumplir con las exigencias del medio social, tal como lo es con el vomito provocado. De igual manera, la acelerada forma de llevar cabo el proceso de alimentación repercute negativamente en la zona de la mandíbula y el aparato digestivo, alterando gravemente el correcto funcionamiento del aparato digestivo, sin dejar de lado la necesidad de un buen correcto desarrollo metabólico. A pesar de que

algunos medicamentos pueden inhibir temporalmente la ansiedad, no es suficiente para detenerlo, debido que más allá de ser un trastorno alimenticio su origen es psiquiátrico por lo que es complejo entender la correspondiente situación a la cual se ven sometidas.

## ANEXOS

**ESTE INSTRUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO ACADÉMICO, PARA EL CUMPLIMIENTO DEL REQUISITO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ODONTÓLOGO.**

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

1. Indique el tipo de dieta que ingiere regularmente :
  - Balanceada (proteínas, vegetales).
  - Rica en carbohidratos (harinas).
  - Rica en glucosa (azúcar).
  
2. ¿Siente la necesidad involuntaria de ingerir altas cantidades de alimentos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
3. De ser afirmativa la respuesta anterior indique frecuencia:
  - Diario
  - 2 veces por semana
  - 3 veces por semana
  - 4 veces o mas
  
4. ¿Toma algún tipo de medicamento para inhibir esa necesidad de ingerir grandes cantidades de alimentos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
5. De ser positiva la respuesta anterior indique cual medicamento: \_\_\_\_\_
  
6. ¿Presenta con regularidad el síntoma nauseoso (vómitos)?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
7. La frecuencia de los hábitos de higiene bucal como cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal es:
  - 3 veces al día
  - 2 veces al día
  - 1 vez al día
  
8. Al ingerir alimentos dulces o alimentos fríos ¿siente sensibilidad en sus dientes?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Ha sufrido cambios en sus dientes?
- Fracturas
  - Desgaste
  - Cambios de color

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, S. y Llewellyn, D (1987) *Anorexia y bulimia desórdenes alimentarios*. Madrid: Alianza editorial.

Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación, Introducción a la metodología Científica*. (6ta ed.). Caracas: Episteme.

Borda M, del Río C, Torres I. *Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. C. Med. Psicosom

Espina A, Ortego M, Ocho I, Yenes F, Aleman A. (2001) *La imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Psicothema

Raich E. (1998) *Definición y evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal*. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Revista de Psicología y Ciencia Social (201).

Stege P, Visco DL, Rye L.(1982) *Anorexia nerviosus: review including oral and a dental manifestations*. JADA.