Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES EN LA SALUD BUCAL DE PACIENTES ANORÉXICOS Y BULÍMICOS

Maestrando: Od.Borrego, karina Andrea

Directora: Prof. Dra. Antuña, Ana Maria

Córdoba - Octubre de 2017

TRIBUNAL DE TESIS

- Mgter Sanchez, Julieta
- Mgter Zamar, Sergio
- Prof. Dra. Rocha, Maria

DIRECTORA DE TESIS

- Prof. Dra. Antuña, Ana Maria

Resolución 761/ 17 del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas.

A Romero & Teresa

AGRADECIMIENTOS

- Especial agradecimiento a la directora de esta tesis, y amiga personal, la Dra. Ana Antuña, por su disponibilidad, asesoría, dedicación y aportes brindados, por el espíritu docente que en ella nunca cesa.

- A los miembros del departamento de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, y a la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) quienes me brindaron asesoría.

- Especialmente a la Lic. Soledad Moreno, por su disponibilidad.

- Por su colaboración y asesoría permanente a la Lic. Mgter Mamondi, Verónica.

- A la Dra. Od. Bella, Marcela, quién con sus aportes me guió y asesoró académicamente y en todas mis inquietudes.

- A la Mgter y amiga personal Roxana Aguilar por sus aportes, colaboración y apoyo constante, a la Lic. Gonzalo, Carolina y Lic. Williams, Guillermo.

- A mi familia, amigos por ser el pilar fundamental para mi desarrollo personal.

Art. 23. – Ord. Rectoral 3/77 "La facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

ÍNDICE

RESUMEN 8

SUMMARY 9

INTRODUCCIÓN 10

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 13

HIPÓTESIS 13

OBJETIVOS 14

- Generales 14
- Específicos 14

MARCO TEÓRICO 15

Definición según los distintos autores 16

Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria 18

Población de riesgo 20

Nivel socioeconómico (NSE) 21

Factores Socioculturales 26

Manifestaciones Clínicas de la anorexia 30

Manifestaciones Clínicas de la bulimia 32

Repercusiones en la Salud bucodental 34

Autopercepción de Salud 39

Autopercepción en Salud bucal 41

Factores Socioculturales, Socioeconómico y Salud Bucal 43

MATERIAL Y MÉTODO 47

Tipo de Estudio. 47

Universo y Muestra 47

Conceptualización y Operacionalización de las variables 48

Variables Independientes 48

Variables Dependientes 48

Técnica de recolección de datos 53

Procesamiento de la Información 53

RESULTADOS 54

DISCUSIÓN 105

CONCLUSIÓN 122

BIBLIOGRAFÍA 124

ANEXO 140

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se definen como desviaciones en los hábitos alimentarios con características muy específicas, en el presente trabajo se abordó anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN).

Dentro de las manifestaciones clínicas de la bulimia y la anorexia, también ocurren cambios en la cavidad oral, produciéndose lesiones en las estructuras blandas y los tejidos duros del aparato estomatognático.

Por la temprana edad promedio en que los pacientes acuden a la consulta dental, el odontólogo puede colaborar en disminuir las repercusiones orales de pacientes con anorexia y bulimia.

Para realizar un análisis de salud completo de la comunidad, es de importancia en salud pública tener en cuenta los determinantes sociales que inciden en la salud bucal, de aquí surge el interés del presente trabajo de investigación, de analizar factores socioeconómicos y culturales, siendo el punto de partida, para caracterizar a la población y su relación con la salud oral de pacientes con trastornos alimentarios.

Para cumplimentar con los objetivos, se analizó la población con trastorno alimentario desde distintas perspectivas enfocada en el valor de la autopercepción, autocuidado, como la del diagnóstico clínico relevado, en los distintos niveles socioeconómicos y culturales, intentando así un abordaje integral de la salud oral. El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional de Clínicas y Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia de Córdoba (ALUBA). **Objetivos**: Investigar si hubo relación entre los factores socioeconómicos – culturales y la salud bucal de pacientes adolescentes y adultos anoréxicos y bulímicos de ambas instituciones período agosto 2013– septiembre 2014. **Metodología**: Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo observacional de corte transversal de 100 pacientes adolescentes (N=55) y adultos(N=45), se utilizó un cuestionario semi estructurado que permitió un acercamiento a la cultura sanitaria, recabando información que, dieron cuenta de los determinantes sociales, económicos, permitiendo una aproximación a la situación de salud bucal. **Los resultados** obtenidos de adolescentes y adultos, demostraron una marcada influencia del nivel socioeconómico y cultural al que pertenecen, mostrando mejores índices orales los niveles más altos, a diferencia de las consultas odontológicas, donde el nivel medio y bajo presentó más cuidado oral, en tanto la frecuencia de cepillado dental, no presentó diferencias entre los diferentes estratos. El análisis reveló que las personas con anorexia (AN) y bulimia nerviosa (BN) muestran un predominio no satisfactorio de conocimiento de la relación de las repercusiones orales y los trastornos de la conducta alimentaria, las derivaciones odontológicas realizadas por parte de los profesionales de la salud fué baja. **Conclusión:** Las derivaciones a controles odontológicos, tanto preventivas como restaurativas deberían ser más frecuentes, logrando de esta forma trabajar en forma interdisciplinaria. Así mismo se considera oportuno incorporar en el protocolo de atención a pacientes con TCA, a la salud oral como parte de un tratamiento integral, permitiendo así un abordaje de manera integral, favoreciendo el bienestar del individuo y mejorar su calidad de vida. Se aportó conocimientos para para nuevos abordajes basados en determinantes sociales y culturales, en lo referente a autopercepción y autocuidado de la salud bucal.

SUMMARY

Introduction: Eating behaviour disorders (EBD) are defined as abnormal eating habits with very specific traits. In this paper, anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) were tackled.

Within clinical manifestations of bulimia and anorexia, there are also changes developed in the oral cavity, causing injuries in the soft structures and hard tissues of the stomatognathic system.

As for the average early-age patients who attend dental appointments, the odontologist can contribute to the lessening of oral effects of patients suffering anorexia and bulimia.

In order to carry out a complete health analysis of the community, it is important in the field of public health to be aware of the social determinants that affect oral health. From this perspective, it is in the interest of this research to analyze socioeconomic and cultural factors as the starting point to describe the population and its relation to the oral health of patients with eating disorders.

In order to achieve this aim, the population affected with eating disorders was analyzed from different perspectives focused on the value of self-perception, self-care and collected clinical diagnosis, in different socioeconomic and sociocultural levels. With this method, the oral health of the population could be studied from a comprehensive approach. The present study was carried out in the Clinical National Hospital and in the Association for the Fight Against Anorexia and Bulimia (ALUBA). **Objective:** Doing research to see whether there was a relation between the socioeconomic – cultural factors and the oral health of adolescent and adult patients with anorexia and bulimia from both institutions, from August 2013 to September 2014. **Method:** An observational, descriptive, quantitative, cross-sectional study was carried out in 100 adolescent (N=55) and adult (N=45) patients. A semi-structured questionnaire was used, which allowed a Culture of Health approach by gathering information that raised awareness of the social and economic determinants. This also allowed an approach to the oral health situation. **Results:** The findings gathered from adolescents and adults show a noticeable influence of the socioeconomic and cultural levels this people belong to: the higher levels, the better oral rates. In dental appointments, however, mid and low levels showed a better oral care. As regards the frequency of tooth brushing, there were no differences among the different levels. The study showed that people with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) show an unsatisfactory prevalence of knowledge in the relation between oral impacts and eating behaviour disorders. Dental referrals performed by health professionals were low. **Conclusion:** The referrals to dental check-ups, both preventive and restorative, should be more frequent, accomplishing an interdisciplinary way of working. Likewise, it is considered appropriate to incorporate oral health to the treatment protocol in patients with EBD. With this, it is possible to have a comprehensive approach of the situation, fostering the well-being of the individual as well as improving their quality of life. Knowledge was contributed to new approaches based on social and cultural determinants with regard to self-perception and self-care of oral health.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son trastornos caracterizados por patrones anormales de la regulación del peso, la conducta de comer, alteraciones en las actitudes y percepciones hacia el peso y la figura corporal, de etiología desconocida que más comúnmente comienzan en la adolescencia, tienen síntomas únicos y desconcertantes, como restricción al comer o conductas de atracones y purgas, las distorsiones de imagen corporal, y la resistencia al tratamiento. Estos son a menudo trastornos crónicos y recidivantes, la AN tiene la tasa de mortalidad más alta de cualquier trastorno psiquiátrico tienden a afectar a las mujeres jóvenes, tienen altos índices de cronicidad, y mortalidad. Nueva tecnología de imágenes cerebrales proporciona información detallada sobre la disfunción ventral y dorsal del circuito neural, tal vez relacionados con el metabolismo de la serotonina y la dopamina alterado, que contribuye a la manifestación de los síntomas que se encuentran en las personas con trastornos de la alimentación (Kayes, W 2000).

Según datos del Centro especializado en la prevención, investigación y tratamiento de bulimia, anorexia y sobrepeso (BACE), en la Argentina entre el 12% y el 15% de los adolescentes padecen de anorexia o bulimia nerviosa, siendo el 90% de los afectados mujeres y el 10% varones. Actualmente, la cantidad de varones con estos trastornos ha ido en aumento. (Quiroga, S. 2009).

Argentina aparece segunda en el ranking global de números de casos de trastornos alimenticios, es clasificada segunda en el mundo, detrás de Japón, los argentinos tienen una mayor tendencia a dietar, y a practicar otros medios para perder peso, independientemente de la sanidad de su cuerpo (Pellicer, E. 2011).

Las estadísticas argentinas revelan que ALUBA, la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia de Argentina, cita que 1 de cada 10 adolescentes argentinos, es decir un 10%, padecen de anorexia y bulimia. Para dar un contexto, en los Estados Unidos, hay una gran variedad de estadísticas citadas, pero la gran mayoría señala entre un 1 y un 3% de los adolescentes como víctimas de estas enfermedades. A su vez, BACE: Tratamiento Integral de Bulimia y Anorexia, un centro en Buenos Aires, estima que el 20% de los jóvenes argentinos padece de trastornos alimenticios. Sin embargo, es difícil trazar grandes conclusiones basadas en las estadísticas en Argentina, porque hay una escasez de estudios confiables (Quiroga, S. 2009).

No se tienen datos fiables en Argentina, según OPS ¨13 % de los adolescentes tendrían algún tipo de trastorno alimentario. Según esa misma fuente, una sexta parte de los adolescentes de LA y el Caribe está a régimen. (Organización Panamericana de la Salud (Ed.). (2002). La salud en las Américas (No. 587). Pan American Health Org).

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 (Cardoso, C.2007).

El efecto de la bulimia y la anorexia nerviosa sobre los dientes y estructuras bucales fueron reconocidos en los años 70 por Hellstrom (Garcia et al 2008).

Se encuentran afectados todo el aparato estomatológico, tanto los tejidos duros como los blandos, la mucosa bucal puede presentar ulceraciones, siendo más propensa a las infecciones debido a la irritación crónica de los fluidos gástricos y la xerostomía la hace más propensa a las fisuras labiales y comisurales.(Zeman, Liliana 2008)

La caries dental puede ser más frecuente en estos pacientes con TCA debido a la dieta alta en carbohidratos, frutas azucaradas y las bebidas carbonatadas (Öhrn et al 1999).

La salud periodontal puede verse afectada en las papilas debido a la irritación constante del ácido, irritabilidad de la mucosa, queilitis, sensibilidad dental al cambio de temperatura, mordida abierta anterior y cavidades radiculares. Los pacientes con trastornos de la alimentación pueden desarrollar xerostomía por deshidratación desequilibrio causado por los diuréticos y la medicación (Öhrn, et al 1999).

En un trabajo de Panico, René (2006) donde su objetivo fue observar la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral en pacientes con bulimia y anorexia y determinar si existe asociación entre las lesiones de la mucosa oral y los trastornos alimenticios. Se examinaron 65 pacientes con trastornos alimenticios, se obtuvo como resultado que el 94% presenta lesiones en la mucosa oral. Las lesiones más frecuentes fueron queilitis descamativa 43,07% eritema labial 43,07 %, paladar amarillo 35,38%, purpura 26,15%, mucosa mordisqueada 18,46% y atrofia inespecífica del paladar 7,69%. Concluyendo que las lesiones de la mucosa oral en pacientes con bulimia y anorexia presentan una asociación con dichos trastornos alimenticios y sirven para una orientación diagnostica temprana.

Dentro de las principales manifestaciones buco-dentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobturación) (Garcia,L et al 2008; Zeman, L. 2008.; Zusman, L. 1999).

El estado de salud percibido es uno de los indicadores por excelencia utilizado como aproximación a la situación de salud de las poblaciones en las encuestas de diferentes países (de Salud bucal-ENSAB, I. E. 1999).

Autores como Serra-Ristol, et al (2006) manifiestan que resulta llamativo que ni en los más recientes estudios orientados hacia la mejora de los protocolos de atención a estos pacientes ni entre las actividades consideradas de buena calidad en el tratamiento de los pacientes con TCA no se incluye una exploración odontológica. La pérdida de uno o más dientes o la presencia de sangrado gingival o de caries, en el contexto de un cuadro general sugestivo de TCA, constituyen signos físicos fáciles de evidenciar y forman parte del concepto general de salud, lo

que facilita el establecimiento de una estrategia de intervención integrada en un conjunto de actividades de educación para la salud más global. Propuso el seguimiento de una serie de signos y síntomas claramente objetivables por el profesional sanitario de la atención primaria, que pueden constituir signos de detección precoz del trastorno o incluso representar criterios de gravedad de éste. Los efectos a corto, medio y largo plazo de la anorexia restrictiva hacen de estos pacientes casos muy especiales desde el punto de vista odontológico, ya que los efectos de esta enfermedad en la cavidad oral dificultan el tratamiento bucodental. Por ejemplo, la osteoporosis sería una contraindicación, ya que el hueso sería de una calidad no apta para la colocación de los implantes, que sería el tratamiento de elección para las zonas edéntulas de la cavidad oral. Dado el característico perfeccionismo respecto a la autoimagen y las dificultades de estos pacientes para mantener su auto- estima, el aspecto estético de las alteraciones odontológicas es especialmente relevante. El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones bucodentales sean graves o pudieran poner en peligro la vida, sino por ser las únicas que no pueden ser revertidas. Crear conciencia de la importancia del diagnóstico de los trastornos bucales en la anorexia y bulimia nerviosa para ser incluido dentro de un interrogatorio de salud dental.

El interés de considerar los datos socioeconómicos, se fundamenta en el hecho de tomar en cuenta la mayor cantidad de factores, que permitieran tener una aproximación a la realidad circundante de las familias, al poder medir más objetivamente, aspectos tales como la estructura familiar, educación, ingreso mensual, gastos en alimentación, servicios disponibles en el hogar y servicios disponibles en la comunidad. El conjunto de esos factores, es lo que se ha denominado "Condición Socioeconómica. Se ha demostrado que las desigualdades en la situación socioeconómica tienen una importancia clave para la salud de los adultos y de los jóvenes de acuerdo con una amplia gama de indicadores, que incluyen mortalidad, la morbilidad, las enfermedades somáticas y psicosomáticas y la salud percibida, hay relaciones estrechas entre la situación socioeconómica y la salud de los jóvenes. Un objetivo importante es examinar las diferencias en la situación socioeconómica, y su relación o relaciones con la salud y la conducta sanitaria. Los jóvenes son conscientes de las desigualdades socioeconómicas y de las oportunidades desiguales (Bauce y Córdova 2010).

Con respecto a la relación de los factores socioeconómicos y la salud oral hay estudios recientes que muestran que la prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Por ejemplo, países en vías de desarrollo muestran una incidencia mucho mayor de cáncer bucofaríngeo, asociado a desnutrición, es en África y el Sudeste asiático, las regiones más pobres del mundo. En Occidente, la caries y la enfermedad periodontal parecen ser un buen predictor de la pobreza en los niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población pobre (Petersen, P 2003).

Entender el papel de los factores sociales, económicos, ambientales y de otro tipo en la determinación del estado de salud es crítico si se quieren lograr una mayor equidad en la educación y el cuidado dental. Los factores que deben tenerse en cuenta para la equidad en salud oral, según los autores, son los aspectos socioeconómicos, culturales, étnicos, de género, de religión, de lenguaje y discapacidad (Hobdell, M et al 2003; Petersen, P. 2003)

Para Abadia Barrero, Cesar (2006), la literatura odontológica carece de definiciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación y de otras actividades y programas preventivos. Por tanto, considera que no se han planteado alternativas sobre cómo contrarrestar los efectos de los factores sociales en las enfermedades orales.

El bajo nivel socioeconómico, los hábitos dietéticos, los antecedentes médicos, la higiene bucal inadecuada y los perfiles familiares referidos a caries dental pueden condicionar la susceptibilidad a la enfermedad (Tinanoff, N. 1995).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los factores socioeconómicos y culturales influyen en la salud bucal, autopercepción y autocuidados en pacientes adolescentes -adultos con anorexia y bulimia?

HIPÓTESIS: Los factores socioeconómicos y culturales influyen en la salud oral de los pacientes adolescentes y adultos con anorexia y bulimia.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Investigar si hubo relación entre los factores socioeconómicos - culturales y la salud bucal de pacientes adolescentes y adultos anoréxicos y bulímicos, de ALUBA Y Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba en el período agosto 2013- septiembre 2014.

Objetivos Específicos

- Estudiar el estado de salud bucal de los pacientes adultos y adolescentes con anorexia y bulimia de los distintos estratos socioeconómicos y culturales que concurrieron a ALUBA y Hospital Nacional de Clínicas en el período agosto 2013- septiembre 2014.

- Conocer la autopercepción y autocuidado de la salud oral de los pacientes con anorexia- bulimia, adolescente y adultos de ALUBA y Hospital Nacional de Clínicas en el período agosto 2013- septiembre 2014.de distintos estratos socioeconómicos y culturales

- Analiza la frecuencia de cepillado dental y motivos de consultas odontológicas de pacientes anoréxicos y bulímicos en los distintos estratos sociales que concurrieron a ALUBA Y Hospital Nacional de Clínicas en el período agosto 2013- septiembre 2014.

- Investigar si los pacientes adolescentes y adultos con anorexia y bulimia de ALUBA Y Hospital Nacional de Clínicas en el período agosto 2013- septiembre 2014 de los distintos estratos socioeconómicos y culturales consideran que los trastornos de la conducta alimentaria afectan la salud oral.

- Analizar si hubo derivaciones de los profesionales de la salud a consultas odontológicas de los pacientes con trastorno alimenticio de ALUBA y Hospital Nacional de Clínicas en el período agosto 2013- septiembre 2014.

.

MARCO TEORICO

Los estilos de vida, influyen en el estado de salud de la población, por lo cual la educación integral del hombre, representa un componente determinante en su salud, pues influye de forma directa en su calidad de vida. Un componente de los estilos de vida, son los hábitos alimentarios, que en gran parte han provocado algunos de los problemas actuales de salud en la población (Cruzat et al 2008).

Alimentarse, para todo ser vivo, es condición indispensable para sobrevivir. Al hombre la alimentación le significa mucho más que simple nutrición. En efecto, desde que nace hasta que muere, alimento e ingestión están asociados a múltiples experiencias, que implica que la comida y el comer pueden, y suelen, quedar investidos de múltiples significados, de muy diversas simbologías (Toro, J 1988).

Los trastornos alimentarios son alteraciones de las conductas relacionadas con la ingesta, consecuencia de los dramáticos esfuerzos por controlar el peso y la silueta. Los tipos más comunes de trastorno de alimentación, que aparecen tanto en adolescentes como en adultos, son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (García – Palacios et al, 2004).

Los primeros relatos de Trastornos alimentarios severos se refieren a cuadros de Anorexia Nerviosa y se remontan a la Edad Media. La mayoría de los casos citados por Rausch y Bay, tenían relación con abstinencias alimentarias místicas. En 1694 R. Morton, citado por las mismas autoras, hizo la primera descripción clínica de lo que posteriormente se llamaría Anorexia Nerviosa. En 1874 William Gull le dio el nombre de Anorexia Nerviosa a lo que, en realidad, era (como actualmente) una dieta de hambre que se imponía la propia paciente. En 1872 Lasègue describió el cuadro como Anorexia Histérica y realiza la primera descripción clínica, destacando las dificultades que tienen las pacientes para verse como realmente son, es decir, la distorsión de la imagen corporal (Bagattini, Cristina 1998).

Cordella, Patricia (2006) en su estudio llevado a cabo en una población de adolescentes y jóvenes chilenos, estableció que los trastornos de alimentación son un tema de gran interés, tanto para los especialistas como para el público general. Se trata de un trastorno psíquico que genera consecuencias orgánicas graves derivadas de la desnutrición, la restricción y los desequilibrios hidroelectrolíticos, alcanzando una mortalidad de 12%, tanto por causas médicas como siquiátricas.

La prevalencia de TCA en adolescencia parece haberse incrementado en los últimos cincuenta años (Cardoso et al 2007).

Los trastornos alimentarios más graves que se conocen hoy en día, son anorexia, bulimia nerviosa y los trastornos de la alimentación no especificados (TANE) que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

Definición según los distintos autores:

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales para su edad y talla, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Como resultado hay aversión por la comida (Serra-Ristol, et al 2006).

Los TCA son trastornos alimenticios comunes entre las adolescentes y las mujeres jóvenes están asociados a complicaciones médicas potencialmente graves. La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se caracterizan por una grave perturbación en la alimentación, como la restricción de la ingesta o atracones, así como la angustia, la preocupación excesiva por la forma del cuerpo o el peso corporal (Backmund, M. 2004).

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento que se define como la inanición deliberada y autoimpuesta, la constante búsqueda de la delgadez y el temor morboso a engordar. La bulimia nerviosa se caracteriza por atracones de mucha comida, alternando con acciones focalizadas para evitar el aumento de peso, por ejemplo el vómito autoinducido (Traebert y Moreira, 2001).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son alteraciones comportamentales relacionadas al acto de comer, a la imagen corporal y al desarrollo de la identidad, siendo afecciones estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez que afectan principalmente a mujeres en las que el control alimentario es una fuente de identidad, proporcionando sentimientos de confianza, control y competencia, conjuntamente con la corporalidad relacionada al anhelo de lograr una figura determinada (Mandich et al, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV clasifica los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa (AN), en él se distingue dos subtipos de anorexia y bulimia nerviosa (American Psychiatric Association 1994).

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

Tipo restrictivo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estas personas no recurren a atracones ni purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regular mente a atracones y purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de

atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

BULIMIA NERVIOSA (BN)

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

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

Los requisitos de la Asociación Americana de Psiquiatría para un diagnóstico de anorexia son: rechazo a mantener un peso corporal normal (pérdida de peso para mantenerlo por debajo del 15% respecto al fisiológico o incapacidad de mantener un peso suficiente para la aparición de la menarquía. Temor intenso a ganar peso, aunque se tenga un peso inferior al normal, distorsión en la manera de percibir el peso, la forma o el tamaño del cuerpo. En las mujeres amenorrea.

El diagnóstico de bulimia nerviosa incluye los siguientes criterios: Episodios recurrentes de atracones de comida, producidos al menos 2 veces por semana en los últimos 3 meses. Sentimiento de que no se puede controlar la conducta alimentaria durante estos episodios vómitos auto inducidos, empleo de laxantes o diuréticos, o realización de ejercicio dirigido a perder peso. Preocupación excesiva y persistente sobre el peso y la forma del propio cuerpo (American Psychiatric Association, 1994).

La AN y BN aunque son cuadros en principio diferentes, la experiencia clínica nos indica que muchas pacientes pasan de un cuadro a otro. En tanto que lo característico de la anorexia restrictiva es la delgadez extrema, en la bulimia el peso puede ser normal, inferior o superior a la media. En términos generales, las bulímicas parten de un peso superior y son más impulsivas, asociándose más frecuentemente este cuadro a abuso de tóxicos y otras pérdidas en el control de los impulsos como la cleptomanía (Rosas, C. 2015).

En una investigación realizada por Guadarrama et al (2013) que se titula “Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes” manifiesta que tanto la bulimia como la anorexia nerviosa han sido concebidas como dos patologías que se relacionan con la depresión, aunque esto no es determinante, pues, como se puede observar, la correlación indica que, efectivamente, cuando está presente la anorexia o la bulimia nerviosa, la depresión también puede manifestarse en el individuo; sin embargo, al ser moderada, indica que no en todos los casos aparece dicha condición, coincidiendo con lo manifestado por García-Palacios et al (2004) y Guadarrama, R. et al (2013).

La anorexia nerviosa (AN) afecta del 0,5% al 1% de las mujeres adolescentes, su edad pico suele estar alrededor de los 14 años, sin embargo, en algunos grupos sociales, hay una tendencia a una presentación cada vez más temprana, rara vez, se presenta en hombres siendo la relación mujer varón, 9/1. La bulimia nerviosa (BN) afecta a 0,9% de los estudiantes universitarios estudiados según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSMIII,) siendo más frecuente entre las mujeres. Los más pesimistas señalan cifras cercanas al 4% entre las mujeres. Más del 90% de los pacientes son adolescentes (Pasqualini y Llorens (2010).

En España la incidencia del trastorno oscila entre el 1-4% en población femenina adolescente y el 12-15% en estudiantes de carreras superiores. Un 12% de las mujeres americanas reconocen la autoinducción del vómito como de métodos nocivos de adelgazamiento (Rosas, C 2015).

Se define a la BN como un síndrome, habitualmente, de detección tardía, expone que su debut suele ser a fines de la adolescencia o en adultos jóvenes, y predomina en mujeres, que el antecedente de obesidad es frecuente. Su prevalencia es mayor que la de la AN, sin embargo, no siempre es detectada, ya que las adolescentes no la refieren como motivo de consulta, excepto, cuando ya está instalada después de largo tiempo, han sido descubiertas por familiares o amigos o cuando desean mejorarse. Es de recordar, que un grupo importante de adolescentes con anorexia evolucionan hacia la bulimia; no es frecuente lo inverso. Desórdenes afectivos como depresión y/o desórdenes de ansiedad son tan frecuentes entre las adolescentes con bulimia como entre las que tienen AN (Pasqualini y Llorens 2010).

En la página web del gobierno federal de Argentina, existe una página entera dedicada a la bulimia y la anorexia, donde se definen los trastornos como “un síndrome de falla en la adaptación al medio social.

En Argentina se sancionó una a ley el 13 Agosto de 2008, Ley 26.396 donde se declara de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de Ley - la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria

Se puede concluir que no existe una sola causa, sino que es multicausal, ya que depende tanto de factores personales, como psicológicos, sociales y culturales, interpersonales y familiares. La influencia sociocultural se considera actualmente como una de las principales causas del aumento de la incidencia de los trastornos en el comportamiento alimentario en occidente (Soriano y Sedó, V. 2008).

En la compilación de Pasqualini y Llorens, (2010) se menciona que además de la «cultura que idealiza el cuerpo delgado equiparándolo a belleza y éxito/felicidad», son factores

favorecedores la vulnerabilidad del/la adolescente y actitudes familiares que impiden el desarrollo de la autoestima, autonomía, se hace mención a factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes. Los factores socioculturales y ambientales juegan un rol importante en la etiología y patogénesis de la enfermedad. Así mismo menciona que la AN y BN son más frecuentes en sociedades industrializadas donde la comida abunda y en las cuales la delgadez se correlaciona con la capacidad de atraer. Se cree que intervienen, además, factores genéticos (herencia poligénica) que pueden afectar el funcionamiento de ciertos neurotransmisores, entre ellos, la serotonina, que interviene en el control del apetito, en la conducta sexual y social, en la respuesta al estrés y en el estado de ánimo. El "estímulo externo familiar" y/o social puede inducir a iniciar una dieta que generará, curiosamente, mejoría de la depresión y/o angustia del adolescente. El ayuno, si bien favorece la aparición de hiperactividad, conduce a la desvalorización del desequilibrio físico y a la negación del hecho de estar enfermo.

La anorexia nerviosa (AN) afecta del 0,5% al 1% de las mujeres adolescentes. Su edad pico suele estar alrededor de los 14 años. Sin embargo, pareciera ser que, en algunos grupos sociales, hay una tendencia a una presentación cada vez más temprana. Rara vez, se presenta en hombres siendo la relación mujer varón, 9/1. También coinciden con lo que observaron en su práctica clínica tanto en los consultorios externos del Servicio de Adolescencia del hospital, Nacional de Niños de Costa Rica como en el área de internación, observaron que había un incremento en los últimos diez años. Concluyeron que podría deberse a un aumento de la patología propia de la época y/o a factores sociales, a mayor información sobre la patología y a la posibilidad de arribar a diagnósticos más precozmente (Pasqualini y Llorens, 2010; Morales, Alberto, et al. 2002).

Se describe que la ansiedad, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones, pueden ser consideradas factores de riesgo de los TCA (Baldares 2013).

El incremento del síndrome depresivo y de los trastornos de alimentación en las mujeres es alarmante. Las variaciones del rol tradicional femenino en lo que se refiere a la maternidad y a la función cuidadora de los afectos familiares, su identificación con una pasividad aprendida desde la temprana infancia y la transformación estereotipia de los cuerpos femeninos ha determinado la posibilidad de establecer una asociación entre la depresión y los trastornos alimenticios. Zusman, Liliana (2013) plantea el silenciamiento de la voz como una estrategia aprendida desde la infancia y reforzada en la adolescencia para acallar, reprimir y escindir los despertares a las sensaciones que emanan del cuerpo, al deseo y al goce sexual. El cuerpo se propone como un lenguaje alternativo de características somáticas a través del cual se tramitar la escisión del lenguaje emocional.

En los últimos 25 años, varios psicólogos, médicos, sociólogos han investigado los trastornos alimenticios desde varias perspectivas profesionales. Cada estudio ha contribuido a un punto de vista particular, pero con resultados distintos, aunque cada uno válido por sí mismo,

confirman el hecho de que no hay una sola explicación, sino que hay múltiples razones por las cuales esta epidemia ha afectado de tal manera a la Argentina. La importancia de los trastornos alimenticios para la salud pública del país se revela en las estadísticas y en el aumento de artículos y comentarios hechos en revistas, periódicos y blogs alrededor del país (Pellicer, E. 2011).

Población de riesgo

La población que se denomina de riesgo para padecer esta enfermedad, son fundamentalmente las mujeres en edad adolescente, ya que su inicio corresponde con la adolescencia en un 80% de las veces, con un claro predominio del sexo femenino, en una proporción de 1/10 varones/mujeres. En la mayoría de los estudios se reporta que el comienzo de la enfermedad se encuadra entre los 16 y 20 años, aunque esta edad de inicio parece adelantarse, en la actualidad (Jáuregui Lobera, et al, 2009; Loubat, O, 2006; Marín Cortés, A y Bedoya Hernández, 2009; Unikel-Santoncini, et al 2006; Madrid, et al 2001; Lavín, G.2005)

Coincide la crisis adolescente en la aparición de estos trastornos, tanto en pacientes anoréxicos como bulímicos, la enfermedad se inicia al comienzo de la adolescencia temprana, con la búsqueda de delgadez y con el objeto de controlar el crecimiento del cuerpo sexuado, que más tarde conduce a un terror a la obesidad. Ambos síndromes aparecen en su mayoría como un trastorno típicamente femenino. Son adolescentes que desde niñas, debido a la existencia de padres rígidos y sobre exigentes, han aprendido a utilizar el alimento como un medio de sobreponerse al estrés o a los conflictos emocionales (Quiroga, S. 2009).

En una evaluación del perfil nutricional de adolescentes con riesgo para trastornos alimenticios cuyo objetivo fue evaluar el riesgo de anorexia nerviosa y bulimia en un grupo de adolescentes y caracterizar el perfil nutricional de los que presentaron riesgo para los referidos trastornos alimenticios, el resultado fue: 20% de los adolescentes presentaron riesgo para trastornos alimenticios, fue identificado un índice de masa corporal (IMC) mayor que lo recomendado para la edad. Con relación a la ingestión calórica y proteica y de micronutrientes, el grupo con riesgo para bulimia recibió mayor porcentaje debido a la baja ingestión de los mismos. Fue posible observar que todos los adolescentes presentaron bajo consumo de calcio, nutriente considerado importante para su crecimiento y desarrollo (Penteado et al 2012).

La predicción de riesgo está determinada por depresión, autoestima, peso, conflicto, altura y el tipo de establecimiento escolar. Además, se discuten resultados y posibles líneas de investigación a partir de estos hallazgos (González et al 2002).

La adolescente vive en una sociedad que cuenta y promueve un modelo de cuerpo determinado, a ella le llega a través de muy diversos canales que además interactúan y se superponen prensa, televisión, cine, revistas ilustradas, radio, escaparates, vallas publicitarias, están sistemáticamente al servicio de la (cultura del adelgazamiento). Lo cierto es que cuando la mujer que vive inserta en este mundo presionante atraviesa la etapa adolescente de su vida, sin defensas cognitivas, sin suficientes posibilidades de distanciamiento y de críticas respecto de la sociedad, sumida en la diaria necesidad de definirse a través, entre otros

fenómenos, de la asunción de su cuerpo, las probabilidades de caer en la trampa son considerables (Toro, Josep 1988).

Se debe tener en cuenta la personalidad previa, que son personas ambiciosas, autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en los estudios, emocionalmente, tienen dificultades para interpretar y expresar sus emociones, a nivel familiar se da mucha importancia a la apariencia y al éxito, hasta que aparece la enfermedad, son hijos obedientes y con gran dependencia parental, tienen dificultades en la maduración y separación de la familia. Inicialmente el único síntoma de rebeldía es a través del rechazo alimentario, suelen presentar antecedentes de obesidad en mayor o menor grado, se da en clase media o media-alta y de modo característico aparece en la adolescencia. Existen unas profesiones consideradas de riesgo; bailarinas, atletas, modelos etc. (Rosas, C. 2015).

Nivel Socioeconómico (NSE)

Analizando la distribución e influencia los TCA según nivel socioeconómico, Gil-Romo, Sara (1998) expresa que hasta hace poco tiempo se pensaba que los TCA se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo, en los países industrializados. Sin embargo, estos trastornos se presentan cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos.

Sin embargo otro estudio ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto (Marín, B. 2002).

Uribe Patricia (2003) realizó un estudio que consistió en analizar la prevalencia de los trastornos alimentarios en la población de mujeres adolescentes escolares de Lima Metropolitana y los factores asociados a dichos trastornos, buscó determinar la población en riesgo de desarrollar alguno de estos trastornos, evaluó un total de 2141 adolescentes entre los 13 y los 19 años, de 3° a 5° de secundaria. Un dato importante encontrado en la comparación por tipos de colegio señala que las adolescentes de colegios públicos presentan un nivel superior de diagnóstico "puro" de anorexia frente a las adolescentes de colegios privados. Mostró que en la actualidad la presencia de anorexia en jóvenes no se encuentra circunscrita a quienes pertenecen a sectores medios o altos de la población. Aquí este fenómeno se comprueba, ya que los niveles de anorexia son muy similares e incluso superiores. Señala que es posible que en la actualidad las barreras sociales que mantenían alejados patrones de vida, modelos culturales (como los asociados a la delgadez) ya no se encuentren delimitados en los sectores altos de la población. Más aún, cuando se habla de una población adolescente, hace necesario recordar el impacto significativo que tienen los medios de comunicación y el internet en casi todos los niveles socioeconómicos (excepto tal vez el de la extrema pobreza). Las jóvenes, independientemente de su nivel socioeconómico, han asimilado estos patrones.

Otro estudio realizado en Chile, por Riffo, Paola et al (2003) que describe la prevalencia de conductas de riesgo para trastornos del hábito de comer en mujeres estudiantes de medicina de la Universidad de Chile, y explora su asociación con edad, nivel de la carrera, IMC y nivel socioeconómico, en 263 mujeres de 1, 3 y 5 año de la carrera, concluyó que el estado nutricional y nivel socioeconómico no se asociaron a riesgo.

Respecto de la distribución por nivel socioeconómico (NSE), la población adolescente escolar de Chile, que presenta una mayor prevalencia de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria es el NSE bajo con un 11,3%, le sigue el NSE medio con un 8,3%, y por último, el NSE alto muestra el menor nivel de riesgo relativo de TCA con un 5,1%, lo que es estadísticamente significativo (Correa, et al 2006).

González- Juarez Carlos et al (2007) en su trabajo de detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación en las mujeres, menciona que el hecho de tener un nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para TCA. Las conductas de riesgo de TCA se parecerían más al resto de las enfermedades mentales, que también son más frecuentes en las clases menos favorecidas. El perfil clásico de la anorexia nerviosa (mujer joven, de clase media-alta, perfeccionista y con elevado nivel intelectual, con patrón restrictivo de la ingesta) ha sido desbancado al extenderse los trastornos de alimentación a un grupo más amplio de sujetos (también varones, en cualquier caso más jóvenes, de cualquier clase social, con cualquier rasgo de personalidad o nivel intelectual, y con alteraciones diversas de la dieta.

Las desigualdades en salud asociadas con el nivel socioeconómico son grandes y van en aumento. La mayoría de las teorías que explican estas desigualdades utilizan indicadores de nivel socioeconómico tales como: ingreso, escolaridad, ocupación, vivienda (sus características) y raza, entre otros, a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual. El camino exacto por el cual el nivel socioeconómico se asocia con la salud no es del todo claro. Un factor clave para el entendimiento de esta asociación es el hecho que el nivel socioeconómico es un constructo teórico multidimensional que cubre una variedad de circunstancias financieras y sociales (Medina-Solís et al 2006).

Las desigualdades socioeconómicas en salud constituyen una de las preocupaciones fundamentales en la agenda de salud pública de la mayor parte de los países desarrollados, con un número creciente de países y organizaciones internacionales que reconocen la necesidad de reducir las diferencias de salud entre la población. En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea han desempeñado un papel importante en proporcionar un marco y los principios para fomentar la acción en muchos países, destacando la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, que en su informe final proporciona una guía de medidas para lograr la equidad en salud.

La medición de las desigualdades socioeconómicas en salud tiene un papel importante en la agenda de política social y de salud en los países europeos, y es uno de los principales

objetivos de cualquier sistema de salud. Se han desarrollado diversos métodos empíricos para cuantificar el grado de desigualdad en la distribución de las medidas de salud y comparar las desigualdades en el tiempo y en el espacio, con el fin de contribuir al diseño de políticas de salud pública. De acuerdo con los resultados obtenidos, las desigualdades socioeconómicas en las variables de salud consideradas, favorecen en general a los individuos con mayor nivel de renta, tanto españoles como inmigrante (Quevedo y Rubio 2009).

Una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de la Región, es poder medir las desigualdades en salud, este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. La Asamblea Mundial de la Salud de 1977 decidió que la principal meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los gobiernos de los países miembros en las próximas décadas sería lograr Salud para todos en el año 2000. (World Health Organization 1979).Medir y monitorear las desigualdades en este campo es de fundamental importancia para la toma de decisiones, pues la equidad en la salud es también un imperativo para el desarrollo económico regional (Schneider et al 2002).

La Región de las Américas (en particular América Latina y el Caribe) es la región del mundo que presenta la mayor inequidad en la distribución de los ingresos, la situación general de la salud ha seguido mejorando de manera continua. Esto para la OPS, es una consecuencia de numerosos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos favorables, así como de los programas de salud pública y de la mayor disponibilidad de servicios de salud (Deininger y Squire (1996); Organización Panamericana de la Salud (Ed.) (2002).

Se cuenta con evidencias suficientes, para asegurar que uno de los principales determinantes del estado de salud de la persona es su clase social. Las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas tienen peores oportunidades de supervivencia, y es más probable que fallezcan a edades más jóvenes que los de las clases más altas, existiendo también diferencias de mortalidad entre distintas áreas. En el estado español, en los últimos años también ha aumentado el número de estudios de este tipo, evidenciando que los individuos pertenecientes a clases sociales más desfavorecidas presentan peor salud y una mortalidad más elevada y que las zonas de España con mejor nivel socioeconómico, muestra además, que las personas más desfavorecidas, que son las que tienen más necesidades de cuidados sanitarios, y son también las que presentan menor probabilidad de recibir servicios de alta calidad. Para los profesionales de los servicios sanitarios es importante conocer que la clase social de sus pacientes presenta una innegable relación con su nivel de salud individual, y en el caso de la atención primaria debe tenerse en cuenta que el grado de pobreza material de la comunidad atendida, es un determinante importante de su salud. El nivel social tiene interés para la práctica clínica, ya que interviene en los distintos procesos de enfermar y en la evolución de la enfermedad (Díez y Peirò 2004).

El análisis de género, de nivel socioeconómico y de minorías étnicas asociado al estado de salud es bastante escaso en España, por tanto, salvo raras excepciones, no existen políticas y

programas para abordar la reducción de las desigualdades. Las desigualdades en salud no parecen ser todavía un problema prioritario en las políticas públicas de este país a pesar de que en otros países europeos su abordaje político empieza a ser explícito (Díez y Peirò 2004).

El concepto «desigualdades en salud» alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. La reducción de las desigualdades constituye un objetivo central en la estrategia de la OMS Salud para la región europea (World Health Organization 1979).

El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el análisis de las condiciones de salud en el mundo, no es un tema ni nuevo, ni ajeno en la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas. De hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica (Arellano et al 2008).

En la primera de estas contribuciones, Regidor, E et al (2002) realiza una revisión teórica de los determinantes socioeconómicos de la salud, de manera que los mayores determinantes de la salud de la población serían lo que él denomina factores del riesgo económico y social, que reflejan la situación social y económica de los individuos, como la clase social basada en la ocupación, la educación o nivel de estudios, los ingresos económicos, el grado de privación material o el área de residencia.

Explica Abadía Barrero, C (2006) en su trabajo “desigualdades sociales en salud “que la salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno. Éste favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse. Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en este vínculo entre desigualdades sociales y salud. Si destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales.

Un estudio realizado por Poulton, R (2002) encontró que las enfermedades orales no sólo eran más prevalentes en los niños de sectores más pobres, sino que, cuando adultos, ellos presentaban mayor presencia de enfermedades cardiovasculares y menor desarrollo físico y

continuaban presentando mayor presencia de enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival). Otro hallazgo interesante de este estudio fue que, inclusive, si en el transcurso de la vida las personas mejoran su situación socioeconómica, adultos que fueron pobres cuando niños continúan presentando una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparados con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre la pobreza, salud oral e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos. Se reconocen causas ambientales, económicas y sociales en la presencia de enfermedades orales.

El impacto que la desigualdad social ejerce sobre la salud de los jóvenes es considerado una problemática que debería recibir prioridad tanto en la investigación como en la creación de políticas. Para una comprensión de la influencia del estatus social sobre la salud de los niños, adolescentes sus conductas de salud, y ampliar la comprensión de las desigualdades sociales y su relación con la salud de los jóvenes, mediante el análisis de las asociaciones que existen entre el estatus de riqueza de la familia ,se utiliza FAS *("Family* Affluence *Scale")* la escala FAS es una herramienta valiosa en el estudio de desigualdades económicas y el impacto que ejercen sobre la salud, en países que muestran grandes variaciones en el nivel de riqueza general y en la estructura ocupacional de sus poblaciones (Currie, C.2008).

Bourdieu, Pierre (1997a) en el segundo capítulo de su libro, incluyen varios textos en que el autor explica el peso del sistema escolar en la adquisición del capital cultural, así como los mecanismos a través de los cuales se entrelaza con el capital económico, contribuye a la reproducción de la estructura del espacio social. Evoca los mecanismos extremadamente complejos a través de los cuales la institución escolar contribuye a reproducir la distribución del capital cultural, y con ello, a la reproducción de la estructura del espacio social. La combinación de ambos mecanismos define el modo de reproducción y hace que el capital y que la estructura social tienda a perpetuarse (Bourdieu y de Elvira, 1988; Bourdieu, 1997a, Bourdieu, 1997b).

Las familias invierten en la educación escolar, en ayuda de todo tipo y, en ciertos casos, en dinero, como hoy en Japón, tanto más cuanto que su capital cultural es más importante y cuanto que el peso relativo de su capital cultural en relación con su capital económico es más grande y también, en la medida en que las otras estrategias de reproducción (en especial estrategias de sucesión en vista de la transmisión directa del capital económico. Este modelo que puede parecer muy abstracto, permite comprender el interés creciente que tienen en la educación las familias, y sobre todo las familias privilegiadas y, entre ellas, las familias de intelectuales, de enseñantes o de miembros de profesiones liberales, en todos los países avanzados, y sin duda en Japón más que en otros lados; permite comprender también que las más altas instituciones escolares, aquellas que conducen a las más altas posiciones sociales, son cada vez más completamente monopolizadas por los hijos de las categorías privilegiadas, y ello tanto en Japón o en Estados Unidos como en Francia. Más aún, este modelo constituye así uno de los instrumentos más poderosos para entender no solo cómo las sociedades avanzadas se perpetúan, sino también cómo cambian bajo el efecto de las contradicciones específicas del modo de reproducción

escolar. Analizó ampliamente en su obra cómo el peso relativo en el capital de los adolescentes (o de sus familias) del capital económico y del capital cultural (que el autor llama la estructura del capital). A la vez, contribuyó, sobre todo en Estados Unidos, a producir el éxito de lo que ellos llaman el "paradigma" según el cual el sistema escolar contribuye a la reproducción de la estructura social, "Bourdieu dice que el sistema escolar reproduce las clases". Aludió a los mecanismos, extremadamente complejos, a través de los cuales la institución escolar contribuye a reproducir la distribución del capital cultural y, con ello, la estructura del espacio social. Las dos dimensiones fundamentales de este espacio, corresponden dos conjuntos de mecanismos de reproducción diferentes cuya combinación define el modo de reproducción y que hace que la estructura social tienda a perpetuarse (Bourdieu y De Elvira 1988; Bourdieu 1997a; Bourdieu 1997b).

Factores Socioculturales

Los factores socios culturales son una problemática social por lo tanto, la existencia social de un modelo estético corporal normativo más o menos definido en las sociedades occidentales actuales es un hecho reconocido por todos. No es nada nuevo para muchos descubrir, explícita o implícitamente, que la publicidad tiene la culpa de algunos males sociales, como creadora del materialismo y engendradora de la superficialidad. En esta preocupación por tener una silueta perfecta y el deseo de delgadez en la sociedad, desempeñan una importante influencia los medios de comunicación social, de los múltiples factores que contribuyen a la etiopatogenia de los TCA, se sospecha que hoy día los más determinantes son los socioculturales (Barros, N 2011).

Socio-culturalmente las personas con TCA pertenecen a la clase media-alta, ambientes urbanos y desarrollados, en los que se ha producido una idealización de la imagen corporal (Marín et al 2002).

Con respecto a los factores sociales la autora Quiroga, Susana (2009) expresa que es importante destacar que el ritmo de vida actual y el estrés predisponen a que el momento de la comida no sea llevado a cabo con el tiempo suficiente para poder preparar los alimentos y comer de manera pausada y tranquila como hace 50 años. Por otra parte, las patologías alimentarias generalmente están asociadas a la búsqueda de la delgadez y de la perfección, que se ven estimuladas constantemente por los patrones de belleza actuales. Menciona que la anorexia y la bulimia son trastornos estrechamente vinculados a factores socioculturales, tal y como demuestran muchos estudios científicos (Gil, R 2004; Toro, J. 1988).

Explicando Quiroga, Susana. (2009) que es innegable en los trastornos de la conducta alimenticia la influencia de distintos factores socioculturales.

Toro, J. (1988) ha dedicado su obra" El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad "precisamente a analizar la trascendencia de los factores socioculturales en la explicación de los desórdenes alimenticios

El anhelo de delgadez es por tanto, un factor de origen sociocultural que afecta especialmente a las mujeres Cortez Andrés (2009) expone que "La anorexia/bulimia se gesta

en la cultura y se expresa corporalmente, dados los estándares de belleza de nuestro tiempo, que consideran la delgadez como modelo estético y afectando particularmente a las adolescentes provocando que la anorexia, la bulimia y otros trastornos penetren a través de las culturas, las estructuras económicas y los tejidos sociales. Entre los factores socio culturales, la presión social es tal que los distintos estudios de Castro et. al (2006), Cortez, A (2009) y Gil, R. (2004) revelan que influyen en el desarrollo de estos trastornos alimentarios, por lo cual, los autores expresan que los especialistas deberían relacionar imagen, el cuerpo ideal y su vinculación con la percepción del propio cuerpo y la autoestima.

En ese sentido Cortés, Andrés (2009) menciona que se anhela dicho ideal porque representa la apropiación de valores culturales privilegiados en occidente: juventud, felicidad, éxito y reconocimiento aparece la tensión cuando se hacen inalcanzables dicho ideal de cuerpo y los valores que lo soportan, a pesar de que se presentan como posibles, porque en el imaginario colectivo dicho cuerpo le otorgará al sujeto un lugar privilegiado en el mundo social.

La presión social hacia la delgadez a la que los adolescentes, en especial las adolescentes, se ven sometidas hace que este grupo de riesgo sobrevalore sus dimensiones corporales, se sienta insatisfecho con su cuerpo y/o apariencia física, desee perder peso y, como consecuencia, decida someterse a una dieta restrictiva con el objetivo de reducir su peso y volumen corporal (Madrid, H 2001).

Por otra parte, en Kavazidou, et al (2012) realizó un estudio que consistió en entrevistar a 482 estudiantes universitarios y de educación secundaria llegando a la conclusión que el impacto de la sociedad sobre la apariencia física es bastante severa. El modelo estético socialmente impuesto del cuerpo, determina la conducta anoréxica en las mujeres (Martínez, et al 2000).

Se debe de hacer alguna reflexión crítica que conecte estas ideas con lo que social y culturalmente significa para las mujeres la apariencia y, en especial, la delgadez, la idea de lo importantes que son los factores socio culturales en el desarrollo de estos desórdenes, así el cuerpo esbelto como representante de determinados valores culturales se convierte en una suerte de quimera social, además de la báscula, expresa otro indicador del cuerpo anhelado es el sistema de tallas, que en la mayor parte de los casos es significado como angustiante. Esos cuerpos agradables y armónicos son confrontados con los cuerpos del ideal cultural, ese cuerpo significado durante la infancia como agradable es luego intervenido, bien por el deseo de transformarlo según un modelo de belleza inalcanzable y siempre escurridiza, o bien a causa del sentimiento de culpa, como una forma de pagar por la traición al proyecto del ideal de belleza corporal. Los medios de comunicación masiva contribuyen a construir un ideal corporal estilizado, alto y delgado. Las prácticas corporales buscan el perfeccionamiento de la figura corporal, que se encuentra sujeta a unos cánones de belleza, construidos culturalmente como deseables (Cortez, Andrés 2009).

Para alcanzar el ideal de esbeltez, las dietas proporcionan un excelente ejemplo de un valor socialmente aceptado, que quizás no sería cuestionado si no mediara su aplicación exagerada en los casos patológicos (Tubert, S. 2010; Toro, J 1988). Las dietas, como exigencia cultural, tienen una larga historia. La dieta es una poderosa estrategia de normalización, que busca la producción de cuerpos dóciles, capaces de auto-control, dispuestos a transformarse al servicio de las normas sociales y las relaciones de dominio y subordinación imperantes (Bordo, S. 2004).

El cuerpo esbelto representa a una persona auto-regulada en la que todo está en orden pese a las contradicciones de la cultura. En las culturas patriarcales, la regulación del deseo femenino constituye un problema. La contradicción se manifiesta cuando controla y rechaza la comida para satisfacer el estereotipo de mujer atractiva, para lograr aceptación como objeto (Bordo, S. 2004).

La dieta se está convirtiendo en un problema importante, especialmente entre las niñas de más edad. Los hallazgos de este estudio sugieren que los hábitos alimentarios de los adolescentes en edad escolar griegos están en el proceso de cambio de los más tradicionales a la más occidentalizada (Yannakoulia et al 2004).

La etiología de los trastornos de la alimentación es desconocida, pero factores genéticos, culturales y psiquiátricos parecen jugar un papel importante (Amphaphol y Tuongratanaphan, 2011; Rosas, C. 2015; Sánchez et al 1999).

Toro, Josep (1988) analiza los factores socio culturales y hace mención especial a “La cultura de la delgadez,” expresando que la delgadez se ha constituido en objetivo casi colectivo en el ámbito cultural de los países desarrollados. Pero no se trata de delgadez para todos, no la delgadez postulada es prácticamente exclusiva de la mujer, y por tanto de la muchacha, de la niña. Y éste es también otro fenómeno estrictamente cultural: la condición y el papel femeninos. Ya ha comprobado que la cultura de la delgadez es un fenómeno propio del mundo desarrollado, de la sociedad opulenta. No hay cultura de la delgadez en el tercer mundo; no busca adelgazarse quien tiene hambre. Los valores predominantes, incluyendo los estéticos, se gestan en las clases altas y desde ellas se extienden al resto, los medios de comunicación promueven masivamente la cultura de la delgadez.

En este sentido Pellicer Elena (2011) menciona en un estudio realizado en España que analiza los trastornos alimenticios en Argentina, y expresa que los medios de comunicación influyen de manera directa. Estableciendo que los trastornos alimenticios, son claramente una crisis de la salud pública, tienen su lugar en los medios de comunicación de la Argentina, pero la conexión con la moda entró de repente al escenario en 2005.

Ser delgada es sinónimo de éxito social, de aprobación, la presión social es mucho menor para el varón y además apunta en otras direcciones. La sobrevaloración del cuerpo de la mujer, en cualquier sentido que sea, forma parte de la condición sociocultural femenina. Se lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que

no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales (Espina et. al 2001).

La influencia mediática tiene un papel preponderante y que es innegable que la sociedad actual está viviendo en un total y absoluto culto al cuerpo y que, constantemente, es bombardeada a través de la televisión, los anuncios publicitarios, la moda, la prensa, etc., con mensajes bien directos, o bien indirectos y sutiles que preconizan un cuerpo esbelto y delgado para triunfar tanto a nivel emocional como laboral e incluso personal, De todos los medios de comunicación la televisión es, sin duda alguna, el que juega un mayor papel social y cultural. Otro medio de difusión con gran impacto socio-cultural lo constituyen los medios de comunicación impresos, comenzando a aparecer en los últimos años estudios sobre la posible implicación de las revistas en los hábitos dietéticos de la población (Guerrero-Prado et al 2001).

Tanto la insatisfacción corporal como el fuerte deseo de adelgazar van, acompañados de la decisión voluntaria de someterse a una dieta hipocalórica, son conductas informadas, con bastante frecuencia, entre los jóvenes, sobre todo los procedentes de la sociedad occidental, para de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido (Madrid, M. 2012).

Se menciona a los aspectos sociales como la génesis y mantenimiento de los trastornos alimenticios (Lavín, G 2005).

Puesto que no existe una feminidad esencial, la cultura construye modelos ideales articulados con las relaciones sociales de desigualdad y poder entre los sexos- con los que las mujeres se identifican e incorporan a su Ideal del Yo. Estos modelos normativos suelen entrar en conflicto con los deseos, posibilidades y aspiraciones de cada sujeto, creando un malestar que, cuando no puede ser reconocido y expresado, se manifiesta de manera sintomática o mediante el pasaje al acto. Cada mujer ha de construir su propia representación de la feminidad, situándose en referencia crítica a los ideales culturales y, al mismo tiempo, asumiendo la singularidad de su deseo. Los trastornos del comportamiento alimentario, aunque registrados desde hace siglos, nunca alcanzaron la frecuencia ni la trascendencia social que han tenido en las últimas décadas: se trata de un fenómeno masivo. En tanto afectan al cuerpo, responden a una compleja problemática subjetiva, pero han adquirido un carácter de “epidemia” que los convierte en una cuestión social relevante, al tiempo que evidencia su significación como fenómeno cultural. Llegando a la conclusión de que las dietas, como exigencia cultural, tienen una larga historia (Tubert, S. 2010).

En los años 2001-2002 y en el marco del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes se evaluó una muestra de 1720 adolescentes mujeres de 13 a 23 años en las escuelas del distrito de Avellaneda. Su objetivo fue conocer la prevalencia de ambos trastornos en una población no clínica y correlacionar los mismos con la edad, el peso actual y el peso deseado. Los resultados obtenidos mostraron que el 25% de esta población presentaba trastornos de la Imagen Corporal, el 19% tenía Trastornos de la Conducta Alimentaria y el 11% era vulnerable

a su desarrollo. Estos valores aumentaban proporcionalmente con la edad (Vega, y Quiroga, S. 2003).

En otra investigación realizada en una población clínica de 35 adolescentes femeninas de 18 a 25 años de edad que padecían de Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón (BED) y también llevada a cabo en la Universidad de Buenos Aires, se evaluó la relación entre estos dos trastornos y la sintomatología depresiva. Los resultados mostraron que el 71,4% de estas pacientes presentaba síntomas depresivos francos (Quiroga y Cryan 2002).

Fandiño, Andres et. al (2007) en un estudio transversal de un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle (Cali, Colombia), a quienes se aplicó un cuestionario auto-diligenciado con la encuesta de evaluación del comportamiento alimentario, los resultados obtenidos mostraron que 39.7% de los estudiantes que participaron el estudio tuvieron una alta probabilidad de padecer un TCA.

Manifestaciones clínicas de la anorexia

Se describen a continuación las distintas, manifestaciones clínicas (García et al 2003).

Alteraciones psicopatológicas

- Distorsiones en la vivencia de la corporalidad
- Deseo extremado de delgadez

Alteraciones en el comportamiento alimentario Ausencia de reconocimiento de las necesidades nutricional.

- Reducción cuantitativa (kilocalorías/día
- Reducción cualitativa (selección de alimentos)
- Alteraciones del ritmo (ingestas múltiples de forma caótica)
- Pérdida del placer por la comida
- Pérdida del significado social y comunitario del acto de comer
- Alteración de la percepción del hambre saciedad
- Rumiaciones del bolo alimentario
- Troceado excesivo
- Uso de golosinas y frutos secos para matar el hambre

Otras variables psicopatológicas

- Negación pertinaz de sus alteraciones (también por parte de la familia)
- Aislamiento social asociada.
- Distimia depresiva muy frecuentemente asociada
- Incidencia mayor de suicidio.
- Despreocupación por la salud
- Rasgos anancásticos (fóbicos y obsesivos)
- Adicciones de sustancias de abuso genéricas (trastorno de la identidad sexual)
- Distocia social y familiar (con frecuencia la disfunción familiar es secundaria y no primaria)
- Aumento de realización de ejercicio físico con hiperactividad

Signos físicos

- Alteración del ciclo menstrual retraso en la menarquia. Amenorrea
- Lanugo, fragilidad de las uñas. Alopecia
- Piel seca, edemas
- Hipotermia, acrocianosis y mayor sensibilidad al frío, hipotensión y crisis ortostáticas. Bradicardia
- Gastralgias y sensación dispéptica posprandial
- Marcada disminución de la masa muscular y de las almohadillas adiposas
- Estreñimiento (diarrea si hay uso excesivo de laxantes), Vientre hundido, gran profusión y resalte óseo
- Aspecto envejecido
- Atrofia ovárica, frotis vaginal hipoestrogénico
- Osteopenia (sobre todo en columna lumbar) con riesgo de fracturas patológicas

Alteraciones analíticas

- Leucopenia. Trombocitopenia
- Anemia (normoctica -normocrómica
- Elevación de creatinina y urea plasmáticas hepáticas y amilasa pancreática
- Disminución de TT, con hormona lutenizante(LH) y foliculos timulante
- Disminución de hormona si hay vómitos a repetición
- Hipoproteinemia

Dentro de las complicaciones médicas, en la anorexia se observa una paciente delgada, malnutrida, con piel seca y fría, el cabello es lacio y frágil, el corazón sufre una progresiva disminución de su tamaño, con paredes más delgadas, la perdida de potasio, secundarias al vomito o al abuso de laxantes y diuréticos provocan importantes alteraciones del ritmo y la contractilidad cardíaca. Algunos pacientes anoréxicas presentan piel amarillenta, debido a una hipercarotenemia (Gil y Viñas.1998). Los síntomas asociados con anorexia nerviosa incluyen: Pérdida de peso marcado, al menos el 15% inferior a la recomendada para la edad y la altura, actitud anormal sobre el peso, imagen corporal distorsionada, disminución de la tasa metabólica, cambios en la piel y el cabello, crecimiento del vello corporal fino (lanugo), pérdida del ciclo menstrual, insomnio, actividad física excesiva, cambios mentales, retención de líquidos (Peterson y Boeckner,2003).

Muchos de los signos y síntomas de la anorexia nerviosa son atribuidos a la inanición. Además de la amenorrea, puede haber estreñimiento, intolerancia al frío, hipotensión, hipotermia, bradicardia, sequedad de la piel. También pueden presentarse lanugo, edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o dejar de tomar laxantes), anemia, leucopenia. Las petequias se observan muy raramente, por lo general en las extremidades. Algunas veces el color de la piel es amarillento. Puede aparecer también atrofia mamaria, reducción del vello axilar y pubiano, metabolismo basal disminuido, etc. Las consecuencias físicas de la desnutrición, así como el frecuente uso de diuréticos y laxantes afectan prácticamente todo el sistema. Referente a la estrategia utilizada por los anoréxicos compulsivos-purgativos del uso de laxantes, se ha comprobado que el abuso de éstos ocasiona grandes pérdidas de agua, minerales y electrólitos, especialmente el potasio, lo cual puede incrementar el riesgo de disfunción renal y cardíaca. Además, la poca ingesta de calcio puede ocasionar la osteoporosis, muy frecuente en los pacientes adultos (Bravo Rodríguez et al 2000).

Manifestaciones Clínicas de la Bulimia

Entre las complicaciones digestivas de la bulimia nerviosa que se pude producir dilatación gástrica aguda que obedece a las ingestas masivas de alimentos, deshidratación, hipotensión ortostática, puede presentar ciclos menstruales normales pero es frecuente que lleguen a presentar irregularidades o amenorrea (Gil, V 1998).

Síntomas hallados en pacientes con bulimia nerviosa

- ✓ Irregularidades menstruales
- ✓ Ardor esofágico
- ✓ Dolor abdominal inespecífico
- ✓ Letargo
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Fatiga
- ✓ Cefaleas
- ✓ Constipación/Diarrea
- ✓ Tumefacción de manos y pies
- ✓ Dolor de garganta
- ✓ Depresión

Signos hallados en pacientes con bulimia nerviosa:

- ✓ Callosidades en manos (signo de Russell)
- ✓ Hipertrofia de las glándulas salivales
- ✓ Erosión del esmalte dentario
- ✓ Enfermedad periodontal
- ✓ Caries dental
- ✓ Petequias faciales
- ✓ Irritación perioral
- ✓ Úlceras orales
- ✓ Hematemesis
- ✓ Edemas (tobillos, periorbitario)
- ✓ Distensión abdominal

Aquellas pacientes que sufren en forma repetida algún grado de deshidratación, bien por pérdidas secundarias a vómitos, diarrea, diuréticos o a la falta de ingesta de líquidos, pueden referir algún antecedente de sincope y presentar ortostasis con taquicardia e hipotensión postural. Las manifestaciones dermatológicas pueden agruparse en tres categorías: 1) Complicaciones asociadas a la malnutrición; 2) complicaciones asociadas a los vómitos autoinducidos; 3) complicaciones asociadas a una patología psiquiátrica concomitante. Las complicaciones secundarias a la malnutrición, si bien son más frecuentes en anoréxicas, también pueden hallarse en pacientes bulímicas. Estas pueden incluir pelo frágil y quebradizo, uñas frágiles, piel seca, edema pretibial sin hipoproteinemia. La manifestación cutánea clásica de los vómitos autoinducidos es el signo de Russell: en el dorso de las manos se observan ulceraciones elongadas y superficiales o callosidades hiperpigmentadas o cicatrices (Rava y Silber, 2004).

La bulimia suele temer un inicio más tardío, hacia los 18 años y el proceso de desarrollo similar a la anorexia. En un momento de conflicto personal el individuo decide que adelgazar puede ser una conquista personal valiosa, que le hará sentirse mejor, valorarse más y, posiblemente, ser mejor aceptado. Dice que una bulímica es una anorexia fracasada. La clínica actual suele presentarnos, mujeres de 25 a 35 años que consultan por primera vez y refieren padecer el trastorno en secreto desde los 18 a 20 años. La mujer con una bulimia, habitualmente con un peso normal, puede pasar desapercibida durante tiempo para sus allegados.

Entre las complicaciones digestivas de la bulimia nerviosa se pude producir dilatación gástrica aguda que obedece a las ingestas masivas de alimentos, deshidratación, hipotensión ortostática, puede presentar ciclos menstruales normales pero es frecuente que lleguen a presentar irregularidades o amenorrea (Gil y Viñas 1998). Las personas con bulimia pueden sufrir de serios problemas electrolíticos, irregularidad en sus períodos menstruales, deshidratación, hinchazón en la cara, dolor de garganta, caries dentales, piel seca y escamosa, constante malestar estomacal, pirosis, constipación, depresión y fluctuaciones en el peso. Los niveles bajos de potasio, producto de la pérdida de grandes cantidades de potasio en el vómito, pueden llevar a tener serias arritmias cardíacas e incluso la muerte. La bulimia es difícil de detectar con tan solo ver a la persona, ya que los problemas de salud no son tan obvios como en la anorexia. La bulimia puede causar daño permanente a los dientes, intestinos, estómago, corazón, nervios y metabolismo (Cervera, M. 2005).

Repercusiones en la salud bucodental

La odontología orientada hacia la población reconoce la importancia de la nutrición en la salud bucal. Se observan manifestaciones bucales debidas a una ingestión de alimentos inapropiada. Por la temprana edad promedio en la que estos pacientes acuden a la consulta dental, el odontólogo juega un rol importante en la detección y diagnóstico oportuno de estos padecimientos. Dentro de las manifestaciones de esta patología mental, también ocurren cambios en la cavidad oral, produciéndose lesiones en estructuras blandas y tejidos duros (Cardoso, C.2007).

La saliva se vuelve más acida, lo que hace que disminuya el sistema buffer por la malnutrición y por los efectos de los medicamentos en el caso de pacientes en tratamiento. Se observa gingivitis generalizada como consecuencia de la deshidratación de los tejidos bucales, acompañada por pobre higiene bucal que produce un acumulo de irritantes locales y el déficit de vitamina C como consecuencia de la mala nutrición. El vómito produce una desmineralización del esmalte dentario de la matriz orgánica con disolución de la hidroxiapatita, el mismo es el factor iniciador de la erosión y el cepillado que tras el vómito se produce, es el causante de la abrasión mecánica que arrastra los prismas del esmalte debilitados por el ácido favoreciendo la aparición de caries.

Las manifestaciones más comunes que se encontraron son erosión dental en las caras palatinas de dientes antero superiores; caras vestibulares de dientes anteriores inferiores y caras oclusales de los molares. También se observa alteraciones funcionales, estéticas y agradamiento de las glándulas parótidas. La frecuencia del vómito no está directamente asociado con las erosiones, o sea que hay otros factores que las favorecerían, como por ejemplo: flujo, pH y viscosidad de la saliva y concentración de bicarbonatos. También es común que sufran de bruxismo o consuman dietas erosivas como jugos cítricos. Todo esto va acompañado con disminución del flujo salival que favorece la disminución de la capacidad buffer de la saliva y, por lo tanto, mantiene el ácido en boca por más tiempo. En un medio bucal tan agresivo los materiales dentales también parecen experimentar deterioro (Zeman, L. 2008).

Un lapso de tiempo aproximado de dos años, los tejidos dentales se verán afectados. Dentro de sus principales manifestaciones destacan: erosión dental, caries, alteraciones en mucosa y periodonto, y que de no diagnosticarse y tratarse oportunamente, será irreversibles.

El odontólogo, al detectar boca seca, erosión y/o cambio en el pH salival, deberá descartar TCA, estando conciente que la mayoría de las veces el paciente negará su problema (García.et. al 2003).

La prevalencia de hipertrofia de glándulas salivales ha sido informada por diferentes autores en un mínimo de 10% y máximo de 50% de los casos observados. (Mandel y Kaynar, 1992).

Las causas no están firmemente establecidas pero se asocian a episodios de vómitos, el estímulo colinérgico asociado al vómito activa las glándulas, aumentando su tamaño y encontró en el examen microscópico una arquitectura normal, sin evidencia de infiltración grasa o linfocitaria, se creen que las enzimas pancreáticas proteolíticas llevadas a la boca durante el vómito estimulan los receptores linguales del gusto y esto aumentaría el estímulo autónomo de la glándula, produciendo la hipertrofia (Berneret al 2004).

La instrucción y educación de aspectos tales como la erosión y los efectos que la deshidratación y las dietas tienen sobre los tejidos bucales serán el paso inicial en el tratamiento dental.

Hay 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 (García, M. 2003).

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 (Zárate et al 2004).

La erosión dental, es definida como una lesión de etiología no bacteriana, caracterizada por un complejo proceso multifactorial en el cual el flujo salival y su capacidad buffer serían factores predisponentes para su desarrollo (Kaye, W. 2000).

El abuso en la ingesta de carbohidratos, asociado a una deficiencia en la higiene bucal aumenta la prevalencia a la caries dental (Zárate, O et al 2004).

No se 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 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 (Mattos Vela, y Melgar Hermoza 2004).

Se encontraron valores más bajos de elementos cariados, perdidos y obturados (CPO-D) en pacientes con anorexia que en pacientes control. Los autores han atribuido estos valores a la mejor higiene oral que presentan los pacientes con disturbios alimenticios debido al vómito frecuentemente seguido de cepillado dentario (Young, W 2005; De Moor, 2004).

En un estudio de la caries dental, la severidad (profundidad) y el área de erosiones de la superficie dental, las erosiones se observaron en el 69% de las bulímicas y en sólo el 7% de los controles " La profundidad de la caries fue mayor en los bulímicos, que se extiende incluso a la pulpa, y el área de la erosión también fue más grande. El autor sugiere que cuando las erosiones están presentes en las superficies linguales de los dientes anteriores superiores, así como en las superficies vestibulares de los caninos superiores, premolares y los incisivos superiores, es probable un diagnóstico de bulimia (Jone, y Cleaton-Jones 1989).

Con respecto a la caries dental se debe evaluar para cada paciente de acuerdo a la de higiene oral, dieta, la malnutrición, la predisposición genética, la ingestión de ciertos tipos de medicamentos etc. (Misra et al 2010)

La asociación entre bulimia anorexia y aumento de caries no está del todo clara ya que depende del riesgo individual como la dieta, la higiene bucal y la xerostomía. La deshidratación de los tejidos blandos por el deterioro de las glándulas salivales junto a las deficiencias dietéticas según el autor puede inducir a creer que estos pacientes muestran altos niveles de caries y patología periodontal. En pacientes con vómitos recurrentes se han encontrado niveles de acúmulo de placa bacteriana muy bajos y en general la higiene oral y el estado periodontal de los pacientes bulímicos es bueno, ello se explica porque la inducción al vómito provoca la

necesidad de cepillado dental posterior a esta práctica. Los índices de caries son generalmente bajos, y no son diferentes a la población normal. Cabe recordar que la caries es poco predecible en estos casos y que es un factor dependiente de la dieta e higiene oral, aunque parece haber en algunos pacientes la predisposición a desarrollar caries cervicales. Los estudios epidemiológicos realizados no han sido capaces de establecer una relación entre la malnutrición y el incremento de la caries. En períodos prolongados de restricción dietética en pacientes anoréxicas no se encontraron cambios en las bacterias relacionadas con la caries dental (Gómez Jiménez et al 2012).

Los traumas de la mucosa oral, particularmente de la faringe y paladar blando, son casi reconocidos universalmente como secuela de disturbios alimenticios. Lo que puede deberse a la utilización de objetos para inducir el vómito. La queilitis angular ha sido descrita en pacientes con disturbios alimenticios como resultado de deficiencias nutricionales y trauma (Burkhart et al 2005).

Un estudio de Berner et al (2004)' donde se incluyeron en este estudio 70 pacientes, 66 mujeres y 4 varones con edad promedio 17,3 ± 2 años que concurrieron para su atención al Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich psicopatológico del trastorno. Observaron que el 33% de los pacientes vomitadores presentó erosión de grado 1 (pérdida superficial limitada al esmalte). Los datos referidos a caries dentales (índices epidemiológicos CPOD/CPOS (dientes cariados, perdidos y obturados/superficies cariadas, perdidas y obturadas) mostraron mayor susceptibilidad en el grupo de pacientes con episodios de vómitos autoinducidos ($p< 0,01$). La pérdida irreversible de tejidos dentarios por erosión fue de severidad clínica leve (grado 1). La prevalencia de la enfermedad caries dental fue mayor en el grupo de pacientes vomitadores. Concluyendo que la pérdida irreversible de tejidos dentarios por erosión tuvo una gravedad clínica de grado 1. El grupo de pacientes vomitadores presentó mayor susceptibilidad a la enfermedad caries dental que el de los no vomitadores.

Öhrn, et al (1999).en su trabajo realizado sobre 81 pacientes con edad promedio de 25 años y por lo menos 6 años de evolución, de TCA encontraron un 50% de pacientes con erosión de grados 2 y 3 significativamente correlacionada con el número de años del TCA. Se encontró un 33% de erosión de grado 1, que podría explicarse por la menor edad y tiempo de evolución de la enfermedad. La mayor ingesta de hidratos de carbono en pacientes con diagnóstico de bulimia y la resultante actividad cariogénica juega también un papel importante en la pérdida de los tejidos.

En una pesquisa Traebert, y Moreira (2001) evaluaron los trastornos de la alimentación en adolescentes y sus efectos en la salud oral, comentan que los trastornos a menudo generan erosión dental debido al ambiente extremadamente ácido.

Los criterios para diagnóstico de la erosión dental resultante de episodios de vómitos se caracterizan por la erosión severa en las superficies palatinas de dientes anteriores superiores,

erosión moderado en las superficies vestibulares de estos mismos dientes superficies linguales de los dientes anteriores inferiores afectados más tardíamente, erosión variable en las superficies oclusales y vestibulares superior y los dientes posteriores inferiores; se observa que la higiene oral es muy meticulosa, y repetitiva, a menudo seguido de cepillado agresivo después del acto de vomitar y puede resultar en abrasión severa(Smith, y Knight, 1984).

No todos los bulímicos tienen erosión dental y los factores asociados, influyen el tiempo de duración de la enfermedad, frecuencia de los episodios de vómitos y la cantidad saliva. La saliva reduce la acidez, por lo tanto, en pacientes con bajo flujo salival, la acidez permanece, principalmente en la parte posterior de la lengua, la razón que las superficies palatinas de los dientes frontales son más afectados. En este estudio, las pacientes bulímicas tenían una mayor prevalencia de caries en las superficies proximales y palatinas, pero no había diferencia significativa en la higiene y estado periodontal (Rytömaa et al 1998).

La mucosa oral 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. Se produce también queilitis, caracterizada por sequedad, enrojecimiento y fisuras labiales principalmente comisarles (Zárate et al 2004).

El tejidos más afectados suele ser la encía, al no haber la cantidad ni calidad suficiente de saliva para el arrastre de bacterias, la alteración más prevalente es la gingivitis (Garcia et al 2008).

Las evidencias de enfermedad periodontal en pacientes con disturbios alimenticios son dudosas y raramente encontradas porque la mayoría de estos pacientes son relativamente jóvenes aun así, algunos autores han encontrado diferencias entre el estado del periodonto de pacientes con trastornos alimenticios y el grupo control. Es frecuente encontrar alteraciones indicativas de gingivitis en pacientes con bulimia, pero no necesariamente de periodontitis. En pacientes vomitadores frecuentes, las papilas interdentarias se encuentran frecuentemente hipertróficas como resultado de la constante irritación del vómito ácido y también como resultado de la xerostomía y deficiencia nutricional. El estado gingival puede estar afectado por medicamentos prescritos por cuestiones psicológicas. Algunos de estos son anticolinérgicos que originan xerostomía, así como papilas hipertróficas. Estos tejidos no presentan sangrado por sondaje ni pérdida de adherencia (García, M. 2003; Murrieta-Pruneda, J 2008; Burkhart, N 2005; Frydrych, et al 2005; Young W 2005).

En pacientes anoréxicas el riesgo de una mala dieta o nula ingesta de alimentos se traduce en desmineralización del esmalte, por lo que los dientes en este tipo de pacientes son frágiles y quebradizos. En tanto que aproximadamente el 20% de los pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y más del 90% con anorexia-purgativa y bulimia presentan erosiones dentales y pseudo sobre obturación, que son restauraciones dentales que sobresalen por encima de los dientes erosionados de las cavidades dentarias (Zárate et al 2004).

En pacientes anoréxicas restrictivas la malnutrición es un importante factor de riesgo de periodontitis, si bien sólo se ha podido demostrar la asociación de la periodontitis con niveles alarmantes de carencia de muchos nutrientes. El único nutriente cuya carencia por si sola produce afectación gingival es la vitamina e y la textura de los alimentos no parece guardar relación con la salud periodontal. El estrés también presente éstas patologías desempeña un papel importante en el desarrollo de patología periodontal Gómez Jiménez et al 2012).

El objetivo del trabajo de Zeman, L (2008) fue describir las erosiones dentarias y de los materiales dentales en pacientes bulímicos y anoréxicos purgativos. En 28 pacientes bulímicas y anoréxicas purgativas se registró el grado de las erosiones dentarias, su distribución y la que se observa en las restauraciones presentes en sus bocas. Para valorar las erosiones dentarias se utilizó un índice de Erosión Dentaria (TWI) categorizándolas en tres niveles: leve, moderado y severo. A las restauraciones dentarias se las evaluó con un índice ad hoc (RWI). Se encontró que 32,1 por ciento tenía erosiones dentarias leves, 60,7 por ciento moderadas y 7,1 por ciento severas. En la determinación de la erosión en los materiales se observó una ligera, aunque estadísticamente significativa, diferencia entre las restauraciones confeccionadas con composites y con amalgama.

Autopercepción de Salud

Desde que la OMS, Organización Mundial de la Salud, propusiera una definición de salud que contempla indicadores psicosociales relativos al bienestar, superando las concepciones anteriores que la circunscriben a la ausencia de enfermedad (OMS, 1946), se trasciende el nivel de análisis puramente individual y biológico y se sitúa a la comunidad como el contexto en el que la salud es simultáneamente objeto de influencia y motor de cambio (Kisnerman, 1981).

La noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde el paradigma médico-biológico hasta un concepto más global e integral que incorpora el paradigma socioecológico.

La percepción de salud depende no sólo de las características fisiológicas sino también de experiencias personales, del entorno familiar, del contexto cultural, entre otros; por lo que desconocer condiciones del contexto social y de la vida en comunidad de los individuos pudiera soslayar el impacto de la misma en la percepción de salud (Londoño et al 2012).

El término auto-percepción del estado de salud, o morbilidad sentida, se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud como producto de sus conocimientos e interpretaciones, sin que necesariamente haya sido confirmado por personal médico. Esta información tiene, en consecuencia, un carácter subjetivo que puede revelar los problemas de salud más comunes en la población a partir de sus experiencias y valores, no sólo de la demanda de los servicios (Londoño et al 2012).

La salud autopercibida está determinada por muchos factores, como por ejemplo, la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, problemas emocionales e incluso el tipo de publicidad televisiva. Se debe reseñar este fenómeno ya que pone de manifiesto que la valoración que hagan los sujetos de su propia salud tendrá un marco de referencia particular, pues para

algunos será más importante la salud física, mientras que para otros lo será la salud social (Krause, y Jay, 1994). Por tanto entre los indicadores de salud se pueden distinguir dos tipos: los objetivos y los subjetivos. Los primeros se basan en información obtenida mediante registros o censos sanitarios basados en información objetiva (índices de mortalidad, esperanza de vida, etc.) y los segundos se obtienen mediante encuestas o registros basados en la percepción o autovaloración del individuo registrado o encuestado.(Gómez-Mármol, A., & Moya Nicolás, M 2013).

Gómez-Mármol, y Moya Nicolás, (2013). en su estudio han entrevistado a 11 mujeres de entre 45 y 60 años, buscando dilucidar la óptica desde la que éstas analizan su propio estado de salud, destacando la importancia de la salud autopercibida al igual que otros autores (Frydrych, et al 2005; Krause y Jay .1994).

El estado de salud percibido es uno de los indicadores por excelencia utilizado como aproximación a la situación de salud de las poblaciones en las encuestas de diferentes países (de Salud bucal-ENSAB, I. E. 1999).

Desde una perspectiva psicosocial, es necesario reivindicar un modelo de salud que considere cómo las conductas, cogniciones, sensaciones, hábitos individuales, etc. están influidas por la inserción de la persona en familias, estratos socioeconómicos, grupos, vecindarios y comunidades de referencia que comparten y mediatizan dichas singularidades (Santacreu, J. 1991).

El nivel de ingreso y la forma como está distribuido en la sociedad influyen sobre la percepción de la salud; personas con menor ingreso, o en comunidades de mayor desigualdad, tienden a percibir un estado de salud peor que aquellos con ingresos superiores o que están en comunidades más equitativas. Estas relaciones no actúan de forma independiente. El efecto del nivel de ingreso depende del grado de la desigualdad y viceversa. De manera análoga, para el caso de la autodeterminación en salud, se argumenta que dos personas pueden considerar que tienen un estado de salud muy bueno, estando en condiciones muy distintas, en la medida en que el conjunto de bienes (incluyendo los medios necesarios para liberarse de la enfermedad) de una es más amplio que el de la otra (González, J. 2005). Siguiendo la línea de la variabilidad antes señalada, la base de la satisfacción vital está en la percepción que tiene la persona de sí misma y del entorno en el que vive, por lo que elementos como las autopercepciones y rasgos de personalidad serán cruciales para determinarla. Las autoevaluaciones tienen un papel esencial en la percepción de la satisfacción vital, siendo el concepto que se tiene de sí mismo o la autoestima notables predictores de la misma La percepción de salud es un constructo al que se le otorga un valor muy importante, ya que no siempre tiene una relación directa con el estado de salud real y median otros elementos como la comparación social, los hándicaps creados a raíz de dicha situación, etc. El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud (Mc Cullough, et al 2000; Furr y Funder, D. 1998).

Siguiendo este concepto, Abellán García, A (2003) en su estudio, menciona que la relación entre sexo y valoración de estado de salud es estrecha, el nivel de instrucción es una causa discriminante, entre los mayores. Los que tienen estudios superiores presentan valoraciones más positivas, la falta de recursos culturales aumenta la incertidumbre y la inseguridad ante cualquier circunstancia de la vida, pero en especial ante los problemas de salud. Por otra parte, los mayores niveles de instrucción también se asocian a estilos de vida más saludables. Los mayores ingresos en el hogar traducen la posibilidad de conseguir recursos relativos a la salud y al mantenimiento de la propia calidad de vida y permiten adquirir los servicios precisos en caso de necesidad (Mccullough, et al 2000; Furr y Funder 1998).

Autopercepción en salud bucal

Conceptos contemporáneos de la salud sugieren que la salud oral debe ser definida en términos de bienestar físico, psicológico y social en relación a la condición oral. Cohen & Jago (1976) consideran que la mayor contribución de la odontología es mejorar la calidad de vida por lo tanto es importante la evaluación de la salud oral. Medidas tradicionales utilizan índices principalmente clínicos, aunque hay alternativas utilizando medidas de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental en los enfoques sociodentales (Sheiham, A. 2005).

La salud general y en este caso la bucodental, se la puede medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud que generalmente lleva a la utilización de un cuestionario para llevarlo a cabo (Silva y Castellanos Fernandes 2001).

En cuanto el profesional odontólogo, evalúa la condición clínica por la presencia o ausencia de enfermedades, y para el paciente son importantes los síntomas y los problemas funcionales o sociales desencadenados por las enfermedades bucales. La autopercepción también puede ser afectada por la percepción de valores personales, como la creencia que algunos dolores e incapacidades son inevitables en esa edad, lo que puede llevar a la persona a superestimar su condición bucal (Arqués et al 2005).Los datos sobre autopercepción son subjetivos y para su recogida se establecen cuestionarios que evalúan los problemas funcionales, sociales y psicológicos relacionados con problemas bucales. Los instrumentos de evaluación basados en la autopercepción tratan de englobar las dimensiones, relacionándolas a través de múltiples preguntas, administradas en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios, preferiblemente en 70 versiones reducidas que conservan la validez, fiabilidad y precisión a la vez que faciliten su aplicación y posterior análisis (Arqués et al 2005).

La autoevaluación de la salud bucodental, aparentemente contrasta con la condición clínica, debido a que los sujetos parece, tienen una visión más positiva, aunque con unos datos clínicos,

realmente poco satisfactorios. Puede deberse a que utilizan otros criterios subjetivos como determinantes de su concepto de condición bucal (Gómez, y Jaritzon, 2011).

Siguiendo, el pensamiento de Calzadilla y Méndez (1996) donde comentan que el diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. El diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Comentan en su estudio "Diagnóstico de salud bucal" donde entre los objetivos que se plantearon fue estudiar los factores determinantes del estado de salud bucal (Calzadilla y Méndez 1996).

Consideraron importante tener en cuenta para realizar un diagnóstico de la situación de salud los siguientes puntos, nivel y estructura de la salud, que se mide en términos de la mortalidad dentaria y la morbilidad bucal, factores condicionantes del estado de salud de la población, factores socioeconómicos (trabajo, vivienda, alimentación, condiciones de vida, nivel de escolaridad). Factores biológicos (sexo, edad, herencia, agentes patógenos, otros). Factores naturales (clima, hidrogeología, agentes químicos, otros), estructura y funcionamiento de la atención estomatológica a la población, y relacionaron los indicadores de salud bucal con, nivel de conocimientos de la población en salud bucal, nivel de higiene bucal: diagnóstico de placa dentobacteriana medios de control, resultados según índice de placa, atención clínico estomatológica: prevención, recuperación, rehabilitación, sociales: alimentación, vivienda, trabajo, medio familiar y extra familiar y factores de riesgo: biológico, ambientales, comportamiento socioeconómicos, culturales, naturales. Concluyendo que el diagnóstico de salud de la comunidad no sólo implica el conocimiento de la salud, sino también de todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud, así como de las interrelaciones sociales de la comunidad y los recursos de salud disponibles (Calzadilla y Méndez 1996).

Artázcoz et al (2010) en su trabajo "Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra," concluyeron que, el sexo, medio de residencia y nivel socioeconómico apenas influyen en la percepción de salud, frecuencia de cepillado o necesidades de tratamiento sentidas.

La percepción de salud por el método de viñetas está correlacionada con el nivel de ingreso, características sociodemográficas y comunitarias del hogar. Estos resultados resaltan la necesidad de replantear la utilización de este método para la medición del estado de salud y buscar otras variables que permitan explicar las variaciones en la percepción (Vargas-Palacios, A 2006)

Algunos trabajos como el de López, et al (2003) cuyo objetivo fue, conocer las desigualdades en la percepción de la morbilidad y el cuidado de la salud de la población del Área Metropolitana de Buenos Aires y relacionarlas con dimensiones demográficas, socioculturales y económicas, teniendo como universo de estudio la población adulta de 25 años o más. Se utilizaron datos secundarios de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud (2003). Los resultados obtenidos permitieron sostener que

estructuralmente la desigualdad refiere las diferencias existentes en el acceso a los recursos en relación con las condiciones de vida de las personas. Asimismo, la edad y el sexo, además de marcar diferencias biológicas en la determinación de los problemas de salud, constituyen mediadores sociales, culturales, políticos y económicos en las experiencias diferenciadas entre individuos pertenecientes a un mismo contexto social.

Es posible estimar el impacto negativo que tienen las condiciones de salud bucal sobre la calidad de vida de las personas, lo cual hace de este tema un problema relevante para la Salud Pública e incita a cuestionarse cuál es el peso de la autopercepción de la salud bucal en la calidad de vida relacionada con salud y en la calidad de vida general (Aubert, et al 2014).

El concepto de calidad de vida relacionado a salud oral que se ha acuñado en los últimos años requiere considerar para su evaluación, no sólo factores tales como el malestar, dolor o alteraciones de la función, sino también debe incluir aspectos emocionales y funciones sociales asociadas a la salud oral, donde las personas de menor ingreso reportaron mayor impacto en la calidad de vida (Locker y Quiñonez 2011; Sheiham, A. 2005).

El proyecto de Quinta Aguirre, Macarena (2014) tuvo como objetivo determinar el impacto que tienen los determinantes sociales en la salud oral. Como resultado establece que existe relación significativa entre edad, número de hijos, nivel educativo, índice de higiene oral y autopercepción de la salud oral en el número de piezas perdidas. En tanto que para el nivel socioeconómico no encontró diferencia significativa para el valor medio del número de piezas pérdidas (Quintana Aguirre, M. 2014).

Referente a otras patologías bucales, como lo es la gingivitis (Misrachi y Sáez, 1989) observaron que el 58% consideraron normal durante el cepillado el sangrado gingival. Concluyendo que el manejo de la situación salud enfermedad se limita en la totalidad de los casos a definir y enfrentar los problemas cuando el dolor es el factor desencadenante. La caries y las primeras etapas de la enfermedad periodontal, en un alto porcentaje no fueron reconocidas como enfermedades. El estudio tuvo como propósito aumentar el conocimiento sobre los patrones culturales relacionados con la salud oral, que prevalecen en la población de bajo nivel socioeconomico. La noción de autocuidado está íntimamente relacionada tanto con la concepción de salud que prevalece en los sujetos y grupos sociales la relación que guardan aquellos pacientes que respondieron que creen tener problemas bucales y los que no lo creen con las visitas realizadas al odontólogo pudiendo observar con ello, la importancia que se le asigna a la salud bucal y al autocuidado.

Factores socioculturales, socio económico y salud bucal

Es importante reconocer la asociación entre los problemas de salud bucal y los factores socioculturales y socioeconómicos de la población. Estudios recientes muestran que la prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza.

Poulton, et al (2002) menciona en su trabajo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la

presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Por ejemplo, países en vías de desarrollo muestran una incidencia mucho mayor de cáncer bucofaríngeo, asociado a desnutrición. Casi exclusivo de África y el Sudeste asiático, las regiones más pobres del mundo.

En Occidente, la caries y la enfermedad periodontal parecen ser un buen predictor de la pobreza en los niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población pobre (Petersen, P. 2003; Poulton, et al 2002).

Además de los determinantes socio-ambientales, la enfermedad oral está altamente relacionada con estos factores de estilo de vida, que son riesgos para la mayoría de las enfermedades crónicas, así como los factores de protección, tales como la correcta exposición al fluoruro y una buena higiene oral. Las enfermedades orales califican como principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia y la incidencia de todas las regiones del mundo, y en cuanto a todas las enfermedades, la mayor carga de enfermedades bucodentales es en las poblaciones desfavorecidas y socialmente marginadas. El impacto severo en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto sobre la calidad de vida también debe ser considerado. El tratamiento tradicional de las enfermedades bucodentales es extremadamente costoso en varios países industrializados, y no es factible en la mayoría de países de ingresos bajos y medianos ingresos (Peterse, P 2003; Poulton el al 2002).

A pesar de las grandes mejoras en la salud bucal de la población de todo el mundo, problemas que aún persisten sobre todo entre los grupos pobres y desfavorecidos, tanto en los países desarrollados y en desarrollo. Según el Informe Mundial de la Salud Bucodental 2003, la caries dental sigue siendo un importante problema de salud pública en los países más industrializados (Petersen, P. 2003).

Siguiendo el mismo lineamiento, para Abadia Barrero, Cesar (2006) el enfoque en los comportamientos individuales hace que el complejo biosocial que determina la presencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones, se vea reducido de forma inapropiada a actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que higiene y dieta son dos procesos profundamente sociales. Sin restar importancia a la educación como estrategia en prevención, Para el autor, la literatura odontológica carece de definiciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación y de otras actividades y programas preventivos. Por tanto, considera que no se han planteado alternativas sobre cómo contrarrestar los efectos de los factores sociales en las enfermedades orales.

En un estudio realizado por Villalobos, Rodelo, J (2007) en una comunidad del noroeste de México y su asociación con algunas variables clínicas, socioeconómicas y sociodemográficas concluyeron que la caries dental es un problema de salud pública en esta población. Diversas

variables clínicas, sociodemográficas y socioeconómicas estuvieron asociadas a la caries dental en ambas denticiones. La caries dental depende de una amplia gama de variables relacionadas con el huésped, el agente y el medio ambiente, además del tiempo, que juega un papel importante.

Otras variables sociodemográficas y socioeconómicas parecen ser factores importantes para la presencia de caries, como el nivel socioeconómico, la ocupación de los padres, el sexo, y la edad, entre otras en su presencia y gravedad.

Los niños de peor nivel socioeconómico tuvieron mayor probabilidad de tener caries que sus contrapartes de mejor NSE. Existe amplia evidencia que sugiere que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor tanto de morbilidad como de mortalidad. Además, es aceptada la existencia de una asociación entre el estado de salud y el estatus social; en general individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud, donde se observó que los sujetos de mejor posición socioeconómica tienen menor experiencia y prevalencia de caries dental. Se encuentra resultados contradictorios, sin embargo, en una investigación realizada en una población mexicana expuesta a contenido de ión flúor en agua por arriba de los niveles recomendados para la prevención de caries, se observó que los sujetos de mejor posición socioeconómica tuvieron mayor prevalencia de caries en la dentición permanente. Igualmente, en un estudio en escolares de comunidades rurales de Brasil se observó esa relación con varios indicadores de posición socioeconómica (Villalobos-Rodelo, J. 2000).

Se analizó la asociación directa entre la escolaridad madre y la caries dental: las madres con más educación tienen mayor contacto con el entorno urbano, influencia urbana y en consecuencia mayor consumo de sacarosa. Diversos estudios demostraron que proceso de urbanización está directamente asociado con la aparición de caries debido a la occidentalización en los hábitos de la alimentación (Abreu, M 2004).

Sin embargo, Quiñones Ybarria et al (2008) investigaron que a pesar de un nivel de escolaridad alto, existen muchos niños con un estado bucal inadecuado, por carecer además de conocimientos sobre tan importante tema y subvalorar su importancia.

Los autores plantean que factores socioeconómicos tales como ocupación del padre o cabeza de familia, nivel de educación del padre y madre, lugar de residencia e ingreso familiar, están relacionados con la prevalencia de caries dental, pero tienen poca o ninguna contribución en modelos multifactoriales de predicción de algunas enfermedades bucales por ejemplo, la caries dental. Tanto la escolaridad como la ocupación de los padres no guardaron correlación con la salud bucal de sus hijos (Quiñones Ybarria, et al 2008).

En su trabajo de Análisis del estado de la salud bucal de una población adolescente, Carosella, et al (2003) obtuvo que la prevalencia de caries, pérdida de piezas dentarias y enfermedad gingival en los adolescentes es elevada. El nivel socioeconómico, los hábitos de higiene y alimentación constituyen factores de riesgo. Nivel socioeconómico y cultural del grupo

familiar al que pertenece el joven que, quedó demostrado, actúa como referente directo en el cuidado de la salud bucal. Con respecto a la influencia sobre salud bucal del nivel socioeconómico al que pertenecían los adolescentes de la muestra no se observó asociación significativa entre los pacientes de nivel socioeconómico bajo y la presencia de caries. No observó asociación significativa entre los pacientes de nivel socioeconómico bajo y la presencia de gingivitis. No observó asociación significativa entre los pacientes delos diferentes grupos socioeconómicos y la falta de piezas dentarias. Se encontró que sólo la técnica de higiene y nivel socioeconómico estarían asociados en forma significativa para predecir riesgo de caries (Carosella et al 2003).

Donaldson et al (2008) y González- Osorio (2003) coinciden en que en la actualidad, es ampliamente aceptado que existen desigualdades socioeconómicas en salud bucal. Además, comentan que se observa un gradiente socioeconómico en un amplio rango de resultados clínicos y de salud bucal autorreportada, esto es, que a mejor nivel socioeconómico, los sujetos presentan mejores resultados en salud, independientemente de la naturaleza, alcance y grado de eficiencia del sistema de salud. Reconocen que tanto un creciente cuerpo de investigación empírica, como el modelo teórico de los determinantes sociales de salud bucal sugieren que el gradiente socioeconómico en salud bucal está relacionado con factores sociales, ambientales y políticos, y que estos actúan a través de vías materiales, conductuales y psicosociales.

En un estudio de Apaza-Ramos, S et al (2015) cuyo objetivo fue evaluar la influencia de los factores familiares, sociodemográficos y el estado de salud bucal en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) de adolescentes peruanos. Llegando a la conclusión que la CVRSB de los adolescentes peruanos de 11 a 14 años de edad se encuentra influenciada por diversos determinantes de la salud, no solo por las condiciones clínicas; sino también, por los factores sociodemográficos y familiares en el cual está inmerso.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal, correspondiente al período agosto 2013- septiembre 2014.Se utilizó para la recolección de la información un cuestionario semi estructurado elaborado por el investigador.

Universo y Muestra

Se relevaron la totalidad de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período de Agosto del año 2013 a Septiembre del año 2014. N =100. Se efectuó visitas a ambas instituciones y en los consultorios destinados para tal fin, se realizó encuesta a todos los pacientes que asistían por primera vez, como a los que se encontraban bajo tratamiento. (N =100), para poder analizar los datos, se dividió a la muestra en menores de 18 años (adolescentes) N= 55 y mayores de 18 años (adultos) N=45.

El criterio de exclusión fue los pacientes que concurrían al servicio de ALUBA – Hospital Nacional de Clínicas sin un diagnóstico certero de su patología.

Criterio de inclusión de la muestra fue: pacientes de ambos sexos, que concurrían por primera vez, como aquellos que se encontraban bajo tratamiento, con diagnóstico médico, de trastorno alimentario.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario semi estructurado (ver anexo) en él, se registró los datos personales, edad, sexo, ocupación del padre, escolaridad de la madre (años de estudio), nivel educacional, cultura sanitaria, situación económica, recabando información que dieron, cuenta de los factores culturales, hábitos conductuales (cepillado), motivos y frecuencia de consultas odontológicas. Se analizó: derivaciones por parte de los profesionales de salud a las consultas odontológicas, estado de salud oral, frecuencia de hábitos higiénicos bucales, asistencia periódica o sistemática a los servicios odontológicos, motivos de las mismas, última consulta odontológica realizada, conocimientos sobre sus problemas bucales, salud bucal autopercibida, conocimiento de las repercusiones que los trastornos de la conducta alimentaria producen en la salud bucal, autocuidado. Se aplicó una encuesta semiestructurada elaborada ad hoc por el investigador, mediante previa autorización del entrevistado a través del consentimiento informado, a los menores de 18 años se solicitó consentimiento firmado de sus padres o tutor responsable.

Conceptualización y Operacionalización de las variables

Variables Independientes

a) Perfil Sociodemográfico

Edad, sexo, procedencia: aquí se consigna si la misma, capital, interior.

b) Nivel sociocultural.

Para determinar el nivel sociocultural de los menores de 18 años se realizó en base a la escolaridad de la madre considerando estudios primario: nivel sociocultural bajo, secundario nivel socio cultural medio y terciario, universitario: nivel sociocultural alto.

En los mayores de 18 años el nivel sociocultural se determinó de acuerdo a los estudios alcanzados. Nivel sociocultural bajo: primario y secundario, nivel sociocultural medio: terciario, nivel sociocultural alto: universitario.

c) Nivel socioeconómico.

El Nivel Socioeconómico en menores de 18 años se determinó a partir de la escala de bienestar económico familiar (Family Affluence Scale, FAS), un índice creado a partir preguntas realizadas consignando el número de automóviles y computadoras que posee la familia, la existencia de habitación propia e individual y haber salido de vacaciones con la familia en los últimos 12 meses. La escala tiene una aceptable correlación con la categoría ocupacional de los padres. Se construye en 7 categorías (desde 0, el nivel socioeconómico inferior, hasta 7, el más elevado) y se recodifica en 3 grupos: nivel bajo (0-3), intermedio (4-5) y elevado (6-7).

Para establecer el nivel socioeconómico de los mayores de 18 años se consideró la asociación de nivel cultural para determinar la posición social en adultos según Bourdie, Pierre (2005)

- Nivel alcanzado de estudio primario: nivel socioeconómico bajo
- Nivel alcanzado de estudio secundario: nivel socioeconómico medio
- Nivel sociocultural terciario o universitario: nivel socio económico alto.

Variables Dependientes

a) Derivación a consultas odontológicas:

Por parte de los profesionales de la salud que tratan a los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

b) Motivos de consulta odontológicas:

Motivos que motivaron las consultas odontológicas.

c) Salud bucal auto percibida:

Se recolectó a través de la pregunta si creían tener problemas en su boca, esta fue dicotomizada en si /no, para poder determinar la percepción de problemas dentales y se la relacionó con los distintos niveles socioeconómicos y socioculturales.

d) Fecha de las últimas consultas odontológicas

Fue analizado través de las últimas consultas y controles odontológicos realizados, pudiendo observar con ello, la importancia que se le asigna a la salud bucal y al autocuidado.

Se categorizó en menor a 12 meses / mayor a 12 meses.

e) Nivel de conocimiento de la relación de los trastornos de la conducta alimentaria con la salud bucal.

Se categorizó si / no cree que los tca afecta la salud oral.

f) Cantidad de cepillados dentales diarios:

Categorizada en una frecuencia de 0 a 1 vez por día escaso, 2 a 3 veces por día recomendable, más de 4 veces excesivo.

g) Indicadores epidemiológicos de la Salud de bucal.

Índices odontológicos.

Se recolectaron datos para evaluar los dos principales factores de riesgo, placa bacteriana y calculo dental, aplicando el índice de higiene oral simplificado (IHOS) que da referencia de hábitos de higiene oral, se consignaron elementos dentarios con erosión, bruxismo y se realizó inspección de los tejidos blandos, y sus lesiones.

Para recolectar datos que dieran cuenta del estado de salud bucal, se realizó una inspección exploratoria bucal, consignando en fichas odontológica odontograma, los elementos cariados, perdidos, y obturados. Aplicando el índice (CPO-D) útil para para medir el estado de enfermedad dentaria en dientes permanentes y para determinar y cuantificar el estado de salud bucal en relación a las caries, midiendo así la experiencia de caries. Se aplicó el índice experiencia de caries uno de los índices utilizados para medir el porcentaje de salud de una comunidad. El índice de Knutson: Permite determinar la prevalencia de la enfermedad en la población, el índice de experiencia de caries que permite determinar el acceso a la atención odontológica y el CPOD que describe si el perfil de atención es restaurativo, extraccionista o ninguno. El Índice CPO-D considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que es su registro se incluyen datos sobre: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas) - las piezas dentarias extraídas -

perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas) y las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas). El promedio del índice CPO-D (promedio de dientes cariados, perdidos y obturados en la dentición permanente), determinando así la experiencia de caries en la población. Para determinar la severidad de caries a través del índice epidemiológico que mide la historia de caries en una población, se utilizó la cuantificación del índice. Resulta de la suma de los elementos dentarios permanentes cariados, perdidos con extracción realizada por caries y obturados presentes en boca sobre el total de los individuos examinados.

Matriz de datos

Variable	Dimensión	Indicador	Valor
Factores socio-económicos y culturales	Edad	Expresada en categorías	<18 años >18 años
	Sexo	De acuerdo a como figura en el DNI	Masculino Femenino
	Lugar de procedencia	Determinada en base a la zona geográfica donde vive el paciente.	Capital Interior
	Nivel socio cultural	Determinado en base al nivel de escolaridad alcanzado en adultos.	Estudios primarios, y secundarios = Nivel bajo Estudios terciarios = Nivel medio Estudios universitarios= Nivel alto
		En < de 18 años se realizó en base a la escolaridad de la madre.	Estudios primarios= Nivel bajo Estudios secundarios= Nivel medio Estudios terciarios y universitarios= Nivel alto
	Nivel socioeconómico	De acuerdo a la escala de bienestar fliar en <18 años En adultos de acuerdo a la escolaridad.	0-3 = Nivel bajo 4-5 =Nivel medio 6-7 =Nivel alto Estudios primarios= Nivel bajo Estudios secundarios= Nivel medio Estudios terciarios y universitarios= Nivel alto

Estado de salud bucal de los pacientes	Autocuidado	Derivación a consulta odontológica Motivo de consulta De acuerdo a la fecha de la última consulta	SI/No Estética, dolor, prevención, etc. > 12 <12
		Conocimiento de la relación entre salud bucal y AN- BN	SI /NO
		Cantidad de cepillados dentales diarios	0-1 /día=Escaso. 2-3/día=Recomendable 4-5/día=excesivo
	Auto percepción de la salud bucal	De acuerdo a la pregunta si cree tener problemas en la boca	Si / No
	Estado de los tejidos orales a la exploración clínica	Índice de Knutson	% Elem dentarios sanos-cariados
		Índice de experiencia de caries	Sin experiencia de caries. Libre de caries. Con experiencia de caries.
		Índice CPO-D	0-1,1 = muy bajo 1,2-2,6= Bajo 2,7-4,4= Moderado 4,5-6,7= Alto 6,6 o más =Muy alto
		Índice de higiene Oral simplificado	0 = Excelente 0.1-1.2= Buena 1.3-3.0= Regular 3.1-6.0= Mala

Técnica de recolección de datos

La fuente de información para relevar los datos y dar cuenta a la temática planteada se realizó en forma directa a través de una encuesta semiestructurada. Comenzado con interrogatorio para obtener información de los datos sociodemográficos, y demás ítems referentes al autocuidado, conocimientos y creencias en relación a la salud bucal y motivos de consultas más frecuentes.

Para la inspección de la cavidad oral y del diagnóstico dentario se realizó la exploración clínica, se dispuso de instrumental de exploración odontológico, con visión directa e indirecta, utilizando espejo sin aumento.

Con los datos recabados se calculó el Índice CPO-D, índice de Knutson, índice de experiencia de caries, índice de higiene oral simplificado (IHOS) utilizado en forma estándar en epidemiología.

Procesamiento de la Información

Se realizó un análisis descriptivo observacional multivariado de proporciones, expresado en porcentaje.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los datos recabados a través de la encuesta auto-administrada. Para un mejor análisis e interpretación, los resultados fueron agrupados de acuerdo a la edad de la muestra; adolescentes (≤ 18 años de edad) N=55 y adultos (> 18 años de edad) N=45

1. Análisis socio-demográfico

1.1 Edad

1.1.1 Edad de los pacientes adolescentes

La edad media de los pacientes adolescentes encuestados fue de 16 años siendo la edad mínima registrada de 7 años y la máxima de 18 años. La figura 1 muestra, que un 33% de los individuos adolescentes tienen 18 años, un 32% tienen entre 16 y 17 años, un 11% tienen 15 años y la población restante, es decir, un 24% son ≤14 años. De esta manera, se observa que un 76% de la población adolescente bajo estudio son ≥ 15 años y ≤ 18 años.

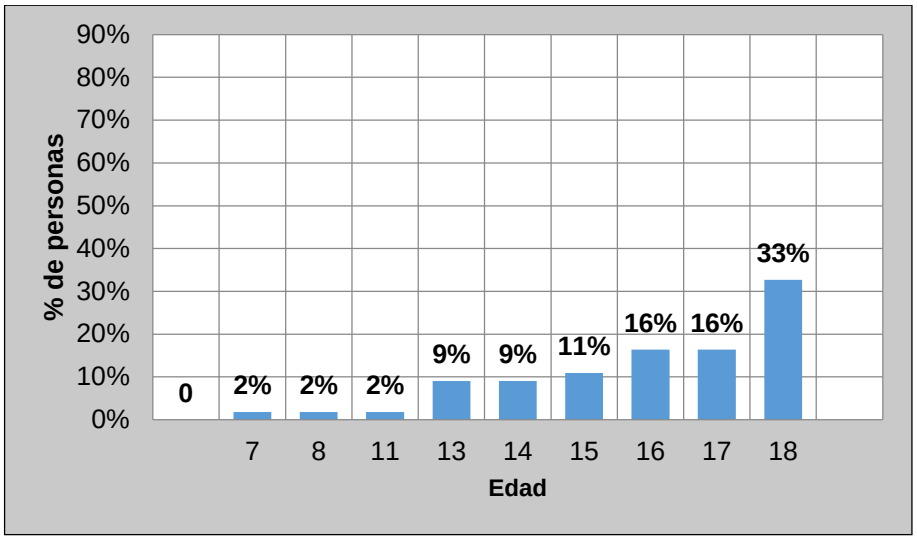


Figura 1. *Distribución de la Edad en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.1.2 Edad de los pacientes adultos

Con respecto a los pacientes adultos, la edad media observada es de 27 años, habiéndose encuestado sujetos de 19 a 60 años. Como muestra la Figura 2, el mayor porcentaje de los individuos (50%), se concentraron en el rango etario de 20 y 23 años de edad.

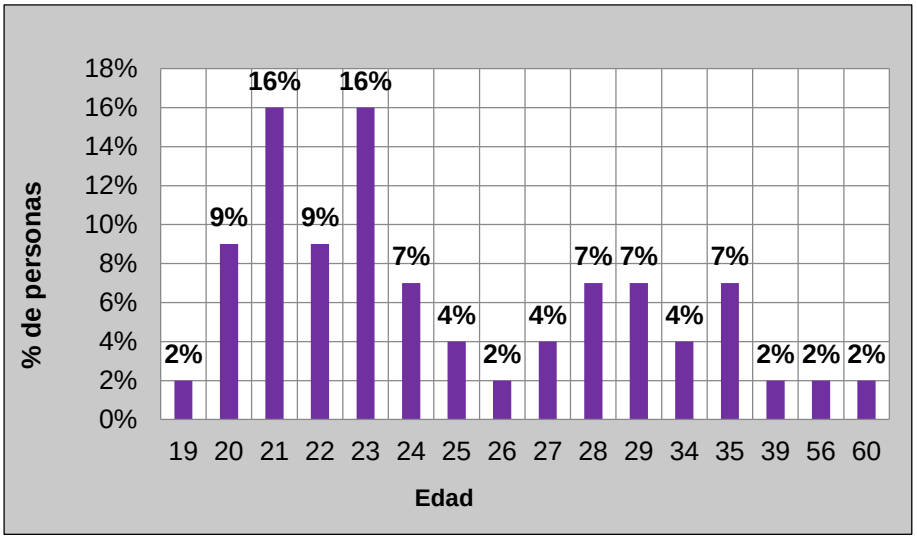


Figura 2. *Distribución de la Edad en adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.2 Sexo

1.2.1 Sexo de pacientes adolescentes.

En Figura 3 se puede observar, del total de la población adolescente encuestada, el 96% estuvo conformada por mujeres.

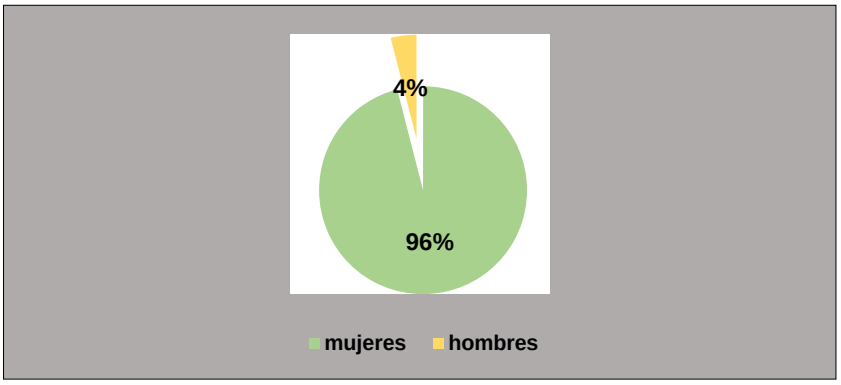


Figura 3. *Distribución del sexo de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.2.2 Sexo de pacientes adultos

El 100% de la población adulta, estuvo conformada por mujeres.

1.3 Procedencia

1.3.1. Procedencia de los pacientes adolescentes

Al considerar esta variable en nuestra investigación, se pudo observar que la mayor parte de la población adolescente procede de Córdoba Capital (85%), un menor porcentaje del interior de Córdoba (10%), mientras que el resto pertenece a otras provincias (5%) (Figura 4).

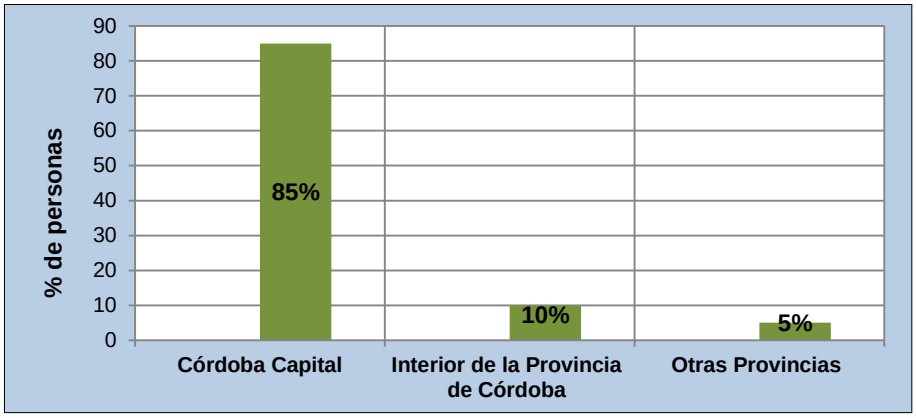


Figura 4. *Distribución de la procedencia de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013-2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.3.2 Procedencia de los pacientes adultos

Como muestra la Figura 5, del total de la población adulta encuestada, el 90% procede de Córdoba Capital, mientras que el 10% restante del interior de la provincia de Córdoba.

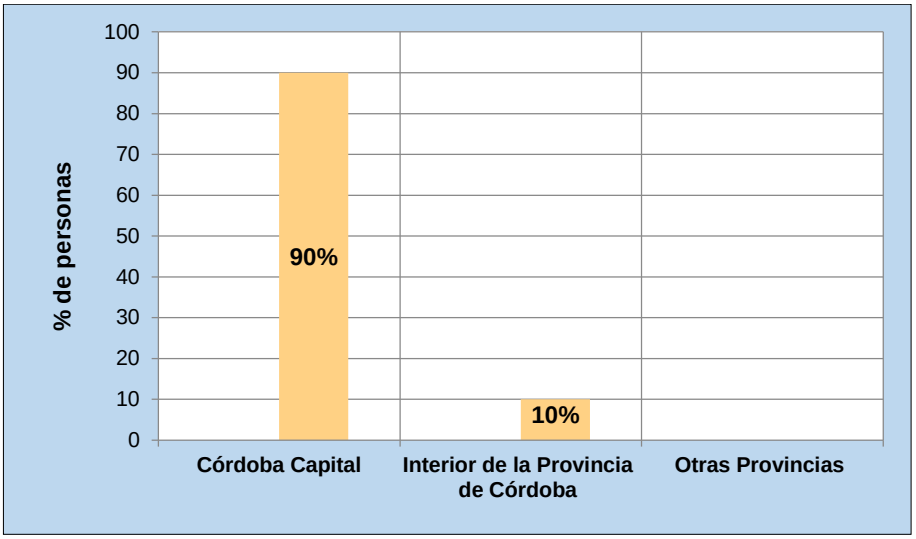


Figura 5. *Distribución de la procedencia de adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013-2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.4 Desempeño laboral

1.4.1 Desempeño laboral de la población adolescente.

Al analizar la variable desempeño laboral, en la Figura 6 se observa, que el 20% de los pacientes adolescentes manifestaron presentar relación laboral al momento de ser encuestados.

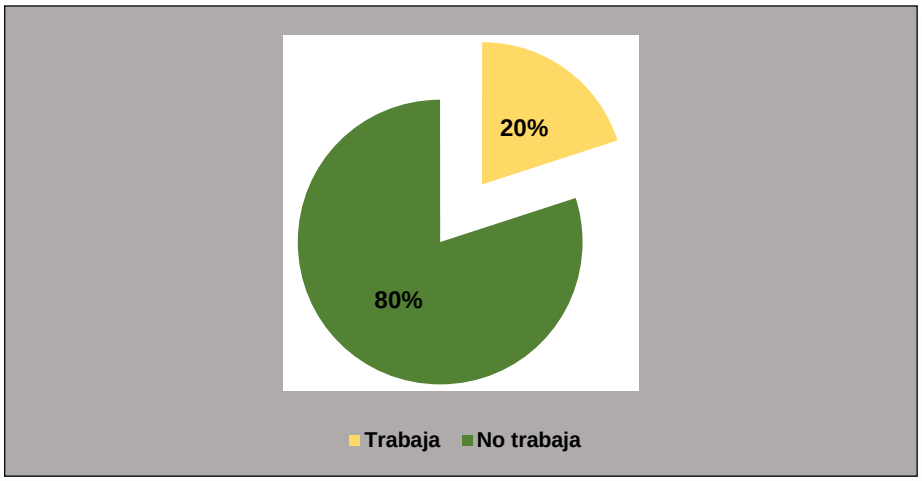


Figura 6. *Distribución del desempeño laboral en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.4.2 Desempeño laboral de los adultos.

Con respecto a los pacientes adultos, la Figura 7 muestra, que el 56% manifestó poseer relación de dependencia laboral, a diferencia del 44% restante.

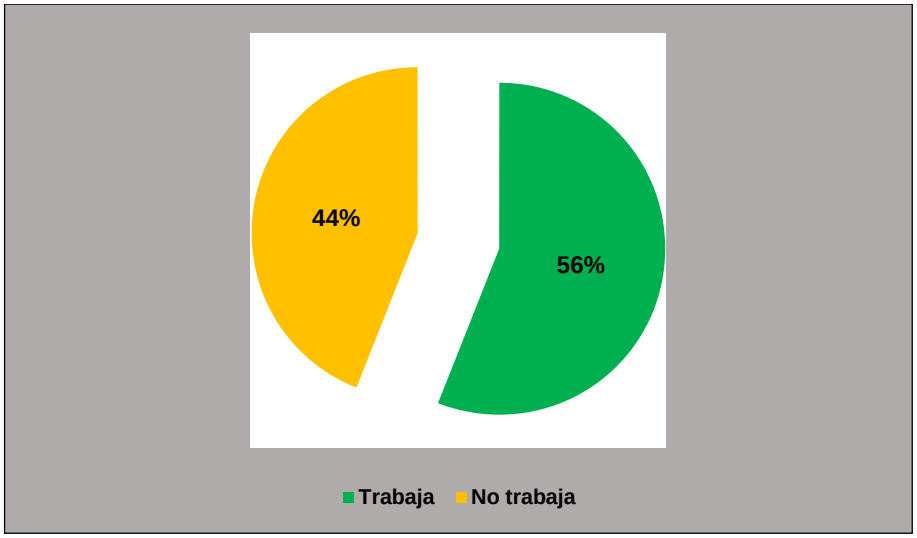


Figura 7. *Distribución del desempeño laboral en adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.5 Nivel de instrucción.

1.5.1 Nivel de instrucción de la población adolescente.

Al considerar la variable nivel de instrucción en la población adolescente, se puede observar en la Figura 8, que el mayor porcentaje de pacientes encuestados estudia (64%), a diferencia del resto que manifestó no haber estudiado (36%).

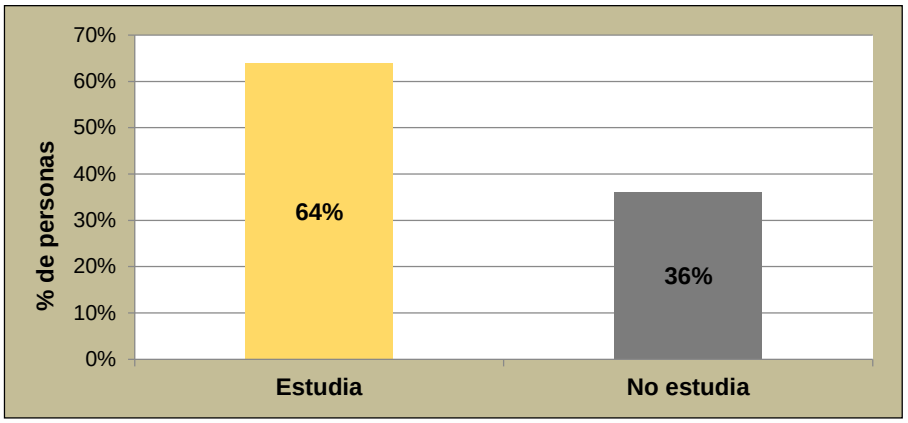


Figura 8. *Distribución del nivel de instrucción en adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.5.2 Nivel de instrucción de la población adulta.

Al analizar la variable nivel de instrucción, los resultados muestran que es mayor el porcentaje de pacientes adultos que no estudia (58%) respecto a los que si lo hacen (42%) (Figura 9).

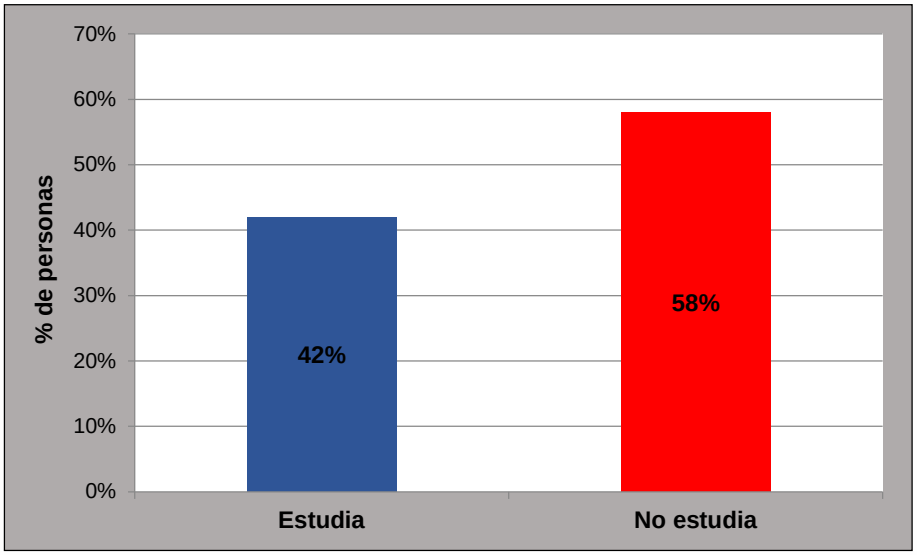
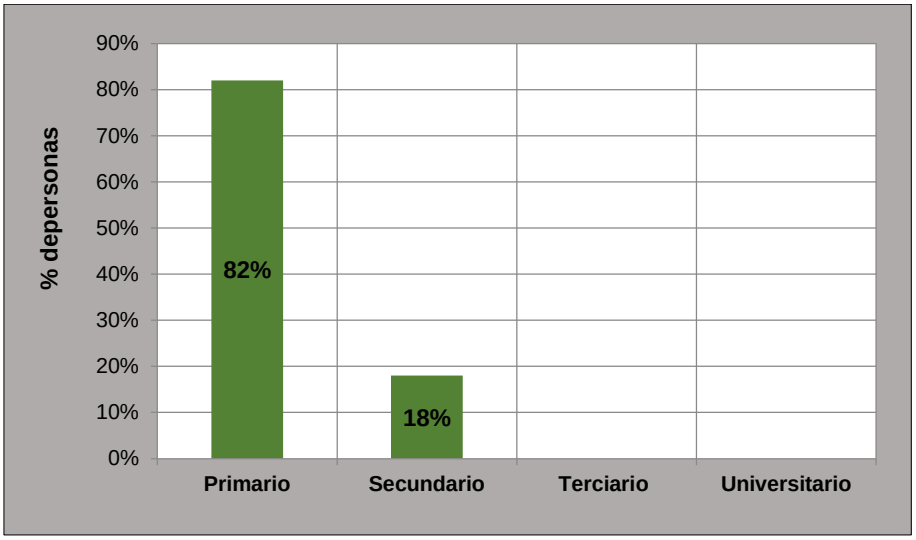


Figura 9. *Distribución del nivel de instrucción en adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013-2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.6 Nivel de escolaridad alcanzado

1.6.1 Nivel de escolaridad alcanzado en adolescentes.

Al considerar la variable nivel de escolaridad en la población adolescente, en la Figura 10, se observa que el 82% ha concluido sus estudios primarios, mientras que el 18% restante sus estudios secundarios.



.

Figura 10. *Distribución del nivel de escolaridad alcanzado en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.6.2 Nivel de escolaridad alcanzado en adultos.

Como se visualiza en la Figura 11, la mayor proporción de adultos ha finalizado sus estudios secundarios (71%). Además, se observa que un 22%, han terminado sus estudios terciarios y universitarios. Es importante destacar, que un solo 7% de las personas adultas han logrado estudios primarios completos.

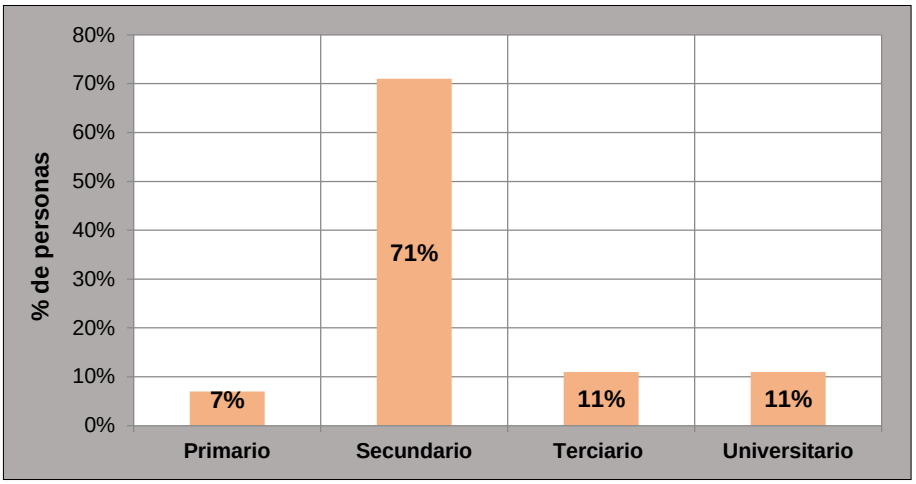


Figura 11. *Distribución del nivel de escolaridad alcanzado en adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.7 Nivel de escolaridad alcanzado en madres de adolescentes.

En relación al nivel educativo de las madres de la población adolescente, la Figura 12, muestra que la mayor proporción, completó sus estudios secundarios (42%). Además, se puede observar que la distribución de esta variable es similar en la categoría nivel primario y terciario completo, 25 y 24% respectivamente. Por otro lado, sólo un 9% ha finalizado sus estudios universitarios.

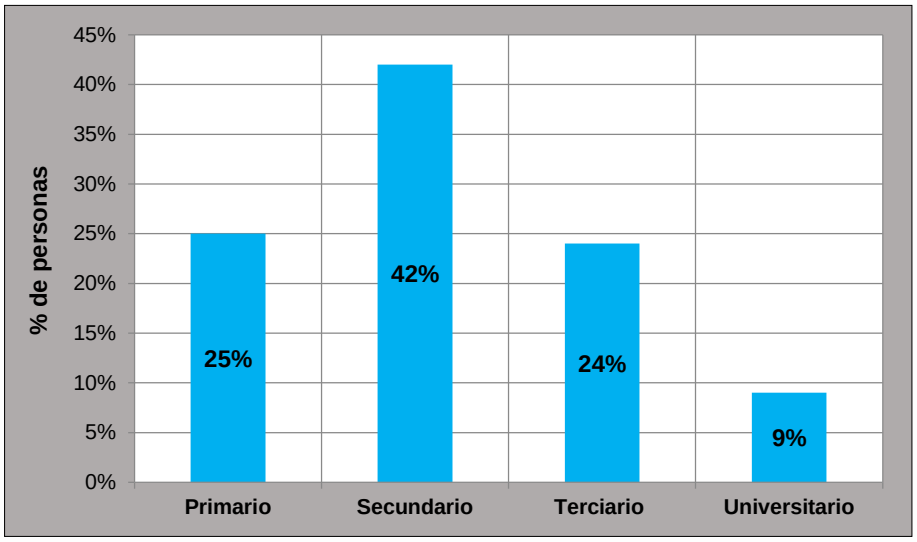


Figura 12. *Distribución del nivel de escolaridad alcanzado en madres de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

1.8 Ocupación del padre en la población adolescente.

Al analizar la variable ocupación del padre adolescente, los resultados muestran un gran porcentaje que poseen trabajo (82%). Mientras, que una menor proporción no trabaja (7%). Se destaca, que un 11% de ellos son beneficiarios de diferentes planes sociales (Figura 13).

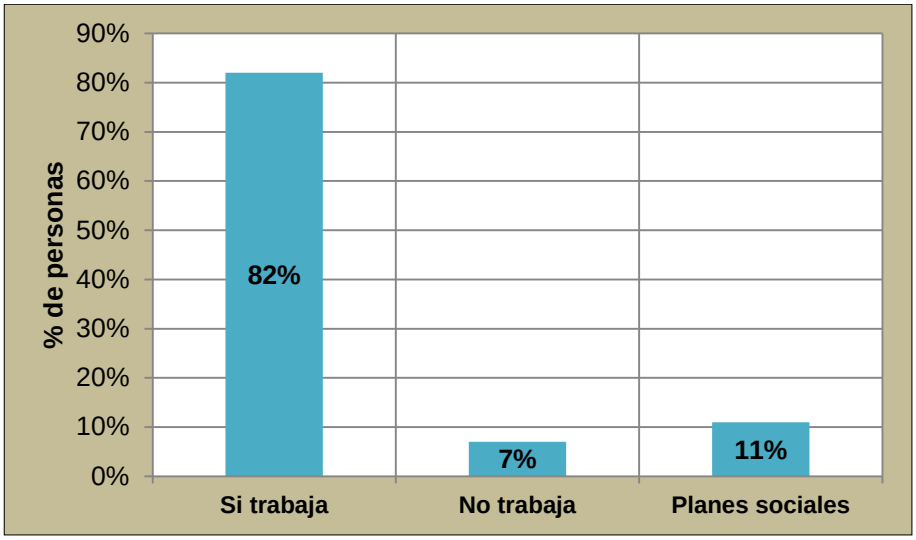


Figura 13. *Distribución de la ocupación del padre en la población adolescente con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014*. *Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

2. Derivación de pacientes a controles odontológicos.

2. 1. Derivación de pacientes adolescentes a controles odontológicos.

La figura 14 muestra el porcentaje de pacientes adolescentes en tratamiento por trastornos de la conducta alimentaria, durante un período promedio mayor a 2 años. Se observa que sólo el 7 % manifestó ser derivado por profesionales intervinientes; nutricionistas, médicos y/o psicólogos para realizar una consulta odontológica ya sea, por motivos de prevención o para iniciar tratamiento. A diferencia, del 93% restante que nunca fue derivado.

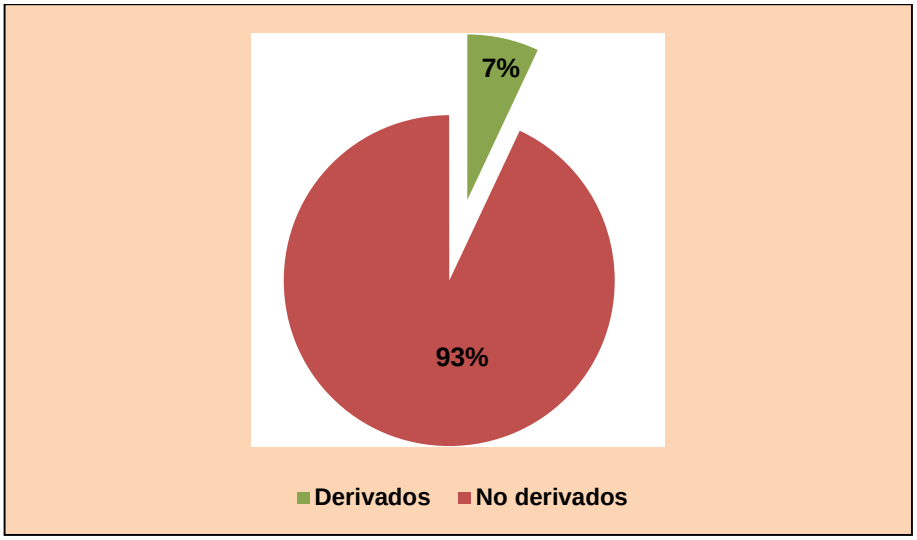


Figura 14. *Distribución de la derivación a consultas odontológicas de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

2. 2. Derivación de pacientes adultos a controles odontológicos.

Con respecto al porcentaje de pacientes adultos con tratamiento por trastornos de la conducta alimentaria por un período promedio mayor a tres años, ninguno de ellos ha sido derivado por profesionales intervinientes: nutricionistas, médicos y/o psicólogos para realizar consultas odontológicas a modo de prevención o para iniciar un tratamiento específico.

3. Nivel Socioeconómico.

3.1. Nivel socioeconómico de la población adolescente.

De acuerdo a la escala de riqueza familiar (FAS), en la figura 15 se observa que el mayor porcentaje de la población adolescente se caracteriza por tener un nivel socioeconómico bajo (73%). En menor proporción se encuentran el grupo de pacientes que pertenecen al nivel medio (22%), mientras que sólo un 5% corresponden al grupo nivel socioeconómico alto (5%).

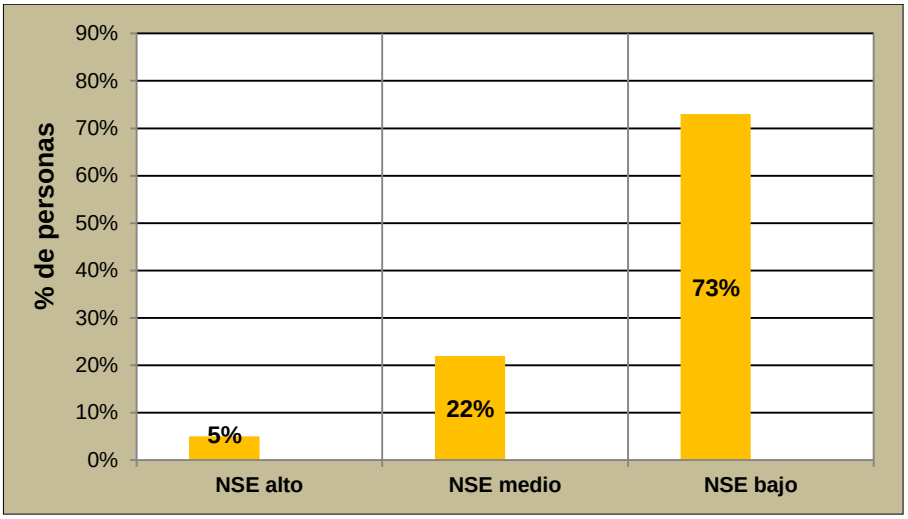


Figura 15. *Distribución del Nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

3.2 Nivel socioeconómico de la población adulta.

Como muestra la Figura 16, un gran porcentaje de la población adulta encuestada posee un nivel socioeconómico medio (71%). Además, se observa que una menor proporción pertenece a la categoría nivel socioeconómico alto (22%), mientras que el estrato bajo estuvo representado sólo por un 7% del total de la población.

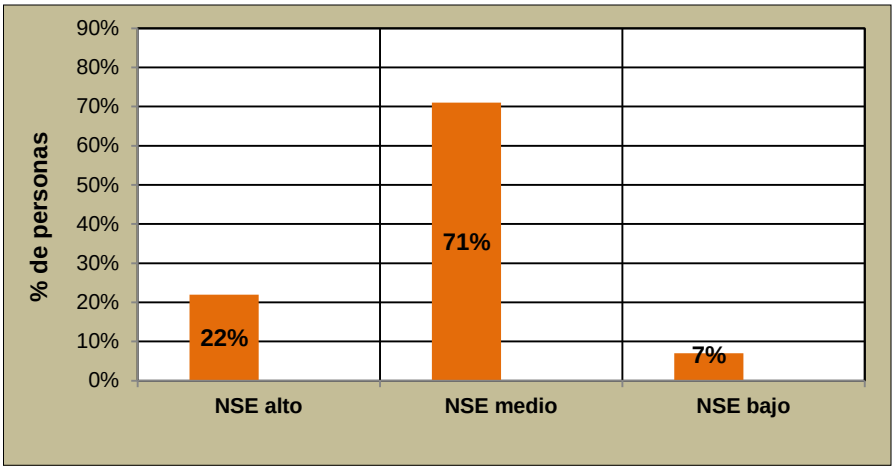


Figura 16. *Distribución del Nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

4. Nivel sociocultural

4.1 Nivel sociocultural de la población adolescente

Al considerar la variable nivel sociocultural, la cual está determinada de acuerdo al nivel de estudios alcanzados por las madres de los adolescentes, en la Figura 17, se observa que un 42% de ellos pertenece al grupo nivel sociocultural medio, un 33% se ubica dentro de la categoría nivel alto y la población restante en el nivel bajo (25%). Es notable que la distribución de los porcentajes, en los niveles altos, medios y bajos fue más ecuánime respecto a la variable nivel socioeconómico de esta misma población.

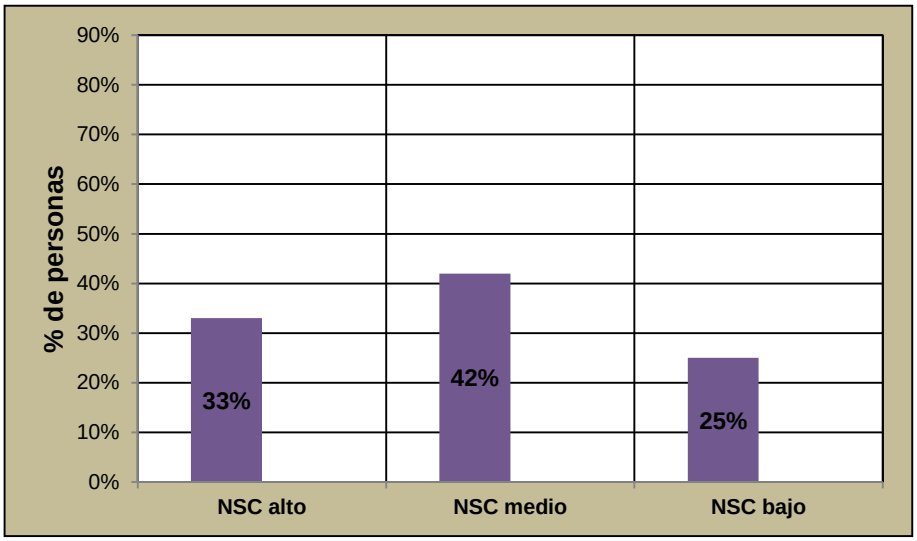


Figura 17. *Distribución del nivel sociocultural de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

4.2 Nivel sociocultural de la población adulta

Al considerar el nivel sociocultural, en la Figura 18 se observa, que del total de los pacientes encuestados, la categoría nivel sociocultural alto concentró el mayor porcentaje (78%). En tanto, el nivel bajo y medio coinciden en concentrar el mismo porcentaje de individuos (11%).

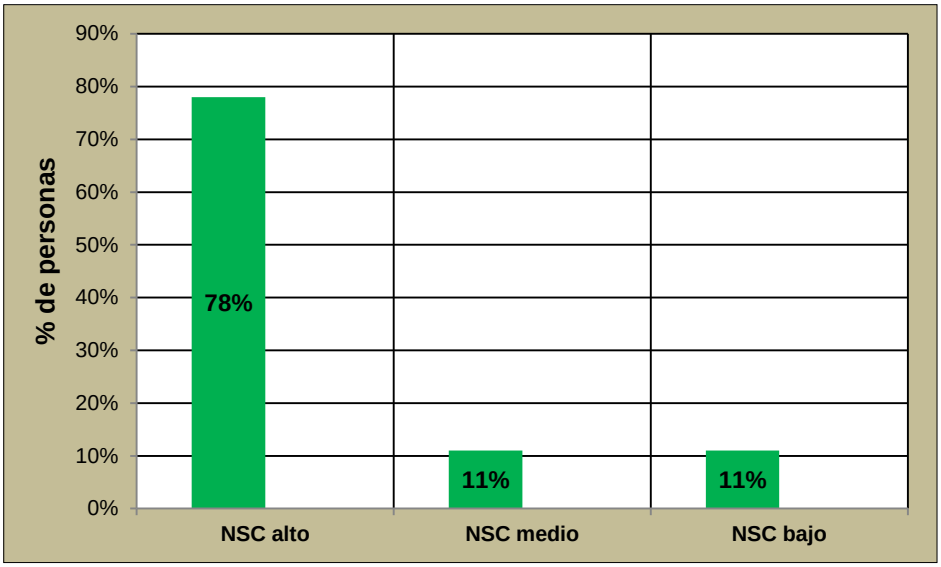


Figura 18. *Distribución del nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

5. Análisis de la salud bucal auto-percibida según el nivel socioeconómico y sociocultural.

Esta variable es indispensable para determinar la percepción que los pacientes tienen tanto de su salud como de su enfermedad bucal.

5.1 Salud bucal auto-percibida en adolescentes.

Al evaluar la variable auto-percepción de las condiciones de la salud bucal en esta población, se observa en la Figura 19, que un gran porcentaje de los pacientes no cree tener problemas bucales (64%), a diferencia del resto que considera presentarlos (36%).

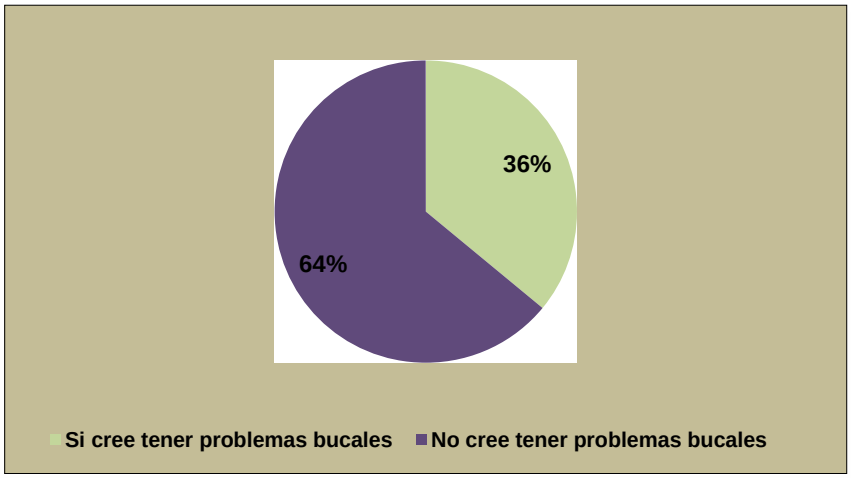


Figura 19. *Distribución de la auto-percepción bucal de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

5.1.1 Salud bucal auto-percibida en adolescentes según nivel socio-económico

La tabla 1 muestra la relación entre salud bucal auto-percibida y los distintos niveles socioeconómicos. Los datos expresan que del total de la población adolescente encuestada, sólo un 36% percibió tener problemas bucales, y de ellos, el mayor porcentaje corresponde a adolescentes que pertenecen a la categoría nivel socioeconómico bajo (20%).

¿Ud. cree tener problemas bucales?	**Nivel socioeconómico**							
	Alto		**Medio**		**Bajo**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Si	1	2	8	14	11	20	20	36
No	2	4	4	7	29	53	35	64
Total	3	6	12	21	40	73	**55**	**100%**

Tabla 1. *Distribución de la auto-percepción de la salud bucal de pacientes adolescentes según nivel socioeconómico con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

5.1.2 Salud auto-percibida en adolescentes según nivel sociocultural

La tabla 2 muestra los resultados de la relación entre auto-percepción de salud bucal y nivel sociocultural en pacientes adolescentes. De esta manera, se observa que la mayor proporción de individuos que creen tener problemas bucales son los que pertenecen a la categoría nivel sociocultural medio y bajo, siendo sus valores similares (14%) y (13%) respectivamente.

¿Ud. cree tener problemas bucales?	Nivel sociocultural							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Si	5	9	8	14	7	13	**20**	**36**
No	13	24	15	27	7	13	**35**	**64**
Total	18	33	23	41	14	26	**55**	**100%**

Tabla 2. *Distribución de la auto-percepción de la salud bucal de pacientes adolescentes según nivel sociocultural con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

5.2 Salud auto-percibida en adultos.

En relación a la percepción de las condiciones de salud bucal en pacientes adultos, en la Figura 20 se observa, que más de la mitad de los pacientes cree tener problemas bucales (60%).

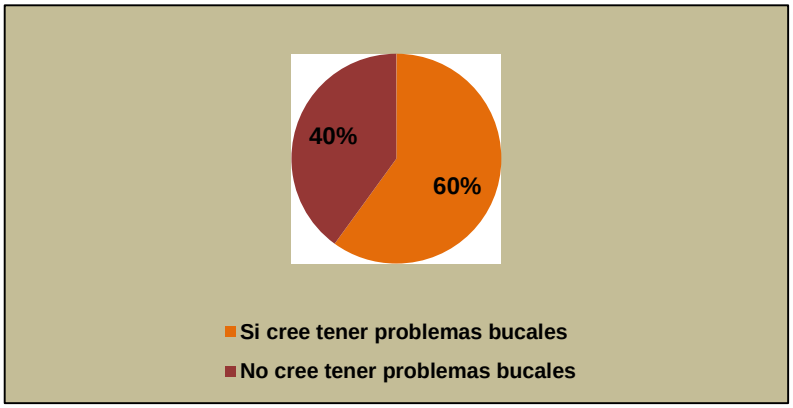


Figura 20. *Distribución de la auto-percepción bucal de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

5.2.1 Salud auto-percibida en adultos según nivel socio-económico

Respecto a la variable auto-percepción de salud bucal y su relación con el nivel socioeconómico en la población adulta, los resultados muestran que el mayor porcentaje cree tener problemas bucales (60%). De los cuales, se destaca por su mayor proporción los pacientes que pertenecen a la categoría nivel socioeconómico medio (40%). En cambio, los individuos del nivel alto y bajo, sólo perciben tener problemas bucales en un 18 y 2% respectivamente (Tabla 3).

¿Ud. cree tener problemas bucales?	**Nivel socioeconómico**							
	Alto		**Medio**		**Bajo**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Si	8	18	18	40	1	2	**27**	**60**
No	2	4	14	31	2	5	**18**	**40**
Total	10	22	32	71	3	7	**45**	**100%**

Tabla 3. *Distribución de la auto-percepción de la salud bucal de pacientes adultos según nivel socioeconómico con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014*. *Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

5.2.2. Salud auto-percibida según nivel socio-cultural en adultos.

La tabla 4 muestra la relación entre la auto-percepción de salud bucal y nivel sociocultural en pacientes adultos. Es notable que, de todos los individuos que manifestaron poseer problemas bucales, los que poseen un nivel sociocultural bajo acumularon el mayor porcentaje (42%). A diferencia, de los pacientes del nivel alto y medio, que coinciden pero en un porcentaje menor, respecto a la presencia de problemas bucales (9%).

Ud. cree tener problemas bucales?	Nivel Socio-cultural							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	4	9	4	9	19	42	**27**	**60**
No	1	2	1	2	16	36	**18**	**40**
Total	5	11	5	11	35	78	**45**	**100%**

Tabla 4. *Distribución de la auto-percepción de la salud bucal de pacientes adultos según nivel sociocultural con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014*. *Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

6 Conocimiento de la población bajo estudio entre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y salud bucal.

6.1.1 Conocimiento entre los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y salud bucal en adolescentes.

De acuerdo a los conocimientos sobre las repercusiones que los trastornos de la conducta alimentaria pueden producir sobre la cavidad bucal, los resultados demostraron que el 42% de los pacientes adolescentes creen que éstos afectan su salud bucal, mientras el 58 % opina lo contrario (Figura 21).

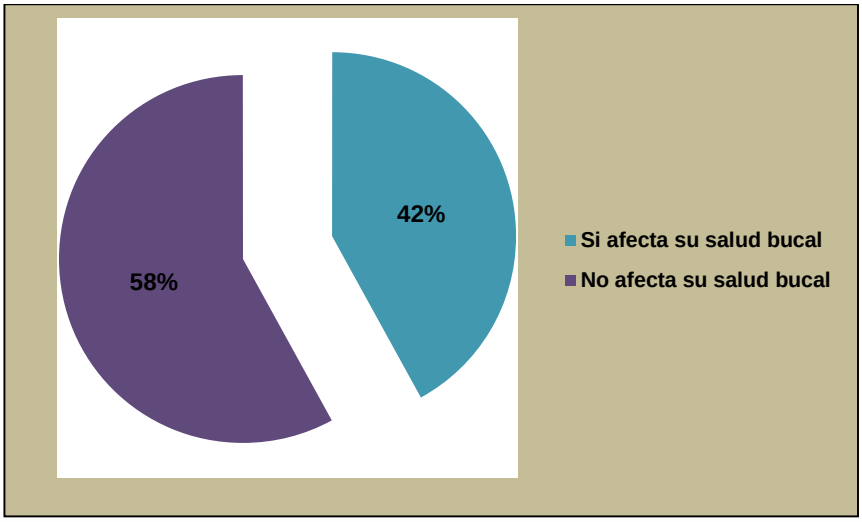


Figura 21. *Distribución del conocimiento entre (TCA) y salud bucal de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

6.1.2 Conocimiento entre los trastornos de conducta alimentaria y salud bucal según nivel socioeconómico en adolescentes.

Al analizar la relación entre el conocimiento de la población adolescente sobre las repercusiones de los trastornos de la conducta alimentaria y su salud bucal, según su nivel socioeconómico, en la Tabla 5, se observa que el mayor porcentaje de pacientes que consideran que positivamente afecta la salud bucal pertenecen al nivel socioeconómico bajo (27%). Por otro lado, la mayor proporción de pacientes que consideran que no afectan su salud bucal, son también los que pertenecen al mismo nivel socioeconómico (45%).

¿Para Ud. el (TCA) afecta su salud bucal?	**Nivel socioeconómico**							
	Alto		**Medio**		**Bajo**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Si	1	2	7	13	15	27	**23**	**42**
No	2	4	5	9	25	45	**32**	**58**
Total	3	6	12	22	40	72	**55**	**100%**

Tabla 5. *Distribución del conocimiento entre (TCA) y salud bucal según nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

6.1.3 Conocimiento de la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y la salud bucal según el nivel sociocultural en adolescentes.

Con respecto al nivel sociocultural, el mayor porcentaje de pacientes que considera que los (TCA) afectan su salud bucal, son los que pertenecen al nivel alto (18%), luego, los que pertenecen a la categoría nivel medio (15%) y en menor proporción los del nivel bajo (9%). Por otro lado, entre los pacientes que expresaron que los trastornos alimenticios no afectan su salud bucal, se destacan los del nivel sociocultural medio (27%) (Tabla 6).

¿Para Ud. el (TCA) afecta su salud bucal?	**Nivel sociocultural**							
	Alto		**Medio**		**Bajo**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Si	10	18	8	15	5	9	**23**	**42**
No	8	15	15	27	9	16	**32**	**58**
Total	18	33	23	42	14	25	**55**	**100%**

Tabla 6. *Distribución del conocimiento entre (TCA) y salud bucal según nivel sociocultural de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

6.2 Conocimiento de la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y salud bucal en adultos**.**

En la Figura 22, se observa que del total de los pacientes adultos encuestados, más de la mitad de ellos cree que los trastornos de la conducta alimentaria pueden afectar su salud bucal (56%), mientras que el resto expresa lo contrario (44%).

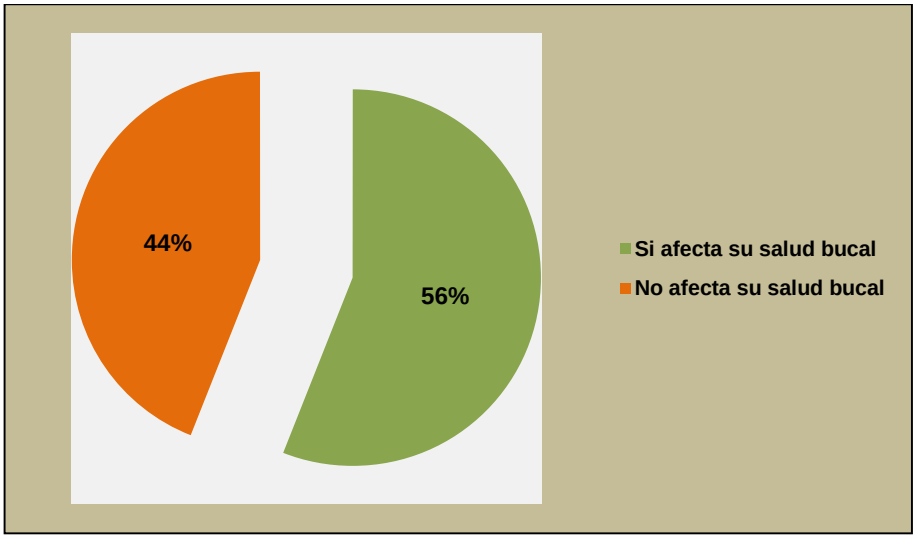


Figura 22. *Distribución del conocimiento entre (TCA) y salud bucal de pacientes adultos con trastornos de conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

6.2.1 Conocimiento de la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y salud bucal según nivel socioeconómico en adultos.

Al considerar el nivel socioeconómico con respecto al conocimiento que posee la población adulta sobre la asociación entre los (TCA) y su salud bucal, es notable como la Tabla 7 muestra, que si bien, más de la mitad de ellos cree que afectan su salud bucal (56%), la mayor proporción de los pacientes se encontraron dentro de la categoría nivel socioeconómico medio (34%). En tanto, los individuos del nivel alto reconocen esta relación en un 18 % y los del nivel bajo sólo en un 4%.

Con respecto a los pacientes que consideraron que los (TCA) no afectan su salud bucal, se destaca que el mayor porcentaje se encuentra también dentro del estrato socioeconómico medio (38%).

¿Para Ud. el (TCA) afecta su salud bucal?	Nivel socioeconómico							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Si	8	18	15	34	2	4	**25**	**56**
No	2	4	17	38	1	2	**20**	**44**
Total	10	22	32	72	3	6	**45**	**100%**

Tabla 7. *Distribución del conocimiento entre (TCA) y salud bucal según nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

6.2.2 Conocimiento de la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y salud bucal según el nivel sociocultural en adultos.

Al considerar el nivel sociocultural, se observa que el 44 % del total de los individuos adultos expresaron que los (TCA) no afectan su salud bucal. Siendo, los adultos que se encuentran en la categoría nivel sociocultural bajo los que obtuvieron el mayor porcentaje (40%). Asimismo, las categorías nivel sociocultural alto y medio se caracterizaron por tener menores porcentajes; 4 y 0% respectivamente (Tabla 8).

¿Para Ud. el (TCA) afecta su salud bucal?	Nivel sociocultural							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	3	7	5	11	17	38	**25**	**56**
No	2	4	0	0	18	40	**20**	**44**
Total	5	11	5	11	35	78	**55**	**100%**

Tabla 8. *Distribución del conocimiento entre (TCA) y salud bucal según nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

7 Auto-cuidado de la salud bucal.

La noción de auto-cuidado está íntimamente relacionada tanto; con la concepción de salud que prevalece en los sujetos como en los grupos sociales.

7.1.1 Fechas de las últimas consultas odontológicas en adolescentes.

En la figura 23, se observa la asistencia a la última consulta odontológica realizada por los adolescentes para su respectivo control odontológico. De esta manera, el 89% ellos la realizaron en un período menor al año, mientras que el 11% restante la realizó en un tiempo mayor a los doce meses.

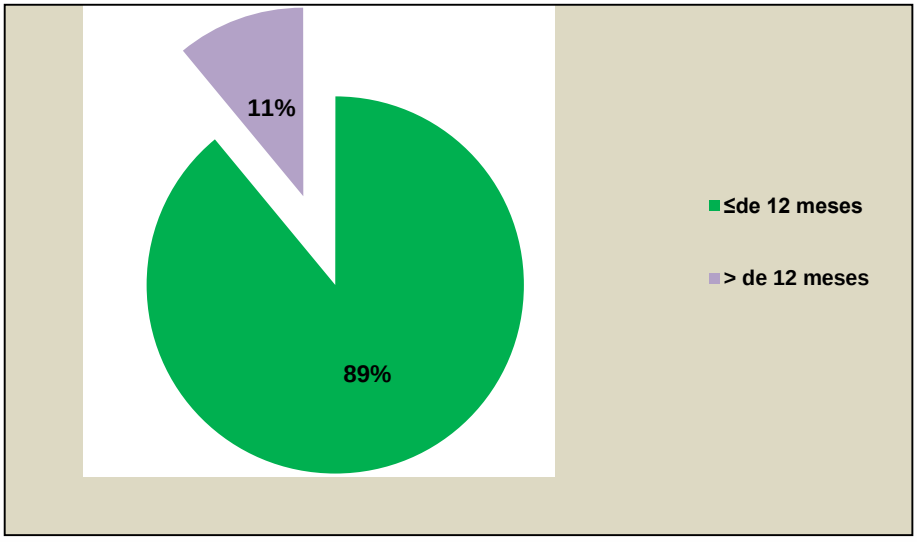


Figura 23. *Distribución de la última consulta odontológica de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

7.1.2 Fecha de la última consulta odontológica según nivel socioeconómico en adolescentes.

Al considerar la variable nivel socioeconómico, en la Figura 24, se distingue que el 89% del total de los adolescentes han asistido a su último control odontológico en un lapso menor a un año, de los cuales es notable, que el mayor porcentaje perteneció a la categoría nivel bajo (64%), una menor proporción al nivel medio (20%) y el resto al nivel alto (5%). Por otro lado, del total de los pacientes que realizaron su último control en un período de

tiempo mayor a un año (11%), el mayor porcentaje perteneció al estrato socioeconómico bajo (9%) y el resto a nivel medio (2%).

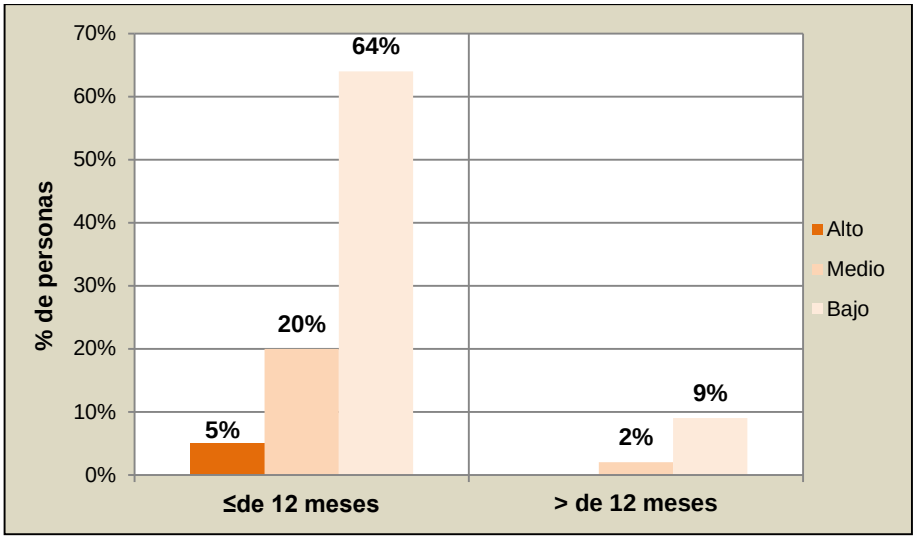


Figura 24. *Distribución de la última consulta odontológica según nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

7.1.3 Fecha de la última consulta odontológica según nivel sociocultural en adolescentes.

De acuerdo al nivel sociocultural de la población adolescente, se observa en la Figura 25, que un gran porcentaje de la población realizó su último control odontológico en un tiempo menor al año (90%). De ellos, se destaca que un 37% pertenecieron al nivel sociocultural medio, 33% al alto y el 20% al nivel bajo. Por otro lado, se distingue que sólo un 10% de los adolescentes consultaron al odontólogo en un período mayor al año, y la mitad pertenecieron al nivel sociocultural bajo (5%) y la otra al nivel medio (5%).

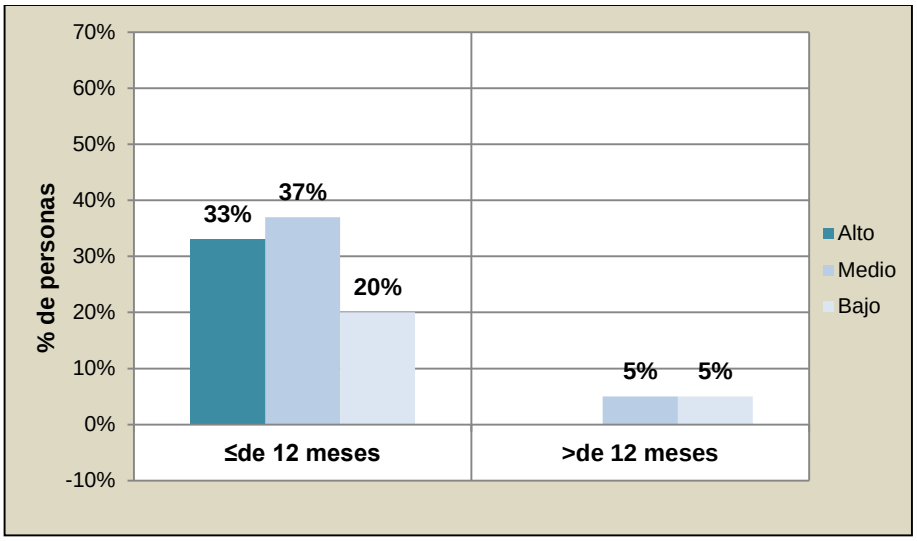


Figura 25. *Distribución de la última consulta odontológica según nivel sociocultural de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

7.2 Fecha de la última consulta odontológica en adultos.

En relación al último control odontológico realizado por la población adulta, la Figura 26, muestra que el 71% de ellos asistió en un lapso de tiempo menor al año, mientras que el 29% restante lo realizó en un tiempo mayor a los 12 meses.

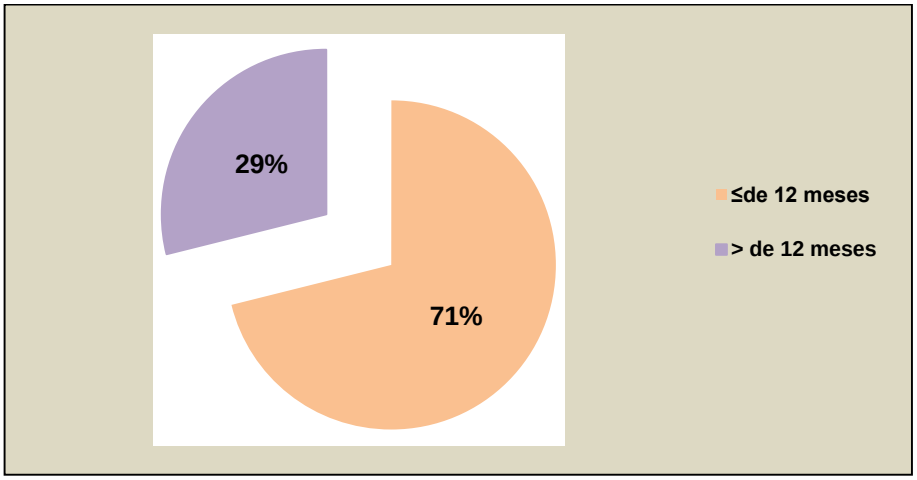


Figura 26. *Distribución de la última consulta odontológica de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

7.2.1 Fecha de la última consulta odontológica según nivel socioeconómico en adultos.

En la figura 27, se observa que si bien el 71% de la población adulta asistió a su último control odontológico en un lapso de tiempo menor a un año, se distingue que más de la mitad de ellos se encontraron en la categoría nivel socioeconómico medio (53%), y en un porcentaje menor en el nivel alto (16%) y bajo (2%). Con respecto, a los que visitaron al odontólogo en un período mayor al año, los pacientes con un nivel socioeconómico medio tuvieron el mayor porcentaje (18%), luego los individuos del nivel alto (7%) y en menor proporción los del nivel bajo (2%).

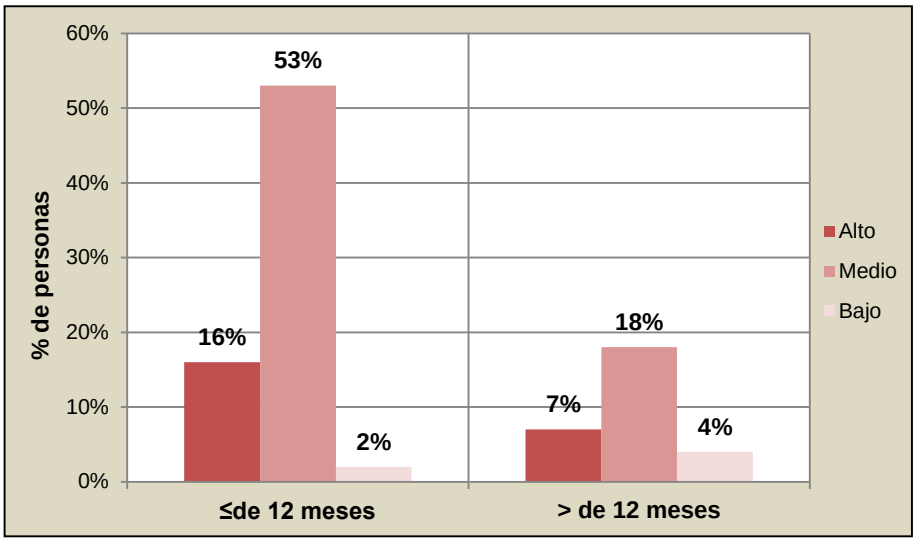


Figura 27. *Distribución de la última consulta odontológica según nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

7.2.2 Fecha de la última consulta odontológica según nivel sociocultural en adultos.

En cuanto al nivel sociocultural y su relación con la última fecha de visita al odontólogo por parte de la población adulta, en la Figura 28, se puede apreciar que de la población asistió a su control en menos de un año (71%), se destaca que más del cincuenta por ciento de los adultos pertenecieron a la categoría nivel sociocultural bajo (56%), un 11% al nivel medio y sólo un 2% pacientes con un nivel alto. Asimismo, entre los adultos que consultaron a su odontólogo en un lapso mayor a 12 meses, sólo un 22% corresponden al nivel bajo y un 7% al nivel alto. No hubo registro de pacientes del nivel medio.

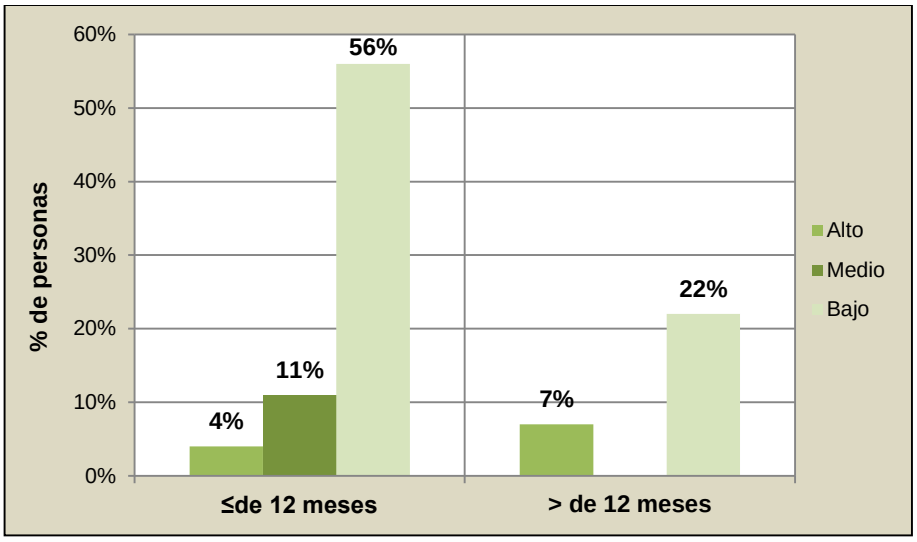


Figura 28. *Distribución de la última consulta odontológica según nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8. Motivos de consultas y prestaciones odontológicas.

8.1 Motivos de consultas y prestaciones odontológicas realizadas por la población adolescente.

Como muestra la Figura 29, del total de la población adolescente estudiada, el mayor porcentaje consultó por razones estéticas (51%); tanto para realizar ortodoncia, arreglos como blanqueamiento dentario con el fin de mejorar su aspecto bucodental. Con respecto a la variable otros motivos, se destaca que la gran mayoría de los pacientes asistieron para solicitar certificados bucodentales (23%). Además, un 22% de los pacientes consultaron por padecer dolor y sólo un 4% por aspectos relacionados con la prevención bucodental.

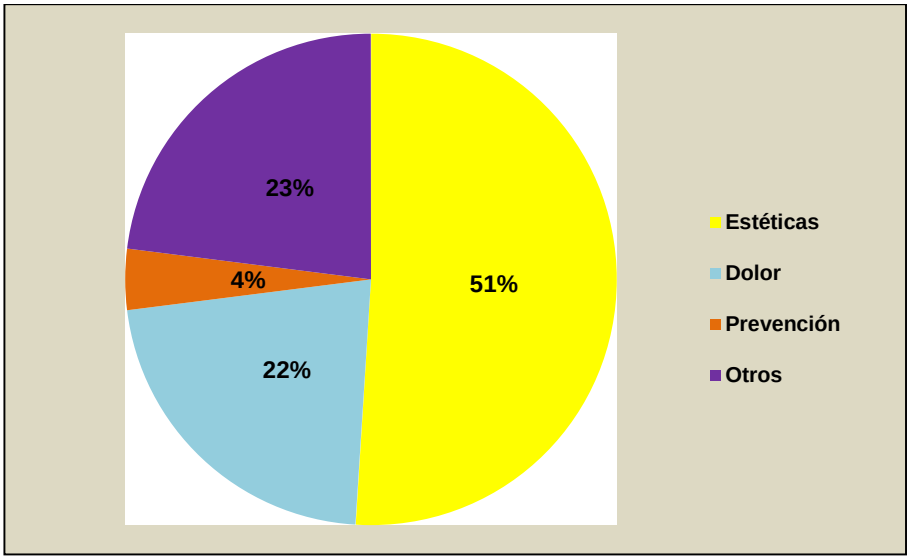


Figura 29. *Distribución de los motivos de consulta de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.1.1 Motivos de consultas odontológicas de la población adolescente según nivel socioeconómico.

Al considerar la variable nivel socioeconómico, la Tabla 9, evidencia que los pacientes con nivel bajo fueron lo que más consultaron (72%) a diferencia de los individuos de nivel alto (3%). De esta manera, se observa que la estética obtuvo, el mayor porcentaje en los tres niveles.

Por otro lado, es notable que ningún paciente del nivel alto como medio consultó por motivos relacionados con la prevención bucodental.

Motivos de consulta odontológica	Nivel socioeconómico					
	Alto		Medio		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Estética	2	4	8	14	18	33
Dolor	1	2	2	4	9	16
Prevención	0	0	0	0	2	3
Otros	0	0	2	4	11	20
Total	**3**	**6**	**12**	**22**	**40**	**72**

Tabla 9. *Distribución de los motivos de consulta según nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.1.2 Motivos de consultas odontológicas en la población adolescente según nivel sociocultural.

Como muestra la Tabla 10 el mayor porcentaje de motivo de consultas odontológicas de pacientes de los tres niveles alto, medio y bajo que consultaron a su odontólogo fue el relacionados con la estética 24%,11% y 16% respectivamente) y dolor bucodental (11%) fueron los que pertenecen al grupo de nivel sociocultural alto. A diferencia, de los pacientes que conforman la categoría nivel medio, ya que presentaron la mayor proporción de consultas por razones relacionadas con la prevención bucodental (4%) como también por otros motivos (11%). Por otra parte, es importante recalcar, que ningún paciente del nivel sociocultural alto y bajo realizó consulta odontológica con fines preventivos.

Motivos de consulta odontológica	Nivel sociocultural					
	Alto		Medio		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Estética	13	24	6	11	9	16
Dolor	6	11	4	7	2	4
Prevención	0	0	2	4	0	0
Otros	4	7	6	11	3	5
Total	**23**	**42**	**18**	**33**	**14**	**25**

Tabla 10. *Distribución de los motivos de consulta según nivel sociocultural de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.2 Motivos de consultas realizadas por la población adulta.

La Figura 30, muestra los principales motivos por los cuales la población adulta realiza consultas odontológicas. Es así, que la mayor proporción de pacientes consultó por razones relacionadas con el dolor (45%), siendo similar a las consultas por razones estéticas (42%). En menor proporción, se realizaron consultas por motivos relacionados con la prevención bucodental (13%).

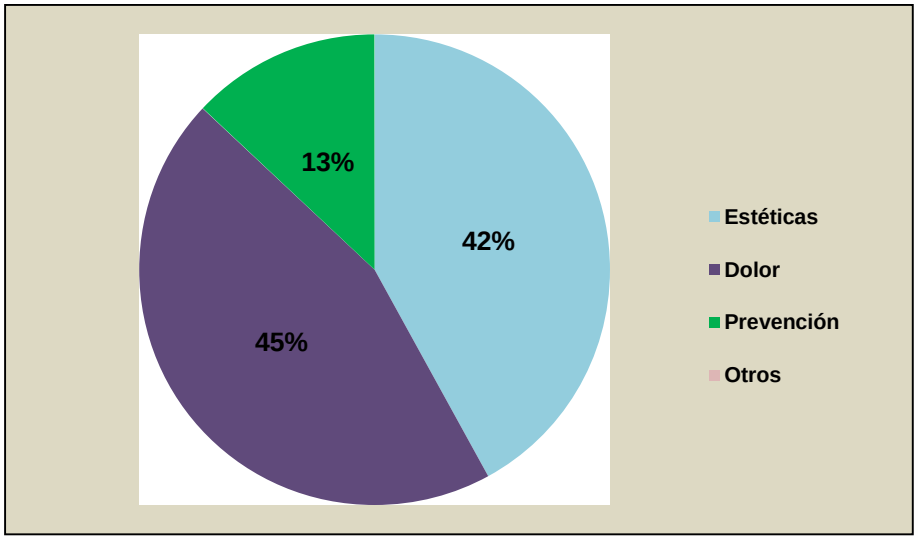


Figura 30. *Distribución de los motivos de consulta de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.2.1 Motivos de consultas odontológicas de la población adulta según el nivel socioeconómico

Al analizar la variable nivel socioeconómico, se observa en la Tabla 11, que del total de pacientes adultos, el grupo del nivel socioeconómico medio fue el que más consultas realizó (73%). Los que tuvieron el mayor porcentaje con respecto a los motivos de consultas, por razones, estética fue el nivel medio (31%), y bajo (4%), por dolor el nivel medio (31%) y prevención (11%). Es notable que ningún paciente consulto a su odontólogo por otros motivos.

Motivos de consulta odontológica	Nivel socioeconómico					
	Alto		Medio		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Estética	3	7	14	31	2	4
Dolor	6	14	14	31	0	0
Prevención	1	2	5	11	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	**10**	**23**	**33**	**73**	**2**	**4**

Tabla 11. *Distribución de los motivos de consulta según nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.2.2 Motivos de consultas odontológicas según al nivel sociocultural en la población adulta.

En la Tabla 12, se observa los resultados de acuerdo al nivel sociocultural de la población adulta estudiada. A diferencia de los grupos que pertenecen al nivel sociocultural alto y medio, son los del nivel bajo, los que realizaron una mayor cantidad de consultas odontológicas (78%). Mientras, el mayor porcentaje de ellos, consultó por razones de estética (36%), el resto asistió al odontólogo por motivos relacionados con el dolor (31%) y la prevención (11%). También se puede apreciar, que tanto del nivel alto (7%) como medio (7%), asistieron al odontólogo por motivos relacionados con el dolor. Por otro lado, ningún paciente del nivel sociocultural medio consultó por razones que conciernen a la prevención bucodental.

Motivos de consulta odontológica	Nivel sociocultural					
	Alto		Medio		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Estética	2	4	1	2	16	36
Dolor	3	7	3	7	14	31
Prevención	1	2	0	0	5	11
Otros	0	0	0	0	0	0
Total	**6**	**13**	**4**	**9**	**35**	**78**

Tabla 12. *Distribución de los motivos de consulta según nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación*

9. Hábitos higiénicos conductuales.

Teniendo en cuenta para el criterio, que entre un (1) y ningún cepillado diario es el equivalente a escaso; entre dos (2) y tres (3) es igual a recomendable, y mayor a tres cepillados diarios excesivo.

9.1 Frecuencia de cepillado dental en adolescentes.

De acuerdo a los resultados obtenidos, a partir de la frecuencia de cepillado diario en la población adolescente, en la Figura 31, se observa que del total de población adulta encuestada, un 64% ha manifestado cepillarse de manera recomendable, un 20% excesiva y un 16% de forma escasa.

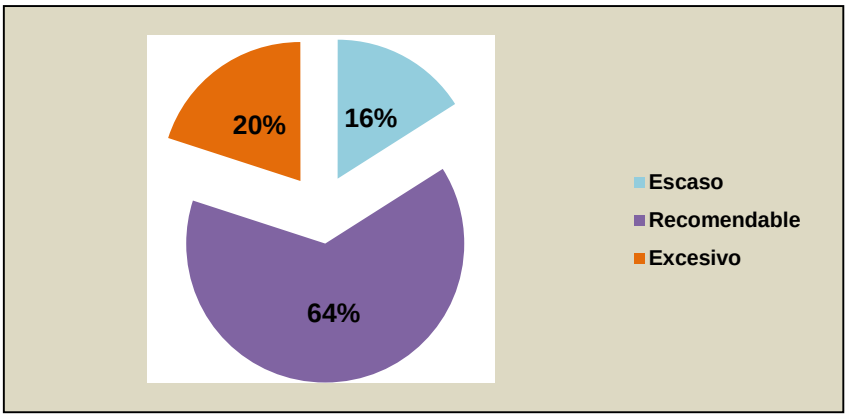


Figura 31. *Distribución de la frecuencia de cepillado de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.1.1 Frecuencia de cepillado dental en la población adolescente según nivel socioeconómico.

Al analizar la variable nivel socioeconómico, la Tabla 13 muestra que más de la mitad del total de la población estudiada tiene una frecuencia de cepillado recomendable (63%). Por otro lado, es notable que los pacientes del grupo nivel socioeconómico bajo son concentraron un mayor porcentaje respecto a la frecuencia de cepillado escaso (11%) como también excesivo (16%).

Frecuencia de cepillado	**Nivel socioeconómico**					
	Alto		**Medio**		**Bajo**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Escaso	1	2	2	4	6	11
Recomendado	2	4	8	14	25	45
Excesivo	0	0	2	4	9	16
Total	**3**	**6**	**12**	**22**	**40**	**72**

Tabla 13. *Distribución de la frecuencia de cepillado según nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.1.2 Frecuencia de cepillado dental de la población adolescente según nivel sociocultural.

Con respecto al nivel sociocultural, en la Tabla 14, se observa que los pacientes del nivel medio fueron los que manifestaron realizar una mayor frecuencia diaria de cepillado escaso (8%) como recomendable (30%). Mientras que el grupo de pacientes de la categoría nivel sociocultural alto obtuvo el mayor porcentaje en relación a la frecuencia diaria de cepillado excesivo (9%).

Frecuencia de cepillado	**Nivel sociocultural**					
	Alto		**Medio**		**Bajo**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Escaso	3	5	4	8	2	4
Recomendado	10	18	16	30	9	16
Excesivo	5	9	3	5	3	5
Total	**18**	**32**	**23**	**43**	**14**	**25**

Tabla 14. *Distribución de la frecuencia de cepillado según nivel sociocultural de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.2 Frecuencia de cepillado dental en adultos.

Los resultados obtenidos a partir de la encuesta realizada a la población adulta, muestra en la Figura 32, que el mayor porcentaje de los pacientes se han cepillado diariamente de forma recomendable (49%), y en menor proporción de manera excesiva (33%) y escasa (18%).

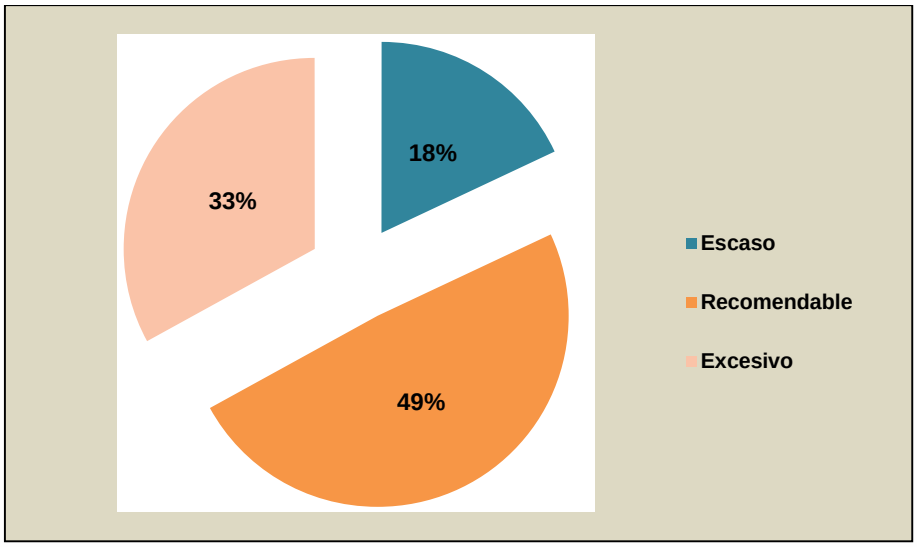


Figura 32. *Distribución de la frecuencia de cepillado de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.2.1 Frecuencia de cepillado dental en la población adulta según nivel socioeconómico.

Al analizar el nivel socioeconómico de los pacientes adultos, se observa que el mayor porcentaje de individuos pertenecientes al estrato medio fueron los que manifestaron realizar tanto una frecuencia de cepillado diario escaso (16%), recomendado (34%) como excesivo (22%) (Tabla 15).

Frecuencia de cepillado	**Nivel socioeconómico**					
	Alto		**Medio**		**Bajo**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Escaso	0	0	7	16	1	2
Recomendado	6	13	15	34	1	2
Excesivo	4	9	10	22	1	2
Total	**10**	**22**	**32**	**72**	**3**	**6**

Tabla 15. *Distribución de la frecuencia de cepillado según nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

8.2.2 Frecuencia de cepillado dental en la población adulta según nivel sociocultural

Al considerar la variable nivel sociocultural, en la Tabla 16, se observa que los pacientes del nivel bajo fueron los que presentaron una mayor frecuencia diaria de cepillado de manera escasa (18%), recomendada (36%) como excesiva (25%).

Frecuencia de cepillado	**Nivel sociocultural**					
	Alto		**Medio**		**Bajo**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Escaso	0	0	0	0	8	18
Recomendado	2	4	4	8	16	36
Excesivo	3	7	1	2	11	25
Total	5	11	5	10	35	79

Tabla 16. *Distribución de la frecuencia de cepillado según nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

9. Análisis de la situación de salud bucal de la población adolescente

9.1 Inspección de los tejidos blandos.

A la inspección exploratoria de la cavidad bucal y de la revisión estomatológica de los tejidos blandos se observa que la principal manifestación en los tejidos blandos fue queilitis descamativa 10%, atrofia inespecífica del paladar 7% y gingivitis 25%.

9.2 Inspección de los tejidos dentarios.

9.2.1 Índice de caries y valoración clínica de la condición de higiene oral

Dentro de las manifestaciones de las patologías dentarias se analiza la caries dental a través del índice mundialmente reconocido, índice de elementos cariados perdidos y obturados (CPO-D) estableciendo los índices de prevalencia de caries.

Se encontró en los pacientes examinados (55 pacientes): una prevalencia de caries dental de 4,27% en la población evaluada que corresponde a un riesgo moderado, siendo lo que mayormente producía cambios en el índice los elementos dentarios con caries.

Se registró en el examen odontológico el número de los elementos con erosiones. Encontrándose que el 45% de la muestra presentaba erosiones en más de 4 elementos dentarios siendo la cara palatina la más afectada.

9.2.2 Valoración de la condición de higiene oral

El índice de higiene oral simplificado (IHOS) del total de la muestra fue 0,29, que corresponde a una higiene oral buena.

9.2.3 Índice de caries - índice de higiene oral simplificado (IHOS).

Al analizar el índice de caries y al relacionarlo con los distintos niveles socioeconómico se constata según muestra la tabla 35 un índice epidemiológico de caries de bajo riesgo para los de alto nivel socioeconómico, riesgo moderado, para los de nivel socioeconómico medio y riesgo alto, para los de bajo nivel socioeconómico. (Tabla 17).

En los 3 niveles socioeconómicos, los dientes obturados y cariados afectaron el índice de CPO-D (dientes cariados, perdidos y obturados), puesto que los dientes perdidos fueron significativamente menores.

Al analizar la relación de los dos principales factores de riesgo (placa y cálculo) en el índice de higiene oral simplificado (IHOS) se observó que el 100% de los de alto nivel Socioeconómico presentaron excelente higiene bucal, así mismo los de nivel medio, una buena higiene y los de bajo nivel una mala higiene dental.(Tabla 17).

Nivel socioeconómico	Índice CPO-D	IHOS
Alto	bajo	excelente
Medio	moderado	buena
Bajo	alto	mala

Tabla 17. *Índice de caries con respecto al nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

Índice de caries según nivel sociocultural- índice de higiene oral simplificado (IHOS)

En la Tabla 18, se expresa la relación del nivel sociocultural con el indicador epidemiológico permitiendo evaluar la salud bucal de esta población en relación a la caries dental.

Se observa que el nivel sociocultural alto presenta un nivel de severidad en prevalencia de caries bajo, el nivel sociocultural medio, un nivel de severidad moderado y el nivel bajo un nivel de severidad muy alto de caries.

Al analizar la relación entre el grado de higiene oral por medio del índice de higiene oral simplificado (IHOS) a través de la escala de valoración y el nivel sociocultural, se observa en la Tabla 18, que el nivel sociocultural alto presenta un índice de higiene oral excelente, el nivel medio un índice de higiene oral bueno y el nivel sociocultural bajo, un índice de higiene oral malo.

Nivel sociocultural	*Índice CPO-D*	*IHOS*
Alto	*bajo*	*excelente*
Medio	*moderado*	*buena*
Bajo	*muy alto*	*mala*

Tabla 18. Índice de caries con respecto al nivel sociocultural *de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

9.2.4 Distribución de los componentes del índice de CPO-D, para toda la muestra

En la Figura 33 se muestra la distribución de los componentes del Índice CPO-D, para toda la muestra (n=55), observándose una mayor presencia de elementos cariados 59% sobre el resto, 31% de elementos obturados y 10% de elementos perdidos. El Índice CPO-D fue analizado en cada a uno de sus componentes (dientes cariados, perdidos y obturados) los que demostraron un comportamiento diferente.

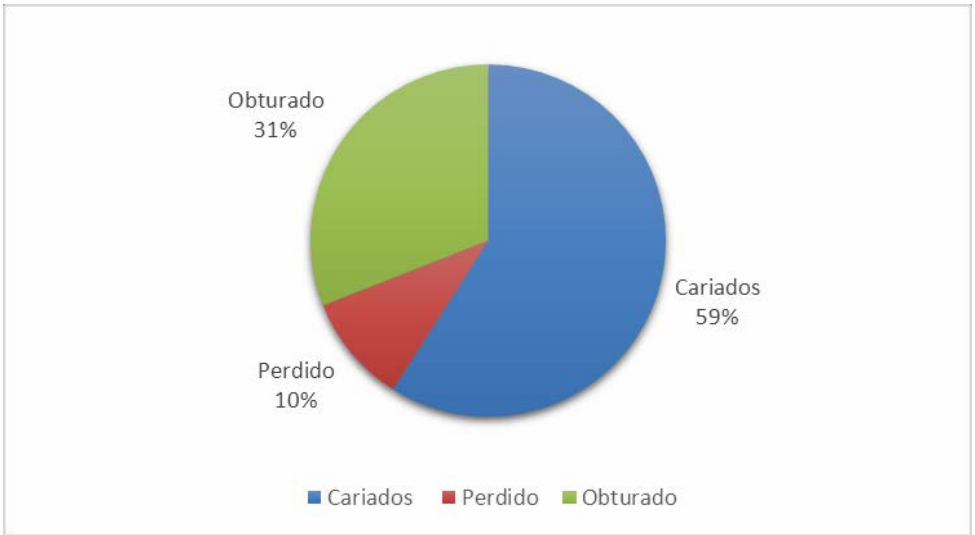


Figura 33. Distribución de los componentes de índice CPO-D en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

9.2. 5 Relación entre Índice de Knutson y nivel socioeconómico en adolescentes.

Con respecto al índice de Knutson y su relación con el nivel socioeconómico de la población adolescente estudiada, en la Figura 34 se observa que en cada categoría es mayor el porcentaje de pacientes que presentan caries de acuerdo al diagnóstico odontológico realizado. Se encontró, por un lado, que más de la mitad del total de los pacientes presentan caries y pertenecen al estrato bajo (59%). Además, dos tercios de la población del estrato socioeconómico medio y alto también presentaron caries dentales al momento del diagnóstico clínico bucal.

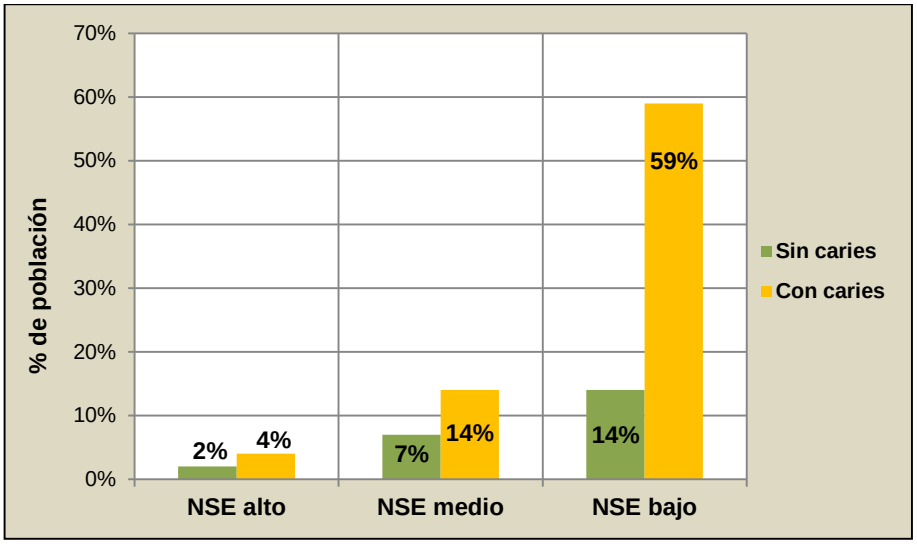


Figura 34. Distribución del índice de Knutson según nivel socioeconómico de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

9.2.6 Relación entre Índice de Knutson y nivel sociocultural.

Respecto al nivel sociocultural, la Figura 35 muestra, que del total de la población adolescente en la cual se realizó el diagnóstico clínico pertinente. Si bien en todas la categorías fue mayor el porcentaje de pacientes con presencia de caries, el grupo del nivel medio presentó la mayor proporción de caries bucodentales (31%) con respecto a los otros dos niveles. Una característica distintiva es que todos los pacientes del grupo del nivel sociocultural bajo, presentaron diagnóstico confirmado de caries bucodentales (25%).

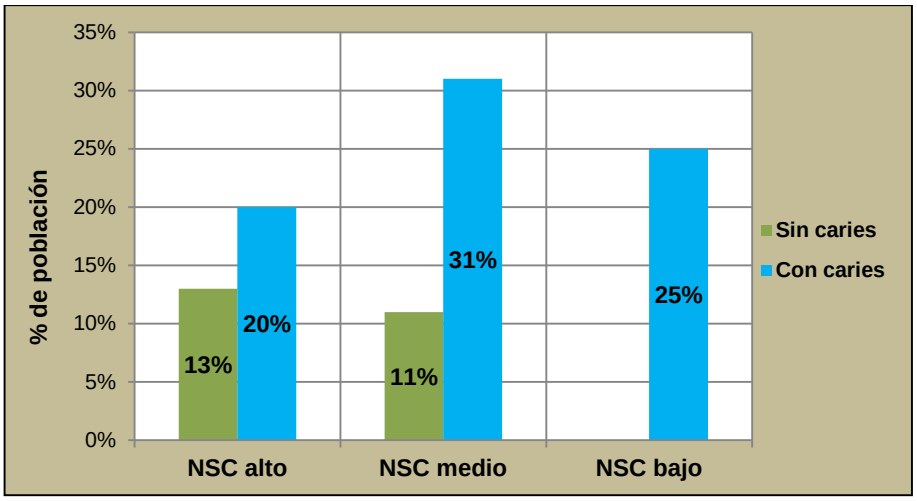


Figura 35. Distribución del Índice de Knutson según nivel sociocultural de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

9.2.7 índice de salud odontológica.

Para valorar el estado de salud bucal de la población en menores de 18 años en relación a la caries dental, se realizó el índice de experiencia de caries, el cual permite clasificar al grupo en tres categorías a saber, sin experiencia de caries, libre de caries, con experiencia de caries actual**.**

En los adolescentes se encontró un 6% de población sin experiencia de caries, 18% de población libre de caries y 76% de la población con experiencia de caries actual, según se expresa en la Tabla 19.

índice de experiencia de caries	%	n
Sin experiencia de caries	6%	3
Libre de caries	18 %	10
Con experiencia de caries	76 %	42
total	100%	55

Tabla 19 índice de salud odontológica según el índice de experiencia de caries de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

9.3 Análisis de la situación de salud bucal de la población adulta.

9.3.1 Inspección de los tejidos blandos.

A la inspección exploratoria de la cavidad bucal y de la revisión estomatológica de los tejidos blandos se observa que la principal manifestación en los tejidos blandos fue queilitis descamativa 20% pacientes, atrofia inespecífica del paladar 10% y gingivitis 40%.

9.3.2. Inspección de los tejidos dentarios.

9.3.3 Índice de caries y valoración clínica de la condición de higiene oral.

Dentro de las manifestaciones de las patologías dentarias se analiza la caries dental a través del índice mundialmente reconocido, índice de elementos cariados perdidos y obturados (CPO-D) estableciendo los índices de prevalencia de caries.

Se encontró en los pacientes examinados (45 pacientes): una prevalencia de caries dental de 4,18% en la población evaluada que corresponde a un riesgo moderado, siendo lo que mayormente producía cambios en el índice los elementos dentarios con caries.

Se registró en el examen odontológico el número de personas que presentaba erosiones dentales. Encontrándose que el 56% de ellos muestra presentaba erosiones en más de 6 elementos dentarios siendo la cara palatina la más afectada**.**

9.3.4 Valoración de la condición de higiene oral

El índice de higiene oral simplificado (IHOS) del total de la muestra fue 0,63, que corresponde a una higiene oral buena.

9.3.5 **Índice de caries - índice de higiene oral simplificado (IHOS)**

Al analizar el índice de caries y al relacionarlo con los distintos niveles socioeconómicos se constata según muestra la tabla 20 un índice epidemiológico de caries de riesgo moderado para los de alto y medio nivel socioeconómico, y de riesgo muy alto, para los de bajo nivel socioeconómico bajo nivel socio económico.

Al analizar la relación de los dos principales factores de riesgo (placa y cálculo) en el índice de higiene oral simplificado (IHOS) se observó que los de alto y medio nivel socioeconómico presentaron un índice higiene bucal buena, y los de bajo nivel un índice de higiene oral malo.

Nivel socioeconómico	Índice CPO-D	IHOS
Alto	moderado	buena
Medio	moderado	buena
Bajo	muy alto	regular

Tabla 20. *Índice de caries- índice de higiene oral simplificado con respecto al nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

Índice de caries según nivel sociocultural- índice de higiene oral simplificado (IHOS).

En la Tabla 21, se expresa la relación del nivel sociocultural con el indicador epidemiológico permitiendo evaluar la salud bucal de esta población.

Se observa que el nivel sociocultural alto presenta un nivel de severidad en prevalencia de caries bajo, el nivel sociocultural medio, un nivel de severidad moderado y el nivel bajo un nivel de severidad muy alto de caries.

Al analizar la relación entre el grado de higiene oral por medio del índice de higiene oral simplificado (IHOS) a través de la escala de valoración y el nivel sociocultural, se observa en la Tabla 21, que el nivel sociocultural alto presenta un índice de higiene oral excelente, el nivel medio un índice de higiene oral bueno y el nivel sociocultural bajo, un índice de higiene oral malo.

Nivel sociocultural	Índice CPO-D	IHOS
Alto	bajo	excelente
Medio	moderado	buena
Bajo	muy alto	mala

Tabla 21. *Índice de caries con respecto al nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

9.3.6 Distribución de los componentes del índice de CPO-D, para toda la muestra

En la Figura 36 se muestra la distribución de los componentes del Índice CPO-D, para toda la muestra (n=45), observándose una mayor presencia de elementos perdidos 21% sobre el resto. Elementos cariados 45% y obturados 34%. El Índice CPO-D fue analizado en cada a uno de sus componentes (dientes cariados, perdidos y obturados) los que demostraron un comportamiento diferente.

Figura 36. *Distribución de los componentes de índice CPO-D en adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.*

9.3 .8 Índice de Knutson y nivel socioeconómico en adultos.

Con respecto al índice de Knutson y su relación con el nivel socioeconómico de la población adulta estudiada, en la Figura 37 se observa que de acuerdo al diagnóstico clínico odontológico realizado, el mayor porcentaje de pacientes que presentan caries son los del grupo del nivel medio (60%). El grupo del estrato socioeconómico medio, tiene la misma proporción pacientes con y sin caries (11%). Por otro lado, se destaca que todos los individuos que pertenecen al nivel bajo presentaron caries al momento del diagnóstico bucodental (7%).

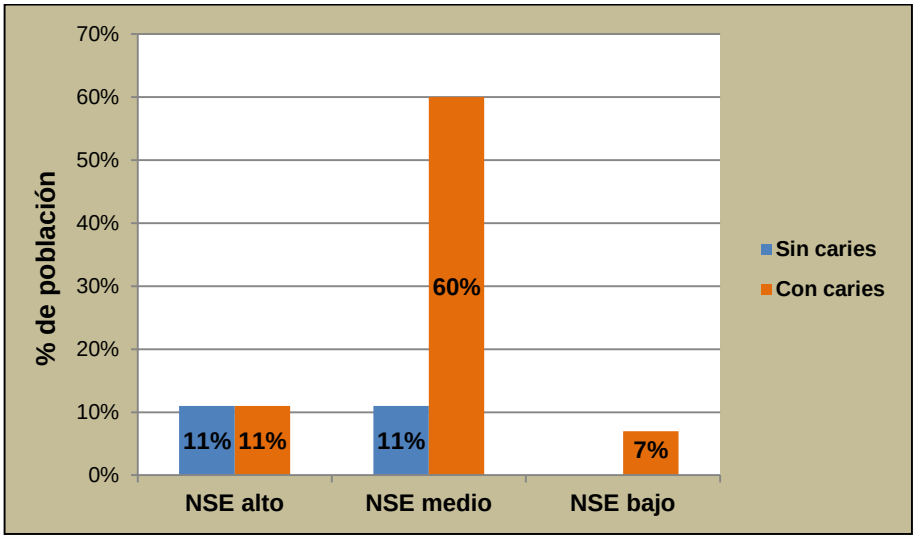


Figura 37. Distribución del índice de Knutson según nivel socioeconómico de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

9.3.9 Índice de Knutson y nivel sociocultural en adultos.

Al considerar el nivel sociocultural de la población adulta, en la Figura 38, se distingue que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron caries, son los que pertenecieron al grupo de nivel bajo (74%). En cambio, tanto los adultos que pertenecieron al nivel alto como medio, presentaron los mismos porcentajes, siendo mayor, la proporción de pacientes sin caries (9%) que con presencia de caries (2%).

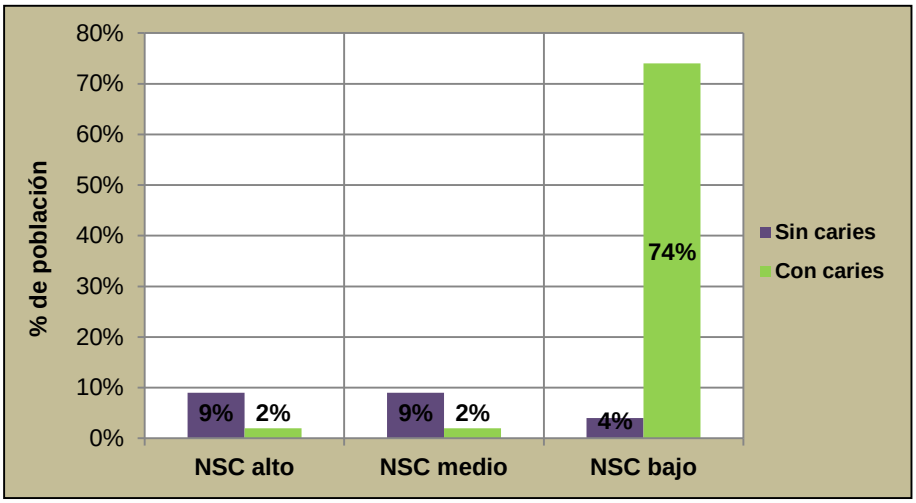


Figura 38. Distribución del índice de Knutson según nivel sociocultural de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

3.10 índice de salud odontológica.

Para valorar el estado de salud bucal de la población adulta en relación a la caries dental, se realizó el índice de experiencia de caries, el cual permite clasificar al grupo en tres categorías a saber, sin experiencia de caries, libre de caries, con experiencia de caries actual**.**

En la población estudiada se encontró un 0% de población sin experiencia de caries, 22% de población libre de caries y 78% de la población con experiencia de caries actual.

De estos datos se desprende que los mayores de los 18 años de edad no hay ninguna persona sin experiencia de caries, que alrededor del cuarto de la población recibieron atención odontológica no presentado actualmente caries, estando libres de caries y más de la mitad de ellos tienen actividad de caries actualmente. (Tabla 22).

índice de experiencia de caries	*%*	*n*
Sin experiencia de caries	*0*	*0*
Libre de caries	*22*	*10*
Con experiencia de caries	*78*	*35*
total	*100%*	*45*

Tabla 22 índice de salud odontológica según el índice de experiencia de caries de pacientes adultos con trastornos de la conducta alimentaria del servicio de psicopatologías del Hospital Nacional de Clínicas y de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) de la ciudad de Córdoba, en el período 2013- 2014. Elaboración propia en base a datos recolectados para la presente investigación.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS.

Con respecto a las derivaciones a consultas odontológicas de los profesionales a los pacientes adolescentes: Se observa que sólo el 7 % manifestó ser derivado por profesionales intervinientes; nutricionistas, médicos y/o psicólogos para realizar una consulta odontológica ya sea, por motivos de prevención o para iniciar tratamiento. A diferencia, del 93% restante que nunca fue derivado.

Con respecto al porcentaje de pacientes adultos con tratamiento por trastornos de la conducta alimentaria, ninguno de ellos ha sido derivado por profesionales intervinientes: nutricionistas, médicos y/o psicólogos para realizar consultas odontológicas a modo de prevención o para iniciar un tratamiento específico.

Con respecto a la relación entre salud bucal auto-percibida y los distintos niveles socioeconómicos. Los datos expresan (tabla 1) que del total de la población adolescente encuestada, sólo un 36% percibió tener problemas bucales, y de ellos, el mayor porcentaje corresponde a adolescentes que pertenecen a la categoría nivel socioeconómico bajo (20%). La tabla 2 muestra los resultados de la relación entre auto-percepción de salud bucal y nivel sociocultural en pacientes adolescentes. De esta manera, se observa que la mayor proporción de individuos que creen tener problemas bucales son los que pertenecen a la categoría nivel sociocultural medio y bajo, siendo sus valores similares (14%) y (13%) respectivamente.

Respecto a la variable auto-percepción de salud bucal y su relación con el nivel socioeconómico en la población adulta, los resultados muestran que el mayor porcentaje cree tener problemas bucales (60%). De los cuales, se destaca por su mayor proporción los pacientes que pertenecen a la categoría nivel socioeconómico medio (40%). En cambio, los individuos del nivel alto y bajo, sólo perciben tener problemas bucales en un 18 y 2% respectivamente (Tabla 3). La tabla 4 muestra la relación entre la auto-percepción de salud bucal y nivel sociocultural en pacientes adultos. Es notable que, de todos los individuos que manifestaron poseer problemas bucales, los que poseen un nivel sociocultural bajo acumularon el mayor porcentaje (42%). A diferencia, de los pacientes del nivel alto y medio, que coinciden pero en un porcentaje menor, respecto a la presencia de problemas bucales (9%).

Al considerar auto cuidado de la salud oral y la variable nivel socioeconómico, en la Figura 24, se distingue que el 89% del total de los adolescentes han asistido a su último control odontológico en un lapso menor a un año, de los cuales es notable, que el mayor porcentaje perteneció a la categoría nivel bajo (64%), una menor proporción al nivel medio (20%) y el resto al nivel alto (5%). Por otro lado, del total de los pacientes que realizaron su último control en un período de tiempo mayor a un año (11%), el mayor porcentaje perteneció al estrato socioeconómico bajo (9%) y el resto a nivel medio (2%).

De acuerdo al nivel sociocultural de la población adolescente, se observa en la Figura 25, que un gran porcentaje de la población realizó su último control odontológico en un tiempo menor al año (90%). De ellos, se destaca que un 37% pertenecieron al nivel sociocultural medio, 33% al alto y el 20% al nivel bajo. Por otro lado, se distingue que sólo un 10% de los adolescentes consultaron al odontólogo en un período mayor al año, y la mitad pertenecieron al nivel sociocultural bajo (5%) y la otra al nivel medio (5%).

En la figura 27, se observa que si bien el 71% de la población adulta según el nivel socioeconómico asistió a su último control odontológico en un lapso de tiempo menor a un año, se distingue que más de la mitad de ellos se encontraron en la categoría nivel socioeconómico medio (53%), y en un porcentaje menor en el nivel alto (16%) y bajo (2%). Con respecto, a los que visitaron al odontólogo en un período mayor al año, los pacientes con un nivel socioeconómico medio tuvieron el mayor porcentaje (18%), luego los individuos del nivel alto (7%) y en menor proporción los del nivel bajo (2%).

En cuanto al nivel sociocultural y su relación con la última fecha de visita al odontólogo por parte de la población adulta, en la Figura 28, se puede apreciar que de la población asistió a su control en menos de un año (71%), se destaca que más del cincuenta por ciento de los adultos pertenecieron a la categoría nivel sociocultural bajo (56%), un 11% al nivel medio y sólo un 2% pacientes con un nivel alto. Asimismo, entre los adultos que consultaron a su odontólogo en un lapso mayor a 12 meses, sólo un 22% corresponden al nivel bajo y un 7% al nivel alto. No hubo registro de pacientes del nivel medio.

Al analizar la relación entre el conocimiento de la población adolescente sobre las repercusiones de los trastornos de la conducta alimentaria y su salud bucal, según su nivel socioeconómico, en la Tabla 5, se observa que el mayor porcentaje de pacientes que consideran que positivamente afecta la salud bucal pertenecen al nivel socioeconómico bajo (27%). Por otro lado, la mayor proporción de pacientes que consideran que no afectan su salud bucal, son también los que pertenecen al mismo nivel socioeconómico (45%).

Con respecto al nivel sociocultural, de los adolescentes el mayor porcentaje de pacientes que considera que los (TCA) afectan su salud bucal, son los que pertenecen al nivel alto (18%), luego, los que pertenecen a la categoría nivel medio (15%) y en menor proporción los del nivel bajo (9%). Por otro lado, entre los pacientes que expresaron que los trastornos alimenticios no afectan su salud bucal, se destacan los del nivel sociocultural medio (27%) (Tabla 6).

Al considerar el nivel socioeconómico con respecto al conocimiento que posee la población adulta sobre la asociación entre los (TCA) y su salud bucal, es notable como la Tabla 7 muestra, que si bien, más de la mitad de ellos cree que afectan su salud bucal (56%), la mayor proporción de los pacientes se encontraron dentro de la categoría nivel socioeconómico medio (34%). En tanto, los individuos del nivel alto reconocen esta relación en un 18 % y los del nivel bajo sólo en un 4%. Con respecto a los pacientes que consideraron que los (TCA) no afectan su salud bucal, se destaca que el mayor porcentaje se encuentra también dentro del estrato socioeconómico medio (38%).

Al considerar el nivel sociocultural, de los adultos se observa que el 56% del total de los individuos adultos expresaron que los (TCA) afectan su salud bucal. Siendo, los adultos que se encuentran en la categoría nivel sociocultural bajo los que obtuvieron el mayor porcentaje (38%). Asimismo, las categorías nivel sociocultural alto y medio se caracterizaron por tener menores porcentajes; 7 y 11% respectivamente (Tabla 8).

Al analizar la frecuencia de cepillado dental, con respecto al nivel sociocultural, en la Tabla 14, se observa que los pacientes adolescentes del nivel medio fueron los que manifestaron realizar una mayor frecuencia diaria de cepillado escaso (8%) como recomendable (30%). Mientras que el grupo de pacientes de la categoría nivel sociocultural alto obtuvo el mayor porcentaje en relación a la frecuencia diaria de cepillado excesivo (9%). Al analizar la variable nivel socioeconómico, de los adolescentes, la Tabla 13 muestra que más de la mitad del total de la población estudiada tiene una frecuencia de cepillado recomendable (63%). Por otro lado, es notable que los pacientes del grupo nivel socioeconómico bajo son concentraron un mayor porcentaje respecto a la frecuencia de cepillado escaso (11%) como también excesivo (16%).

Al analizar el nivel socioeconómico de los pacientes adultos, se observa que el mayor porcentaje de individuos pertenecientes al estrato medio fueron los que manifestaron realizar tanto una frecuencia de cepillado diario escaso (16%), recomendado (34%) como excesivo (22%) (Tabla 15). Al considerar la variable nivel sociocultural, de los adultos en la Tabla 16, se observa que los pacientes del nivel bajo fueron los que presentaron una mayor frecuencia diaria de cepillado de manera escasa (18%), recomendada (36%) como excesiva (25%).

Al considerar los motivos de consulta odontológica la variable nivel socioeconómico, de los adolescentes, la Tabla 9, evidencia que los pacientes con nivel bajo fueron lo que más consultaron (72%) a diferencia de los individuos de nivel alto (3%). De esta manera, se observa que el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo con nivel bajo, ya sea por: razones de estética (33%), otros motivos (20%), dolor (16%) y en menor proporción por motivos relacionados con la prevención bucodental (3%). Se puede apreciar que en el grupo de pacientes con nivel medio, se distingue un menor porcentaje de consultas por razones estéticas14%). Por otro lado, es notable que ningún paciente del nivel alto como medio consulto por motivos relacionados con la prevención bucodental.

Como muestra la Tabla 10, el mayor porcentaje de pacientes adolescentes según el nivel sociocultural que consultaron a su odontólogo por cuestiones relacionadas con la estética (24%) y dolor bucodental (11%) fueron los que pertenecen al grupo de nivel sociocultural alto. A diferencia, de los pacientes que conforman la categoría nivel medio, ya que presentaron la mayor proporción de consultas por razones relacionadas con la prevención bucodental (4%) como también por otros motivos (11%). Por otra parte, es importante recalcar, que ningún paciente del nivel sociocultural alto y bajo realizó consulta odontológica con fines preventivos.

Al analizar la variable nivel socioeconómico, de los adultos, se observa en la Tabla 11, que del total de pacientes adultos, el grupo del nivel socioeconómico medio fue el que más consultas realizó (73%). Por lo tanto, son los que tuvieron el mayor porcentaje con respecto a

los tres principales motivos de consultas, es decir por razones de: estética (31%), dolor (31%) y prevención (3%). Respecto a los individuos del grupo nivel bajo, sólo una menor proporción realizaron consultas y solamente por razones estéticas (4%). Es notable que ningún paciente consulto a su odontólogo por otros motivos.

En la Tabla 12, se observa los resultados de acuerdo al nivel sociocultural de la población adulta estudiada. A diferencia de los grupos que pertenecen al nivel sociocultural alto y medio, son los del nivel bajo, los que realizaron una mayor cantidad de consultas odontológicas (78%). Mientras, el mayor porcentaje de ellos, consultó por razones de estética (36%), el resto asistió al odontólogo por motivos relacionados con el dolor (31%) y la prevención (11%). También se puede apreciar, que tanto del nivel alto (7%) como medio (7%), asistieron al odontólogo por motivos relacionados con el dolor. Por otro lado, ningún paciente del nivel sociocultural medio consultó por razones que conciernen a la prevención bucodental.

Al analizar el índice de caries (CPO-D) de los adolescentes y al relacionarlo con los distintos niveles socioeconómico se constata según muestra la tabla 17 un índice epidemiológico de caries de bajo riesgo para los de alto nivel socioeconómico, riesgo moderado, para los de nivel socioeconómico medio y riesgo alto, para los de bajo nivel socioeconómico. (Tabla 17) En los 3 niveles socioeconómicos, los dientes obturados y cariados afectaron el índice de CPO-D (dientes cariados, perdidos y obturados), puesto que los dientes perdidos fueron significativamente menores.

Al analizar la relación de los dos principales factores de riesgo (placa y cálculo) en el índice de higiene oral simplificado (IHOS) de los adolescentes y nivel socioeconómico: se observó que el 100% de los de alto nivel Socioeconómico presentaron excelente higiene bucal, así mismo los de nivel medio, una buena higiene y los de bajo nivel una mala higiene dental. (Tabla 17).

Se observa, en la población adolescente que el nivel sociocultural alto presenta un nivel de severidad en prevalencia de caries (CPO-D) bajo, el nivel sociocultural medio, un nivel de severidad moderado y el nivel bajo un nivel de severidad muy alto de caries. Al analizar la relación entre el grado de higiene oral por medio del índice de higiene oral simplificado (IHOS) a través de la escala de valoración y el nivel sociocultural, de los adolescentes se observa en la Tabla 18, que el nivel sociocultural alto presenta un índice de higiene oral excelente, el nivel medio un índice de higiene oral bueno y el nivel sociocultural bajo, un índice de higiene oral malo. Con respecto al índice de Knutson y su relación con el nivel socioeconómico de la población adolescente estudiada, en la Figura 34 se observa que en cada categoría es mayor el porcentaje de pacientes que presentan caries de acuerdo al diagnóstico odontológico realizado. Se encontró, por un lado, que más de la mitad del total de los pacientes presentan caries y pertenecen al estrato bajo (59%). Además, dos tercios de la población del estrato socioeconómico medio y alto también presentaron caries dentales al momento del diagnóstico clínico bucal.

Respecto al nivel sociocultural, la Figura 35 muestra, que del total de la población adolescente en la cual se realizó el diagnóstico clínico pertinente. Si bien en todas la categorías

fue mayor el porcentaje de pacientes con presencia de caries, el grupo del nivel medio presentó la mayor proporción de caries bucodentales (31%) con respecto a los otros dos niveles. Una característica distintiva es que todos los pacientes del grupo del nivel sociocultural bajo, presentaron diagnóstico confirmado de caries bucodentales (25%).

Con respecto índice de salud odontológica en los adolescentes se encontró un 6% de población sin experiencia de caries, 18% de población libre de caries y 76% de la población con experiencia de caries actual, según se expresa en la Tabla 19.

Análisis de la situación de salud bucal de la población adulta: Al analizar el índice de caries (CPO-D) y al relacionarlo con los distintos niveles socioeconómicos se constata según muestra la tabla 20 un índice epidemiológico de caries de riesgo moderado para los de alto y medio nivel socioeconómico, y de riesgo muy alto, para los de bajo nivel socioeconómico bajo nivel socio económico. Al analizar la relación de los dos principales factores de riesgo (placa y cálculo) en el índice de higiene oral simplificado (IHOS) se observó que los de alto y medio nivel socioeconómico presentaron un índice higiene bucal buena, y los de bajo nivel un índice de higiene oral malo. Se observa que el nivel sociocultural alto presenta un nivel de severidad en prevalencia de caries (CPO-D) bajo, el nivel sociocultural medio, un nivel de severidad moderado y el nivel bajo un nivel de severidad muy alto de caries.

Al analizar la relación entre el grado de higiene oral por medio del índice de higiene oral simplificado (IHOS) a través de la escala de valoración y el nivel sociocultural, se observa en la Tabla 21, que el nivel sociocultural alto presenta un índice de higiene oral excelente, el nivel medio un índice de higiene oral bueno y el nivel sociocultural bajo, un índice de higiene oral malo. Con respecto al índice de Knutson y su relación con el nivel socioeconómico de la población adulta estudiada, en la Figura 37 se observa que de acuerdo al diagnóstico clínico odontológico realizado, el mayor porcentaje de pacientes que presentan caries son los del grupo del nivel medio (60%). El grupo del estrato socioeconómico medio, tiene la misma proporción pacientes con y sin caries (11%). Por otro lado, se destaca que todos los individuos que pertenecen al nivel bajo presentaron caries al momento del diagnóstico bucodental (7%). Al considerar el nivel sociocultural de la población adulta, en la Figura 38, se distingue que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron caries, son los que pertenecieron al grupo de nivel bajo (74%). En cambio, tanto los adultos que pertenecieron al nivel alto como medio, presentaron los mismos porcentajes, siendo mayor, la proporción de pacientes sin caries (9%) que con presencia de caries (2%). Según el índice de experiencia de caries, en la población estudiada se encontró un 0% de población sin experiencia de caries, 22% de población libre de caries y 78% de la población con experiencia de caries actual.

De estos datos se desprende que los mayores de los 18 años de edad no hay ninguna persona sin experiencia de caries, que alrededor del cuarto de la población recibieron atención odontológica no presentado actualmente caries, estando libres de caries y más de la mitad de ellos tienen actividad de caries actualmente (Tabla 22).

DISCUSIÓN

Un indicador importante desde el punto de vista de las características demográficas, es la distribución por edades, en este sentido, en el presente trabajo de investigación, la población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, de adolescentes en Hospital de Clínicas y ALUBA, la edad media es de 16 años, siendo la adolescencia la edad de comienzo de este trastorno alimenticio, así mismo diferentes autores (Beato-Fernández et al 2004; Cardoso,et a 2007; Piñeros Ortiz et al 2010) coinciden, mencionando que los TCA ocurren desde edades tempranas, similar a los datos obtenidos por Glorio et al (1998) en un estudio de una dependencia de ALUBA.

En la población correspondiente a los adultos del presente estudio de investigación, la edad media es de 27 años, similar a los datos obtenidos por otros autores (Öhrn, R et al 1999)

También se puede mencionar un trabajo de Varela- Casal et al (2011) que realizaron un estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria con una edad similar a la encontrada en el presente estudio.

Con respecto a la distribución de los pacientes de trastornos de la conducta alimentaria en cuanto al sexo se observó, en el presente trabajo, un mayor peso en la proporción de mujeres en relación a los varones, en los menores de 18 años. Siendo en el grupo de los mayores de 18 años en su totalidad femeninos, esta tendencia también se presenta en investigaciones realizadas en Perú, por Albornoz, y Matos (2013) y en España por Cardoso, et al (2007) donde se analizaron las historias clínicas de pacientes con anorexia y se encontró una prevalencia del sexo femenino.

Así mismo, Quiroga, S (2009) expone que en la Argentina, entre el 12% y el 15% de los adolescentes padecen de anorexia o bulimia nerviosa, siendo el 90% de los afectados mujeres y el 10% varones, estos datos alarmantes surgen, según la autora, de numerosas investigaciones en las que se estudian diferentes psicopatologías asociadas y los factores sociales y familiares incidentes.

Hay similitud con otras investigaciones consultadas, (Glorio et al 1998; Piñeros Ortiz et al 2010; Varela- Casal et al 2011; Öhrn, R et al 1999) donde la distribución por sexo mostró un neto predominio de mujeres.

El presente estudio, al igual que los trabajos realizados por Berner, et al (2004), muestran una marcada preponderancia del sexo femenino hacia los trastornos de la conducta alimentaria, los mismos refieren que, si bien, se presenta más en mujeres que en hombres, éstos no están exentos de padecerla. También se puede citar un estudio de Serfaty et al (1997) realizado en Argentina, ciudad de Buenos Aires en una población netamente masculina donde

la prevalencia detectada de bulimia en varones de 18 años es menor al encontrado en el presente estudio.

Respecto a esta tendencia de mayor preponderancia en el sexo femenino, se concuerda con un estudio de Hernando, B (2000) en el que considera importante analizar los factores predisponentes en mujeres, como los factores sociales ya que es un hecho conocido que las mujeres han sufrido décadas de presión social para adaptarse a modelos de delgadez poco realista menciona que la aceptación general de la cultura acerca del control del peso, es alarmante.

Así mismo, Bordo, S (2004) analiza el impacto de las imágenes del cuerpo femenino que se han infiltrado en la cultura posmoderna, Tubert , S (2010) plantea que esta propensión podría estar influenciada por el lugar asignado a la feminidad y las exigencias de los modelos que el orden simbólico propone, son factores que intervienen en la génesis de diversas manifestaciones psicopatológicas: cada mujer ha de construir su propia representación de la feminidad, situándose en referencia crítica a los ideales culturales y, al mismo tiempo, asumiendo la singularidad de su deseo. La dificultad para lograrlo puede generar conflictos en relación con su cuerpo, consigo misma y con los otros. Lo expuesto anteriormente, se puede relacionar con un trabajo realizado por Arévalo, R (2004) realizado en México en el que expone que las mujeres presentaron significativamente mayor motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y menor identificación de la intercepción que los hombres. El deseo de estar más delgadas y el manejo del hambre, son aspectos que han sido recurrentemente señalados entre los síntomas de mujeres con TCA, lo que parece caracteriza también a las jóvenes mexicanas.

En el presente estudio de investigación, teniendo en cuenta los datos sociodemográficos de la muestra estudiada podría concluirse que en los mayores de 18 años predomina el sexo femenino en su totalidad y la edad media es de 27 años. En los menores de 18 años hay un mayor predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino y la edad de comienzo de mayor riesgo es la adolescencia.

Al evaluar los resultados de la procedencia de los pacientes adolescentes y adultos de trastornos de la conducta alimentaria, en el presente estudio de investigación predominó una mayor proporción de pacientes provenientes de Córdoba capital, y un menor porcentaje provenientes del interior de Córdoba.

Aunque los resultados respecto a la influencia del lugar de residencia (capital, interior) han sido contradictorios, no se encontró similitud en el trabajo realizado por Manuel, S (2006) en el que ha observado que la prevalencia de síntomas de TCA en mujeres es mayor en las alumnas residentes en pueblos y en las alumnas de centros públicos de barrios en comparación con las alumnas de centros públicos y privados situados en el casco urbano de Tarragona. Así mismo, Benavente, M (2003) también observó que los alumnos de los institutos de zonas rurales/periféricas presentaban puntuaciones más altas, que los de zonas urbana/centro.

Al analizar la relación laboral de los menores de 18 años, en el presente estudio se observó un porcentaje de adolescentes en relación laboral. El porcentaje encontrado, en el presente trabajo de investigación de los que están fuera del sistema educativo es considerable, siendo que en su totalidad se encuentran en edad escolar. En concordancia a lo señalado, en Uruguay, se analizó la asistencia escolar y participación en el mercado laboral de adolescentes, donde también se encontró un porcentaje, que abandona sus estudios y no está vinculado al mercado de trabajo ni como ocupado ni buscando un empleo. Así, las decisiones de inversión en capital educativo e incorporación al mercado de trabajo parece presentarse en gran medida como alternativas para los adolescentes (Larracilla-Alegre, 2001).

En la población de adultos estudiados, más de la mitad, se encuentran dentro del circuito laboral. Los resultado obtenidos coinciden con el Thomas et al (2008).

En relación al nivel de instrucción de las personas con trastornos alimenticios del presente estudio se observa, que la mayoría de los adolescentes y adultos tienen primario completo. Respecto al nivel educativo, y concordando con lo mencionado por Bourdieu, P (2005) en su trabajo, el cual expone que, la escolaridad alcanzada se constituye en indicador del capital cultural, en el segundo capítulo de su libro, incluyen varios textos en donde el autor explica el peso del sistema escolar en la adquisición del capital cultural, así como los mecanismos a través de los cuales se entrelaza con el capital económico, contribuyendo a la reproducción de la estructura del espacio social (Bourdieu, P1997a).

Se puede mencionar un estudio de Marchesi, A (2000) donde menciona a modo de conclusión que es necesaria otra política que ataque las desigualdades en todos los frentes: condiciones sociales y laborales, nivel cultural y de estudios, recursos en las escuelas, participación y educación de las familias, programas educativos para evitar el abandono prematuro, fortalecimiento de las escuelas públicas y de los maestros que atienden a los alumnos con mayor riesgo de fracaso escolar. El autor parte de «la constatación de que las desigualdades escolares no se originan en el sistema educativo sino que se agravan en él.

Coincidiendo con la numerosa bibliografía consultada, la cual afirman y sostienen que el nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela y enfermedad oral, esta fuerte asociación está sustentada por numerosos trabajos y verificado. El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo nivel de instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto nivel de instrucción. (ABC, C.et al 2008; Cabrera Escobar et al 2009; Sotomayor 2012).

En concordancia a lo planteado, el nivel de riesgo de la población, se estima sobre la base de indicadores que miden variables socio-económico-culturales, biológicas y otras en las cuales ya se ha demostrado fuerte asociación con resultados deficitarios (muerte, enfermedad o secuelas), el concepto de riesgo es netamente probabilístico, ya que el alto o bajo riesgo se asocia con alta o baja posibilidad de que suceda un daño (Gerlero et al 2011).

En el caso de los adolescentes el nivel de escolaridad de la madre es un parámetro ampliamente utilizado para determinar el nivel sociocultural del mismo. El nivel de estudios de las madres de pacientes adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria del presente estudio la mayor proporción quedó representada por aquellas con secundario completo, no coincidiendo con Manuel, S (2006) que en su estudio determinó que el nivel educativo de los padres es más bajo en las adolescentes con síntomas de TCA.

Por otra parte**,** el nivel de escolaridad de la madre es también utilizado como indicador social en odontología, así podemos citar el trabajo de Pérez Olivares et al (2002) que mostraron tener una asociación positiva y significativa con la frecuencia de escolares con lesiones severas de caries, se encontró una menor escolaridad de las madres en los escolares, más afectados por la enfermedad.

Un detalle a expresar en el presente trabajo de investigación, es el porcentaje marcado de adolescentes que no estudian, coincidiendo con un trabajo de Espíndola y León (2002) que hace mención que, junto con los avances registrados en la década pasada en procura de la universalización del acceso a la educación primaria y a una mayor retención de los niños y adolescentes en la escuela, América Latina presenta hoy tasas de deserción escolar temprana muy elevadas. Pese a ello, subsisten importantes deficiencias y retrasos en materia educacional, pues una proporción muy elevada de niños y niñas sigue abandonando tempranamente el sistema escolar y un alto porcentaje de los adolescentes que transitan del ciclo básico al medio desertan de este antes de completarlo, sin haber alcanzado el capital educacional mínimo y las destrezas requeridos para mantenerse fuera de la pobreza durante la vida activa. En cinco países (Argentina, Costa Rica, Ecuador, Honduras y Paraguay) más de la mitad y hasta el 60% de los que abandonan la escuela lo hacen al finalizar el ciclo primario, influenciados por la situación socioeconómica. Es importante destacar con respecto a la adolescencia, ya que esta franja etaria presenta características muy particulares y entre los problemas que afectan a la adolescencia, los desórdenes psíquicos son de aparición cada vez más frecuentes habiéndose incrementado en los últimos años en el mundo occidental (Serfaty et al 1997).

En el presente estudio analizando la ocupación del padre de los adolescentes, se encontró que el mayor peso correspondía a los que presentaban relación laboral. Se analizó esta variable siguiendo la línea observada por Manuel,S (2006) la cual manifiesta en su trabajo que, a la edad de 15 años significativamente más chicas con TCA identificaron sucesos familiares estresantes relacionados con un cambio en el status financiero de la familia, lo cual no se vio reflejado en el presente trabajo, la autora sostiene la posibilidad que estresantes económicos tales como la pérdida del trabajo del padre/madre, fueran experimentados por el adolescente como una amenaza a su estabilidad y autoestima convirtiéndose en una fuente de ansiedad y estrés; exponiendo que se puede justificar esta relación a partir de la influencia del factor estrés.

Un punto importante analizado, es la derivación de los pacientes a consultas odontológicas, por parte de los profesionales de la salud, con respecto a ello, en el presente trabajo se encontró un ínfimo porcentaje de pacientes derivados a controles y consultas odontológicas en menores de 18 años y ninguna derivación a controles odontológicos en la población adulta.

En concordancia a lo señalado, y siendo esta una enfermedad que afecta la cavidad oral se puede mencionar la postura de Petersen, P (2003) que sostiene en su trabajo, que la visión fragmentada del cuerpo debe cesar, ya que la salud bucal afecta la salud en general, causando mucho dolor, sufrimiento y cambiando lo que la gente come, su discurso, su calidad de vida y el bienestar. La salud oral también tiene un efecto sobre otras enfermedades crónicas y debido al fracaso de abordar los determinantes sociales, materiales e incorporar la salud bucodental en la promoción de la salud en general, millones de personas sufren dolor de muelas intratable y mala calidad de vida.

Coincidiendo con conceptos contemporáneos de la salud que sugieren que la salud oral debe ser definida en términos de bienestar físico, psicológico y social general en relación a la condición oral, se considera que la mayor contribución de la odontología es mejorar la calidad de vida por lo tanto es importante la evaluación de la salud oral (Cohen y Jago, 1976).

En el presente estudio los niveles socioeconómicos y socioculturales fueron punto de partida para analizar y caracterizar a la población tanto en menores como en mayores de 18 años. En la población adolescente del presente estudio, el estrato socioeconómico predominante fue el nivel bajo y el estrato socioeconómico con menos individuos, el nivel alto. En relación a los niveles socioculturales, la población quedó representada por los tres niveles distribuidos más equitativamente, respecto al nivel socioeconómico. La población adulta quedó representada en el estrato socioeconómico por un mayor porcentaje del nivel medio seguida por nivel alto y un menor porcentaje del nivel bajo, y de acuerdo a los niveles de estudios alcanzados el estrato sociocultural predominante es el bajo.

Coincidiendo con Lenor, M (2006) que expone en su trabajo que los trastornos de la conducta alimentaria que eran considerados clásicamente una enfermedad de la clase media y alta de las áreas metropolitanas, se ha convertido hoy en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo, ni edad y compromete incluso a niños menores de doce años.

Respecto a esta temática, se considera que es de importancia en salud pública tener en cuenta los determinantes sociales que influyen en la salud ya que tienen un gran peso en el desarrollado de planes y programas de salud haciendo que estos que sean más efectivos. Es importante valorar el nivel de conocimientos de la comunidad, para que sea el punto de partida para un análisis de situación de salud completo de la comunidad, que está notablemente influenciada por los factores socioculturales y socioeconómicos, lo expuesto anteriormente, se relaciona con trabajos realizados por algunos autores, quienes ha observado relaciones estrechas entre la situación socioeconómica sociocultural y la salud de los jóvenes. El impacto que la desigualdad social ejerce sobre la salud de los jóvenes al considerarlo una

problemática que debería recibir prioridad tanto en la investigación como en la creación de políticas. Los aspectos económicos, los cuales son determinantes en la calidad de vida de las familias; debe ser tenida en cuenta como un criterio más a considerar así como los socioculturales para cuando se define el estado de salud de una persona o comunidad de aquí, la importancia de estudiar los factores socioculturales y económicos en la salud bucal (de Souza Toledo et al 2014; Madrid, M. 2012 Organización Panamericana de la Salud (Ed). 2002; Slade y Spencer, 1994).

Tal es la importancia, que podría citarse el análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos, un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los Ministerios de Salud de varios países y el proyecto de Quintana Aguirre, M (2014) donde tuvo como objetivo determinar el impacto que tienen los determinantes sociales en la salud oral (Commission on Social Determinants of Health. 2007). El aumento de las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud, casi siempre en perjuicio de los pobres y más pronunciadas con los indicadores de mala salud (Medina-Solís, et al 2006).

Con respecto a lo establecido anteriormente, se puede citar a Staudt, et al (2006) quien expone que la anorexia nerviosa, siendo una enfermedad grave, tanto desde el punto de vista físico como psíquico, ha aumentado enormemente en frecuencia en los últimos años, favorecidos por los factores sociales que impone la cultura.

Así mismo en relación a la salud oral, el presente trabajo en coincidencia con lo expuesto por Quintana Aguirre M (2014) la cual sostiene que los determinantes sociales inciden en la salud oral, mencionando que el nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y la ruralidad extrema, la condicionan, demostrando que existen determinados y claramente identificados factores que influyen en las conductas de salud bucal de los adolescentes, relacionados con su nivel socioeconómico.

En base a lo expuesto, por Gómez y Jaritzon, (2011) y coincidiendo plenamente con sus aportes, que establecen la importancia de considerar la salud integral de los pacientes y realizar más completos sus controles, hace a la necesidad de ampliarla hacia una visión más completa e integradora.

Desde hace años tradicionalmente se ha abordado los controles médicos y las enfermedades bucales, de los pacientes en forma aislada y por separado. La importancia de una mirada más amplia del individuo, no solo como portador de la enfermedad, sino como eje fundamental de la prevención y como parte de la comunidad, teniendo en cuenta su entorno, su educación, sus hábitos, sus intereses e interactuando con ella, basándonos en la importancia de la participación comunitaria en salud, para lograr cambios positivos en la salud integral de los niños de la comunidad. El resultado exitoso de un programa preventivo es la generación del cambio en la conducta y no simplemente un cambio cognoscitivo que sería la mera adquisición de conocimientos teóricos, es por ellos que en este estudio se abordó la influencia de los factores socioeconómicos y socioculturales en la salud bucal, por tanto, la participación

comunitaria en salud no debe centrarse en los servicios sanitarios sino abarcar otros sectores y condiciones sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida. Este punto de vista integrador condiciona el acercamiento que puedan hacer o la respuesta que puedan dar los profesionales sanitarios a las necesidades sociales de su ámbito de trabajo, coordinándose con otros servicios y apoyando otras actividades del grupo social de cuya salud se han hecho cargo. El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo (Gómez y Jaritzon, 2011; Londoño,et al 2012; Hobdell,et al 2003; Petersen, 2003). 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 (Garcia et al 2008).

Esperando que sirva para una propuestas de un modelo alternativo, en el presente estudio se tuvo la mirada puesta en los determinantes sociales y culturales y tomándolos como punto de partida para relacionarlos con los distinto indicadores de salud bucal coincidiendo con un estudio de Calzadilla, y Mendez (1996) donde mencionan que el diagnóstico bucal de la salud de la población, por ser multifactorial; se hace muy complejo; para ello es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud, los determinantes o factores de riesgo y causalidad de estos, lo cual permite elaborar un plan de acción y de ejecución, que consiste en alcanzar mejores indicadores de salud. El diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud.

Al considerar la autopercepción de salud oral, en adolescentes y adultos de acuerdo a los estratos socioculturales, y socioeconómico ellos que pertenecieron al nivel bajo y medio fueron los que manifestaron autopercepción negativa de la misma, en tanto que el nivel alto, de ambos estratos socioeconómico y sociocultural predominó autopercepción positiva. Coincidiendo con otras investigaciones realizadas en grupos de población de características socioeconómicas similares al estudiado en el presente trabajo, como (Rodríguez Vargas M 2002; Madrid, M 2012) quienes corroboran que poblaciones con menor nivel educacional poseen menores conocimientos acerca de su salud bucal.

A su vez, se puede citar un estudio llevado a cabo en Chile, donde se manifiesta que existen marcadas desigualdades socioeconómicas y sociodemográficas en la percepción de necesidad de atención, atención demanda y recepción de servicios odontológicos solicitados por la población. Observó desigualdades sociales en la percepción de necesitar atención, siendo el primer estudio que describe y analiza detalladamente estas tres situaciones, definiendo la línea basal sobre estos aspectos vinculados al acceso y utilización de servicios odontológicos (Delgado, et al 2013).

En cambio, no se observó coincidencia con (Mendoza Tijerina, 2010) quien concluyó que en relación a la autopercepción el estrato socioeconómico como el nivel sociocultural no marca diferencia en la percepción de salud bucal. Al respecto, se coincide con (Martin y Perez 2006) que en su trabajo concluye que la población, padece más patologías orales, que las que percibe porque mayoritariamente son problemas tolerables o compensables gracias a la naturaleza adaptativa del ser humano.

En base a lo establecido, se destaca la importancia de conocer la percepción en salud, se puede citar el trabajo de Toscón, et al (2013) que utilizó el modelo de creencia en salud como referente que permitió conocer las creencias básicas sobre caries e higiene oral de los adolescentes escolarizados del Valle del Cauca, concluyendo que las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries y considera necesario diseñar intervenciones preventivas para mejorar las percepciones y reducir la presencia y efectos de la caries dental.

Kühner, y Raetzken, (1989) en su estudio apoyaron la hipótesis de que las creencias en salud juegan un papel importante en la determinación de la conducta relacionada con la salud.

En el presente trabajo, se utilizaron preguntas tendientes a acercarse a la autopercepción de la salud bucal de la población con trastornos alimenticios en su conjunto, discriminándola luego en dos grupos adolescentes y adultos, para seguidamente analizarla de acuerdo a las dimensiones socioculturales y socioeconómicas, teniendo en cuenta lo mencionado por Arqués et al (2005) que la autopercepción también puede ser afectada por la percepción de valores personales, como la creencia que algunos dolores e incapacidades son inevitables en esa edad, lo que lleva a la persona a superestimar su condición bucal. En cuanto al odontólogo, evalúa la condición clínica por la presencia o ausencia de enfermedades, para el paciente son importantes los síntomas y los problemas funcionales o sociales desencadenados por las enfermedades bucales. Sheiman (2005) manifiesta que el diagnóstico de salud de la comunidad no sólo implica el conocimiento de la salud, sino también de todos los problemas y sus creencias. Relacionando los indicadores de salud entre ellos la autopercepción, es precisamente este el punto de partida donde se podrá comprender las variaciones de la salud y enfermedad de una comunidad, empoderando a la comunidad. Coincidiendo con el autor en que medidas tradicionales utilizan índices principalmente clínicos, aunque hay alternativas utilizando medidas de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental en los enfoques sociodentales.

También, otros autores (Silva 2001; Arqués, et al 2005) apoyan y sostienen la misma línea de pensamiento donde midieron la importancia de la autopercepción en salud.

De los trabajos citados se desprende la importancia que este ítem se merece, así como el diagnóstico clínico relevado, es de vital importancia conocer cómo se percibe el paciente en relación a su salud bucal y el valor que este le asigna en su vida cotidiana considerado como una parte importante para completar el diagnóstico de salud en la comunidad y desde allí poder como profesional actuar en favor de la salud. Para fines epidemiológicos la salud general y la

salud bucodental se puede medir desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud que generalmente lleva a la utilización de un cuestionario para llevarlo a cabo (Silva 2001).

En relación a ello se considera que los datos sobre autopercepción son subjetivos y para su recolección en el presente estudio de investigación se utilizaron preguntas dirigidas para dar una idea global.

Al respecto, se menciona que se establecieron cuestionarios que evalúan los problemas funcionales, sociales y psicológicos relacionados con problemas bucales, los instrumentos de evaluación basados en la autopercepción tratan de cubrir las dimensiones, relacionándolas a través de múltiples preguntas, administradas en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios, preferiblemente en 70 versiones reducidas que conservan la validez, fiabilidad y precisión a la vez que faciliten su aplicación y posterior análisis (Arqués et al 2005).

Como se expresó anteriormente, el diagnóstico de la salud en la comunidad, involucra una serie de actores diferentes, y la autoevaluación de la salud buco dental, implica ampliar la mirada, a una más integradora y global sabiendo que todas en general y la visión del sujeto paciente tiene un peso importante a la hora de actuar en la comunidad, respetando y entendiendo en mayor amplitud lo que cada comunidad en particular asume como saludable, o como problema más relevante , entendiendo la salud como una construcción interactiva entre paciente y profesional, pudiendo la autopercepción individual contrastar con el diagnóstico clínico o no (Gómez y Jaritzon 2001).

Siguiendo la línea de pensamiento y coincidiendo con Pinzón, y Zunzunegui, 1999; Mendoza Tijerina 2010) quienes describen que cuando coinciden las necesidades normativas y percibidas se puede decir que el tratamiento y mantenimiento de la salud oral están en buen camino para cubrir las verdaderas necesidades, así es que en sus estudios, analizaron la percepción de la necesidad de salud bucal en una población de diferentes estratos socioeconómicos. Respecto a este planteamiento hay diversas investigaciones (Castrejón-Pérez et al 2010; Slade, y Spencer, 1994) y un protocolo de autopercepción oral para ser tenidas en cuenta en el análisis de autopercepción oral y otras en donde se pone de manifiesto el impacto que tiene en la vida cotidiana a modo de ejemplo podríamos citar a Castrejón Pérez, et al(2010) donde analizó la validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos denominado perfil de impacto de la salud bucal (OHIP) (Oral Health Impact Profile, OHIP) en adultos mayores, estudio de validación de la nueva versión OHIP-Mx-49 donde se analizaron variables sociodemográficas y de autopercepción, necesidad de tratamiento dental y de salud general.

El OHIP se ha traducido y validado en varios países, hasta el momento existen dos versiones en español, una realizada en Chile y otra en España. Teniendo en cuenta que en

1991, la OMS definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, Slade y Spencer, desarrollaron en Australia, en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49, debido a las limitaciones de su uso por su extensión, se validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14) (Slade, y Spencer, 1994).

Así es que, en el presente trabajo de investigación, se consideró importante la medición de la autopercepción, como en otros estudios de calidad de vida relacionada con Salud Oral (Aubert, et al 2014).

Existe un creciente interés en reconocer la salud bucal como un componente de la calidad de vida, por lo cual actualmente los esfuerzos en la investigación del sector odontológico no sólo se enfocan en rehabilitar padecimientos bucodentales, sino en explorar la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida, para poder evaluarla, mejorarla y mantenerla. Los resultados obtenidos de estas mediciones son útiles para encaminar la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud bucal, la cual no debe estar sólo encaminada a dar atención clínica, también debe considerar la integración de las necesidades sociales en salud bucal. Los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en relación a la salud bucal son construidos como cuestionarios auto-aplicados en la mayoría de los casos, compuestos por una serie de preguntas que abarcan las diferentes dimensiones de la calidad de vida, como la limitación funcional, el bienestar emocional, el bienestar social, la percepción de síntomas bucales, el ambiente en la escuela, trastornos del sueño, nivel de autopercepción y de autoestima (Wallander et al 2001).

Con respecto al nivel de conocimientos sobre las repercusiones que los trastornos de la conducta alimentaria pueden producir sobre la cavidad bucal se puede afirmar, en el presente trabajo de investigación, que predomina un mayor porcentaje de desconocimiento en la población adolescentes, con respecto a la adulta. Al analizar este ítems de acuerdo a los niveles socioeconómico y socioculturales en ambos grupos el nivel bajo y medio presentó mayor desconocimiento. Estos resultados fueron predecibles y se desprenden de la ausencia de derivaciones odontológicas y de asesoramiento informativo tendientes a aumentar el capital cultural de toda la población, que posiblemente de haberse realizado podría haber nivelado y aumentado el capital cultural de todos los pacientes, lo que sostiene y confirma que la salud bucal dista mucho de ser considerada como parte integral de la salud general del paciente y todavía predomina una visión fragmentada del individuo (Petersen P 2003).

Se observó en el presente trabajo, un bajo nivel de concientización sobre la enfermedad odontológica. Se describe que es de suma importancia establecer cuál es el aporte del odontólogo de atención primaria en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, resulta llamativo que ningún signo o síntoma referente a la salud oral sea mencionado, ni por lo que se refiere a la detección precoz de los TCA, ni en los más recientes estudios orientados hacia la mejora de los protocolos de atención a estos pacientes, entre las actividades consideradas

de buena calidad en el tratamiento de los pacientes con TCA no se incluye una exploración odontológica (Hurtado, et al 2004).

La detección y la intervención temprana juegan un papel clave en la recuperación de los trastornos alimentarios. Los odontólogos son fundamentales en el proceso de recuperación, ya que son a menudo los primeros profesionales de la salud para identificar signos y los síntomas de los trastornos alimentarios (Hurtado, et al 2004).

Es de destacar que de los datos relevados, se desprende como dato llamativo, pacientes adolescentes que nunca recibieron atención odontológica. Con respecto a las consultas odontológicas y nivel socioeconómico y sociocultural, en el presente estudio, de acuerdo a los resultados obtenidos, la clase media y bajo de los adolescentes y adultos presentó más consultas odontológicas en un tiempo menor al año, Por lo cual es la población que presentó más cuidado oral. No coincidiendo con un estudio De la Rosa (1978) realizado en Méjico donde también dividió su población en estratos socioeconómicos, y donde se analizó la asistencia a los controles odontológico.

En el presente estudio en cuanto al análisis de los motivos por los cuales las personas adolescentes con trastornos de conducta alimentaria concurren a las consultas odontológicas se puede afirmar que el motivo más relevante que predomina es estético, y el de menor peso por razones de prevención. Según el nivel socioeconómico y sociocultural de los adolescentes, la estética dental fue el motivo de mayores consultas odontológicas.

Respecto a los adolescentes, se puede mencionar trabajos (Mendoza Tijerina 2010; Saliba Garbin 2009; y Weyne, S 1997) que en sus estudios relacionaron la percepción de los adolescentes sobre las condiciones de salud bucal y donde la parte estética es el motivo primordial de consulta y no solo el dolor.

En los adultos el motivo más relevante de los pacientes con trastorno alimenticio del presente estudio, es la motivada por dolor o urgencias odontológicas coincidiendo con (Madrid M 2012; de Salud bucal-ENSAB, I. E. 1999).

De acuerdo al motivo de consulta de los adultos de los distintos estratos socioeconómicos, el nivel medio y bajo consultaron en mayor porcentaje por motivos relacionados con la estética dental. De acuerdo al nivel sociocultural de los adultos el nivel alto y medio las consultas fueron motivadas por dolor dental.

Con respecto a la frecuencia de cepillado, los resultados muestran un alto predominio en la población adolescente y adultos de una frecuencia recomendable, por lo que se puede deducir que los pacientes con trastornos de conducta alimentaria tienen incorporado el hábito de higiene oral.

En relación a lo anteriormente expuesto, hay similitud con los resultados encontrados por de Carvalho M (2015) en su trabajo de las manifestaciones orales en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.

Al respecto, coincidimos con Traebert y Moreira (2001) comenta que la higiene oral en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa es muy meticulosa, repetitiva, y a menudo seguida de cepillado agresivo después del acto de vomitar y puede resultar en abrasión severa para los elementos dentarios. En estos casos, comenta el autor, el dentista debe alertar al paciente sobre el peligro de éstos excesivo cepillado después de vomitar. Es esencial un enfoque educativo sobre los alimentos y el tratamiento de la salud oral, en los pacientes la educación para la salud debe centrarse en el aumento del conocimiento acerca de su situación y los riesgos derivados de ella.

Al evaluar la asociación entre el nivel socioeconómico y sociocultural tanto de los adolescentes como de los adultos con la higiene dental, se puede afirmar que en los distintos niveles socio económico y sociocultural de las personas entrevistadas se observa una frecuencia recomendable de hábitos higiénicos dentales, similares resultados a un estudio presentado por de Alzate, et al (2005) donde se trabajó con una población de hasta 18 años y se la dividió en estrato socioeconomico medio y bajo, concluyó con respecto a la higiene oral, que no hubo diferencias entre los distintos estratos.

Al analizar la situación de salud bucal nos encontramos con lesiones orales que presentan una asociación con dichos trastornos alimenticios, como lo es la queilitis descamativa y atrofia inespecífica del paladar. Es numerosa la bibliografía donde exponen las lesiones en los tejidos duros de la cavidad oral y muy pocas hacen hincapié en las manifestaciones en los tejidos bandos, como signo temprano de la enfermedad, coincidimos con lo expuesto en el trabajo del Dr. Panico, R (2006) que la mucosa oral sufre el impacto en etapas iniciales y un correcto diagnóstico estomatológico es muy importante para hacer un buen diagnóstico precoz de estas patologías ya que es sin duda los signos y síntomas más importantes de observar en los trastornos de la conducta alimentaria.

En el presente trabajo, a la exploración clínica de la cavidad oral y de las estructuras que conforman el aparato estomatognático de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, la enfermedad oral que se encontró en mayor porcentaje es la gingivitis. Entre las patologías orales más mencionadas por numerosas investigaciones como patología más frecuente y patognómica en los trastornos de la conducta alimentaria, es la erosión dental. En el presente estudio tanto en menores, como en adultos los resultados fueron similares a los obtenidos por estudios de Ohrn, et al 1999; y Gomez – Jiménez, et al 2000; Garcia et al 2008; Rytömaa et al 1998).

Al respecto coincidimos con Gomez Jiménez et al (2000) en que la erosión dental, es considerada uno de los eventos más agresivos, conviniendo que a mayor incidencia de vómito se provoca una mayor erosión dental, por el contacto del ácido del vómito con las superficies dentales, esto está directamente relacionado con los años del padecimiento y se pueden observar pacientes de largo proceso con alteraciones importantes en la oclusión por degradación completa de los dientes superiores.

Los resultados de las erosiones dentales pueden diferir ya está relacionada con la frecuencia del vómito y con el tiempo de la evolución de la enfermedad (Berner et al 2004; Thomas et al 2008; García de Valente et al 2003).

Al analizar el índice de higiene oral del total de la muestra en el presente estudio de investigación en adolescentes y adultos, se denota que ambos grupos presentaban una buena higiene oral, donde se puede señalar que muchos de los pacientes consignaban mayor frecuencia de cepillado en relación, a la frecuencias de vómitos realizados diariamente, llegando a realizar hasta 10 cepillados diarios, estos valores de mejor higiene oral que presentan los pacientes con disturbios alimenticios debido al vómito frecuentemente seguido de cepillado dental, coinciden con otros trabajos (Young 2005; Thomas et al 2008).

El índice de caries dental del presente estudio tanto en adolescente como en adultos presentó en ambos grupos un riesgo moderado, coincidiendo con el estudio de Berner et al (2004) que concurrieron para su atención al Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, en los cuales el índice de elementos cariados, perdidos y obturados fue similar, no coincidiendo con los del estudio de(Thomas et al 2008; García de Valente et al (2003) donde su población de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria mostraron índices más alto de caries dental.

Coincidiendo el índice de caries de la población adulta y de los menores del presente estudio, con un estudio de realizado por Christine Cavalcanti Ximenes**,** (2008) en tanto los datos encontrados para queilitis y gingivitis fueron mayores a los encontrados en el presente trabajo.

En el presente trabajo, al analizar por separado los distintos componentes del índice de elementos dentarios cariados, perdidos, y obturados (CPO -D) de ambas poblaciones menores y mayores de 18 años, se observó que lo que mayormente producía cambios en el índice eran los elementos dentarios con caries, similar a los resultados reportados por otros estudios (Thomas, et al 2008; García de Valente, et al 2003).

Al analizar el índice de higiene oral simplificado (IHOS) y el índice de caries dental mundialmente reconocido CPO-D, discriminado por estrato socioeconómico y sociocultural se observó tanto en adolescentes como en adultos una marcada influencia de los distintos niveles, en donde el nivel bajo presentó los peores índices. Coincidiendo con el estudio de Villalobos Rodelo, et al (2006) realizado en Méjico donde analizó algunas de las variables clínicas, sociodemográficas y socioeconómicas asociadas con la prevalencia de caries dental.

Existe amplia evidencia de distintos autores Lynch, 200; Kawachi y Berkman, 2003) que sugiere que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor tanto de morbilidad como de mortalidad. Además, es aceptada la existencia de una asociación entre el estado de salud y el estatus social; en general individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud.

Este hecho es conocido como el “gradiente social en salud”, el cual refiere que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social (Kühner, y Raetzke, 1989).

Por otra parte al igual que un estudio efectuado por Murrieta- Pruneda, et al (2008) en la cual menciona que la condición socioeconómica del sujeto es considerada, entre otras, como una determinante social de la salud, siendo en el caso mexicano como en la mayoría de los países de América Latina, el resultado de la inequidad y la desigualdad social, que se traduce en condiciones de alto riesgo para enfermar, hecho que se refleja de manera importante en el deterioro del nivel de salud bucal de los estratos socioeconómicos más bajos, en comparación con los más altos.

Con todo lo planteado, Silverman, M (2013) mostró en su trabajo, que una boca sin dientes es mucho más que un problema estético y hasta un problema solo vinculado al ámbito de la salud, es un problema que habla de las inequidades sociales, reforzadas hasta ahora por las respuestas dadas por el sistema de salud.

Los resultados encontrados en el presente estudio, respecto a la prevalencia de caries dental, coinciden con lo observado por Maupome- Carvantes et al 1993; Medina-Solís, 2006 et al; Vallejos-Sánchez et al 2007), donde establecen que la posición socioeconómica determinada a través de diferentes indicadores ha mostrado consistentemente una asociación con la caries dental en diversos estudios, donde se observa que los sujetos de mejor posición socioeconómica tienen mejores índices de salud bucal.

La salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos (Maiz, M. 2002).

Similar situación se presenta en estudios recientes que muestran que la prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Por ejemplo, países en vías de desarrollo muestran una incidencia mucho mayor de cáncer bucofaríngeo, asociado a desnutrición, es casi exclusivo de África y el Sudeste asiático, las regiones más pobres del mundo (Petersen, P 2003)

En Occidente, la caries y la enfermedad periodontal parecen ser un buen predictor de la pobreza en los niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población pobre (Poulton, et al 2002; Petersen, P 2003).

El bajo nivel socioeconómico, los hábitos dietéticos, los antecedentes médicos, la higiene bucal inadecuada y los perfiles familiares referidos a caries dental pueden condicionar la susceptibilidad a la enfermedad (Maupome- Carvantes et al 1993). Además de los determinantes socio-ambientales, la enfermedad oral está altamente relacionada con estos

factores de estilo de vida, que son riesgos para la mayoría de las enfermedades crónicas, así como los factores de protección, tales como la correcta exposición al fluoruro y una buena higiene oral. Las enfermedades orales califican como principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia y la incidencia de todas las regiones del mundo, y en cuanto a todas las enfermedades, la mayor carga de enfermedades bucodentales es en las poblaciones desfavorecidas y socialmente marginadas. El impacto severo en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto sobre la calidad de vida, también deben ser considerado.

El tratamiento tradicional de las enfermedades bucodentales es extremadamente costoso en varios países industrializados, y no es factible en la mayoría de países de ingresos bajos y medianos ingresos (Hobdell, et al 2003a).

Coincidiendo con lo expuesto por Hobdell et al (2003b) sostiene que el enfoque en los comportamientos individuales hace que el complejo biosocial que determina la presencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones se vea reducido de forma inapropiada a actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que higiene y dieta son dos procesos profundamente sociales. Sin restar importancia a la educación como estrategia en prevención, el autor menciona que la literatura odontológica carece de definiciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación, de otras actividades y programas preventivos. Por tanto, no se han planteado alternativas sobre cómo contrarrestar los efectos de los factores sociales en las enfermedades orales.

Apoyando sus conclusiones, los factores que deben tenerse en cuenta para la equidad en salud oral, son los aspectos socioeconómicos, culturales, étnicos, género religión lenguaje y discapacidad (Apaza-Ramos et al 2015).

En virtud de lo analizado en el presente trabajo, se encontró similitud con lo expresado por Quintana Aguirre, M (2014) que en su proyecto tuvo como objetivo determinar el impacto que tienen los determinantes sociales en la salud oral, la autora comprobó la hipótesis de que el bajo nivel de ingresos, número de hijos, edad, nivel educacional, higiene oral y autopercepción constituyen determinantes sociales que inciden en la salud oral; específicamente en la pérdida prematura de piezas dentales de mujeres en edad fértil o reproductiva, y como resultado expone que existió relación significativa entre edad, número de hijos, nivel educativo, índice de higiene oral y autopercepción de la salud oral en el número de piezas perdidas. Asimismo otros autores confirman la influencia del nivel sociocultural y socioeconomico en relación a la salud oral (Calderón Y Barrionuevo 2014; Gerlero, et al 2004). La posición socioeconómica, indica la existencia de desigualdades en salud bucal y la necesidad de establecer estrategias para reducir las brechas observadas (Pontigo, Loyola 2012).

Los resultados encontrados concuerdan con lo expresado por Carosella et al (2013) en tanto que el nivel socioeconómico, los hábitos de higiene y alimentación constituyen factores de riesgo, así mismo establece que las medidas de prevención y educación para la salud en controles clínicos, odontológicos e institucionales (escuelas, clubes, etc.) podrían evitar la aparición de estas patologías, y manifiesta que la prevalencia de caries, pérdida de piezas dentarias y enfermedad gingival en los adolescentes es elevada.

Coincidiendo, el presente trabajo de investigación con Carosella et al (2013) donde, se encontró una asociación significativa entre los pacientes de nivel socioeconómico bajo y la presencia de caries, la técnica de higiene bucal y el nivel socioeconómico estarían asociados en forma significativa para predecir riesgo de caries. Nivel socioeconómico y cultural del grupo familiar al que pertenece el joven que, como quedó demostrado, actúa como referente directo en el cuidado de la salud bucal.

De los datos, del índice de experiencia de caries, se desprende, en el presente estudio de investigación, que en los menores de 18 el porcentaje de pacientes libres de caries es ínfimo, con respecto los mayores de 18 años de edad, no se observa ninguna persona sin experiencia de caries, alrededor del cuarto de la población recibieron atención odontológica y actualmente están libres de caries y más de la mitad de ellos tienen actividad de caries actualmente.

Por estos resultados se debería indagar que factores están condicionando la no atención odontológica, será un problema de acceso económico, cultural, percepciones de salud-enfermedad, falta de conocimiento de las repercusiones de los trastornos de la conducta alimentaria sobre la salud bucal, falta de derivaciones por parte de los profesionales de la salud, de estos resultados podemos aseverar que la medicina interdisciplinaria en estas patologías alimentarias, la salud bucal está aún, a una brecha muy amplia de ser considerada parte importante de la salud integral de los pacientes.

Coincidiendo ampliamente con las conclusiones de Bordoni y Squassi, (2013) donde expresa en su estudio, que los resultados demuestran la deuda sanitaria existente para el control de la caries dental en la región, especialmente en grupos con vulnerabilidad social; la necesidad de fortalecer la formación de recursos humanos para trasladar la investigación a medidas clínicas y sanitarias efectivas; profundizar los estudios de calidad de vida rigurosamente diseñados para identificar variables psicosociales que puedan interferir en la adhesión a los cuidados de salud; incorporar las enfermedades bucodentales a los protocolos de salud general, incluso desde el control de la embarazada, y revisar los criterios de priorización usados por los sistemas de investigación que tienden a incorporar la evaluación del impacto social.

Al analizar la prevalencia de caries, en el presente estudio, según el índice de Knutson, de la población adolescente y de adultos según el nivel sociocultural y socioeconómico nos muestran un alto prevalencia de caries dental influenciada por el nivel al que pertenecen,

siendo el nivel sociocultural bajo los que presentan mayor porcentaje de pacientes con caries dentales.

Se coincide con lo manifestado por los autores (Bordoni y Squassi, 2013; Piovano et al 2008) con respecto al predominio de que el componente cariado es el resultado de años de desatención de una población que posiblemente no dispone de los medios para atender su salud bucal, de las escasas labores preventivas, de promoción de salud y el resultado de los pocos trabajos basados en los determinantes sociales de la salud bucal. Sumado como establece Piovano et al (2008) al acceso desigual a los servicios de atención de salud bucodental, especialmente de los grupos vulnerables; a factores culturales, de género y otros factores sociales, y a la calidad deficiente de la atención de salud bucodental.

Es usual que estos tipos de TCA tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de la salud como la nutrición, cuando se ha demostrado que tienen aspectos de igual importancia para el bienestar del individuo, como lo sería el aspecto psíquico y social del paciente. Se deberán vincular todas las áreas de la salud y de las ciencias sociales tales como medicina, psicología, nutrición, odontología, sociología, antropología social, entre otras, para comprender de manera integral el tema y abordarlo como un todo; deberán dar cuenta de este trastorno no sólo como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una curiosidad médica, sino como un síndrome bien definido tal como lo es. Por estos resultados se debería indagar que factores están condicionando la no atención odontológica, será un problema de acceso económico, cultural, percepciones de salud-enfermedad, etc. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se sostiene que se debería reconocer a la persona como un todo, incorporando los controles de salud bucal a los controles del crecimiento y desarrollo del niño sano, más aún, en patologías crónicas que afectan la cavidad bucal y tiene repercusiones orales importantes. Las derivaciones a controles odontológicos, tanto preventivas como restaurativas deberían ser más frecuentes, logrando de esta forma trabajar en forma interdisciplinaria. Es esta franja etaria, donde se necesita un control especifico y seguimiento de su crecimiento, por tal razón sería importante generar estrategias de contención en una edad especialmente crítica como lo es la adolescencia, trabajando en medidas de captación, factores de riesgo y seguimiento, en aquellos que están en edad escolar, con el fin de disminuir los trastornos de la conducta alimentaria.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación, permitió caracterizar en algunos aspectos a la población de pacientes adolescentes y adultos con anorexia y bulimia, atendida en ALUBA y Hospital de Clínicas, dos instituciones de Córdoba Capital.

Permitió exponer y analizar factores pilares en salud pública, los socioculturales y socioeconómicos, encarando la odontología sanitaria desde otra perspectiva totalmente diferente y de suma importancia.

Permitió aplicar índices clínicos odontológicos convencionales, intentando completar una arista más en el conocimiento integral del paciente.

Los factores socioeconómicos y culturales de adolescentes y adultos en relación a la salud bucal y los índices odontológicos aplicados de los pacientes con anorexia y bulimia mostraron una gran influencia del nivel al que pertenecen, siendo el nivel bajo en donde se debería acentuar aún más las medidas tendientes a apuntalar y orientar las estrategias en salud bucal. Al analizar el estado bucal de los diferentes niveles, socioculturales y socioeconómicos se percibe una inclinación favorable hacia los niveles más elevados.Contrariamenteal autocuidado enrelaciónaconsultas odontológicas se mostró una inclinación favorable del nivel medio y bajo, en tanto que el socioeconómico alto de los adultos mostró mayor autocuidado.

Se aportaron conocimientos para nuevos abordajes basados en determinantes sociales y culturales, en lo referente a autopercepción y autocuidado, de la salud bucal, denotó que muchas patologías orales, no son consideradas como tal.

Los factores socioeconómicos y culturales en relación a frecuencia de cepillado dental adolescentes y adultos denotaron un comportamiento similar para los distintos niveles.

Los datos hallados del estado de salud bucal de la totalidad de los pacientes, permitió indagar los factores que están condicionando la no atención odontológica, pudiendo ser un problema de acceso económico, cultural, percepciones de salud-enfermedad, debiendo esclarecerla en cada caso, para revertirla, implementando acciones directas, de promoción y prevención.

Las consultas odontológicas realizadas, de los pacientes bajo tratamiento específico del trastorno de la conducta alimentaria, no sufrieron modificaciones a favor del mayor control de salud bucal, de lo indagado en el presente trabajo de investigación respecto a las ínfimas derivaciones odontológicas realizadas por parte de los profesionales de la salud se desprende y se comprende tal resultado. Prevaleciendo un total desconocimiento por parte del paciente adolescente de la relación de los trastornos de la conducta alimentaria y la salud bucal.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se sostiene que se debería reconocer a la persona como un todo, incorporando los controles de salud bucal a los controles del crecimiento y desarrollo del niño sano, más aún, en patologías crónicas que afectan la salud bucal y tiene repercusiones orales importantes. Las derivaciones a controles odontológicos, tanto preventivas como restaurativas deberían ser más frecuentes, logrando de esta forma trabajar en forma interdisciplinaria. Así mismo se considera oportuno incorporar en el protocolo de atención a pacientes con TCA, a la salud oral como parte de un tratamiento integral.

El análisis de los motivos de consulta odontológica, permitió considerar la estética dental como uno de los motivos más relevantes de consulta odontológica, sobre todo en los niveles más altos, y especialmente en los adolescentes. Respecto a esta franja etaria, es donde se considera que se necesita un control más específico y su seguimiento, por tal razón sería importante generar estrategias de contención en una edad especialmente crítica como lo es la adolescencia, trabajando en medidas de captación, factores de riesgo y un enfoque educativo en aquellos que están en edad escolar, con el fin de disminuir los trastornos de la conducta alimentaria y sus consecuencias orales.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía Barrero, C. E. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioethica*, *12*(1), 9-22.
- ABC, C. M., Federal, D., & Mota-Sanhua, V. (2008). Factores familiares asociados con el estado de nutrición y la salud oral en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, *46*(3), 253-260.
- Abellán García, A. (2003). Percepción del estado de salud.
- Abreu, M. H. N. G. D., Pordeus, I. A., & Modena, C. M. (2004). Dental caries in schoolchildren from rural communities in Itauna (MG), Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *16*(5), 334-344.
- Agbelusi, G. A., & Jeboda, S. O. (2006). Oral health status of 12-year-old Nigerian children. *West African journal of medicine*, *25*(3), 195-198.
- Albornoz, Patricia, & Matos, L. (2013). Perfil clínico epidemiológico de la anorexia nerviosa. Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental" Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1998. *Revista de Neuro-psiquiatria*, *64*(2), 133-146.
- Alzate, T. M., Campo, L. F., Martínez, C. M., Rueda, A. Y., & Tobón, J. D. (2005). Representaciones sociales de los adolescentes escolarizados sobre la boca y la higiene oral. Medellín. 2004. *CES Odontología*, *18*(2), 9-18.
- American Psychiatric Association, y American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). *Washington, DC: American psychiatric association*, 143-7.
- Amphaphol, P., y Tuongratanaphan, S. (2011). Dental Perspective of Bulimia Nervosa Patient: A Case Report. *Chiang Mai Dental Journal- 32*(1), 105-114.
- Apaza-Ramos, S.,Torres-Ramos, G., Blanco-Victorio, D.J.Antezana-Vargas, V., & Montoya-Funegra, J. (2015). Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Revista Estomatológica Herediana*, *25*(2), 87-99.
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., y Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, *3*(4), 323-335.
- Arévalo, R. V., Aguilar, X. L., Leticia, G., Rayón, Á., Paredes, K. F., & Díaz, J. M. M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicologia Conductual Revista Internacional de Psicologia Clinica de las Salud*, *12*(3), 415-427.
- Arqués, G., Herrera, R. R., & Pinto, C. T. (2005). Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años. *Granada: Universidad de Granada*

- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Caballero, A., & González Martínez, F. (2011). Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. *Revista Cubana de Estomatología*, *48*(1), 6-13.
- Artázcoz, J., Cortés, F. J., Rosel, E., González Rodríguez, P., & Bravo, M. (2010, April). Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra, 2007. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*(Vol. 33, No. 1, pp. 51-64). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Aubert, J., Sanchéz, S., Castro, R., Monsalves, M. J., Castillo, P., & Moya, P. (2014). Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile. *International journal of odontostomatology*, *8*(1), 141-145.
- Backmund, M. (2004). [Eating disorders--how to recognize and treat them]. *MMW Fortschritte der Medizin*, *146*(17), 31-33.
- Bagattini, C. M. D. (1998). Trastornos severos de la alimentación: Anorexia Nerviosa y Bulimia. *Rev. psiquiatr. Urug*, *62*(2), 17-35.
- Baldani, M. H., Brito, W. H., Lawder, J. A. D. C., Mendes, Y. B. E., Silva, F. D. F. M. D., & Antunes, J. L. F. (2010). Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *13*(1), 150-162.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, *70*(607), 475-482.
- Barros, N. A., Miranda, M. P., & Pertuz, N. Anorexia y bulimia: AlamAnte realidad del siglo xxi. *Suplemento 2011*.
- Bauce, G. J., & Córdova, M. A. (2010). Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. *Rev. Inst. Nac. Hig*, *41*(1), 14-24.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, *13*(5), 287-294.
- Benavente, M. D., Morilla, F. R., Leal, C. M., & Benjumea, M. H. (2003). Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Atención primaria*, *32*(7), 403-407.
- Berber Méndez, L. (2005). Trastornos alimentarios y autoestima en los alumnos de la Escuela Normal Superior Carlos A. Carrillo, de la ciudad de Xalapa.
- Berner, E., Piñero, J., & Valente, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch. argent. pediatr*, *102*(6), 440-444.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G., & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *99*(14), 9486-9491.

- Bordo, S. (2004). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. Univ of California Press.
- Bordoni, N., & Squassi, A. (2013). Caries dental: una mirada actual para una vieja problemática/Dental Caries: A New Outlook to an Old Problem. *Universitas Odontologica*, *32*(68), 81.
- Bourdieu, P., & de Elvira, M. D. C. R. (1988). *La distinción*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1997a). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Siglo xxi.
- Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas. *Sobre la teoría de la acción*, *2*.
- Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A., & Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana de pediatría*, *72*(4), 300-305.
- Burkhart, N., RobertS, M., Alexander, M., & Dodds, A. (2005). Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *The Journal of the American Dental Association*, *136*(8), 1130-1137.
- Cabrera Escobar, D., Herrera Nordet, M., Gispert Abreu, E. D. L. Á., & Duque Fuerte, M. (2009). Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. *Revista Cubana de Estomatología*, *46*(2), 0-0.
- Caldeira, T. H., D'ottaviano-Napole, R. C., & Busse, S. D. R. (1999). Bulimia nervosa e suas alterações odontológicas. *Pediatr Mod*, *35*(5), 288-96.
- Calderón, A. E. R., & Barrionuevo, F. D. M. P. (2014). Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). *Revista Estomatológica Herediana*, *20*(3), 127.
- Calzadilla, A. R., & Méndez, L. D. (1996). Diagnóstico de salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*, *33*(1), 5-11.
- Cardoso, C., Villalón, G., Edo, M. M., & Leache, E. B. (2007). Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *The Journal of the American Dental Association (JADA)*, *2*(5), 298-302.
- Carosella, M., Milgram, L., Della Rica, M., Ayuso, M. S., Fainboim, V., Llorens, A., & del Carmen Hiebra, M. (2003). Análisis del estado de la salud bucal de una población adolescente. *Arch Argent Pediatr*, *101*(6), 454-459.
- Casanova-Rosado, A. J., Medina-Solís, C. E., Casanova-Rosado, J. F., Vallejos-Sánchez, A. A., Maupomé, G., & Ávila-Burgos, L. (2005). Dental caries and associated factors in Mexican schoolchildren aged 6–13 years. *Acta Odontologica Scandinavica*, *63*(4), 245-251.
- Castrejón-Pérez, R. C., Borges-Yáñez, S. A., & Irigoyen-Camacho, M. E. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos.
- De Castro, A., García, G., & Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial. *Psicología desde el Caribe*, (17).
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Ediciones Pirámide

- Christine Cavalcanti Ximenes, R. (2008). Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência.
- Cohen, L. K., & Jago, J. D. (1976). Toward the formulation of sociodental indicators. *International journal of health services*, *6*(4), 681-698.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, declaración provisional.
- Cordella, P., Lizana, P., Urrejola, P., Figueroa, D., del Río, P., Hodgson, I., ... & Unger Ch, C. (2006). Programa de transtornos de alimentación en adolescentes y jóvenes chilenos: variaciones a seis meses de tratamiento. *Revista médica de Chile*, *134*(8), 973-980.
- Córdoba, M. (2011). El "paradigma cultural" en la definición de los desórdenes de la imagen corporal: sus potenciales aportes a una teoría social corporizada de orientación crítica. *Estudios sociales sobre el cuerpo: prácticas, saberes, discursos en perspectiva*, 112.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, *77*(2), 153-160.
- Cortés, J., Doria, A., Martínez, I., Asenjo, M. A., & de Murieta, I. S. (1999). Las caries dental de los escolares navarros según su medio de residencia y su nivel socio-económico. Evolución en el periodo 1987-1997. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 22, pp. 205-211).
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe (Santiago)*, *17*(1), 81-90.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social science & medicine*, *66*(6), 1429-1436.
- de Carvalho Martinho, M. M. P. (2015). Manifestações orofaciais da anorexia nervosa e bulimia nervosa
- De la Rosa R, Manuel. (1978). Dental caries and socioeconomic status in Mexican children. *Journal of dental research*, *57*(3).
- De Moor, R. J. G. (2004). Eating disorder-induced dental complications: a case report. *Journal of oral rehabilitation*, *31*(7), 725-732.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
- de Priego, G. P. M., & Fraiz, F. C. (Eds.). (2007). clave: Revista de odontopediatria latinoamericana. *Dent J*, *52*(2), 93-100.

- de Salud bucal-ENSAB, I. E. (1999). III, II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas: Enfrec II III Estudio de Salud bucal-ENSAB III. *II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas: ENFREC II*.
- De Santis, M., & Herrero, V. (2009). Desigualdad y Utilización de los Servicios de Salud Una Aplicación al Caso Argentino en 2001. *Revista de Economía y estadística*, *47*(1), 125-162.
- de Souza Toledo, B. A., de Souza Oliveira, A., & de Oliveira Capote, T. S. (2014). O papel do cirurgião-dentista nas desordens alimentares: uma revisão de literatura. *Investigação*, *13*(3).
- DeBate, R. D., Tedesco, L. A., & Kerschbaum, W. E. (2005). Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *Journal of dental education*, *69*(3), 346-354.
- Deininger, K., & Squire, L. (1996). A new data set measuring income inequality. *The World Bank Economic Review*, *10*(3), 565-591.
- Delgado, I., Cornejo Ovalle, M. A., Jadue, L., & Huberman, J. (2013). Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile.
- Dhó, M. S. (2015). Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Avances en Odontoestomatología*, *31*(2), 67-76.
- Díez, E., & Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 158-167.
- Donaldson, A. N., Everitt, B., Newton, T., Steele, J., Sherriff, M., & Bower, E. (2008). The effects of social class and dental attendance on oral health. *Journal of Dental Research*, *87*(1), 60-64.
- Espina, A., Ortego, M. A., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, *13*(4), 533-538.
- Espíndola, E., & León, A. (2002). La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda Dumont, M., & Bazan, N. (2009). Prevalencia de factores de riesgo asociados a anorexia en deportistas regional. *Revista Iberoamericana de educación*, *30*(3).
- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P., & Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, *38*(4), 344-351.
- Fernández, M. J., Juan, J., Arbonés, M. M., & de Gracia Blanco, M. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, *20*(1), 27-38.
- Franco Cortés, A. M., Guzmán Zuluaga, I. C., Gómez Restrepo, A. M., & Ardila Medina, C. M. (2010). Reemergencia de la caries dental en adolescentes. *Avances en Odontoestomatología*, *26*(5), 263-270.
- Frydrych, A. M., Davies, G. R., & McDermott, B. M. (2005). Eating disorders and oral health: a review of the literature. Australian dental journal, *50*(1), 6-15.

- Furr, R. M., & Funder, D. C. (1998). A multimodal analysis of personal negativity. Journal of personality and social psychology, 74(6), 1580.
- García de Valente, M. S., Bordoni, N. E., Rozensztejn, R., & Armatta, A. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: componente salud bucal de un encuadre interdisciplinario. Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños, *32*(3), 23-27. García, L. O., Olvera, S. D., & de León Torres, C. S. (2008). Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana, *12*(1), 46-54.
- García, Leonor Ochoa; Olvera, Saúl Dufoo; De León Torres, Claudia S. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana, 2008, vol. 12, no 1, p. 46-54.
- García, M.g n., Parra, T. G. H., López, G. A. F., & Gracia, C. F. (2003). Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. Revista médica de la Universidad Veracruzana, 3(2), 17-28.
- García-Palacios, A., Rivero, I., & Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. Revista Argentina de Clínica Psicológica.
- Garriga, Y., Navarro, J., Saumell, A., Serviat, T., de la Hoz, J. L., & García, S. (2012). Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud), 8(15).
- Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Gómez, R., & Yanco, D. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. Revista Argentina, 24
- Gil, V. J. T., & Viñas, L. T. (1998). Trastornos de la Alimentación. Grupo Aula Médica
- Gil-Romo, S. E. P., Vega-García, L. A., & Romero-Juárez, G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales:¿ una nueva percepción del cuerpo?. Salud pública de México, 49(1), 52-62.
- Gil, R. P. (2004). Cuerpo y género: Representación e imagen corporal. In Psicología y género (pp. 217-240). Pearson Educación.
- Glorio, R., De Pablo, A., Carmona, L., Ibarra, M., Busso, C., Abbruzzese, M., ... & Woscoff, A. (1998). Manifestaciones cutáneas de la anorexia y bulimia. *Dermatol. argent*, *4*(2), 114-9.
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J., ... & Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents. *Journal of adolescent health*, *33*(6), 496-503.
- Gómez Jiménez, A., Casals Peidró, E., & Boj Quesada, J. R. (2000). Repercusiones de la anorexia y la bulimia en la salud ora, prevención y tratamiento. *RCOE. Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos*, *5*(6), 651-659.
- Gómez, C. R., Hidalgo, M. E. P., Leyva, A. R., Danta, I. M., & Pupo, M. M. (2012). Caries dentales en la población urbana del municipio Banes. *Correo Científico Médico*, *1000*(16), 1.

- Gómez, M., & Jaritzon, E. (2011). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Gómez-Mármol, A., & Moya Nicolás, M. (2013).” Estudio de las dimensiones de la salud autopercibida en mujeres adultas”. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, *4*(2).
- González, J. I. (2005). Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso Bogotá. Gerencia y Políticas de Salud, *4*(9).
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. Revista de Psicología, 11(1), Pág-91.
- González-Juárez, C., Pérez-Pérez, E., Cabrera, B. M., Pau, I. M., de Pablo, R. R., & de la Torre Escalera, P. V. (2007). Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. Atención primaria, *39*(4), 189-194.
- González-Osorio, C. A., Medina-Solís, C. E., Pontigo-Loyola, A. P., Casanova-Rosado, J. F., Escoffié-Ramírez, M., Corona-Tabares, M. G., & Maupomé, G. (2011, June). Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. In Anales de Pediatría (Vol. 74, No. 6, pp. 377-387). Elsevier Doyma.
- Guadarrama, R. G., Valdez, K. V. D., Alvarado, R. L., & Pérez, L. T. (2013). Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, *18*(1), 57-61.
- Guerro-Prado, D.; Barjau Romero, J. M.; Chinchilla Moreno, A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. Actas Esp Psiquiatr, 2001, vol. 29, no 6, p. 403-10.
- Guillén, M. F. (1991). Salud, estructura familiar y pautas de desigualdad: el caso de las consultas privadas de salud dental. *Reís*, 53-74.
- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, *24*, 44-50.
- Hobdell, M. H., Oliveira, E. R., Bautista, R., Myburgh, N. G., Lalloo, R., Narendran, S., & Johnson, N. W. (2003a). Oral diseases and socio-economic status (SES). British dental journal, *194*(2), 91-96.
- Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J., & Johnson, N. (2003b). Global goals for oral health 2020. International dental journal, *53*(5), 285-288.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Current opinion in psychiatry, *19*(4), 389-394.
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez-Garibay, E. M., & Celis, A. J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de salud pública y nutrición*, *9*(1).
- Hurtado, M. A., Pérez, J. S., Salvat, G. H., Muñoz, J. E., López, M. L., & Rodríguez, E. P. (2004). Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. Atención primaria, 34(1), 26-31.

- Hurtado, M. A., Pérez, J. S., Salvat, G. H., Muñoz, J. E., López, M. L., & Rodríguez, E. P. (2004). Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. Atención primaria, *34*(1), 26-31.
- Jáuregui Lobera, I., Romero Candau, J., Bolaños Ríos, P., Montes Berriatúa, C., Díaz Jaramillo, R., Montaña González, M., ... & Vargas Sánchez, N. (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. Nutrición Hospitalaria, *24*(5), 568-573.
- Javier, T. M., Cristian, R. M., del Rayo, S. O. M., & Soledad, B. C. Evaluación del estado de salud oral por medio de la exploración clínica bucal y la aplicación del cuestionario BULIT-R en pacientes bulímicos de un instituto de salud en México.
- Jones, R. R. H., & Cleaton-Jones, P. (1989). Depth and area of dental erosions, and dental caries, in bulimic women. Journal of dental research, *68*(8), 1275-1278.
- Hurtado, M. A., Pérez, J. S., Salvat, G. H., Muñoz, J. E., López, M. L., & Rodríguez, E. P. (2004). Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un EAP: identificando oportunidades de mejora. *Atención primaria*, *34*(1), 26-31.
- Kavazidou, E., Proios, M., Liolios, I., Nimatoudis, I., Tsatsoulis, A., Fachantidou-Tsiligiroglou, A., & Doganis, G. (2012). Relationship between eating and social behaviours in a normal population. Graduate Journal of Sport, Exercise & Physical Education Research, 1(3).
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (Eds.). (2003). *Neighborhoods and health*. Oxford University Press.
- Kaye, W. H., Klump, K. L., Frank, G. K. W., & Strober, M. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. Annual Review of Medicine, *51*(1), 299-313.
- Kisnerman, N. (1981). Salud pública y trabajo social (Vol. 13). Editorial Humanitas.
- Kosteniuk, J. G., & Dickinson, H. D. (2003). Tracing the social gradient in the health of Canadians: primary and secondary determinants. Social science & medicine, *57*(2), 263-276.
- Krause, N. M., & Jay, G. M. (1994). What Do Global Self-Rated Health Items Measure?. Medical care, 32(9), 930-942.
- Kühner, M. K., & Raetzke, P. B. (1989). The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. Journal of periodontology, *60*(1), 51-56.
- Larracilla-Alegre, J. (2001). Comentario al trabajo:“La adolescente embarazada. Un problema de salud pública”. Cirugía y Cirujanos, *69*(6), 304-305.
- Lavín, G. M. (2005). Aspectos socioeconómicos y trastornos alimentarios: de la desnutrición a la opulencia. Trastornos de la conducta alimentaria, (1), 30-38.
- Lenoir, M., & Silver, T. J. (2006). Anorexia Nerviosa en niños y adolescentes (parte 1). Arch. argent. pediatr, 104(3), 253-260.
- Locker, D., & Quiñonez, C. (2011). To what extent do oral disorders compromise the quality of life?. Community dentistry and oral epidemiology, *39*(1), 3-11.

- Londoño, S. M. A., Nieto, V. I. R., y Villa, A. G. (2012). Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. Revista de Salúd Publica= Journal of Public Health, 14(6), 899.
- López Aguilar, X., Mancilla Díaz, J. M., Alvarez Rayón, G., & Cobos Zapiaín, G. (1997). Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedores compulsivas. Rev. sanid. mil, *51*(6), 255-9.
- López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en salud:¿ Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres?. *Salud colectiva*, *2*(1), 61-74.
- Loubat, O. (2006). Conductas alimentarias: un factor de riesgo en la adolescencia: resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Ter. psicol*, *24*(1), 31-37.
- Lynch, J., & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position (pp. 13-35). Social Epidemiology. New York: Oxford University Press.
- Madrid, H. M., Pombo, M. G., & Otero, A. G. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *13*(4), 539-545.
- Madrid, M. (2012). Diagnostico de situación de salud-enfermedad bucal en mujeres en el grupo etarieo de (18 a 49 años) atendidas en el Hospital misericordia de Córdoba bajo la perspectiva de equidad de genero (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de salud Pública).
- Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, *30*, 45-8.
- Maiz, M. (2002). Los apetitos de la ansiedad: cuerpo-texto de Andrea Maturana.
- Mandel, L., & Kaynar, A. (1992). Bulimia and parotid swelling: a review and case report. Journal of oral and maxillofacial surgery, 50(10), 1122-1125.
- Mandich, C. C., Castrillón, F. D., Navarro, J. A., Troncoso, A. G., Astudillo, R. B., & Meza, M. A. (2014). Speeches in anorexia and bulimia nervosa: a qualitative study about the disorder experiencing. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, *5*(2), 70-79.
- Manuel, S. P. (2006). Estudio Nutricional y Psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria (Doctoral dissertation, Universitat Rovira i Virgili).
- Marín, B. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, *29*(2), 86-91.
- Marín Cortés, A. F., & Bedoya Hernández, M. H. (2009). Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia.
- Martín, J. M., & Pérez, B. (2006). Calidad de vida oral en población general. Editorial de la Universidad de Granada.
- Martínez, A. M., Martínez, D. M., Trapiello, M. S., Vicente, M. S., & Gil, P. S. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. Atención primaria, 25(5), 313-319.

- Mattos Vela, M. A., & Melgar Hermoza, R. A. (2004).” Riesgo de caries dental”. Rev. estomatol. Hered, 14(1/2), 101-106.
- Maupome-Carvantes, G., Borges-Yáñez, S. A., Ledesma-Montes, C., Herrera-Echauri, R., Leyva-Huerta, E. R., & Navarro-Alvarez, A. (1993). Prevalencia de caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. *Salud Pública de México*, *35*(4), 357-367.
- McCullough, G., Huebner, E. S., & Laughlin, J. E. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, *37*(3), 281-290.
- Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Pelcastre-Villafuerte, B., Avila-Burgos, L., Vallejos-Sánchez, A. A., & Casanova-Rosado, A. J. (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de investigación clínica*, *58*(4), 296-304.
- Mena Garcia, A. E., & Rivera, L. (1991). Epidemiologia bucal: conceptos basicos. In Epidemiologia bucal: conceptos basicos. OFEDO/UDUAL.
- Mendoza Tijerina, J. A. (2010). Percepción de la necesidad de salud bucal de una población adulta joven de diferentes estratos socioeconómicos, respecto a su nivel de salud bucal del Área Metropolitana de Monterrey (Nuevo León, México).
- Misra, N., Mehra, A., Misra, P., & Mehra, J. (2010). Oral manifestations of eating disorders. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, *22*(4 (Supplement)), S19-S22.
- Misrachi, C. L., & Sáez, M. S. (1989). Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. *Cuad Méd Soc*, *30*(2), 27-33.
- Montenegro, E., Blanco, T., Almengor, P., & Pereira, C. (2009). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Wímb lu*, *4*(1), 31-40.
- Morales, Alberto, et al. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. Acta Pediátrica Costarricense, 2002, vol. 16, no 3, p. 93-108.
- Muñoz Mújica, P., Aguilar Díaz, F. D. C., de la Fuente Hernández, J., Beltrán, H. S., & Acosta Torres, L. S. (2014). Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. *Salud (i) ciencia (Impresa)*, *20*(8), 446-451.
- Murrieta Pruneda, J. F., Juárez López, L. A., Linares Vieyra, C., & Zurita Murillo, V. (2004). Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 61(1), 44-54.
- Murrieta-Pruneda, J. F., Juárez-López, L. A., Linares-Vieyra, C., Zurita-Murillo, V., Meléndez-Ocampo, A. F., Ávila-Martínez, C. R., & Nava-Delgado, C. M. (2008). Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, *65*(5), 367-375.

- Navarro, V. P., Matoba Junior, F., Tedeschi Filho, W., & Queirós, A. M. (2011). Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, *59*, 15-18.
- Öhrn, R., Enzell, K., & Angmar-Månsson, B. (1999). Oral status of 81 subjects with eating disorders. European journal of oral sciences, *107*(3), 157-163.
- Organización Panamericana de la Salud (Ed.). (2002). *La salud en las Américas* (No. 587). Pan American Health Org.
- Panico, R. L. (2006). "Sintomas y signos bucales en pacientes con bulimia y anorexia nerviosa." *Rev. Fac. Cienc. Md.(Córdoba)*, *63*(2 Suppl), 30-2.
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. In Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Organización Panamericana de la Salud.
- Pellicer, E. (2011). Moda, cuerpo y trastornos alimenticios en la Argentina moderna.
- Penteado, C. P. G., de Souza Oliveira, J., Teixeira, M. T., Chaves, R., & da Costa, C. L. (2012). Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares. *Adolescencia e Saude*, *9*(3), 12-20.
- Pérez Olivares, S. A., Gutiérrez Salazar, M. D. P., Soto Cantero, L., Vallejos Sánchez, A., & Casanova Rosado, J. (2002). Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. *Revista Cubana de estomatología*, *39*(3), 265-281.
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century–the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and oral epidemiology, 31(s1), 3-24.
- Peterson, A. L., & Boeckner, L. (2003). G03-1506 Starving for Success—The Dangers of Disordered Eating.
- Pinzón, S., & Zunzunegui, M. V. (1999). Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol*, *9*, 216-24.
- Piñeros Ortíz, S., Molano Caro, J., & López de Mesa, C. (2010). Risk Factors for Eating Disorders among School-Aged Young People in Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *39*(2), 313-328.
- Piovano, Susana., Bordoni, Noemí., Doño, Raquel., Argentieri, A. B., Cohen, A. S., Klemonskis, G. I., & Squassi, A. F. (2008). Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*, *23*(54/55), 34-42.
- Pontigo-Loyola, A. P., Medina-Solís, C. E., Márquez-Corona, M. D. L., Vallejos-Sánchez, A. A., Minaya-Sánchez, M., Escoffié-Ramírez, M., & Maupomé, G. (2012). Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semi-rural. *Gac Med Mex*, *148*, 218-226.

- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B. J., Thomson, W. M., Taylor, A., Sears, M. R., & Moffitt, T. E. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The lancet*, *360*(9346), 1640-1645.
- Quevedo, C. H., & Rubio, D. J. (2009). Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta sanitaria*, *23*, 47-52.
- Quintana Aguirre, M. A. (2014). Determinantes sociales que inciden en la salud oral de mujeres en edad fértil o reproductiva de 15 a 49 años de edad del centro de salud de la Parroquia de Calderón, Ecuador periodo julio-septiembre 2014.
- Quiñones Ybarría, M. E., Ferro Benítez, P. P., Martínez Canalejo, H., Rodríguez Valdéz, Y., & Seguí Ulloa, A. (2008). Relación del estado de salud bucal con algunos factores socioeconómicos en niños de 2-5 años. Revista Cubana de Estomatología, *45*(3-4), 0-0.
- Quiroga, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. prevalencia e incidencia en la actualidad. *Encrucijadas. UBA. revista de la Universidad de Buenos Aires.*
- Quiroga, S. E., & Cryan, G. (2002). Grado de asociación entre depresión y trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía femenina. *Investig. psicol*, *7*(3), 109-134.
- Rava, F. M., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch. argent. pediatr*, *102*(5), 353-363.
- Redondo, J. G., & García, I. H. (2011). La influencia de la publicidad en la salud de la población infantil. *Revista Española de Comunicación en Salud*, *2*(2), 87-96.
- Regidor, E., Borrell, C., Pasarín, M. I., Guitiérrez-Fisac, J. L., Lostao, L., & Galán, I. (2002). Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx. *Revista Española de Salud Pública*, *76*(1), 65-67
- Riffo, P., Pérez, M. P., González Martinic, J., & Aranda Chacón, W. (2003). Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos del hábito del comer en estudiantes de medicina. *Rev. chil. salud pública*, *7*(3), 146-149.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, (7), 149-161.
- Rodríguez-Flórez, C. D. (2009). Asimetría del desgaste oclusal bilateral en dentición permanente y su relación con la paleodieta en una sociedad prehispánica de tradición cultural Sonso en Colombia. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, *21*(1), 65-74.
- Rodríguez Vargas, M. C. (2002). Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002.
- Rodríguez, V. O., SM-González, M. M., Bessone, A., GG-Monzón, J. G., & Tomasín, G. Estudio y evaluación del estado de salud bucal en pacientes bulímicos y anoréxicos de la ciudad de Corrientes-Argentina.
- Rodríguez, S. G., Ramos, L. P., Villalón, M. R., & Suárez, V. O. R. (2014). Epidemiología de la caries dental en la población venezolana menor de 19 años

Epidemiology of dental caries in the Venezuelan population under age 19. *Revista de ciencias médicas. La habana*, *20*(2).

- Rosas, C. E. B. (2015). factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología*, *12*(1), 13-50.
- Rytömaa, I., Järvinen, V., Kanerva, R., & P. Heinonen, O. (1998). Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontologica Scandinavica*, *56*(1), 36-40.
- Salazar, Z. (2010). Adolescencia y trastornos alimenticios: Influencia de los modelos televisivos.
- Saliba-Garbin, C. A., Isper-Garbin, A. J., Moreira-Arcieri, R., Saliba, N. A., & Gonçalves, P. E. (2009). La salud bucal en la percepción del adolescente. *Revista de Salud Pública*, *11*(2), 268-277.
- Sánchez, J. F. P. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. *Icono14*, *8*(3), 4.
- Sánchez, J. C., Villarreal, M. E., & Valdivieso, L. Capitulo 11. desórdenes alimenticios.
- Sánchez, M. A. B., Picazo, M. V., Vidal, A. J., & Zaragozano, J. F. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *7*(132), 6234-6239.
- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modernos: Marcos teóricos y modernos. *Revista de Psicología de la Salud*, *3*(1), 3-21.
- Saura, V. T., Ruiz, J. C. R., Ruíz-berdejo, M. G., Giraldez, M. J. P., Ternero, C. A. T., & Alonso, A. M. Prevención en salud pública: Anorexia nerviosa en mujeres deportistas.
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud.
- Seabra, B. G. D. M., Seabra, F. R. G., Almeida, R. Q. D., & Ferreira, J. M. D. S. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. *Rev. bras. patol. oral*, *3*(4), 195-198.
- Sen, A. (1993). Positional objectivity. *Philosophy & public affairs*, 126-145.
- Serfaty, D. E. M., Andrade, J. H., Boffi-Boggero, H. J., Masaútis, L. E. A. E., & Foglia, I. V. L. Detección de desórdenes psíquicos en 304 varones de 18 años residentes en la ciudad de Buenos Aires, Argentina 19941. *Boletín* de la Academia Nacional de Medicina de Buenos AiresVol. 75, no. 2do. semestre (1997), p. 515-524.
- Serra-Ristol, S., Manzanares-Céspedes, M. C., & Carvalho-Lobato, P. (2006). Repercusiones clínicas de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral. *Atención primaria*, *37*(2), 101-103.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization, 83(9), 644-644.

- Silberman, M., Marin, G., Pozzio, M., & Sanguinetti, C. (2013). “El rostro sin dientes del sistema de salud”. Salud bucal y el sistema de salud como determinante social. Una experiencia en la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Archivos de Medicina Familiar y General*, *10*(1).
- Silva, S. R. C. D., & Castellanos Fernandes, R. A. (2001). Self-perception of oral health status by the elderly. *Revista de Saúde Pública*, *35*(4), 349-355.
- Slade, G. D., & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community dental health*, *11*(1), 3-11.
- Smith, B. G., & Knight, J. K. (1984). An index for measuring the wear of teeth. *British dental journal*, *156*(12), 435.
- Soriano, J., & Sedó, V. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria. *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, *14*(52), 9-12.
- Sotomayor, R., Ale, K., Sánchez, A., Cataldo, K., Campos, L., & Canese, A. (2012). Factores socioeconómicos e indicadores de riesgo de caries en responsables primarios de niños preescolares. *Pediatría (Asunción)*, *39*(2), 97-101.
- Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina [Revista en Internet], 156, 24-30.
- Steinhausen, H. C., Rauss-Mason, C., & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. Psychological Medicine, *21*(02), 447-454.
- Stege, P., Visco-Dangler, L., & Rye, L. (1982). Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations. The Journal of the American Dental Association, *104*(5), 648-652.
- Tascón, J. E., Londoño, D., Jaramillo, C., Burbano, P., & Mesa, M. (2013). Creencias, prácticas y necesidad de tratamiento periodontal en una población adulta en Cali, 2003.
- Tascón, J. E., & Cabrera, G. (2005). Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Colomb Med*, *36*(2), 73-8.
- Thomas, Y., Ibáñez, É., Serrano, C., & Teherán, D. (2008). Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. Revista CES Odontología, *21*(2), 34-38.
- Tinanoff, N. (1995). Dental caries risk assessment and prevention. *Dental Clinics of North America*, *39*(4), 709-719.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (38), 23-48.
- Traebert, J., & Moreira, E. A. M. (2001). Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência Behavioral eating disorders and their effects on oral health in adolescence. *Pesqui Odontol Bras*, *15*(4), 359-363.

- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de psicologia.* International journal of psychology, *12*(2), 161-174.
- Uribe, P. M. (2003). Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, *21*(2), 233-269.
- Marchesi, Á. (2000). Un sistema de indicadores de desigualdad educativa. *Revista Iberoamericana de educación*, *23*, 135-163.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C., Elena, M., & Icaza, M. M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, *58*(1), 15-27.
- Vallejos-Sánchez, A. A., Medina-Solís, C. E., Casanova-Rosado, J. F., Maupomé, G., Casanova-Rosado, A. J., & Minaya-Sánchez, M. (2007). Defectos del esmalte, caries en dentición primaria, fuentes de fluoruro y su relación con caries en dientes permanentes. *Gaceta Sanitaria*, *21*(3), 227-234.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M. J., & Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Esp Psiquiatr*, *39*(1), 12-9.
- Vargas-Palacios, A., Gutiérrez, J. P., & Carreón-Rodríguez, V. (2006). Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. *salud pública de méxico*, *48*(6), 482-489.
- Vega, V., & Quiroga, S. (2003). Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. *Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA, I*, 113-115.
- Villalobos-Rodelo, J. J., Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Pontigo-Loyola, A. P., Lau-Rojo, L., & Verdugo-Barraza, L. (2007). Caries dental en escolares de una comunidad del Noroeste de México con dentición mixta, y su asociación con algunas variables clínicas, socioeconómicas y sociodemográficas. *Rev Invest Clin*, *59*(4), 256-267.
- Wallander, J. L., Schmitt, M., & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *Journal of clinical psychology*, *57*(4), 571-585.
- Walzer, M. (1998). Objetividad y significado social. In *La Calidad de vida* (pp. 219-235). Fondo de Cultura Económica.
- Weyne, S. D. C. (1997). A construçäo do paradigma de promoçäo de saúde: um desafio para as novas geraçöes. In *ABOPREV promoçäo de saúde bucal*(pp. 1-26). Artes Médicas/ABOPREV.
- World Health Organization. (1979). Formulating strategies for health for all by the year 2000: guiding principles and essential issues, document of the Executive Board of the World Health Organization.

- Yannakoulia, M., Karayiannis, D., Terzidou, M., Kokkevi, A., & Sidossis, L. S. (2004). Nutrition-related habits of Greek adolescents. *European journal of clinical nutrition*, *58*(4), 580-586.
- Young, W. G. (2005). Tooth wear: diet analysis and advice. *International dental journal*, *55*(2), 68-72.
- Zárate, Ó. G., Castellanos, J. L., & Guzmán, L. D. (2004). Series en medicina bucal VIII. Anorexia y bulimia en odontología. *Revista ADM*, 117-120.
- Zárate, Ó. G., & Rodríguez, G. E. R. (2000). Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, *57*(1), 23-32.
- Zeman, L. (2008). Manifestaciones dentarias y en restauraciones de pacientes bulímicos y anoréxicos purgativos. *Rev. Asoc. Odontol. Argent*, *96*(2), 153-157.
- Zusman, L. (1999). La depresión y los trastornos de la alimentación en la mujer. *Revista de Psicología*, *17*(1), 105-128.

ANEXO

Cuestionario

Nombre y Apellido…….

Edad……. Sexo…….

Fecha de Nacimiento……

Domicilio: ……

Teléfono: …….

E.-mail: ……..

Trabaja Si No

Estudia Si No

Niel alcanzado de estudio Primario Secundario Terciario Otro

Nivel de escolaridad de la madre Primario Secundario Terciario Otro

Padre trabaja Si No Planes Sociales

Cantidad de personas con las que vive

Etapa de tratamiento de bulimia y anorexia

¿Cree que tiene algún problema en su boca? Si No

¿Cree que esta enfermedad afecta su salud bucal? Si No

Fecha la última consulta odontológica

¿Fue derivada/o? Si No

¿Qué prestación realizó?

¿Acualmente está en tratamiento? Si No

Razones de consultas

¿Por razones estéticas? Si No

¿Por dolor? Si No

¿Por prevención? Si No

¿Dónde realizó la consulta?

¿Cuánta veces se cepilla por día 0 1 2 3 Más

¿Le sangran las encías? Si No

¿Le sale pus de algún lugar de la boca? Si No

¿Tiene movilidad en los dientes? Si No

Estado de la higiene bucal Buena Regular Mala

Bruxismo Si No

Estado de los tejidos blandos

Lengua ……. Labios……..

Estado gíngivo periodontal …… Carrillos……

Piso de boca ……..

Comisura……..

Paladar……..

Cantidad de dientes ……..

1-Durante los últimos 12 meses ¿cuántas veces saliste de vacaciones?

1- Ninguna vez
2- Una vez
3- Dos veces
4- Tres veces o más

2-¿Tenés un dormitorio para vos solo?

1-No
2-Sí

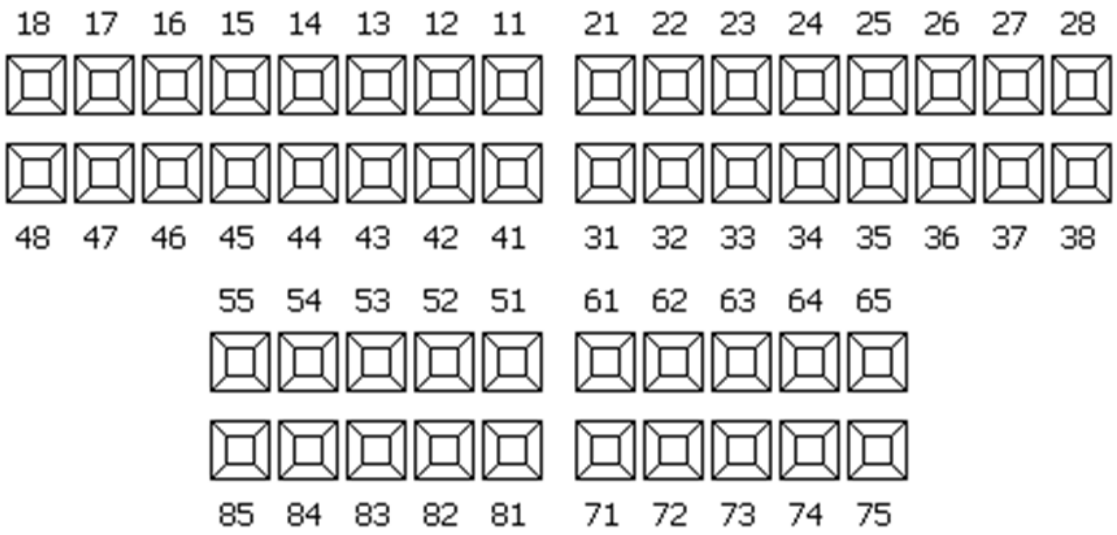
3- ¿Tu familia tiene auto propio?

1- No
2- Sí, uno
3- Sí, dos o más

4-¿Cuántas computadoras tiene tu familia?

1- Ninguna
2- Una
3- Dos
4- Tres o más

Odontograma



Referencias

Color rojo: Prestaciones realizadas

Color azul: Prestaciones requeridas

Ero: Erosión Abr: Abrasión

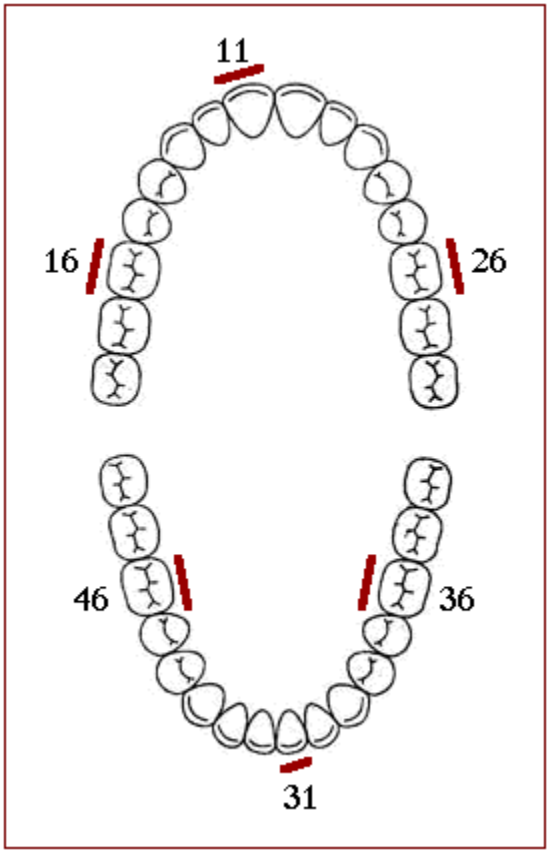
---: exodoncia indicada

=: exodoncia realizada

: Prótesis fija /removible

: Coronas

Índice de Higiene oral Simplificado



Diente	16	11	26	36	31	46	CT
PDB							
C							
IHOS							