

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL
COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS
ODONTÓLOGOS DEL MERCADO DE TACNA, 2020”**

TESIS

Presentada por:

Jessica Rocío Pinto Málaga

Para obtener el Título Profesional de:

Cirujano Dentista

TACNA - PERÚ

2021

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE
CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL
COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS
ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA, 2020”**

TESIS

Presentado por:

Jessica Rocío Pinto Málaga

Para obtener el Título Profesional de:

Cirujano Dentista

TACNA - PERÚ

2021

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

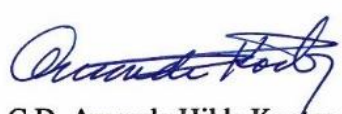
**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE
ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE
TACNA, 2020”**

Tesis sustentada y aprobada el01.....deOCTubre..... del 20.21...; estando el jurado integrado por:

PRESIDENTE :  Mgr. C.D. Mario Eduardo Lara Landívar

SECRETARIO :  Mgr. C.D. Guiselle Andrea Verástegui Baldárrago

VOCAL :  Mgr. C.D. Karina Milagros Soto Caffo

ASESORA :  Mgr. C.D. Amanda Hilda Koctong Choy

DEDICATORIA

A mis hijos Marcelo, Marco Antonio, Camila y Franco, por ser la principal motivación e inspiración de mi vida. Por enseñarme a cultivar la perseverancia ante toda situación adversa y convertirme en un ejemplo para ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por iluminar siempre mi camino. Asimismo, darme fortaleza para concluir esta etapa académica de manera satisfactoria.

A mis padres Martin y Alelia, por su amor incommensurable reflejado en su sacrificio y atención constante.

A mis hijos por su comprensión y apoyo incondicional en esta travesía de investigación.

A mi esposo Marco, quien me animó a incursionar en esta aventura académica, apoyándome en todo momento, lo cual agradezco infinitamente.

A toda la plana docente de mi alma mater, La Universidad Latinoamericana Cima de Tacna, por transmitir y compartir sus experiencias.

ÍNDICE GENERAL

Página del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE	
INVESTIGACIÓN	15
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.4. Justificación de la investigación	17
1.5. Limitaciones de la investigación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición de términos básicos	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Operacionalización de variables	44
3.3. Población y muestra de la investigación	46
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47

3.5. Tratamiento estadístico de datos	49
3.6. Procedimiento	49
CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.1. Resultados	51
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
6.1. Conclusiones	70
6.2. Recomendaciones	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	76
Anexo N° 1: Declaración jurada de autorización	77
Anexo N° 2: Declaración jurada de autoría	78
Anexo N° 3: Instrumento de recolección de datos	79
Anexo N° 4: Consentimiento informado	84
Anexo N° 5: Validación de instrumento	85
Anexo N° 6: Autorización para la aplicación del instrumento	86
Anexo N° 7: Constancia de ejecución	87
Anexo N° 8: Base de datos	88

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos según el género de la muestra	51
Tabla 2: Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos según las edades de la muestra	53
Tabla 3: Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos según la experiencia profesional de la muestra	55
Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico	57
Tabla 5: Nivel de conocimiento de la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria	59
Tabla 6: Nivel de conocimiento de las manifestaciones extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria	61
Tabla 7: Nivel de conocimiento de las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria	63
Tabla 8: Nivel de conocimiento de las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos según el género de la muestra	56
Gráfico 2: Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos según las edades de la muestra	58
Gráfico 3: Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos según la experiencia profesional de la muestra	60
Gráfico 4: Nivel de conocimiento sobre patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico	62
Gráfico 5: Nivel de conocimiento de la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria	64
Gráfico 6: Nivel de conocimiento de las manifestaciones extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria	66
Gráfico 7: Nivel de conocimiento de las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria	68
Gráfico 8: Nivel de conocimiento de las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria	70

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en relación con el componente estomatológico de los odontólogos del mercado de Tacna, 2020. Asimismo, se evaluó el nivel de conocimiento de cuatro dimensiones: Patogenia de los TCA, manifestaciones extraorales e intraorales de los TCA, y las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico de los TCA. Para cumplir con el objetivo, se eligió un estudio tipo básico y descriptivo. El diseño de investigación fue correlacional. La muestra participante fue de 147 profesionales. El instrumento de evaluación es un cuestionario adaptado en base al elaborado por Vinueza (Ecuador). Los resultados fueron: Se demostró que el 38.1% presentaron un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 36.1% y, finalmente, el 25.8% presentó un nivel bajo de conocimiento sobre los TCA y su relación con el componente estomatológico. Respecto el nivel de conocimiento de la patogenia de los TCA se determinó que el 46.9% presentó un nivel bajo, le sigue el nivel alto con un 32.6% y el 20.5% presentó un nivel moderado. Respecto del nivel de conocimiento sobre las manifestaciones extraorales de los TCA, se estableció que el 44.2% presentó un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 27.9% y el 27.9% presentó un nivel bajo. En relación al nivel de conocimiento de las manifestaciones intraorales de los TCA, se concluyó que el 49.6% presentó un nivel moderado, le sigue el nivel bajo con un 27.2% y el 23.2% presentó un nivel alto. Finalmente, respecto del nivel de conocimiento de las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico en los pacientes con TCA, se determinó que el 42.2% presentó un nivel moderado, le sigue el nivel bajo con un 30.6% y el 27.2% presentó un nivel alto.

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria, componente estomatológico, manifestaciones extraorales, intraorales, complicaciones sistémicas, manejo odontológico.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the level of knowledge of eating disorders in relation to the stomatological component of the dentists of the Tacna area. Likewise, the level of knowledge of four dimensions was evaluated: Pathogenesis of eating disorders, extraoral and intraoral manifestations of eating disorders, and systemic complications and dental management of eating disorders. To meet the objective, a basic descriptive study was chosen. The research design was correlational. The participating sample was 147 professionals. The evaluation instrument is a questionnaire adapted by Vinueza (Ecuador). The results were: It was shown that 38.1% were located in the moderate level, followed by the high level with 36.1% and, finally, 25.8% were located in the low level of knowledge about the pathogenesis of eating disorders and their relationship with the stomatological component. Regarding the level of knowledge of the pathogenesis of eating disorders, it was determined that 46.9% were located at the low level, followed by the high level with 32.6% and 20.5% were located at the moderate level. Regarding the level of knowledge of the extraoral manifestations of eating disorders, it was established that 44.2% were located at the moderate level, followed by the high level with 27.9% and 27.9% were located at the low level. Regarding the level of knowledge of the intraoral manifestations of eating disorders, it was concluded that 49.6% were located at the moderate level, followed by the low level with 27.2% and 23.2% were located at the high level. Finally, regarding the level of knowledge of systemic complications and dental management in patients with eating disorders, it was determined that 42.2% were located at the moderate level, followed by the low level with 30.6% and 27.2% were located at the high level.

Key words: Eating behavior disorders, stomatological component, extraoral and intraoral manifestations, systemic complications, dental management.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento sobre el componente estomatológico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es fundamental para los profesionales odontólogos, debido a que un conocimiento amplio acerca de este trastorno podría contribuir favorablemente a detectar tempranamente esta patología a través de sus manifestaciones en el componente estomatológico: Patogenia, manifestaciones intraorales y extraorales y complicaciones sistémicas. Una identificación temprana a través de los indicadores de un TCA a través de sus manifestaciones, sería de enorme importancia en la lucha contra este grave problema de Salud pública que afecta a millones de personas en el mundo, sobre todo a mujeres y en edad juvenil. Hay una percepción errónea acerca de la labor del profesional odontólogo, y que consiste en que solo debería centrarse en la salud bucal y en sus diversas complicaciones, sin prestar atención a otros trastornos que, aunque no son precisamente de tipo estomatológico, si se manifiestan a través de él. Por otro lado, se tiene otra perspectiva del rol profesional del odontólogo, y que amplía su esfera de intervención, donde ya que no solo es el profesional de la salud bucal y de sus diversas afecciones, sino que participa en aquellos hábitos, conductas y actitudes que tiene también repercusiones en el contexto estomatológico, tal como es el caso de los TCA.

El presente estudio permitió conocer el nivel de conocimiento de los profesionales odontólogos del mercado de Tacna. Estos resultados no han sido muy positivos y revelan la necesidad urgente de capacitar a dichos profesionales y de esta manera, el conocimiento adquirido se debería convertir en una herramienta importante para la detección temprana de los TCA y así se logre reducir su incidencia en la salud de la población de Tacna.

Nuestra investigación está dividida en cinco capítulos: El primer capítulo se denomina planteamiento del problema, el cual contiene la descripción, la formulación del problema y la formulación de los objetivos. Asimismo, la

justificación, las limitaciones y finalmente, la delimitación de la investigación. El segundo capítulo, contiene el marco teórico, los antecedentes de investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos. El tercer capítulo, está referido a la metodología, donde abordaremos la formulación de la hipótesis, la operacionalización de variables e indicadores. Así también, se hace alusión al tipo y diseño de investigación, la población, la muestra y las técnicas e instrumentos de recolección de datos. El capítulo cuarto, se denomina análisis y discusión de resultados. El capítulo quinto contiene la discusión de resultados. El capítulo sexto, presentamos las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente, citaremos a los anexos respectivos de nuestro estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El historial médico que muchos odontólogos utilizan no suele ser el adecuado para el diagnóstico de los desórdenes de alimentación (la Anorexia, por ejemplo). En la actualidad los trastornos alimentarios son uno de los problemas más importantes que ponen en riesgo la salud y la vida de muchas personas en el mundo, si no son detectadas y tratadas a tiempo.

Estas circunstancias fijan la responsabilidad de estudiar con más profundidad dichas patologías. De igual forma, son consideradas problemas de Salud Pública, donde su diagnóstico precoz permitiría reducir la probabilidad de que un paciente desarrolle este trastorno, a través de la temprana intervención por parte de los odontólogos.

Debido a los efectos que provocan los desórdenes alimentarios a nivel oral, los odontólogos tienen la oportunidad de ser los primeros en detectar signos de alarma. Cuando esto ocurre, el odontólogo debería discutir sus hallazgos con el paciente y derivarlo oportunamente al especialista que corresponda para un diagnóstico certero y un adecuado tratamiento.

La región de Tacna no es ajena a esta realidad, ya que existe prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su diagnóstico precoz por parte del odontólogo no es del todo adecuado. Es por ello que resulta de vital importancia el conocimiento de su etiopatogenia, epidemiología, criterios diagnósticos, manifestaciones orales, prevención y tratamiento a fin de conseguir una detección temprana de la enfermedad.

Es necesario evaluar el nivel de conocimiento en la comunidad odontológica acerca de este grupo de patologías. A mayor conocimiento del profesional odontólogo, mayor será también la probabilidad de detectar precozmente la enfermedad y, consecuentemente, se lograría un tratamiento oportuno y efectivo del desorden alimenticio.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en relación con el componente estomatológico de los odontólogos del mercado de Tacna, 2020?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del mercado de Tacna, 2020?
- b) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las manifestaciones extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del mercado de Tacna, 2020?
- c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del mercado de Tacna, 2020?
- d) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del mercado de Tacna, 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en relación con el componente estomatológico de los odontólogos del Cercado de Tacna, 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar el nivel de conocimiento sobre la Patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del cercado de Tacna, 2020.
- b) Determinar el nivel de conocimiento sobre las manifestaciones extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del cercado de Tacna, 2020.
- c) Determinar el nivel de conocimiento sobre las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del cercado de Tacna, 2020.
- d) Determinar el nivel de conocimiento sobre las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico de los trastornos de la conducta alimentaria de los odontólogos del cercado de Tacna 2020.

1.4 Justificación de la investigación

Los desórdenes alimentarios escapan cada vez con mayor frecuencia al examen clínico dental, situación motivada por el aumento en el número de casos que en la actualidad se presentan. Este problema es de mucha relevancia para la Salud Pública en general y para la salud oral en particular, ya que en nuestro país no existen muchas investigaciones sobre estos trastornos de

conducta alimentaria en relación con el componente estomatológico en la Región de Tacna.

La relevancia científica de nuestra investigación reside en que es imperativo el conocimiento y la capacitación en cuanto a cómo este tipo de desórdenes alimentarios de naturaleza psiquiátrica inciden y modifican la práctica dental rutinaria desde aspectos psicológicos y conductuales del paciente, hasta manifestaciones clínicas específicas que suponen un reacomodo de las prioridades preventivas y terapéuticas en odontología. Razón por la cual surge la motivación para dar a conocer esta información, permitiéndole al odontólogo diseñar y aplicar un protocolo para un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria desde el punto de vista sistémico y principalmente odontológico.

Los hallazgos obtenidos contribuyen a mejorar el conocimiento que tienen los odontólogos sobre los trastornos de conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico.

En atención a su originalidad y viabilidad del estudio, se precisa que no es original porque existen estudios a nivel internacional y nacional, pero es innovador en nuestra región ya que no se han realizado estudios referentes a la investigación propuesta. En cuanto a su viabilidad, el estudio es viable pues se cuenta con el apoyo de los profesionales odontólogos y, asimismo, se cuenta con los recursos materiales, logísticos y humanos para llevar a buen término el proceso de investigación.

Desde el punto de vista humano, el estudio también es relevante en razón de que los pacientes que padecen de trastornos de la conducta alimentaria presentan serios problemas sistémicos, así como la progresión y daño irreversible de los tejidos duros de la cavidad oral, lo que afecta su bienestar general.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones a la presente investigación están centradas en la actual crisis sanitaria provocada por la pandemia por COVID-19, considerando que, muchos profesionales odontólogos ya no trabajan en sus consultorios privados y los pocos que trabajan limitan al mínimo sus interacciones sociales y laborales, lo cual dificulta la realización de entrevistas o aplicación de encuestas.

Por otro lado, la actual pandemia ha generado que las investigaciones se realicen utilizando medios electrónicos o virtuales, tales como el correo electrónico, Whatsapp, Messenger, entre otros. Son muchos los casos en que los profesionales no leen los mensajes ni responden sus correos. Por lo tanto, se pierde la oportunidad de entrevistar o encuestar a un mayor número de profesionales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Jaimes, L. y Coronado. 2020.¹ “Nivel de conocimientos de los docentes de odontología acerca de trastornos alimentarios y sus manifestaciones extra e intraorales”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento acerca los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y sus manifestaciones bucales, en odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás. **Metodología:** Estudio observacional analítico de corte transversal en 60 odontólogos docentes. Se adaptó el instrumento aplicado en el estudio realizado por Isabella Vilaza en la Universidad de Chile en el año 2008. En el análisis estadístico se aplicaron medidas de resumen según la naturaleza de las variables; el análisis bivariado incluyó test de Chi cuadrado y test exacto de Fisher para las variables cualitativas y prueba T de Student para las variables cuantitativas. **Resultados:** Se encontró que el 90% (54) de los participantes tienen claridad en la definición del término Trastornos de la Conducta Alimentaria. Según el puntaje global, los participantes presentaron bajo nivel de conocimiento en el tema. **Conclusión:** Se evidenció que los docentes presentaron fortalezas en relación con la definición y relevancia social de los TCA, así como en el manejo odontológico de las personas que padecen este tipo de trastornos. No obstante, se determinó que en general los odontólogos docentes presentan bajo nivel de conocimiento acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones bucales.

Atencia, Galvis, Ramos y Pinilla. 2018.² “Conocimientos de los estudiantes de odontología de sexto a noveno semestre de la “Facultad de

Odontología de la Universidad Santo Tomás sobre los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones en cavidad oral”. **Objetivo:** Identificar el nivel de conocimiento de estudiantes de sexto a noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás en cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y sus manifestaciones en la cavidad bucal. **Metodología:** Fue un estudio descriptivo de corte transversal, con la participación de 201 estudiantes del 6° al 9° noveno semestre de la Facultad de Odontología. Se aplicó un instrumento adaptado sobre conocimientos acerca de los TCA. **Resultados:** Aproximadamente el 50% tiene conocimientos sobre definiciones de TCA, el 32% sobre anorexia y bulimia y el 39% conoce algunas manifestaciones extraorales. El 99% de los estudiantes presentaron bajo conocimiento, el 1% un nivel moderado. No hubo diferencia estadísticamente significativa para sexo ($p=1,000$), semestre ($p=0,716$), edad ($p=0,4338$). **Conclusión:** Los estudiantes conocen de la existencia de los TCA. Sin embargo, poseen bajo nivel de conocimiento sobre las manifestaciones sistémicas y las manifestaciones que en cavidad bucal presentan este tipo de pacientes.

Garrido, P. 2017.³ “Estado de salud bucodental en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria”. **Objetivo:** Describir y comparar el estado de salud bucodental en dos grupos, uno de pacientes diagnosticados de TCA (casos) y otro de ausentes de esta patología (controles). **Metodología:** Se trata de un estudio transversal mixto y comparativo en dos grupos: uno diagnosticados de TCA y otro con ausencia de TCA. Realizándose la comparación y análisis entre sí. La investigación se realizó sobre 179 mujeres adscritas al hospital Universitario La Paz de Madrid. **Resultados:** se halló que la erosión del esmalte dentario (ED) es una manifestación oral típica en pacientes con TCA que cursen con vómitos. En la investigación, 45 de los pacientes con TCA presentaban ED encontrando diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles. Se obtuvo una ecuación predictiva como herramienta de prevención para la Unidad de

Nutrición. **Conclusión:** Las mujeres diagnosticadas de TCA, que usan colutorios de marca blanca, y que además toman benzodiazepinas y tienen úlceras, presentan un 93,9% de probabilidades de tener algún grado de erosión dentaria.

Vinueza, S. 2017.⁴ “Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico en estudiantes de 7°, 8° y 9° semestre de la FO de la UCE, período 2016-2017”. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico en estudiantes de 7°, 8° y 9° semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador (n= 171). **Metodología:** A través de una investigación de carácter descriptivo de corte transversal y la aplicación de una encuesta auto-administrada de carácter anónima. **Resultados:** El nivel de conocimiento fue bajo para el 82.46% de los estudiantes y medio para el 17,54% restante. **Conclusión:** Por lo tanto, dado que los desórdenes de tipo alimenticio no son condiciones infrecuentes y debido a sus altos índices de prevalencia e incidencia, es importante para los futuros odontólogos alcanzar un mejor nivel de conocimiento en este campo a través de la formación y capacitación.

Vilaza, I. 2008.⁵ “Evaluación diagnóstica del conocimiento de odontólogos y estudiantes de odontología, respecto de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico de la salud”. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los odontólogos y estudiantes de odontología sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico de la salud. **Metodología:** Se recogieron los datos a través de una evaluación, previamente validada, anónima, auto-administrada, desde una muestra por conveniencia de 75 odontólogos y 75 estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. **Resultados:** La evaluación arrojó que en un 85.33% de los odontólogos y

un 82.67% de los estudiantes de odontología tiene un bajo nivel de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria. **Conclusión:** No hubo diferencias significativas entre ambos grupos ni según género, años de experiencia profesional, especialidad o práctica de docencia.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Salazar L. 2019.⁶ “Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca, 2018”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastornos alimentarios en relación con el nivel de autoestima en adolescentes. **Metodología:** De tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 257 adolescentes, a quienes se aplicó los test EAT – 26 (Prueba de actitudes alimentarias), BITE y Rosemberg. **Resultados:** Se concluyó en que, el 25.3% presentaron conductas alimentarias de riesgo relacionada con desórdenes alimentarios. El 30,4% presentó patrones alimentarios anormales, el 12.1% tuvo posible bulimia subclínica. Respecto al nivel de autoestima, el 46.7% tuvo autoestima elevada o normal. Finalmente, existe una relación entre anorexia y nivel de autoestima y asimismo es altamente significativa la relación entre bulimia y autoestima. **Conclusión:** La autoestima se relaciona significativamente con la anorexia y bulimia en adolescentes.

Pinto K. 2019.⁷ “Nivel de riesgo de erosión dental en mujeres adolescentes con trastorno de la conducta Alimentaria en el centro terapéutico GABA, el año 2018”. **Objetivo:** Determinar el nivel de riesgo de erosión dental en mujeres adolescentes con trastornos de conducta alimentaria en pacientes del centro terapéutico GABA en el año 2018. **Metodología:** Fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal, observacional, y el enfoque cualitativo. Para ejecutar el estudio, se utilizó una muestra que estuvo conformada por 28 pacientes del centro terapéutico GABA, quienes

fueron seleccionados en forma no probabilística por conveniencia. **Resultados:** se observó que las pacientes en mayoría presentaron un nivel de riesgo bajo de erosión dental en un número de 11 teniendo un porcentaje de 39.3%. **Conclusión:** En la presente investigación se llegó a la conclusión que en mayoría se presenta un nivel de riesgo de erosión dental bajo.

Aruquipa, M. 2017.⁸ “Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la Institución Educativa Secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. **Metodología:** El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal con diseño simple; la muestra estuvo conformada 137 estudiantes del 5to año de secundaria. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta y se utilizó como instrumento un cuestionario que consta de 10 ítems. **Resultados:** muestran que el 59.1% de adolescentes presentan un conocimiento deficiente, el 29.9% presentan un conocimiento regular y tan solo el 11.6% presentan un buen conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria. **Conclusión:** La mayoría de adolescentes presentan un conocimiento deficiente y regular sobre los trastornos de la conducta alimentaria, lo que puede repercutir negativamente en su calidad de vida conllevándolas a realizar conductas riesgosas que posteriormente pueden desencadenar anorexia y bulimia, a causa del desconocimiento.

2.1.3. Antecedentes locales

Quispe S. 2015.⁹ “Factores psicosociales y conductas asociadas al trastorno alimentario en estudiantes universitarios. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2014”. **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores psicosociales y las conductas asociadas al trastorno alimentario en estudiantes universitarios.

Metodología: La autora planteó un estudio descriptivo, transversal correlacional, con muestra de 100 universitarios. Se aplicó el instrumento de factores psicosociales y el inventario de trastornos alimentarios. **Resultados:** En cuanto a la ansiedad, se presenta caso dudoso el 41% en la depresión 71% no indica caso en autoestima es elevada con el 69%, y la funcionalidad familiar recae en moderadamente funcional 64%. En las dimensiones de conductas de trastorno alimentaria: preocupación exacerbada por comida peso y cuerpo; episodios de atracones alimentarios y métodos socialmente aceptado de control de peso se encuentran presentes en las categorías tendencia alta a muy Alta. De manera global se presenta las conductas de trastorno alimentaria en tendencia baja a muy baja. **Conclusión:** No se encuentra relación estadísticamente significativa ($P > 0.05$) entre los factores psicosociales (Ansiedad, depresión, autoestima y funcionalidad familiar) y las conductas de trastornos alimentarios.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Borrego¹⁰ señala que los trastornos de la conducta alimentaria (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. Asimismo, señala que los 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.

2.2.2. Trastornos alimentarios: Características clínicas

Bravo, Pérez y Plana ¹¹ realizaron una revisión clínica del síndrome de anorexia nerviosa, con énfasis en su concepto, desarrollo y cuadro clínico. Definieron este síndrome como un trastorno que se presenta habitualmente en adolescentes sin obesidad acusada, solo con un discreto sobrepeso. La restricción a la dieta alimentaria conlleva a cambios biológicos y físicos importantes, y se destaca la alteración del sistema hipotalámico y endocrino, que da lugar a la aparición de signos y síntomas como la amenorrea, intolerancia al frío e hipotensión, entre otros.

Según Jiménez ¹² en las personas anoréxicas se pueden observar las siguientes características:

a. Trastorno de ansiedad

- Fobias, miedo desproporcionado a engordar y la aversión a determinados alimentos.
- Obsesiones, pensamiento intrusivo y persistente acerca de la comida, calorías, cuerpo y todo lo que tenga relación con ello.
- Crisis de ansiedad, en oportunidades aparecen momentos de una fuerte sensación de ansiedad, la cual les hace tener cambios de humor importante.

b. Trastorno del estado de ánimo

- Síntomas depresivos, trastorno de sueño, baja autoestima, llanto frecuente, sentimiento de soledad, retraimiento social, pérdida de la libido, anhedonia. Según Celada¹³ los afectos y sentimientos están poblados de emociones difusas y contradictorias, ocupa una posición relevante las autoacusaciones y la sensación de ineficacia.
- Autoestima, es baja, hay autocríticas y tiene la sensación de no rendir bien, sus sistemas de auto evaluación se hallan perturbados, existen creencias

negativas de sí misma y su sistema de confianza en sí se basa en referencias externas y perfeccionistas. Duda de sus propios criterios, excepto en lo que respecta a la rigidez de sus alimentos, talla de ropa y peso corporal ¹³.

c. Alteraciones de la imagen corporal

- La percepción como la vivencia de su cuerpo se produce de una manera distorsionada y disociada. Hay obsesión y miedo ante la posibilidad de ser obesas y se encierran en patrones comportamentales rígidas, los cuales suelen mantenerlos en forma dogmáticas ¹³.

d. Alteraciones del comportamiento

- Hiperactividad, es característico de las anoréxicas que conforme más peso va perdiendo, mayores actividades físicas desarrollan.
- Compulsiones, los episodios bulímicos o atracones descontrolados aparecen con frecuencia después de la auto provocación de vómitos que les reduce momentáneamente la ansiedad generada.

e. Alteraciones educativas

Su preocupación por la comida no les deja concentrarse en los estudios conllevando esto en muchos casos al fracaso escolar así mismo suelen ser una persona perfeccionista que se siente incapaz de seguir enfrentándose a los estudios por lo que con frecuencia deciden dejarlos.

f. Alteraciones somáticas, se presentan las siguientes alteraciones:

- Amenorrea, desaparición de la menstruación es una característica necesaria para el diagnóstico de la anorexia.

- Alteraciones de la piel: la piel está seca, áspera y fría. Las palmas de las manos y de los pies suelen ponerse amarillentas.
- Hipotermia: la temperatura del cuerpo suele estar en 35°.

g. Alteraciones cognitivas

Debido a que se presentan de manera constante en los pacientes con trastornos alimentarios ¹³

- Pensamiento dicotómico: todo o nada. “Si no consigo controlar totalmente mi ingesta no podré controlar absolutamente nada de ella”.
- Generalizaciones excesivas: “Cuando comía carne estaba gorda, por tanto, no puedo comerla en absoluto”.
- Pensamiento de auto referencia: “Todos me miran cuando como, me observan porque estoy gorda”.
- Magnificación de las consecuencias negativas: “El solo hecho de coger un kilo hará que no paré de coger peso”.
- Abstracciones Selectivas: “Si como un helado, no cesaré hasta comerme cinco”.
- Pensamientos mágicos: “Mi estreñimiento significa que soy como un saco que todo lo que come lo retiene para engordar”.

Según refiere Moreano ¹⁴ los estudios clínicos psicométricos y familiares realizados coinciden en considerar la personalidad de la anorexia nerviosa como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida. De forma opuesta a las anoréxicas de tipo restrictivo, las anoréxicas de tipo compulsivo/ purgativo suelen presentar trastornos relacionados con un mal control de impulsos, como el abuso de alcohol o de drogas o la tendencia a una promiscuidad sexual y con una mayor labilidad emocional.

2.2.3. Causas de la Anorexia- Bulimia.

Según Eiken ¹⁵ existen múltiples estudios acerca de la etiopatogenia de la anorexia nerviosa, aunque todavía no se han encontrado resultados concluyentes. Se cree que se debe a la confluencia de varios factores que se dividen en:

- **Factores individuales**

Se habla de una posible influencia genética apoyada por estudios de concordancia gemelar y por la presencia del gen 5HT-2A en un gran número de pacientes, activado en situaciones de malnutrición.

- **Factores hormonales**

Se detectó un aumento de la actividad serotoninérgica en pacientes con anorexia nerviosa lo que contribuye a la reducción de la ingesta y también parece relacionarse con alteraciones de la conducta.

- **Factores familiares**

Presencia de casos de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado.

- **Factores culturales**

El culto al cuerpo y los cánones de belleza de los últimos años.

2.2.4. El diagnóstico de la anorexia nerviosa

Aiken ¹⁵ afirma que generalmente son familiares, amigos o profesores los que demandan ayuda, casi nunca el paciente.

Los signos y síntomas que nos harán sospecharla son:

- Pérdida de peso.
- Sentimiento de estar gorda, con un peso adecuado o incluso menor al esperable, y con fuerte deseo de seguir adelgazando.
- Retraso en el crecimiento en niños y adolescentes.

- Amenorrea o irregularidades en la menstruación.
- Ejercicio físico abusivo.
- Uso de tallas grandes de ropa, usar sobre todo pantalones.
- Evitar comer en compañía y comidas familiares.
- Desaparecer después de las comidas.
- Trocear en pequeños fragmentos la comida y distribuirla por el plato.
- Supervisión del contenido en calorías de todo lo que comen. Comer solo alimentos bajos en calorías.
- Tomar diuréticos o laxantes.

2.2.5. Manifestaciones estomatológicas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

2.2.5.1. Manifestaciones extraorales

Las manifestaciones extraorales están generalmente asociadas a la piel de los pacientes, por lo que se hacen notorias al examen clínico y pueden ser detectados por los odontólogos, desde que el paciente ingresa a la consulta hasta que se sienta en el sillón dental para su atención.⁴

La secuencia de aparición de las manifestaciones extraorales en el tiempo, es difícil de establecer debido a los periodos alternados de mejoría y recaída que sufren los pacientes, sumado a los diferentes tipos de anorexia y bulimia nerviosa.⁴

Aunque el diagnóstico clínico de la anorexia y bulimia nerviosa es diferente, ambos desórdenes comparten ciertas manifestaciones extraorales, como: xerosis de la piel, alteraciones en las uñas, acné y alopecia difusa.⁴

Específicamente en la anorexia nerviosa se ha encontrado hipertricosis adquirida³ y en la bulimia nerviosa: callosidades en las manos y erosiones e inflamación en el dedo y en la uña si se utilizan para inducir el vómito.

Según las investigaciones de Gupta y colaboradores, en el año 1987⁴, los hallazgos extraorales de los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa se clasifican en cuatro grupos principales:

- Manifestaciones secundarias a malnutrición.
- Manifestaciones causadas por vómitos autoinducidos.
- Manifestaciones causadas por abuso de medicamentos.
- Manifestaciones secundarias a enfermedad psiquiátrica concomitante.

Los principales hallazgos cutáneos secundarios a la baja ingesta de alimentos y déficit nutricional secundario son xerosis de la piel, hipertricosis, acné, alopecia difusa, extremidades frías y fragilidad de uñas y pelo. De manera menos frecuente, se presenta acrocianosis, carotenoderma, petequias y signos de déficit nutricionales específicos como: pelagra, queilosis y queilitis angular. Las complicaciones secundarias a la malnutrición, si bien son más frecuentes en anoréxicas, también pueden hallarse en pacientes bulímicas.

Según Nachón, Hernández, Félix y Flores¹⁶ la xerosis es un signo muy frecuente en los pacientes con desórdenes de la alimentación. Está definida como la resequedad anormal de las membranas mucosas y de la piel del cuerpo y la cara.¹⁶ Algunos autores denominan a este tipo de piel “alípica”, ya que la barrera de lípidos epidérmicos es deficitaria. La piel xerosa es mate, sin brillo. Al tacto es áspera, tensa y tirante, a veces rugosa, con tendencia a escamarse o pelarse.¹⁶ La piel es fina (en espesor), casi transparente, con mala elasticidad y pésima hidratación. El tono es claro con los poros muy cerrados, casi invisibles. Es muy sensible, se irrita

fácilmente y tiene tendencia a enrojecer. Suele ser propensa a las alergias¹⁶.

En pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se ve principalmente en la espalda, brazos y manos.¹⁶

La xerosis puede ser observada en la mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, es más frecuentemente hallada en pacientes con anorexia nerviosa que con bulimia por su importante restricción alimenticia. Sin embargo, se ha visto también en la Bulimia nerviosa por la deshidratación frecuente que se da en este trastorno.⁴ En el estudio de Hediger y colaboradores³ en el año 2000, encontraron que un 71% de las pacientes con anorexia nerviosa presentaban una xerosis clínica.⁴

Signo de Rusell se caracteriza por abrasiones, cicatrices, pequeñas laceraciones elongadas y callosidades hiperpigmentadas en la cara dorsal de las manos.⁵

2.2.5.2. Manifestaciones intraorales

Vilaza⁵ señala que los efectos intraorales a causa de los comportamientos asociados a los desórdenes de la alimentación han sido descritos recientemente, en contraste, con las alteraciones sistémicas generales que fueron descritas décadas atrás.

Para Nachón y Hernández¹⁶ dentro de las principales manifestaciones buco-dentales en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran la erosión del esmalte (siendo la más frecuentemente documentada), caries, xerostomía, hiposalia, lesiones en la mucosa oral, alteraciones en la lengua, en el gusto, en los tejidos periodontales, y alteraciones ortodóncicas, como la mordida abierta anterior.

Además, algunos pacientes, debido a la extensa y severa destrucción de su dentición han reportado pérdida de dimensión vertical.

Según Vilaza⁵ las manifestaciones intraorales encontradas en estos pacientes defieren según sus patrones alterados de alimentación. En la bulimia nerviosa, dado su conducta purgativa, donde el ácido gástrico está en directo contacto con los dientes y los tejidos blandos de la cavidad bucal, se ha identificado erosión de las caras linguales de los dientes antero superiores, hipersensibilidad dentinaria, xerostomía e hiposalivación. Por otro lado, Nachón y Hernández¹⁶ mencionan que la falta de nutrientes y los cambios metabólicos, a consecuencia de la inanición en la anorexia nerviosa produce alteraciones en los tejidos blandos.

En conclusión, las manifestaciones intraorales de los desórdenes de la alimentación son comunes en la población general cuando aparecen de forma aislada, sin embargo, si se presentan en conjunto y en una mujer joven deberían ser un signo de alerta para cualquier dentista general.

2.2.5.3. Complicaciones sistémicas de los TCA

Las complicaciones médicas de la anorexia y la bulimia nerviosa son muchas. Éstas son producto principalmente de las deficiencias nutricionales y de las conductas compensatorias inapropiadas que usan los pacientes para controlar el peso.

La mayoría, son el resultado del intento del organismo por conservar energía y pueden ser revertidas cuando se vuelve al estado nutricional normal.¹⁷ No obstante, muchos de los exámenes físicos de los pacientes con trastornos de la alimentación resultan normales, especialmente al inicio de la enfermedad.

En los trastornos de la conducta alimentaria ocurren alteraciones médicas y bioquímicas. Todos los sistemas del organismo se alteran incluyendo el cardiovascular; gastrointestinal, nervioso, hematológico, músculo-esquelético, endocrino, el hígado, los riñones, los huesos y dientes.¹⁷ Las principales alteraciones sistémicas que hace años se describen en la literatura son: deshidratación, hipotermia, manifestaciones urinarias, hipotensión ortostática, bradicardia, arritmias cardíacas, poliuria, polidipsia, complicaciones gastrointestinales y faríngeas, anormalidades endocrinas, osteopenia, menorrea, alto riesgo de alteraciones en la fertilidad e importantes alteraciones en el medio interno como hipokalemia, alcalosis metabólica, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, que con frecuencia demandan hospitalización¹⁸

La anorexia y bulimia nerviosa son de gran interés para los psiquiatras, por las anormalidades psicológicas y de autopercepción que presentan los pacientes. Para los endocrinólogos, por la disfunción hipotalámica-pituitaria que se produce. Para los ginecólogos, porque se presenta amenorrea en las pacientes anoréxicas. Para los pediatras, porque generalmente ocurren en adolescentes. Para los cardiólogos, por las arritmias, bradicardias e hipotensión que manifiestan las pacientes. Y para los odontólogos, porque se pueden manifestar una serie de alteraciones en el componente estomatológico de la salud.¹⁸

Las complicaciones médicas más severas de los desórdenes de la alimentación ocurren en la anorexia nerviosa. En estos pacientes los cambios en el peso corporal varían de un peso corporal normal a una extrema delgadez en los casos más severos.¹⁸ La muerte es generalmente producto de fallas cardíacas consecutivas a arritmias o por suicidios.

Las alteraciones más graves incluyen deshidratación, anormalidades electrolíticas, compromiso cardíaco por arritmias, disturbios en la

motilidad gastrointestinal, problemas renales, cefaleas, fatiga, mareos, pérdida de masa muscular y de tejido celular subcutáneo, amenorrea, partos prematuros, hipotermia, osteoporosis y alteraciones en el metabolismo.¹⁸

Además, las pacientes anoréxicas pueden presentar bradipnea, como un método compensatorio de la alcalosis metabólica; hipotensión y bradicardia, la cual, parece deberse a una adaptación a la reducción del metabolismo basal. Por lo tanto, es un cambio fisiológico adaptativo al hipometabolismo más que un trastorno cardiológico verdadero.¹⁸

El 50% de las mujeres con anorexia nerviosa presentan osteoporosis, donde los huesos presentan niveles disminuidos de calcio, principalmente en las caderas y la columna lumbar. La posibilidad de fracturas espontáneas es 2,9 veces mayor en mujeres que han sufrido de anorexia nerviosa que en la población general. Asimismo, la anorexia nerviosa ha sido recientemente reconocida como un factor de riesgo para la osteoporosis.¹⁸

La osteoporosis se debe a una ingesta disminuida de calcio, a una deficiencia de estrógenos, a bajos niveles de factores de crecimiento, bajos niveles de aminoácidos y exceso de glucocorticoides. Es agravada por la dificultad de fijación de calcio en los huesos, por su constante liberación, con el fin de mantener la homeostasis del fluido extracelular. También es modulada por la cantidad de ejercicio que realicen los pacientes. Si no se realiza actividad física o si se realiza de forma extenuante, tiene un efecto perjudicial.¹⁶

Pacientes con anorexia nerviosa en etapas tempranas de la pubertad están en riesgo de detener su crecimiento óseo porque, sumado a la pérdida de calcio de los huesos por las deficiencias nutricionales, dejan de formar

hueso en la etapa crítica de su desarrollo.¹⁶ Se ha llegado a estimar una pérdida de estatura de 3 cm en relación con la esperada en mujeres adolescentes con anorexia nerviosa debido a la poca síntesis ósea.¹⁶

Por otro lado, los pacientes con bulimia nerviosa pueden presentar un peso corporal que oscila entre lo normal a 10 kilos de sobrepeso.¹⁶ Las alteraciones más serias, como alteraciones de líquidos y electrolitos, ocurren en pacientes con patrones crónicos de atracón/purgación y son más preocupantes en pacientes con bajo peso.¹⁶

2.2.6. La Odontología

2.2.6.1. Definiciones

También se le denomina estomatología, y es una especialidad de la medicina que se ocupa de la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a cualquier parte de la estructura mandibular: dientes, encías, periodonto, articulación temporo-mandibular y el conjunto del sistema muscular y nervioso. Sin embargo, el campo de acción del odontólogo incluye además el estudio y tratamiento del resto de la cavidad oral que les lleva a mantener una relación de colaboración con otorrinolaringólogos, oftalmólogos y neurólogos, entre otros especialistas.²¹

La Universidad de Mérida (México) define la Odontología como una especialidad médica que trata, previene y estudia enfermedades típicas de la cavidad oral, como lo son las caries y la gingivitis. Asimismo, la Odontología contempla especialidades para trabajar padecimientos bucales específicos. Algunas de estas especialidades son: Endodoncia, Ortodoncia, Rehabilitación bucal y Odontología pediátrica.²²

2.2.6.2. Rol del profesional de la odontología

Al profesional de la Odontología o Estomatología también se le conoce como cirujano dentista, y es un profesional de la salud legalmente autorizado para desempeñar sus actividades en el campo especializado del sistema estomatognático.²³

El profesional odontólogo o cirujano dentista posee conocimientos científicos para prestar servicios en forma humanística, científica y técnica en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante la interacción con la persona, la familia, y la comunidad.²³

2.2.6.3. Modalidades de trabajo del cirujano dentista

El cirujano dentista puede realizar las modalidades de trabajo siguientes: asistencial y preventivo promocional, estomatológico legal, administrativo, docente, de investigación y el de producción intelectual.²³

A continuación, se describe cada una de dichas modalidades de trabajo:

a. Trabajo asistencial

El trabajo asistencial es el dedicado a la consulta y atención estomatológica integral al consultante, que comprende la promoción, prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud del sistema estomatognático.

b. El trabajo preventivo promocional

Está dedicado a la difusión y aplicación de métodos y técnicas para la promoción de la salud, la prevención, el cuidado y preservación de la salud estomatológica.

c. El trabajo estomatológico legal

Está dedicado a la realización de peritajes, pericias estomatológicas legales y expedir el certificado correspondiente.

d. El trabajo administrativo

Se dedica a la planificación, organización, dirección, coordinación, monitoreo, supervisión, evaluación y control de las actividades de los órganos, programas y proyectos en las instituciones y establecimientos dedicados a la atención de la salud y afines, así como a participar en la formulación, aplicación y evaluación de planes y programas de la política nacional de salud.

e. El trabajo docente

El trabajo docente es el dedicado a planificar, programar, organizar, dirigir, desarrollar, monitorear, supervisar, evaluar y controlar actividades educativas y de capacitación en el campo de su formación profesional, las ciencias de la salud y del conocimiento científico.

f. El trabajo de investigación

Está dedicado a la búsqueda y generación del conocimiento científico y sus aplicaciones y técnicas para la atención y preservación de la salud.

2.2.6.4. Funciones del cirujano dentista

El Reglamento de la Ley de Trabajo del Cirujano Dentista - Ley N° 27878, en su artículo 20, señala las principales funciones del cirujano dentista.

A continuación, se presenta una breve descripción de cada una de dichas funciones:²³

- a. Ejercer sus funciones profesionales satisfaciendo directamente las necesidades del consultante, basado en evidencia y el consentimiento informado, brindándole atención directa o participando en la atención integral de la salud, bajo la forma de consulta y atención estomatológica en interacción con la persona, la familia y la comunidad.
- b. Desarrollar y registrar los actos estomatológicos en la Historia Clínica.
- c. Formar parte del equipo multidisciplinario de salud para realizar actividades preventivo promocionales en el campo de su formación profesional.
- d. Participar en la formulación, evaluación y ejecución de las políticas generales inherentes a la salud estomatológica.
- e. Proponer y ejecutar las normas, protocolos de atención y estándares de calidad, que faciliten la evaluación y control de la atención y consulta estomatológica.
- f. Supervisar y controlar las actividades del personal profesional, técnico y auxiliar bajo su supervisión y responsabilidad funcional.
- g. Desempeñar la consultoría estomatológica orientada a brindar atención y consulta integral estomatológica a la persona, la familia, comunidad y población en general.
- h. Desempeñar asesoría o consultoría, emitiendo opinión y consejo profesional en el campo de la Estomatología.

- i. Ejercer la dirección o jefatura de los centros de formación y capacitación del personal de salud, en lo que se refiere al campo odontoestomatológico en planificación, ejecución y evaluación de la formación y capacitación del personal profesional, técnico y auxiliar asistencial.
- j. Brindar asesoría al personal de salud y a la comunidad, a través de los diferentes niveles del sistema educativo en el campo de la salud estomatológica.
- k. Efectuar investigaciones en el ámbito de su competencia para la creación de nuevos conocimientos, tecnologías y técnicas, para la atención de la salud estomatológica.
- l. Emitir opinión técnica especializada de manera individual o a través de comités técnicos para la provisión de recursos humanos, materiales, instrumental, medicamentos, insumos y equipos biomédicos en los diversos establecimientos de salud, en el ámbito de su competencia.
- m. Efectuar peritajes legales y forenses y expedir los certificados correspondientes de acuerdo al ámbito de su profesión.
- n. Otorgar certificados médicos de descanso en materia de su especialidad.
- o. Otras que establezca la autoridad de salud de acuerdo a su competencia profesional.

2.2.6.5. Especialidades de la odontología más comunes

Hay una gran cantidad de especialidades de la Odontología. Hay algunas que son más populares que otras.

A continuación, haremos mención de cada una de ellas, para poder conocer a profundidad la función de los profesionales que las ejercen.

a. Odontología general

Consiste en aplicar los tratamientos básicos para mejorar la salud bucal de los pacientes. También se encargan de dar las mejores indicaciones y recomendaciones sobre higiene y salud bucodental. De esta forma ayudan a prevenir cualquier enfermedad más grave que requiera de la atención de otros especialistas.

b. Odontopediatría

Es la que se encarga de cuidar la salud dental de los niños, esta incluye a los recién nacidos. Lo que diferencia a esta disciplina de la odontología general es que existe la presencia de dientes de leche o temporales. Esta condición hace que los tratamientos cambien.

c. Endodoncia

Se encarga de la parte interna de los dientes. Es decir, los problemas que afectan el nervio. Así como la composición interna de las piezas dentales.

Los especialistas en esta área aplican tratamientos en los conductos dentales cuando las caries han avanzado hasta afectar el interior del diente. Aunque también pueden ser necesarios cuando ocurre algún trauma en dientes o mandíbula. Así como cuando se pierde tejido dental por erosión, roces o desgaste.

d. Ortodoncia

Su objetivo principal es prevenir, diagnosticar y corregir las anomalías que se presentan en los dientes y la mandíbula. Estas pueden afectar la forma, posición o incluso la función de la dentadura y sistema maxilofacial. La función de la ortodoncia es encontrar el equilibrio entre la morfología y funcionalidad del aparato masticatorio. De esta forma se mejora la estética y la calidad de vida del paciente. Para lograrlo recurren a una serie de tratamientos como los aparatos de ortodoncia.

e. Rehabilitación oral

Es la disciplina que se encarga de reemplazar las piezas dentales perdidas y para ello el profesional utiliza coronas, puentes, implantes y prótesis fijas o removibles.

f. Periodoncia

Se encarga de tratar y cuidar los tejidos que dan soporte al diente: encías, ligamentos y hueso alveolar. No importa si la pieza dental es natural o implantada.

g. Cirugía maxilofacial y oral

El cirujano oral y maxilofacial trata diversas enfermedades en los tejidos blandos y duros de la boca. Trabajan con los problemas de la articulación temporo-mandibular, y se encargan de extraer dientes dañados o enfermos.

Las funciones de un cirujano maxilofacial son muy variadas. Pueden tratar problemas estéticos, enfermedades, y otras afecciones de la boca y la cara. También del rostro, cabeza e incluso parte del cuello.

Esta rama abarca una gran cantidad de procedimientos ya que trabaja en gran medida con la anatomía. Su campo de acción es muy amplio.

Son capaces de realizar complejas cirugías plásticas reconstructivas craneofaciales.

h. Radiología maxilofacial y oral

Son los que se encarga de realizar e interpretar las imágenes orales y de los elementos adyacentes. A través de estas se identifican diferentes enfermedades y afecciones en la boca y la estructura maxilofacial. Cuando se habla de imágenes orales y maxilofaciales se incluyen, las radiografías, resonancias magnéticas, imágenes intraorales, ultrasonidos y otras.

i. Patología oral y maxilofacial

El patólogo se encarga de diagnosticar y tratar enfermedades en la boca, cuello y cabeza. Intervienen en casos de enfermedades de la mucosa, necrosis de la pulpa dental. También alteraciones de los tejidos blandos; cuando hay quistes, escoriaciones, etc. Están más enfocados en problemas crónicos en los dientes. También en tejidos blandos, glándulas salivales y huesos.

2.3. Definición de términos básicos

▪ Conocimiento

Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad ³

▪ Patogenia

Secuencia de sucesos celulares y tisulares que tienen lugar desde el momento del contacto inicial con un agente etiológico hasta la expresión final de la enfermedad. ³

- **Trastornos**

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías de carácter psicossomático relacionadas con hábitos alimenticios anormales debido a una desaprobaación corporal, obsesión por control de peso y baja autoestima. ⁴

- **Anorexia de tipo purgativo**

El individuo recurre regularmente a episodios de atracones o purgas autoinducidas (últimos tres meses) asociadas a uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas. ¹

- **Anorexia de tipo restrictivo**

El individuo usa otras conductas compensatorias no purgativas como estados de dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo. ¹¹

- **Trastorno de evitación/ restricción**

Se define como la falta de interés por comer o alimentarse, la persona evita la ingesta de alimentos por características organolépticas de los alimentos; manifestando una incapacidad persistente para satisfacer las necesidades nutricionales. ¹¹

- **Manifestaciones extraorales**

Conjunto de manifestaciones clínicas de las deficiencias nutricionales y de las conductas inadecuadas de alimentación que incluyen alteraciones en la apariencia y en la integridad de la piel. ³

- **Manifestaciones intraorales**

Conjunto de signos y síntomas que se ven reflejados en la apariencia e integridad de las mucosas, lengua y dientes. ³

- **Complicaciones**

Están asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria y pueden ser: cardiovasculares, hematológicas, gastrointestinales, renales, endocrinas/metabólicas y esqueléticas.⁴

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica y descriptiva ya que va a describir las características de las variables (Según Hernández, Fernández y Baptista, 2014).¹⁹

3.1.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptiva.²⁰

3.2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variables
Nivel de conocimiento sobre trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico	Respuestas a una evaluación autoadministrada acerca de la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria y su impacto en el aparato estomatológico	I. Conocimiento sobre la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (10 ítems)	Dimensión I: 0 – 3: Bajo 4 – 7: Moderado 8 – 10: Alto	Ordinal
		II. Conocimiento sobre las manifestaciones extraorales de la conducta alimentaria (9 ítems)	Dimensión II: 0 – 3: Bajo 4 – 6: Moderado 7 – 9: Alto	
		III. Conocimiento sobre las manifestaciones intraorales de la conducta alimentaria		

		(8 ítems)	Dimensión III: 0 – 3: Bajo 4 – 6: Moderado 7 – 8: Alto	
		IV. Conocimiento sobre las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico (3 ítems)	Dimensión IV: 1: Bajo 2: Moderado 3: Alto	
			Variable Total: 0 – 17 Bajo 18 – 23 Moderado 24 - 30 Alto	

Co variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variables
Género	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Características físicas sexuales.	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Edad	Cantidad de años, cumplidos a la fecha.	El número de años cumplidos.	23 - 34 35 - 45 46 - 51 52 a más	Ordinal
Años de experiencia	Tiempo de ejercicio profesional desde su colegiatura	Ejercicio profesional	1 - 10 años 11 - 20 años 21 - 30 años 31 a más años	Ordinal

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

Se encuentra conformada por todos los odontólogos del cercado de la ciudad de Tacna en el año 2020. Según los registros facilitados por el Colegio Odontológico del Perú Región Tacna, los profesionales colegiados son 568, de los cuales un 92% trabaja en forma independiente, en consultorio propio. Sin embargo, debido a la actual pandemia debido al COVID-19, una significativa cantidad de odontólogos no están ejerciendo actualmente en el Cercado de Tacna y se estima que, en la práctica privada, los odontólogos activos son alrededor de 235, por lo tanto, se trabajó en base a esa población.

3.4.2. Muestra

La muestra que utilizada en la investigación es representativa de la población. En la determinación del tamaño óptimo de muestra, se utiliza la fórmula del muestreo aleatorio simple para estimar proporciones cuando se conoce una población, la que se detalla a continuación:

$$n = \frac{(Z^2) (P) (Q)(N)}{(E^2) (N-1) + (Z^2) (P)(Q)}$$

Donde:

Z = Valor de abscisa de la curva normal para una profundidad de 95% de confianza (Confianza estadística 95%: 1,96)

P = Éxito = 0.5.

Q = Fracaso: = 0.5.

E = Error muestral + - 5%

N = Tamaño Población (235)

Entonces con un nivel de confianza del 95% y 5% como margen de error, como muestra se tiene:

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (235)}{(0,05)^2 (235-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

Por lo tanto, la muestra queda conformada por 147 odontólogos, del cercado de Tacna.

Criterios de inclusión

- Odontólogos que trabajen en el Cercado de Tacna.
- Odontólogo habilitado.
- Los Odontólogos que acepten voluntariamente participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Odontólogos que no trabajen en el Cercado de Tacna.
- Odontólogo no habilitado.
- Odontólogos que no quieran participar en el estudio.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

La técnica utilizada es la encuesta.

3.4.2. Instrumento

El instrumento de evaluación aplicado fue adaptado del cuestionario elaborado en Ecuador por Vinueza⁴. El instrumento original evalúa la prevención secundaria realizada por odontólogos en torno a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Validación

Vinueza⁴ validó el instrumento con la participación de una psicóloga clínica y cinco odontólogos docentes, los cuales evaluaron el nivel de comprensión, ortografía, gramática, correlación y pertinencia de los ítems.

Confiabilidad

Vinueza⁴ halló un coeficiente de confianza del instrumento: 0.8784 (mediante el Alpha de Cronbach). Se observó una muy buena consistencia y fuerte confiabilidad interna de los ítems en la construcción de la escala, lo que permite asegurar que los ítems se encuentran interrelacionados y, por ende, miden el constructo construido.

Estructura del Instrumento

El instrumento consta de cinco dominios. El primero incluye las variables demográficas: Edad, género y años de experiencia profesional. Luego, se utilizan cuatro dominios que evalúan el conocimiento de la patogenia, conocimiento de manifestaciones extraorales e intraorales y conocimiento de complicaciones sistémicas y manejo odontológico.

Calificación

La evaluación tiene un puntaje total de 30 puntos si se suman sus 30 ítems. Y sus resultados fueron codificados bajo los siguientes parámetros:

- 0 a 17 puntos: Bajo nivel de conocimiento acerca de los TCA y su relación con el componente estomatológico de la salud. Menos del 60% de las respuestas correctas.
- Entre 18-23 puntos: Moderado nivel de conocimiento acerca de los TCA y su relación con el componente estomatológico de la salud. Entre un 60-79% de respuestas correctas.
- Entre 24-30 puntos: Alto nivel de conocimiento acerca de los TCA y su relación con el componente estomatológico de la salud. Entre un 80-100% de respuestas correctas.

3.5. Tratamiento estadístico de datos

Los datos obtenidos fueron procesados de acuerdo a las especificaciones de un profesional estadístico. El instrumento en este estudio se procesó de manera automatizada, y codificada en el programa SPSS 24 a fin de procesar en forma eficiente los datos y procurar resultados concretos y fiables; se obtuvieron tablas y figuras estadísticas sobre conocimiento de patogenia, conocimiento de manifestaciones extra e intraorales y conocimiento de complicaciones sistémicas

3.6 Procesamiento

Los datos se obtuvieron siguiendo las siguientes etapas:

1. Se ofició al Decano del Colegio Odontológico del Perú Región Tacna para poder acceder a la información de los números telefónicos y correos electrónicos de los odontólogos habilitados del cercado de Tacna.
2. Posteriormente se envió los cuestionarios a los correos electrónicos donde se les informó el motivo de la investigación y, asimismo, se solicitó el consentimiento informado.

3. El consentimiento a participar en la presente información estuvo asociado a responder el cuestionario y reenviarlo a la investigadora.
4. Los cuestionarios fueron resueltos por los propios profesionales odontólogos y luego fueron reenviados al correo electrónico de la investigadora.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados

TABLA N° 1

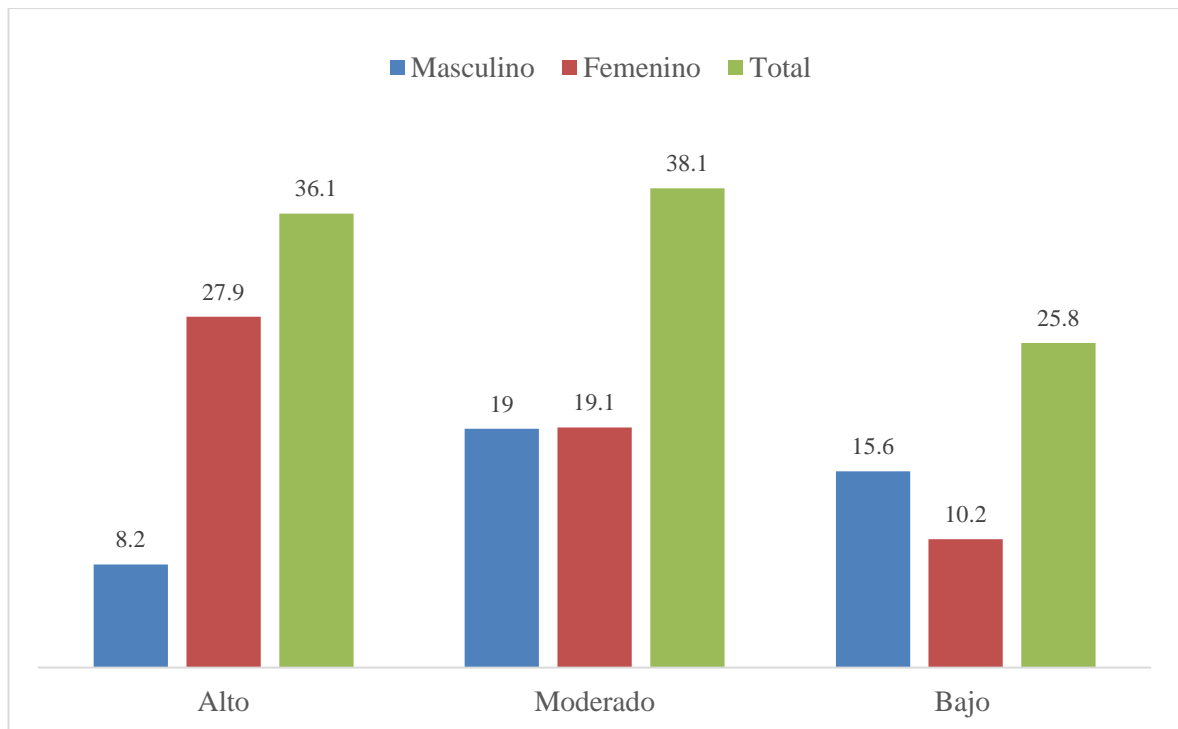
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE
ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS SEGÚN GÉNERO**

Nivel \ Género	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alto	12	8.2	41	27.9	53	36.1
Moderado	28	19	28	19.1	56	38.1
Bajo	23	15.6	15	10.2	38	25.8
Total	63	42.9	84	57.1	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS SEGÚN GÉNERO



Fuente: Tabla 1

Interpretación:

En la tabla y gráfico N°1 se verifica el nivel de conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos, según el género. Se comprueba que hay más mujeres en el nivel alto que varones 27.9% y 8.2%, respectivamente. En el nivel moderado ambos géneros presentan valores casi iguales con un 19%, y en el nivel bajo, se presentó en el género masculino un 15.6% y en femenino 10.2%.

TABLA N° 2

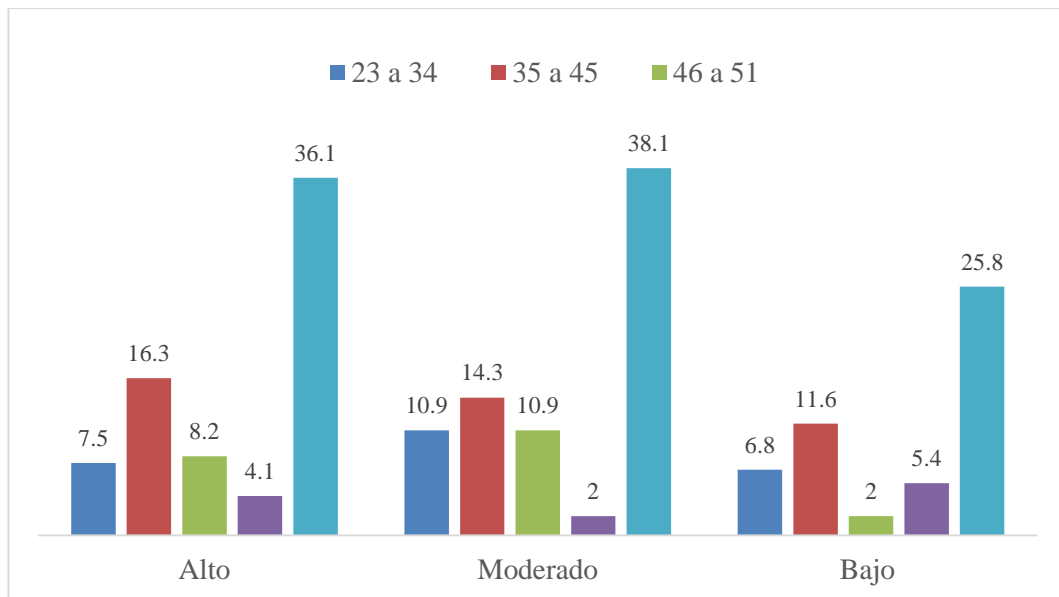
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE
ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS SEGÚN EDAD**

Edades \ Nivel	23 a 34		35 a 45		46 a 51		> de 52		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	11	7.5	24	16.3	12	8.2	6	4.1	53	36.1
Moderado	16	10.9	21	14.3	16	10.9	3	2	56	38.1
Bajo	10	6.8	17	11.6	3	2	8	5.4	38	25.8
Total	37	25.2	62	42.1	31	21.1	17	11.6	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE SEGÚN EDAD



Fuente: Tabla 2.

Interpretación

En la tabla y gráfico N° 2 al verificar el nivel de conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos, según las edades de la muestra, se comprueba que los profesionales del grupo de edad entre 35 y 45 años superan a los otros grupos etarios (16.3%) en el nivel alto. Por otro lado, el grupo etario cuyas edades están comprendidas entre los profesionales mayores de 52 años, presentan un nivel más bajo de conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

TABLA N° 3

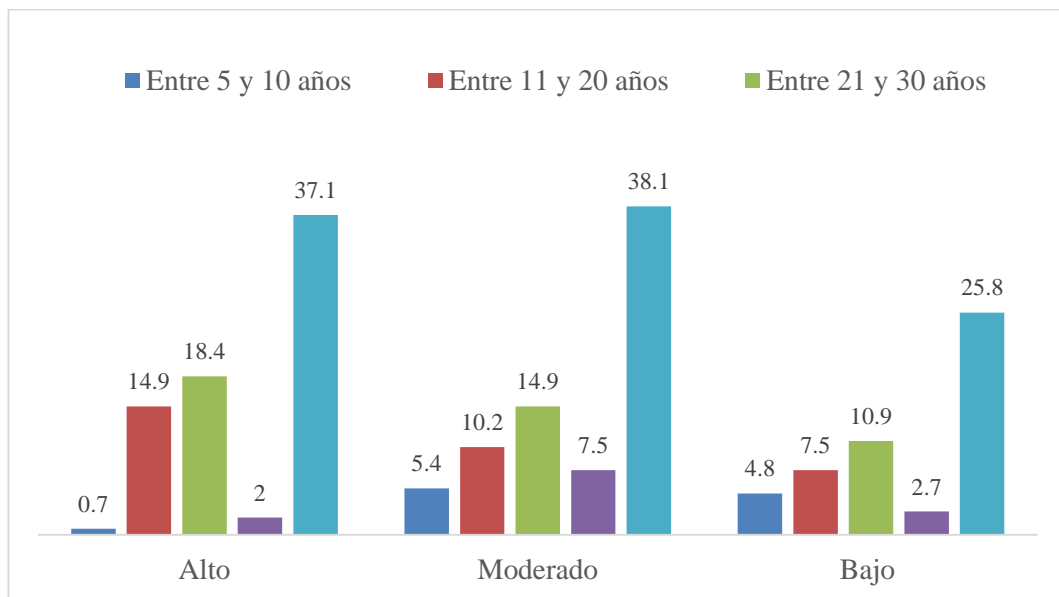
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE
ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS SEGÚN LA
EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Edades / Nivel	Entre 5 y 10 años		Entre 11 y 20 años		Entre 21 y 30 años		> de 31 años		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	1	0.7	22	14.9	27	18.4	3	2	53	36.1
Moderado	8	5.4	15	10.2	22	14.9	11	7.5	56	38.1
Bajo	7	4.8	11	7.5	16	10.9	4	2.7	38	25.8
Total	16	10.9	48	32.6	65	44.2	18	12.3	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS SEGÚN LA EXPERIENCIA PROFESIONAL



Fuente: Tabla 3.

Interpretación

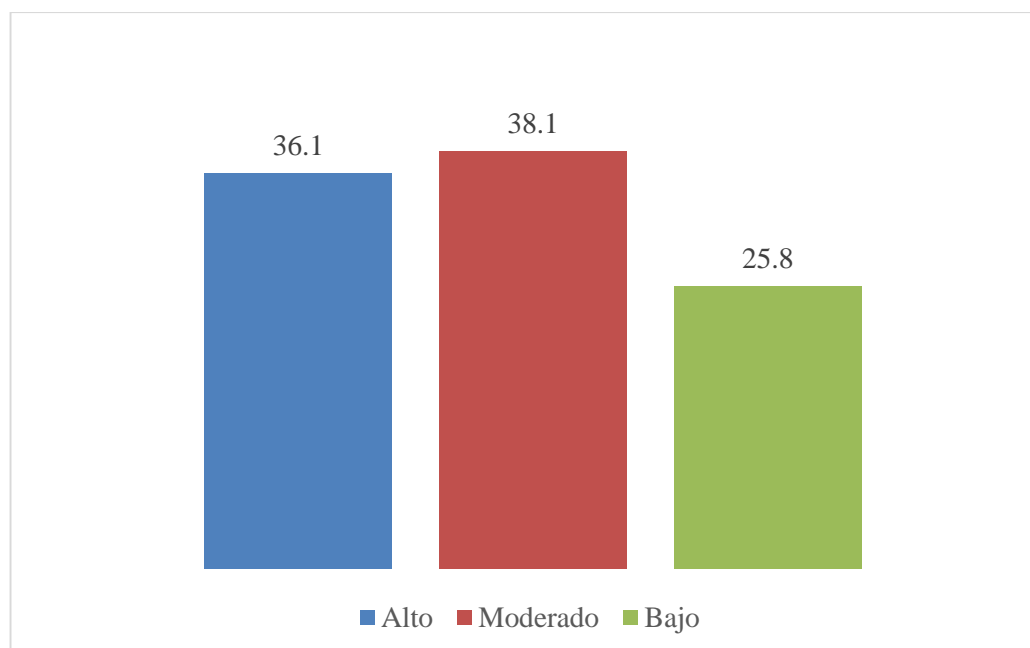
En la tabla y gráfico N° 3 al verificar el nivel de conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos, según la experiencia profesional de la muestra, se comprueba que los profesionales cuya antigüedad en el ejercicio profesional oscila entre los 21 y 30 años, superan a los otros grupos con un 18.4% en el nivel alto. Por otro lado, el grupo cuya antigüedad profesional es mayor a 31 años, presentan el nivel más bajo de conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

TABLA N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL
COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO EN ODONTÓLOGOS DEL
CERCADO DE TACNA. PUNTUACIÓN GENERAL**

Nivel	f	%
Alto	53	36.1
Moderado	56	38.1
Bajo	38	25.8
Total	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 4**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA. PUNTUACIÓN GENERAL**

Fuente: Tabla 4.

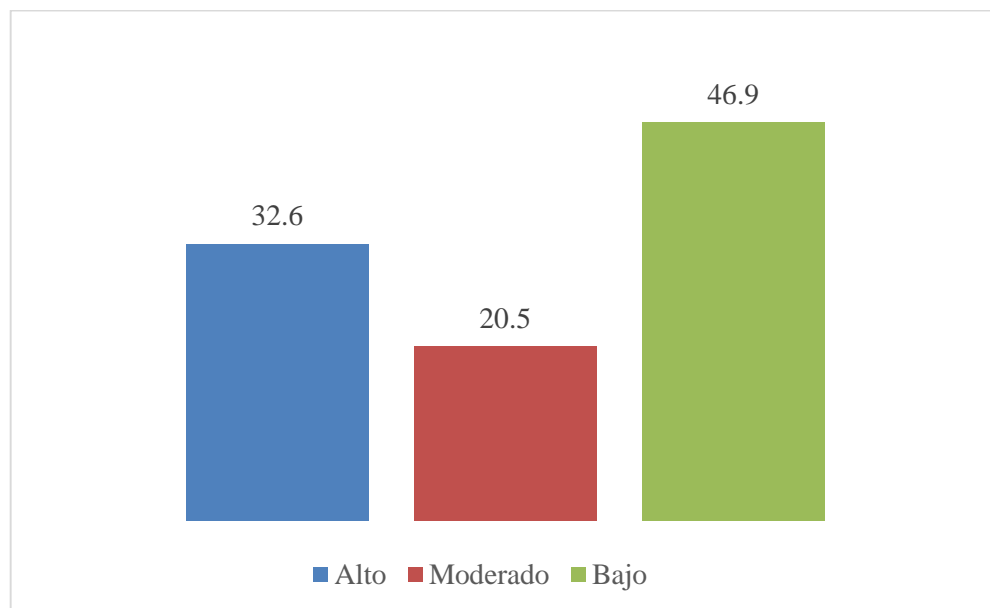
Interpretación:

En la tabla y gráfico N° 4 se observa el 38.1% de la muestra de profesionales odontólogos, presentan un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 36.1% y, finalmente, el 25.8% de la muestra presentan un nivel bajo de conocimientos sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico

TABLA N° 5**DIMENSIÓN 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PATOGENIA DE
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS
ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA**

Nivel	f	%
Alto	48	32.6
Moderado	30	20.5
Bajo	69	46.9
Total	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 5**DIMENSIÓN 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PATOGENIA DE
LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS
ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA**

Fuente: Tabla 5.

Interpretación:

En la tabla y gráfico N° 5 se observa que el 46.9% de los odontólogos tienen un nivel bajo de conocimiento sobre la patogenicidad de los trastornos de la conducta alimentaria, el 32.6% presentan un conocimiento elevado y el 20.5% muestra un nivel de conocimiento moderado.

TABLA N° 6

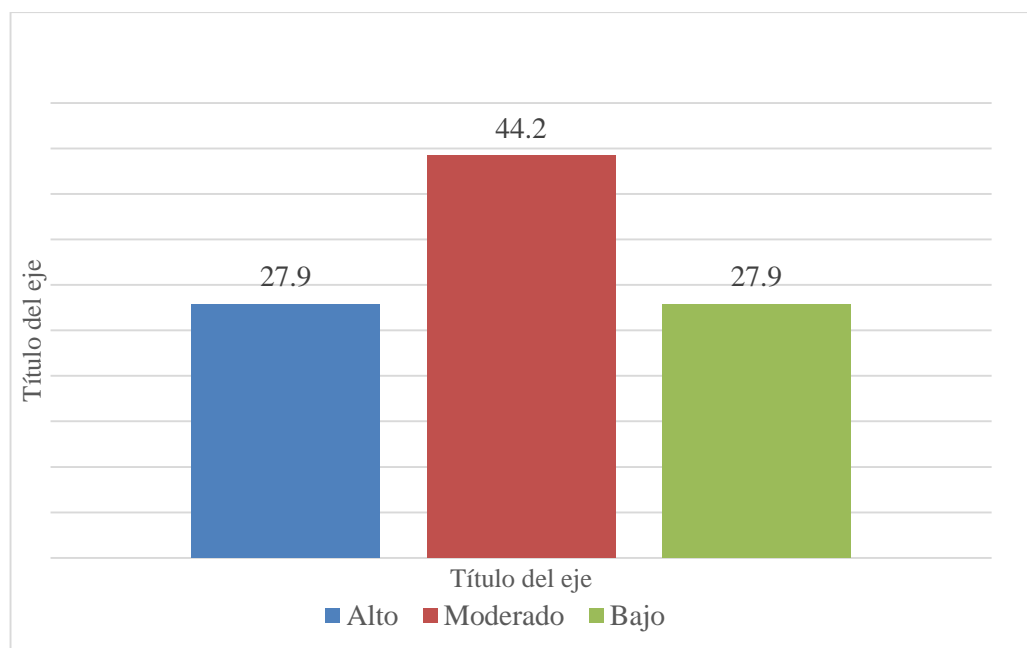
**DIMENSIÓN 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MANIFESTACIONES EXTRAORALES DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ODONTÓLGOS DEL CERCADO
DE TACNA**

Nivel	f	%
Alto	41	27.9
Moderado	65	44.2
Bajo	41	27.9
Total	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 6

DIMENSIÓN 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES EXTRAORALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA



Fuente: Tabla 6.

Interpretación:

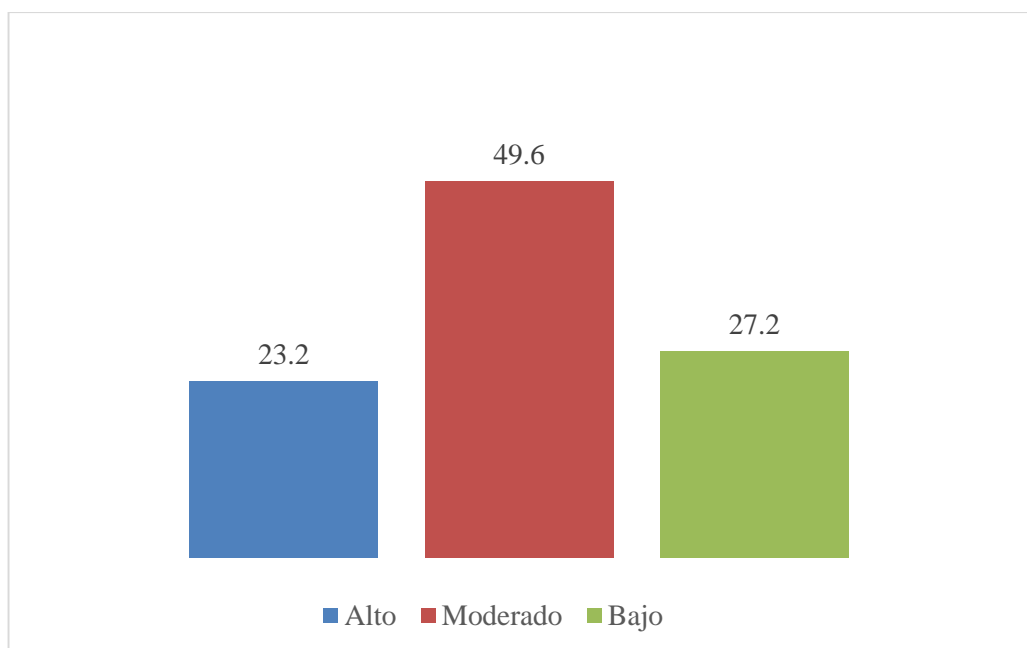
En la tabla y gráfico 6 se observa el 44.2% de la muestra de profesionales odontólogos, presentan un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 27.9% y, finalmente, el 27.9% de la muestra, presentan un nivel bajo de conocimiento de las manifestaciones extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria.

TABLA N° 7

**DIMENSIÓN 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MANIFESTACIONES INTRAORALES DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ODONTÓLOGOS DEL
CERCADO DE TACNA**

Nivel	f	%
Alto	34	23.2
Moderado	73	49.6
Bajo	40	27.2
Total	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 7**DIMENSIÓN 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MANIFESTACIONES INTRAORALES DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ODONTÓLOGOS DEL
CERCADO DE TACNA**

Fuente: Tabla 7

Interpretación:

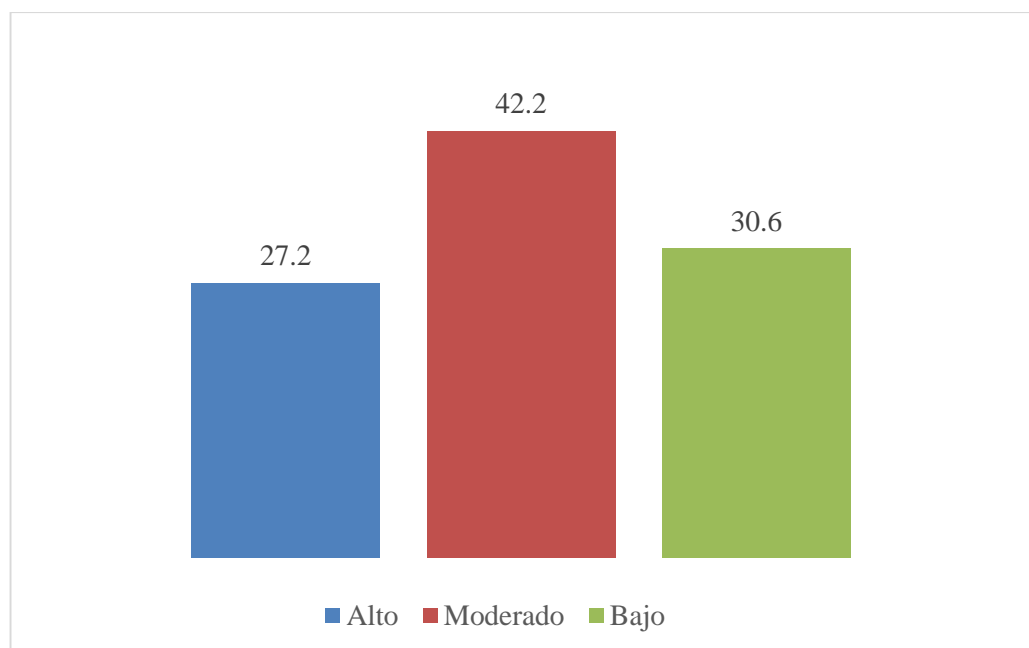
En la tabla y gráfico 7 se observa el 49.6% de la muestra de profesionales odontólogos presentan un nivel moderado, le sigue el nivel bajo con un 27.2% y, finalmente, el 23.2% de la muestra presentan un nivel alto de conocimiento de las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria.

TABLA N° 8

**DIMENSIÓN 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
COMPLICACIONES SISTÉMICAS Y EL MANEJO ODONTOLÓGICO
EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA**

Nivel	f	%
Alto	40	27.2
Moderado	62	42.2
Bajo	45	30.6
Total	147	100%

Fuente: Matriz de datos.

GRÁFICO N° 8**DIMENSIÓN 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
COMPLICACIONES SISTÉMICAS Y EL MANEJO ODONTOLÓGICO
EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA**

Fuente: Tabla 8.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 8 se observa que el 42.2% de odontólogos presentan nivel moderado de conocimiento sobre las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria un 30.6 % presentan un nivel bajo y, finalmente, el 27.2% presentan un nivel alto de conocimiento.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio determinó el nivel de conocimiento de los profesionales odontólogos del cercado de Tacna respecto a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en relación con el componente estomatológico. La muestra participante respondió un cuestionario elaborado por Vinueza⁴ y adaptado para la presente investigación. El cuestionario se dividió en cuatro dominios de conocimientos claramente delimitados: patogenia de los TCA, manifestaciones intra y extraorales de los TCA y conocimientos de las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico de los pacientes con TCA. Respecto del objetivo general, el estudio realizado determinó que el 38.1% de la muestra presentó un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 36.1% y, finalmente, el 25.8% de la muestra presentó un nivel bajo de conocimientos sobre los TCA y su relación con el componente estomatológico.

Al respecto, en el presente estudio, se halló que el 36.1% de la muestra presentó un nivel alto de conocimientos sobre patogenia de los TCA y su relación con el componente estomatológico. Estos resultados indican que aproximadamente 1 de cada 3 profesionales odontólogos conocen las manifestaciones sobre los TCA y el componente estomatológico en forma suficiente y adecuada. En el caso de los estudios reportados por Vinueza⁴ y Vilaza⁵, sus resultados fueron negativos en comparación con los del presente estudio. Por ejemplo, Vinueza⁴ halló que alrededor del 83% de su muestra de estudiantes de odontología reportaron niveles bajos en el nivel de conocimientos de los TCA y su relación con el componente estomatológico. Asimismo, Vilaza⁵ también reportó que alrededor del 85% de su muestra de profesionales presentaron un bajo nivel de conocimientos los TCA y su relación con el componente estomatológico.

Resulta interesante destacar los resultados del estudio realizado en Colombia por Jaimes y Coronado¹ quienes hallaron que el 90% de los participantes de su estudio sí tenían conocimientos correctos sobre la definición de los TCA, pero al mismo tiempo presentaron deficiencias en sus conocimientos sobre los TCA y su impacto en el componente estomatológico. En ese sentido, se podría señalar que el estudio de Jaimes y Coronado⁵ resulta de preocupación pues siendo docentes de una universidad y teniendo la obligación de impartir conocimientos amplios, objetivos, actualizados y suficientes a los futuros profesionales de la odontología, resulta que, según estos autores colombianos, la muestra participante no tenían conocimiento preciso acerca de los TCA.

Una situación así podría estar ocurriendo en las escuelas profesionales de odontología de las tres universidades de Tacna, pues los resultados del presente estudio revelaron también que en Tacna los profesionales odontólogos – en una proporción de 1 de cada 4 - no tenían conocimientos sobre los TCA y los componentes estomatológicos. Por ello, se plantea que este déficit de conocimientos sobre los TCA podría tener un origen o base académica o universitaria. Es decir, sería en las aulas universitarias de Tacna donde no se enseñó en forma amplia, adecuada, objetiva y actualizada contenidos teóricos y prácticos sobre los TCA y su impacto en el componente estomatológico.

Como se puede apreciar, los profesionales odontólogos del cercado de Tacna, en una proporción aproximada de 1 de cada 3, poseen conocimientos en un nivel alto respecto de los TCA y su relación con el componente estomatológico. Este conocimiento debería abarcar a la totalidad de los profesionales de Tacna pues, como ya se viene conociendo a través de los medios de comunicación locales, se viene observando un incremento de los casos de TCA en la población juvenil, debido al confinamiento por la pandemia y a todos los efectos colaterales que esta crisis sanitaria viene ocasionando en la población en general, pero mucho más en la población juvenil. Por ello, los profesionales odontólogos deben estar preparados, tanto teórica como técnicamente, para detectar a tiempo aquellas manifestaciones

de los TCA a través del componente estomatológico. Se plantea que, si se llevan a cabo las sugerencias formuladas en el presente estudio, los profesionales odontólogos, en su gran mayoría, tendrían conocimientos amplios sobre los TCA y contribuirían a una detección temprana y a una posterior derivación a los especialistas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. El 38.1% de la muestra de profesionales odontólogos presentan un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 36.1% y, finalmente, el 25.8% de la muestra presentan un nivel bajo de conocimientos sobre patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y su relación con el componente estomatológico.
2. Se determinó que el 46.9% de la muestra de profesionales odontólogos presentan un nivel bajo, le sigue el nivel alto con un 32.6% y, finalmente, el 20.5% de la muestra presentan un nivel moderado en la dimensión conocimientos de la patogenia de los TCA.
3. Se estableció que el 44.2% de la muestra de profesionales odontólogos presentan un nivel moderado, le sigue el nivel alto con un 27.9% y, finalmente, el 27.9% de la muestra presentan un nivel bajo de conocimientos de las manifestaciones extraorales de los TCA.
4. El 49.6% de la muestra se ubica en el nivel moderado, le sigue el nivel bajo con un 27.2% y, finalmente, el 23.2% de la muestra presentan un nivel alto de conocimientos de las manifestaciones intraorales de los TCA.
5. El 42.2% de la muestra presentan un nivel moderado, le sigue el nivel bajo con un 30.6% y, finalmente, el 27.2% de la muestra presentan un nivel alto de conocimientos de las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico en los pacientes con TCA.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Capacitar a los profesionales odontólogos del cercado de Tacna sobre patogenia de los TCA y su relación con el componente estomatológico, pues en los últimos meses, y debido a la actual pandemia por COVID-19 los casos de individuos con indicadores de TCA habrían aumentado considerablemente, lo que necesariamente influiría en una afectación al componente estomatológico.
2. Sensibilizar a los profesionales odontólogos del Tacna en la necesidad de conocer las manifestaciones intra y extraorales de la patogenia de los TCA para que de este modo puedan derivar a los especialistas en nutrición y en salud mental para su atención profesional especializada.
3. El Colegio Odontológico del Perú, en especial el de la Región Tacna, debería firmar convenios con el Colegio de Nutricionistas, Colegio de Psicólogos de Tacna y Colegio Médico del Perú - Tacna; para que los odontólogos del cercado de Tacna puedan recibir capacitación virtual o remota y de este modo, los profesionales de los cuatro colegios profesionales puedan establecer protocolos de derivación y atención de los casos detectados de TCA.
4. Se sugiere que el Colegio Odontológico del Perú Región Tacna tenga más presencia en los medios de comunicación regional para divulgar información sobre los TCA y su afectación en el componente estomatológico, especialmente en la población juvenil.

5. Teniendo en cuenta los bajos niveles de conocimiento en relación al tema, se sugiere la elaboración de recursos o guías académicas y el abordaje del tema en los diferentes espacios académicos de las Facultades de Odontología con el fin de contribuir a la formación integral tanto del estudiante como del odontólogo, con el fin eliminar o esclarecer posibles vacíos relacionados con las patologías propias de las alteraciones en las conductas alimenticias y su impacto en el componente estomatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaimes, L. y Coronado. Nivel de conocimientos de los docentes de odontología acerca de trastornos alimentarios y sus manifestaciones extra e intraorales (Tesis de titulación de odontólogo). Bucaramanga: Universidad Santo Tomás, 2020.
2. Atencia, J., Galvis, R., Ramos, S. y Pinilla, L. Conocimientos de los estudiantes de odontología de sexto a noveno semestre de la Universidad Santo Tomas sobre los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones en cavidad oral (Tesis para optar el título de odontólogo). Bucaramanga: Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, 2018.
3. Garrido, P. Estado de salud bucodental en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Tesis para optar el grado de doctor en odontología). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2017.
4. Vinueza, S. Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico en estudiantes de 7°, 8° y 9° semestre de la FO de la UCE, período 2016-2017. (Tesis para optar el título de licenciado en odontología). Quito: Universidad Central de Ecuador, 2017.
5. Vilaza, I. Evaluación diagnóstica del conocimiento de odontólogos y estudiantes de odontología, respecto de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico de la salud. (Tesis para optar el título de licenciado en odontología). Santiago: Universidad de Chile, 2008.
6. Salazar L. Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I. E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca, 2018. (Tesis para optar el título de licenciado en enfermería). Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. 2019.

7. Pinto, K. Nivel de riesgo de erosión dental en mujeres adolescentes con trastorno de la conducta Alimentaria en el centro terapéutico GABA, el año 2018. (Tesis para optar el título de licenciado en Estomatología). Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2019.
8. Aruquipa, M. Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes del 5to grado de la institución educativa secundaria Emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017. (Tesis para optar el título de licenciada en enfermería). Puno: Universidad Nacional del Altiplano. 2017.
9. Quispe, P. Nivel de conocimientos y conductas riesgosas en la anorexia nerviosa en estudiantes del nivel secundario de la institución educativa parroquial San Martín de Porres, Tacna, 2011. (Tesis para optar el título de licenciado en enfermería). Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2011.
10. Borrego, K. Influencia de los factores socio-económicos y culturales en la salud bucal de pacientes anoréxicos y bulímicos (Tesis para optar el grado de master en odontología). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 2017.
11. Bravo, R., M.; Pérez, H., A. y Plana, B. Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista Cubana Pediátrica*; 2000; 72(4);300-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400011
12. Jiménez, M. *Psicopatología Infantil*. Madrid, España: Aljibe S.L, 1997.
13. Celada, J. *Rehabilitación en anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid, España: Los Ángeles, 2003.

14. Moreano, L. Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes universitarios. (Tesis para optar el título de licenciado en Odontología). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2016. Aiken, L. Test psicológicos y evaluación (8° Ed.). México: Prentice Hall; 1996.
15. Nachón G, Hernández P, Félix L, Flores G. Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. Revista Médica de la Universidad Veracruzana [En línea]. Julio,2003;3(2). Disponible en: <http://www.uv.mx> Citado el 07 de agosto del 2007.
16. Castro, S. y Castro, J. Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. Revista Escritos de Psicología, 2016; Vol. 9, nº 2, pp. 22-30. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1989-38092016000200003
17. Moreno, S., Ortega, B. y Rodríguez, S. Impulsividad en mujeres con bulimia nerviosa. Revista Edu Psykhé, 2009; (8), 63-77. Disponible en:
<https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/3818>
18. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación (5° Ed.). México: Mc Graw Hill, 2014. Disponible en:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
19. Universidad Latinoamericana CIMA. Guía para la presentación del proyecto de trabajo de investigación y del informe final para obtener el grado de Bachiller y del informe final de tesis para obtener el título profesional. Aprobada por Resolución N° 274-2019-CU-ULC

20. Sanitas (2021). *¿De qué se ocupa la odontología?* Disponible de:
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/prevencion-diagnostico/odontologia-funciones.html>

21. Universidad de Mérida (2021). *Odontología: ¿Qué es y cuál es su campo laboral?* Disponible de:
<https://merida.anahuac.mx/licenciaturas/blog/odontologia-que-es-y-cual-es-su-campo-laboral>

22. Reglamento de la Ley de Trabajo del Cirujano Dentista - Ley N° 27878 Decreto Supremo N° 016-2005-S. Disponible en:
http://www.cop.org.pe/pdf/Reglamento_Ley_de_Trabajo_Cirujano_Dentista_27878.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN**

Yo, Jessica Rocío Pinto Málaga, identificada con DNI N° 29721537, de la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA declaro bajo juramento, autorizar, en mérito a la Resolución del Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, registrar mi trabajo de investigación para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

- a) **Acceso abierto;** tiene la característica de ser público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulte el repositorio.

- b) **Acceso restringido;** solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo, ocurre cuando el autor de la información expresamente no autoriza su difusión.

En caso que el autor del trabajo de investigación elija la opción restringida, se colgará únicamente los datos del autor y el resumen del trabajo de investigación.

Jessica Rocío Pinto Málaga
Autora

Firma

ANEXO N° 2**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA**

Yo, Jessica Rocío Pinto Málaga, identificada con DNI N° 29721537, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA de Tacna, declaro bajo juramento ser autor del Trabajo de Investigación denominado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA, 2020”. Además de ser un trabajo original, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo pertinente del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Latinoamericana CIMA.

Jessica Rocío Pinto Málaga
Autora

Firma

ANEXO N° 3**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA
ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE
ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE
TACNA, 2020.****I. N° Ficha _____****Género: _____ Edad _____ Años de experiencia: _____****II. Sobre las siguientes afirmaciones acerca de la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria marque “V” si la considera verdadera o “F” si la considera falsa. Si no conoce la respuesta, no conteste.**

1. Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como: “Cualquier desorden en donde se relacionen hábitos anormales de alimentación con factores psicológicos alterados.

V F

2. Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en la población de más alto riesgo: hombres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo.

V F

3. Los trastornos de la conducta alimentaria son fenómenos complejos, están íntimamente relacionados y se encuentran en los pacientes con características clínicas estrictas.

V F

4. La anorexia nerviosa ha sido reconocida como una enfermedad crónica que se caracteriza por una extrema repulsión a la comida.

V F

5. En la anorexia nerviosa hay un rechazo a mantener el peso corporal al nivel o sobre un peso mínimo normal para la edad y la altura.

V F

6. La bulimia nerviosa es un desorden alimenticio de carácter compulsivo patológico, en el cual se produce un ciclo de atracón-purgación.

V F

7. En la anorexia nerviosa hay episodios recurrentes de comilonas.

V F

8. En la bulimia nerviosa existen conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para prevenir la ganancia de peso como vómitos autoinducidos, mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicios excesivos.

V F

9. Tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa hay una distorsión del modo como se experimenta el propio peso o silueta corporal, hay una influencia inapropiada del peso o silueta corporal en la autoevaluación.

V F

10. El trastorno por atracones se encuentra asociado con el sobrepeso.

V F

III. Sobre las manifestaciones extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria marque con una x: “correcto” si la condición señalada puede presentarse en la anorexia nerviosa y en la bulimia nerviosa respectivamente, como “incorrecto” si no se presenta en estas patologías o indique “no conozco la manifestación” si no conoce la condición señalada:

Manifestaciones extraorales	Correcto	Incorrecto	No conozco la manifestación
Xerosis	X		
Hipertrichosis	X		
Carotenodermia	X		
Acrocianosis	X		
Hirsutismo	X		
Hipertrofia paratoidea	X		
Signo de Russell	X		
Alopecia	X		
Paroniquia		X	

IV. Sobre las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria marque con una x:

Manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria	Es una manifestación	No es una manifestación
Erosión dental en caras palatinas de dientes Anteriores	X	

Erosión dental en caras linguales de dientes inferiores		X
Hipersensibilidad	X	
Xerostomía	X	
Mordida Abierta Anterior	X	
Glositis	X	
Queilitis Angular	X	
G.U.N.A	X	

V. Sobre las complicaciones sistémicas y el manejo odontológico en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria subraye la respuesta correcta: (si no conoce la respuesta, no conteste)

1. Las principales complicaciones a considerar en un paciente con Trastorno de la Conducta Alimentaria son:
 - a) Arritmias cardíacas, hipertensión, hipertermia, osteoporosis
 - b) Arritmias cardíacas, hipotensión, hipoglicemia, osteoporosis
 - c) Ninguna
2. El tratamiento en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria no controlado debería estar enfocado a:
 - a) Tratamiento de urgencias
 - b) Tratamientos definitivos independientemente de la resolución del desorden de la alimentación
 - c) Instrucción de higiene oral, fluorizaciones e indicaciones específicas para el cuidado de la cavidad bucal en el hogar.
 - d) A y C
3. Si usted como Odontólogo sospecha que un paciente padece de un Trastorno de la conducta alimentaria, lo derivaría a un:
 - a) Médico Internista

- b) Nutricionista
- c) Psicólogo Clínico o Psiquiatra
- d) Dermatólogo

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada: “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA, 2020” es desarrollada por la Bachiller Jessica Rocío Pinto Málaga de la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA de Tacna. El objetivo general del estudio es determinar el conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos y la conducta que tienen para el manejo de este tipo de pacientes.

En caso de acceder a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario de preguntas objetivas. El cuestionario será enviado por correo electrónico a sus correos, con brevedad posible para su respuesta. La participación en este estudio es voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y anónima.

Agradezco de antemano su participación.

Yo con DNI acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Bachiller de Odontología Jessica Rocío Pinto Málaga. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio. Me han indicado también sobre la metodología; desarrollo de un cuestionario. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Firma

Fecha.....

ANEXO N° 5

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ANEXO F: CERTIFICADOS DE VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

F-1: Validación de docentes odontólogos



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Por medio de la presente certificamos que hemos leído, revisado y evaluado el instrumento de evaluación correspondiente al Proyecto de Investigación: Nivel de conocimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico de la salud en estudiantes de 7mo, 8vo y 9no semestre de la FO de la UCE, período 2016-2017, realizado por la estudiante egresada: SAMY SAMAY VINUEZA JARRÍN bajo la tutoría de la: Dra. Msc. ROSA REVECA ROMERO RODRÍGUEZ. De esta manera, una vez indicadas las correcciones pertinentes consideramos que dicho instrumento de evaluación es válido para su aplicación.

Dr. (a) Francisco Pinto C.C. 1727233414 [Firma]

Dr. (a) Gabriela Tapia C.C. 055306673 [Firma]

Dr. (a) Estelina Pineda C.C. 1724145271 [Firma]

Dr. (a) Rosa Rebeca Romero Rodríguez C.C. 70525599 [Firma]

Dr. (a) Jorge E. O'Hara O'H. C.C. 180171464 [Firma]

ANEXO N° 6

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Oficio N° 114 – 2020 - FO – ULC

Tacna, 31 de Diciembre del 2020

SEÑOR
Mg. C.D. MANUEL ENRIQUE ATAHUALPA ALARICO
DECANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ REGION TACNA
PRESENTE.-

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarlo muy cordialmente y a la vez manifestarle que la Bachiller en Odontología Jessica Rocío Pinto Málaga se encuentra desarrollando su Plan de Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista titulado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL COMPONENTE ESTOMATOLÓGICO DE LOS ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE TACNA, 2020, para lo cual le solicito pueda autorizar a quien corresponda dar las facilidades como brindar los números telefónicos para que pueda contactarse con los odontólogos y correos electrónicos para que la referida Bachiller pueda levantar la muestra para dicho Plan de Tesis que consiste en aplicar un cuestionario a los odontólogos del cercado de Tacna.

Sin otro particular, agradezco la atención prestada y hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente



EDUARDO LARA LANDIVAR
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA

ANEXO 7

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN



Colegio Odontológico del
Perú

Consejo Administrativo
Regional Tacna
Ley 15251 y sus Modificaciones

Tacna, 21 de enero del 2021

CARTA N° 015-2020 COR-TACNA

Señorita:
Bach. Jessica Rocío Pinto Málaga Ciudad.

De mi consideración:

Mediante la presente doy respuesta a su solicitud presentada con fecha 19 de enero del 2021, por el cual solicita la relación de correos electrónicos y dirección de consultorios, de nuestros agremiados Región Tacna, para el estudio "Nivel de conocimiento de trastornos de conducta alimentaria en relación al componente estomatológico de los odontólogos del cercado de Tacna". Se adjunta archivo de Excel conteniendo la información solicitada.

Sin otro particular me despido de usted expresándole mis más cordiales saludos.

Atentamente,

MG. ESP. C.D. MANUEL ENRIQUE ATAHUALPA ALARICO
DECANO DE COLEGIO ODONTOLÓGICO REGION TACNA

123	2	43	21	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
124	2	27	5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
125	2	45	22	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
126	2	46	21	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
127	2	50	25	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
128	1	37	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
129	1	28	4	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
130	1	44	22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
131	2	35	30	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0
132	2	39	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
133	2	48	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
134	1	28	4	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
135	1	40	22	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
136	1	45	21	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
137	2	41	21	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
138	2	29	6	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
139	2	44	22	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
140	1	30	25	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
141	1	33	11	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
142	1	38	16	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
143	2	48	21	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
144	2	38	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
145	1	37	15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
146	2	30	6	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
147	1	46	22	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1