

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del catálogo en línea, página web y Repositorio Institucional del CRAI-USTA, así como en las redes sociales y demás sitios web de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor, nunca para usos comerciales.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

Nivel de conocimientos de los docentes de odontología acerca de trastornos alimentarios y sus manifestaciones extra e intraorales

Lizeth Tatiana Jaimes Gómez, Lizeth Nairelis Coronado Rojas

Trabajo de grado para optar el título de Odontólogo

Director:

**Carmen Alodia Martínez López
Especialista en Ortopedia Maxilar. UAN.**

Codirector:

**Sandra Milena Alonso González
Magister en Odontología. USTA.**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología
2020**

Tabla de Contenido

	Pág.
1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Justificación	11
2. Marco teórico	12
2.1 Antecedentes históricos	12
2.2 Trastornos de la conducta alimentaria	13
2.3 Efectos de los trastornos de la conducta alimentaria en la cavidad bucal	13
2.3.1 Erosión dental.	14
2.3.2 Caries dental.....	15
2.3.3 Abrasión dental.	15
2.3.4 Sialoadenitis.	16
2.3.5 Enfermedad periodontal.	16
2.3.6 Lesiones en tejidos blandos.	17
2.3.7 Xerostomía.	17
2.3.8 Alteraciones en lengua.	18
2.3.9 Mordida abierta anterior.	18
2.3.10 Hipersensibilidad dentinaria.	18
2.4 Efectos extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria	18
2.4.1 Xerosis.	19
2.4.2 Hipertricosis.....	19
2.4.3 Alopecia difusa.	19
2.4.4 Uñas frágiles.	19
2.4.5 Acrocianosis.....	20
2.4.6 Carotenodermia.....	20
2.4.7 Queilitis angular.	20
2.4.8 Signo de Russell.....	20
2.4.9 Hipertrofia parotídea.	21
2.5 Alteraciones sistémicas de los trastornos alimentarios	21
2.5.1 Alteraciones gastrointestinales.....	21
2.5.2 Alteraciones endocrinas.	22
2.5.3 Alteraciones cardiovasculares.....	22
2.5.4 Osteoporosis.....	23
2.5.5 Obesidad.	23
2.5.6 Bajo peso.....	23
2.6 Anorexia Nerviosa.....	24
2.6.1 Criterios diagnósticos.....	24
2.6.2 Subtipos de anorexia nerviosa.	25
2.7 Bulimia Nerviosa (BN)	25
2.7.1 Criterios diagnósticos.....	25
2.7.2 Subtipos de bulimia nerviosa.	26
3. Objetivos	26
3.1 Objetivo general	26
3.2 Objetivos específicos.....	26

4. Método	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Selección y descripción de los participantes	27
4.2.1 Universo y muestra.	27
4.2.2 Tipo de muestreo.....	27
4.2.3 Criterios de selección.....	27
4.3 Variables.....	27
4.4 Instrumento.....	28
4.5 Prueba piloto	28
4.6 Procedimiento.....	29
4.7 Plan de análisis estadístico	29
4.7.1 Plan de análisis estadístico univariado.....	29
4.7.2 Plan de análisis estadístico bivariado.....	29
4.8 Consideraciones éticas	30
5. Resultados	30
5.1 Análisis univariado.....	30
5.1.1 Aspectos sociodemográficos.....	30
5.1.2 Aspectos relacionados con la patogenia de los TCA.	31
5.1.3 Aspectos sobre alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con AN.	32
5.1.4 Aspectos sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con AN.....	33
5.1.5 Aspectos sobre alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con BN.....	34
5.1.6 Aspectos sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con BN.....	34
5.1.7 Aspectos sobre manifestaciones intraorales los de TCA.	35
5.1.8 Aspectos sobre el manejo odontológico en los pacientes con TCA.	36
5.2 Análisis bivariado.....	37
5.2.1 Aspectos sociodemográficos según el nivel de conocimiento “bajo, moderado o alto” de los docentes.	37
5.2.2 Análisis de cada sección del cuestionario según el sexo de los participantes.	38
6. Discusión.....	39
6.1 Conclusiones	41
6.2 Recomendaciones.....	41
7. Referencias bibliográficas.....	43
Apéndices.....	48
A. Cuadro de variables.....	48
B. Consentimiento Informado	54
C. Instrumento	55
D. Análisis Univariado y Bivariado.....	71

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Descripción de las variables sociodemográficas.</i>	31
Tabla 2. <i>Descripción de las variables relacionadas con la patogenia de los TCA.</i>	32
Tabla 3. <i>Descripción de las variables relacionadas con las alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con AN.</i>	32
Tabla 4. <i>Descripción de las variables sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con AN.</i>	33
Tabla 5. <i>Descripción de las variables sobre alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con BN.</i>	34
Tabla 6. <i>Descripción de las variables sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con BN.</i>	35
Tabla 7. <i>Descripción de las variables sobre manifestaciones intraorales de los TCA.</i>	35
Tabla 8. <i>Descripción de las variables sobre el manejo odontológico en los pacientes con TCA enfocado en la remisión.</i>	36
Tabla 9. <i>Descripción de las variables sobre el manejo odontológico en los pacientes con TCA enfocado en el tratamiento.</i>	36
Tabla 10. <i>Descripción de las variables sociodemográficas según el nivel de conocimiento “bajo, moderado o alto”.</i>	37
Tabla 11. <i>Descripción de las secciones del instrumento según el género de los participantes.</i> ..	38

Resumen

Introducción. Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. **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. **Método.** Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en 60 odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás. Se adaptó el instrumento aplicado en el estudio realizado por Isabella Vilaza en la Universidad de Chile en el año 2008, el cual constó de 82 preguntas distribuidas en nueve grandes dimensiones, incluyendo las variables sociodemográficas. De acuerdo con el puntaje obtenido, se estableció como nivel bajo de conocimiento las puntuaciones entre 1 y 42, nivel moderado de conocimiento los puntajes de 42 a 55 y nivel alto de conocimiento las puntuaciones entre 56 y 70. En el análisis estadístico se aplicaron medidas de resumen según la naturaleza de las variables; el análisis bivariado incluyó test de Chi² y test exacto de Fisher para las variables cualitativas y prueba T de Student para las variables cuantitativas. Se observó la distribución de las variables cuantitativas con la prueba de Shapiro Wilk y se consideró significancia estadística para aquellos valores $P \leq 0,05$. **Resultados.** La mediana de la edad de los participantes fue 50 años con un rango intercuartílico entre 36,5 y 55,5 años, el sexo femenino fue el más frecuente con un 68,3% (41). En promedio los docentes presentaron 12,3 ($\pm 8,9$) años de vinculación con la institución y 22,4 ($\pm 10,0$) años de experiencia. Se encontró que el 90% (54) de los participantes tienen claridad en la definición del término Trastornos de la Conducta Alimentaria. A su vez se evidenció que el 70% (42) de los docentes reconoce estas conductas como cuadros de relevancia social. Según el puntaje global, los participantes presentaron bajo nivel de conocimiento en el tema, sin embargo, se demostró que el sexo femenino alcanzó un mejor puntaje en la prueba de conocimientos, lo cual permitió establecer una diferencia estadísticamente significativa en comparación con los resultados del sexo masculino. **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 de la Universidad Santo Tomás presentan bajo nivel de conocimiento acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones bucales.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, cavidad bucal.

Abstract

Introduction. Eating disorders are severe alterations in food intake, in people who present distorted patterns in the act of eating in response to a psychic impulse. **Objective.** To determine the level of knowledge about eating disorders (TCA) and their oral manifestations in teaching dentists at the Santo Tomas University. **Method.** An analytical, cross-sectional observational study was carried out in 60 teaching dentists from the Santo Tomas University. The instrument applied in the study carried out by Isabella Vilaza at the University of Chile in 2008 was adapted, which consisted of 82 questions distributed in nine large dimensions, including sociodemographic variables. According to the score obtained, scores between 1 and 42 were established as a low level of knowledge, a moderate level of knowledge was between 42 and 55, and a high level of knowledge was between 56 and 70. In the statistical analysis, measures were applied summary according to the nature of the variables; the bivariate analysis included Chi2 test and Fisher's exact test for qualitative variables and Student's t test for quantitative variables. The distribution of the quantitative variables was observed with the Shapiro Wilk test and statistical significance was considered for those P values ≤ 0.05 . **Results.** The median age of the participants was 50 years with an interquartile range between 36.5 and 55.5 years, the female sex was the most frequent with 68.3% (41). On average, the teachers had 12.3 (± 8.9) years of relationship with the institution and 22.4 (± 10.0) years of experience. It was found that 90% (54) of the participants have clarity in the definition of the term Eating Disorders. In turn, it was evidenced that 70% (42) of the teachers recognize these behaviors as socially relevant pictures. According to the global score, the participants presented a low level of knowledge on the subject, however, it was shown that the female sex achieved a better score in the knowledge test, which allowed establishing a statistically significant difference compared to the results of gender male. **Conclusion:** It was evidenced that the teachers presented strengths in relation to the definition and social relevance of eating disorders, as well as in the dental management of people suffering from this type of disorder. However, it was determined that in general the teaching dentists of the Santo Tomas University have a low level of knowledge about eating disorders and their oral manifestations.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, oral manifestations.

1. Introducción

El comportamiento de ingesta de alimentos en forma irresponsable frente a los parámetros de nutrición balanceada corresponde a una alteración psicológica que puede ser provocada por influencia social, cultural o familiar, y que se relacionan con la vulnerabilidad de la persona en determinados momentos de la vida (1).

El constante bombardeo publicitario de los medios de comunicación, la continua promoción de estereotipos restringidos de belleza, las redes de mercado, la moda y el comercio, junto con el fenómeno del consumismo, son elementos que revisten a la sociedad moderna y la incitan a llevar un estilo de vida particular, en donde la belleza es sinónimo de éxito y está determinada por parámetros estéticos que se alejan de los estándares de salud normales (2). En este sentido, los desórdenes de la alimentación se han convertido en un tópico de gran trascendencia en la sociedad, pues cada vez son más los casos que se presentan y pocos los que se tratan con la importancia que requieren (3).

Los desórdenes alimenticios estuvieron asociados a mujeres jóvenes, pertenecientes a la clase alta de países desarrollados incluso desde épocas anteriores al siglo XIV. Actualmente, se ha demostrado que los estratos socioeconómicos no son un factor determinante (4). La etiología se considera multifactorial e involucra alteraciones psicológicas que abarcan situaciones personales, psicosociales, familiares, temporales y medioambientales (5).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están asociados con las tasas más altas de morbilidad y mortalidad en cuanto a los diagnósticos de salud mental en adolescentes (6). La prevalencia diagnóstica de este tipo de trastornos ha venido aumentando considerablemente, siendo la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos alimenticios no especificados (TANE), los diagnósticos más comunes; en donde la anorexia representa entre el 0.48 y 0.7% de prevalencia, la bulimia entre un 1 y 2% y el diagnóstico más frecuente es el trastorno alimenticio no especificado, el cual es un tipo de categoría residual en la que se involucran aquellos criterios que no cumplen las características de diagnóstico de bulimia ni anorexia, pero que representan un 3.06% de prevalencia, todas estas patologías con picos de edad que oscilan entre los 12 y 21 años de edad. Aunque la evidencia demuestra que la aparición de este tipo de trastornos es común en mujeres, 1 de cada 10 hombres también pueden verse afectados (7)(9)

El incremento en las cifras de TCA obliga al constante estudio de este tipo de enfermedades complejas, no sólo por su multicausalidad, sino por las repercusiones que pueden traer para el organismo (9). Se ha demostrado que además del deterioro corporal, uno de los primeros sitios anatómicos en manifestar signos clínicos característicos de las alteraciones nutricionales, es la cavidad bucal (4), por lo cual se ha señalado que el odontólogo es el primer profesional de la salud en poder detectar pacientes con desórdenes alimenticios no diagnosticados, además de que también es quien tiene más probabilidad de ver a sus pacientes con una mayor frecuencia (al menos dos veces al año para citas de promoción y prevención), comparado con otros profesionales de la salud, por lo cual las consultas preventivas le ofrecen la oportunidad al odontólogo de detectar a pacientes en riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria mediante exámenes de rutina (6).

La importante oportunidad que se presenta para detectar los trastornos de alimentación justifica la realización del presente trabajo, el cual pretende analizar cuál es el nivel de conocimientos que poseen los odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás sobre el tema. Plantear el problema de estudio permite establecer la necesidad de la investigación y justifica su ejecución. Los bajos índices de evidencia científica demuestran la necesidad de aportar en el área investigativa y en el reforzamiento del tema en relación al campo de la odontología, además de promover la formación integral del profesional odontólogo (4).

La segunda parte del presente documento expone el marco teórico, constituido por definiciones y aspectos fundamentales de clasificación. También se destacan las patologías que se evidencian en cavidad bucal producto de deficiencia nutricional, deshidratación y pH. Y las características extraorales que ayudan a orientar el diagnóstico. La forma cómo ha evolucionado en los últimos años la caracterización de los trastornos también cobra importancia para ser destacada.

En tercer lugar, se presentan los objetivos, seguidos de la metodología que facilita el proceso investigativo, en la cual se implementó un estudio observacional analítico de corte transversal, ya que no se llevó a cabo ninguna intervención en la población y la información se obtuvo por medio de la observación, limitándose a la medición de variables consideradas en el desarrollo del estudio. Del mismo modo, se establecieron las variables a calcular y el mecanismo mediante el cual fueron evaluadas. Finalmente, se dan a conocer los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones obtenidas a partir de la presente investigación.

1.1 Planteamiento del problema

El término trastornos de la conducta alimentaria o TCA involucra las “Alteraciones en la ingesta de alimentos, caracterizados por el exceso o la restricción en el consumo de alimentos en respuesta a un impulso psíquico, sin que exista una necesidad de tipo biológica” (10). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha situado a los TCA entre en ranking de enfermedades mentales de mayor consideración en niños y jóvenes, debido al deterioro que pueden ocasionar en la salud. Siendo el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa los diagnósticos de mayor prevalencia (9). Los TCA se han convertido en una problemática social que afecta con mayor prevalencia a jóvenes. Se considera que del 5% al 10% de la población juvenil sufre este tipo de trastornos (7).

Sin embargo, en un estudio realizado por Sánchez Violeida y colaboradores en el año 2015, se demostró que los valores estadísticos han cambiado en los últimos años surgiendo nuevas caracterizaciones de los TCA en los que se incrementa la aparición de trastornos atípicos o no específicos que hacen que la población joven observe estilos de vida aparentemente comunes y sin embargo, se presentan condiciones desfavorables denominadas residuales que no son observadas fácilmente y que requieren un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar daños irreversibles de salud (11).

Los trastornos de la conducta alimentaria también presentan manifestaciones en cavidad bucal, que suelen no ser atendidas por el paciente debido al estado psicológico en que se

encuentra. La boca, además ser el sitio anatómico donde inicia el proceso de alimentación, es también una zona donde repercuten a distinto nivel, pero siempre negativamente, los resultados de una conducta alimentaria irresponsable (12).

Aunque se consideran de etiología multifactorial, este tipo de padecimientos han venido estableciendo auge, aumentando la directa incidencia de casos de origen psiquiátrico. Pese a su aparente incremento, muchas de las afecciones que traen consigo los TCA, resultan poco relevantes para mucha población, incluyendo personal de salud bucal, donde el saber reconocer este tipo de pacientes puede hacer una gran diferencia en el tratamiento dental y en la oportunidad de tratamiento psiquiátrico oportuno (4).

La relación de la alimentación con las patologías de la cavidad bucal no se limita únicamente a la ingesta de azúcares y la caries, como se proclama en los programas de prevención en salud bucal (6), sino que el reconocimiento puntual y urgente recae también en el diagnóstico temprano de patologías bucales relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria, los cuales tienen gran importancia, no porque sus manifestaciones bucales sean graves o pudieran poner en peligro la vida del individuo, sino por ser las únicas que no se pueden revertir (4). La evidente importancia en la preparación del odontólogo, respecto al tema de la dieta, radica en saber dilucidar cuando esta, se constituye en factor de riesgo específico de patologías que van más allá de cavidad bucal. Lo anterior crea una razón suficiente para que el profesional sepa en su examen clínico de rutina caracterizar todo tipo de patología con factor etiológico ligado a los TCA y proponer un manejo interdisciplinario que garantice el tratamiento precoz, el mantenimiento de las restauraciones y la salvaguarda de la salud general (13).

La literatura médica ha reportado estudios sobre enfermedades como la anorexia y bulimia nerviosa desde 1684 (5), donde se les resalta por ser los padecimientos más comunes. Muchas investigaciones relacionadas con el tema han reportado las consecuencias dentales y el manejo individual de un número limitado de pacientes; existe poca evidencia acerca del tema desde un enfoque odontológico(4), no sólo en relación a estos dos diagnósticos, sino en lo que respecta a otros tipos de afecciones que engloban los TCA.

Como consecuencia de la limitada producción bibliográfica en relación a los desórdenes alimentarios, han surgido ideas de investigaciones que buscan evaluar el nivel de conocimiento de odontólogos y estudiantes de odontología acerca de los TCA y sus efectos sobre la cavidad bucal, como la realizada por Vinuesa en Ecuador durante el periodo 2016-2017 donde evidenció bajo nivel de conocimiento por parte de la población evaluada (14). Así mismo, Vilaza realizó una investigación en la Universidad de Chile en el año 2008 donde los participantes fueron estudiantes de odontología y mostraron bajo nivel de conocimiento respecto a los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico de la salud (15). Del mismo modo, Ramos y colaboradores, estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, en el año 2018, reportaron que el 99% de los estudiantes evaluados en su investigación, presentó bajo conocimiento en relación a los trastornos alimenticios y sus manifestaciones orales (16).

Se sabe que un mal diagnóstico y la falta de conocimiento en el tratamiento completo que requiere cada paciente puede traer como consecuencias problemas sistémicos y pérdidas

dentales, es por ello que el odontólogo debe promover la investigación y el estudio de los TCA desde el punto de vista de la salud bucal, que involucre no sólo la educación e instrucción del profesional en cuanto al conocimiento de estos trastornos, sino también respecto a las manifestaciones bucales y el manejo interdisciplinario que les corresponde. Con este propósito se propone el siguiente planteamiento: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los odontólogos docentes de pregrado de la Universidad Santo Tomás acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones bucales?

1.2 Justificación

Los trastornos alimenticios han venido incrementándose de manera relevante como una problemática social compleja debido a que abarca no sólo elementos psicológicos sino también físicos y medioambientales en su etiología, desarrollo y establecimiento. Es así, como esta patología, comparte síntomas como la preocupación excesiva por el aspecto físico, el control del peso y la alimentación (9), y el uso de medidas extremas nocivas como dietas estrictas o prácticas de compensación no saludables como el vómito inducido o la ingesta de laxantes y diuréticos (17), lo que cronológicamente conducirá a producir complicaciones metabólicas, funcionales y morfológicas de los diversos órganos, tejidos y sistemas de quienes padecen dichos trastornos, impactando con tasas de morbilidad y mortalidad notablemente altas (18).

Además de las complicaciones metabólicas, gastrointestinales, neurológicas, musculoesqueléticas y endocrinas, por mencionar algunas importantes, se han reportado múltiples manifestaciones características de los TCA que incluyen enfermedades de tejidos duros y blandos de cavidad bucal. Los signos y síntomas de la etapa precoz de las patologías bucales no son fáciles de detectar, pero la importancia que reviste el lograrlo, se relaciona de manera positiva con el pronóstico bueno y el plan de tratamiento exitoso (9).

Así mismo, a pesar del importante deterioro psicológico, social y físico que pueden ocasionar este tipo de enfermedades, estudios han demostrado que su pronóstico mejora cuando se detectan o son diagnosticadas de manera precoz o temprana, es decir, dentro de los primeros 3 años de la enfermedad. De allí la trascendencia del acompañamiento profesional y multidisciplinario, a pesar de que los adolescentes, quienes generalmente representan la población que más tiende a adquirir estas conductas, no consulte directamente por su padecimiento, sino que, por el contrario, son detectados por personas cercanas a ellos, como sus padres, maestros y amigos, o en otros casos por médicos en exámenes de rutina o consulta general (18).

Según el Ministerio de Salud en Colombia a través del Boletín de Salud Mental No. 4, los niños, niñas y adolescentes, son la población con mayor prevalencia de trastornos alimenticios, siendo los más frecuentes la anorexia y el trastorno de la ingestión de alimentos no especificado. El mismo boletín también reportó que de 2009 a 2017 fueron atendidas 38.896 personas de 0 a 19 años con diagnóstico de anorexia, con un promedio de 4.322 atenciones por año, dentro de los cuales el 60,8% eran mujeres. Así mismo, el trastorno de la ingestión de alimentos no especificado, fue el segundo diagnóstico más frecuente, con 13.156 personas atendidas durante el mismo lapso de tiempo, seguido por los trastornos de la ingestión de alimentos no especificado con un total de 11.233 personas, 5.432 consultas por vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas y 2.633 atenciones por bulimia (19).

Las cifras poblacionales anteriormente mencionadas permiten situar a los trastornos alimenticios dentro de los problemas de salud pública en Colombia, teniendo en cuenta que, por el mismo hecho de abarcar un amplio número de pacientes, la etiología multifactorial de estas enfermedades requiere que a su vez sean tratadas en equipos multidisciplinarios capacitados en las diferentes ramas de la salud, como psicólogos, médicos, odontólogos, entre otros (18), lo cual remarca la importancia de que los profesionales de la salud, sin necesariamente ser especialistas, tengan los conocimientos y las competencias necesarias acerca de TCA, que finalmente les oriente, les permita dar un manejo adecuado y les conduzca a un diagnóstico y tratamiento oportuno para cada paciente. Por ende, las habilidades y conocimientos del odontólogo en el reconocimiento de las manifestaciones que tienen lugar en la cavidad bucal llegan a ser fundamentales en el diagnóstico de los trastornos alimenticios, aun cuando otras manifestaciones sistémicas no han llegado a ser tan evidentes.

Evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos acerca de los trastornos alimentarios y sus manifestaciones en la cavidad bucal, además de aportar en el área investigativa y en el reforzamiento del tema en relación al campo de la odontología, es un reto motivacional para que el profesional fortalezca sus competencias y participe eficazmente en el reconocimiento temprano de estas patologías a partir de sus manifestaciones bucales, promoviendo la atención integral en la consulta odontológica y aportando al bienestar general de los pacientes. Unido a ello, motiva a la realización de futuros estudios referentes al tema en interés y la elaboración de recursos o guías académicas que aporten a la formación tanto de estudiantes como de odontólogos profesionales.

2. Marco teórico

2.1 Antecedentes históricos

El ajuste de las necesidades básicas del hombre a los requerimientos de una sociedad marcada por normas que se transforman en función de parámetros culturales, éticos, religiosos, sociales, entre otros, lo ha llevado a adoptar diversas actitudes que le permiten, de cierto modo, encajar en la sociedad (20).

Los comportamientos perjudiciales frente a su preocupación por la imagen corporal han guiado al individuo a tomar medidas extremas para el control del peso y la alimentación, ocasionándole alteraciones en su salud (5). Su coexistencia en un mundo consumista que le ofrece gran abundancia de alimentos, en su mayoría atractivos, pero con una enorme densidad calórica, junto con el modelo dominante de belleza que exponen los medios, ha creado conflictos internos en aquellas personas más vulnerables o predispuestas a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (21).

Las prácticas de restricción alimentaria están inscritas desde la época medieval en la cultura occidental. Sin embargo, a lo largo de la historia, su consideración y percepción han cambiado continuamente (22). Desde el siglo V al XVI se reportaron casos frecuentes de mujeres que seguían un modelo de ascetismo con una alimentación restringida, llegando al límite del rechazo total de los alimentos como un signo de divinidad (5,11).

En 1684, en Inglaterra, Morton registra los primeros reportes de anorexia nerviosa, y los define como un trastorno de la alimentación asociado a ansiedad y amenorrea en mujeres jóvenes, denominándolo “consumición nerviosa”. Desde entonces fueron reportados más casos relacionados con este desorden en países como Estados Unidos, Alemania, Francia e Italia. Más adelante, autores como Sollier, Bouveret, Janet, Girou y Schottky, señalan el vómito autoinducido, en mujeres anoréxicas, como un medio para contrarrestar la necesidad de comer y evitar ganar peso (5).

El interés y las definiciones de distintos autores a través de la historia lleva a que, en 1952, el comité de la American Psychiatric Association (APA) desarrolle un manual de clasificación de enfermedades mentales denominado “Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales” (DSM), pero es hasta 1980 que, por medio de su tercera edición, diversos especialistas definen una nueva categoría de trastornos denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (5).

2.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son definidos como: “enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes” y que tienen en común síntomas particulares como la excesiva preocupación por el aspecto físico, la comida y el peso corporal, así como el uso de prácticas no saludables para el control del mismo (9). El incremento notable de formas atípicas de los TCA evoluciona al tiempo con la ampliación de los rangos de edad, donde las manifestaciones aparecen a edades más tempranas extendiendo el aumento de incidencia en adultos (11).

Estos trastornos constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico (3), y provocan efectos adversos en el estado nutricional, generando complicaciones médicas que resultan en estados de salud debilitados en forma y función (14).

Debido al deterioro que pueden ocasionar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha situado a los TCA entre en ranking de enfermedades mentales de mayor consideración en niños y jóvenes, siendo el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa los diagnósticos de mayor prevalencia (9).

2.3 Efectos de los trastornos de la conducta alimentaria en la cavidad bucal

Además de los efectos sistémicos, los desórdenes alimenticios pueden traer consecuencias sobre algunos o todos los tejidos de la cavidad bucal, dentro de los cuales se incluyen los dientes, mucosas, periodonto, glándulas salivales e incluso la mucosa perioral (23); a los cuales comúnmente no se les otorga mayor relevancia, pero que pueden llegar a poner en riesgo la vida de quienes los padecen (24).

Se ha demostrado que uno de los primeros sitios anatómicos en manifestar los signos clínicos característicos de enfermedades sistémicas y deficiencias nutricionales, es la cavidad bucal, por

lo cual, un examen completo de la misma puede contribuir u orientar a un diagnóstico temprano. Lo anterior se debe a que, a pesar de que las estructuras de la cavidad oral poseen un rápido crecimiento y renovación celular, continuamente se encuentran expuestas a factores estresantes tanto químicos, como mecánicos, térmicos e infecciosos, corriendo el riesgo de sufrir diferentes daños y lesiones (23).

2.3.1 Erosión dental. La erosión dental es la pérdida localizada, crónica y patológica del tejido duro dental ocasionada por ácidos, sin involucrar fermentación bacteriana (25). En las personas con trastornos de la conducta alimentaria, los procesos químicos y mecánicos de regurgitación crónica con contenidos gástricos de pH bajo, al entrar en contacto con las superficies dentales, ocasionan una apariencia suave, sedosa y brillante o en ocasiones mate sobre las piezas dentarias y un esmalte con ausencia de periquematis e intacto en el margen gingival (26,27). Aunque generalmente tiene lugar en las superficies palatinas y linguales de dientes anteriores, debido a la posición que adopta la lengua durante el vómito voluntario, en el caso de los dientes posteriores como los molares y premolares, pueden observarse cavidades circulares en las superficies oclusales, diferenciándose de las lesiones cariosas por ser duras y poseer un halo de esmalte de color blanquecino rodeando el amarillo profundo del tejido dentinal (25).

La erosión dental es una lesión no cariosa con alta prevalencia en pacientes con alteraciones en la conducta alimentaria, es provocada por el ácido presente en el vómito, reflujo gastroesofágico, o regurgitaciones, el cual suele tener un pH de 2. También se conoce con el término de perimilólisis cuando se le asocia a este tipo de hábitos y representa el primer signo a nivel dental en pacientes con anorexia o bulimia (5). Se suma a este desgaste por acción química, la dieta moderna rica en verduras, pero preparada con sustancias ácidas que potencian la baja de pH en cavidad bucal (28).

La presencia de pigmentaciones en las superficies dentales, sean esmalte o dentina, pueden ser un indicador de la progresión de la erosión dental; a medida que los productos de la dieta alimenticia se acumulan en las superficies dentales se originan manchas, las cuales pueden sugerir que la erosión ácida se encuentra inactiva, mientras que una superficie pulida y libre de manchas puede representar una señal de que la erosión se encuentra activa. El monitoreo constante o control de la tasa de desgaste dental también representa un factor efectivo en la prevención y manejo de este tipo de patologías, esto puede lograrse por medio de la comparación secuencial de modelos de estudio (25).

La gravedad de la desmineralización depende de la frecuencia y concentración de los ácidos. Si bien se sabe que este es el factor de inicio de la erosión, el cepillado que suelen realizar los pacientes después del vómito para eliminar el mal sabor y la sensación áspera de la boca, es la causa directa, provocando a su vez otras lesiones como la abrasión y favoreciendo a la formación de caries (5).

Aunque la etiología de la erosión dental se considera multifactorial, involucrando factores biológicos, químicos, o conductuales, los ácidos intrínsecos o extrínsecos se consideran unas de las principales causas, por lo que se han establecido 3 tipos de erosión: extrínseca, intrínseca e idiopática. La extrínseca es ocasionada por alimentos producto de la dieta, o por el contacto

repetitivo con fuentes ácidas como exposiciones frecuentes al cloro de piscinas o gas sulfúrico derivado de industrias de batería. La intrínseca se relaciona con aquellos individuos que presentan regurgitaciones continuas o reflujos gastroesofágicos, como es el caso de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. La idiopática, como su nombre lo indica, involucra aquellas erosiones de las cuales su causa se desconoce. De manera que, una adecuada anamnesis en la consulta odontológica puede orientar a un correcto diagnóstico, iniciando por la elaboración de preguntas que puedan involucrarse en la etiología de las lesiones; refiriéndose al estado de salud en general del paciente, la ingesta de medicamentos como Vitamina C, Ácido acetilsalicílico o anticolinérgicos, dieta rica en cítricos, antecedentes de enfermedades gastrointestinales, información ocupacional y hábitos de cepillado dental son unas de las más comunes. Por otro lado, el estudio de las tasas y el pH del flujo salival son una herramienta útil para complementar el diagnóstico (4,29).

2.3.2 Caries dental. La caries dental es considerada una enfermedad que involucra un proceso crónico, dinámico e irreversible que ocurre en los tejidos dentarios que se encuentran en contacto con los depósitos microbianos. Al existir un desequilibrio entre el fluido de la placa bacteriana y la estructura dentaria se ocasiona una pérdida de mineral dental, representada en una destrucción localizada de tejidos duros (30).

En este proceso de etiología multifactorial interaccionan tres factores principales: el huésped, en donde se involucra la higiene bucal, los dientes y la saliva, en segundo lugar, la microflora, y en tercer lugar el sustrato, representado en la dieta cariogénica (30).

En los individuos con desórdenes alimenticios, como en el caso de los que padecen de bulimia, su dieta es rica en carbohidratos, lo cual puede predisponerlos a sufrir de caries dental, además de que los líquidos carbonatados pueden generar erosión dental, acompañado de la dieta irresponsable, un factor que contribuye a la formación de caries en este tipo de pacientes es la mala higiene bucal (31). Así mismo el uso de medicamentos preinscritos en estos pacientes, como comprimidos de vitamina C, dextrosa o bebidas con altos niveles de sacarosa, contribuyen a disminuir el pH y favorecer la presencia de microorganismos acidofílicos y de esta manera aumentar el riesgo de caries (13).

2.3.3 Abrasión dental. La abrasión se define como un desgaste en la sustancia dental producido por la fricción de un material exógeno sobre los tejidos dentarios (32). El contacto contaste y fricción de partículas abrasivas de pasta dental y la fuerza aplicada en el cepillo y el momento del cepillado dental luego de un ataque erosivo, son algunos de los factores involucrados en la aparición de este tipo de lesiones en personas con trastornos de la conducta alimentaria (29).

Si los dientes se desgastan en las superficies oclusales e incisales por fricción de la alimentación, este tipo de desgaste se conoce con el nombre de abrasión masticatoria, el cual también puede ocurrir en las superficies vestibulares y linguales como producto de una fricción brusca de los alimentos por la lengua, labios o mucosas sobre los tejidos dentales durante el proceso masticatorio (32).

Un signo importante para orientar el diagnóstico diferencial de abrasión es que, a diferencia de la erosión, estas lesiones son comúnmente halladas en las superficies vestibulares o bucales de los dientes, además de que generalmente ocasionan recesión gingival, dependiendo de las fuerzas que la produzcan. Este tipo de desgaste se observa frecuentemente en dientes prominentes como los caninos y premolares, y conserva ciertas líneas que se relacionan con las cerdas del cepillo dental localizadas en las superficies cervicales de los dientes afectados (29).

En pacientes bulímicos, el frecuente cepillado dental posterior al vómito autoinducido puede contribuir a un mayor desgaste dentario. Winter y Davis realizaron un estudio en el que exponen que la erosión dental y la abrasión en conjunto, representan una tasa más elevada de desgaste de la estructura dental que en los casos en que se presentan individualmente. Así mismo, algunos autores afirman que los pacientes no deberían realizar cepillado inmediato después del vómito, sino hasta una hora después de este, aunque si es de gran importancia realizar enjuague bucal justo después del vómito o regurgitaciones, con el fin de reducir la acidez y la desmineralización del esmalte dental (33).

2.3.4 Sialoadenitis. La sialoadenitis o inflamación de las glándulas salivales es un padecimiento común en algunos pacientes con desórdenes alimenticios. Al examen clínico las glándulas afectadas suelen presentarse blandas a la palpación y se acompañan de dolor. Estudios coinciden en que la inflamación, uni o bilateral, de la glándula parótida es la más frecuente (33).

Este tipo de alteraciones ocurre primordialmente en aquellos individuos que se autoinducen el vómito, como en el caso de los que padecen de bulimia, y no es frecuente en individuos con trastornos alimenticios que se purgan por algún otro método (33).

Los procesos inflamatorios de las glándulas salivales pueden ser agudos o crónicos y recurrentes y su etiología es multifactorial, y aunque la causa más común es la infecciosa, también pueden influir factores como los cambios en la composición y cantidad salival, alteraciones en la morfología y función de los conductos salivales, o incluso pueden tener influencia los mecanismos inmunitarios del individuo (34).

2.3.5 Enfermedad periodontal. Debido a la escasa o nula ingesta de nutrientes en pacientes con desórdenes alimenticios, las consecuencias sobre el tejido periodontal varían desde pérdidas dentarias, óseas y afecciones a los tejidos de soporte, dentro de los cuales se involucra principalmente la encía; esto ocurre debido a que la mayoría de los pacientes con TCA presentan xerostomía, lo cual puede traer como resultado una gingivitis debido a la disminución del flujo salival, pues la saliva, aparte de cumplir múltiples funciones, es la responsable de mantener hidratados los tejidos y de arrastrar las bacterias. En consecuencia, además de la deshidratación de los tejidos, las deficiencias dietéticas, unidas a una mala higiene bucal por parte de los pacientes, crean un impacto en la salud periodontal de los mismos debido al cúmulo de factores irritativos locales (5).

Las deficiencias nutricionales, especialmente en la vitamina C pueden causar un efecto en el periodonto marginal que predispone a la gingivitis, además de que puede asociarse con inflamación gingival generalizada, sangrado espontáneo, ulceraciones, movilidad dental y aumento de la gravedad de la infección periodontal (19).

2.3.6 Lesiones en tejidos blandos. Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria generalmente presentan lesiones eritematosas en la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival, acompañadas de dolor, atrofia e infecciones oportunistas (5).

Las deficiencias de vitaminas como B6 y B12 o la deficiencia de hierro relacionadas con trastornos de la alimentación, pueden generar alteraciones directas sobre la integridad de la mucosa oral, que se convierten en atrofia, queilitis angular o alteraciones en el sabor y la sensación como la disgeusia y glosodinia. Del mismo modo, dependiendo del uso de medidas nocivas como el vómito autoinducido, la mucosa palatina puede presentar lesiones eritematosas o erosivas secundarias a traumas mecánicos producto fricciones continuas y del contacto repetitivo con los ácidos gástricos, las cuales a su vez se relacionan con la disminución en el recambio de las células epiteliales (34). Además de las deficiencias nutricionales, el deterioro metabólico, la falta de higiene personal, el consumo de drogas, los constantes vómitos y regurgitaciones, y los trastornos psicosociales son factores que influyen en la aparición de estos signos y síntomas (5).

2.3.7 Xerostomía. La xerostomía comprende aquella sensación de sequedad a nivel de la mucosa bucal, generalmente como consecuencia de una alteración funcional o patológica de la producción de saliva. Esta alteración puede ser crónica o transitoria y dificultar procesos como el habla y la deglución, ocasionando además mal aliento y dificultades en la higiene, y favoreciendo la formación de caries, gingivitis e incluso derivando infecciones como la candidiasis (5).

Se trata de un síntoma y no una enfermedad que comprende la disminución o ausencia de secreción salival, y puede presentarse en diversas circunstancias patológicas ocasionadas por factores como la disminución de la función de las glándulas salivales, secundaria a radiaciones de cabeza y cuello o como efecto adverso de la ingesta de algunos medicamentos (35).

Los hallazgos clínicos más comunes relacionados con la xerostomía se manifiestan en adelgazamiento y pérdida de brillo de la mucosa, acompañada de palidez. El dorso de la lengua puede presentar fisuras y lóbulos, al igual que los labios, lo cual se conoce como xeroqueilía (35).

La xerostomía es descrita como una sensación subjetiva de ausencia o reducción del flujo salival y también se le conoce con los términos de boca seca o hiposalivación (36).

Touyz y colaboradores refieren que, aunque la saliva se hace más ácida en pacientes con desórdenes alimenticios, no existe disminución en el flujo de la misma. Por otra parte, autores como Dawson y Milosevic, no encontraron diferencias relevantes entre los valores del pH salival en pacientes con bulimia, comparado con sus controles. Aunque Touyz y colaboradores argumentan que sí existe disminución en las concentraciones de bicarbonato, así como aumento de su viscosidad (13).

2.3.8 Alteraciones en lengua. La lengua es el órgano espejo tanto de la salud como de la enfermedad general, cambios como la falta de hidratación, lubricación o las alteraciones producidas por diversas patologías, son factores de riesgo que aumentan la tendencia a crear infecciones o ulceraciones. En el caso de los pacientes con TCA, donde los vómitos autoinducidos son comunes, pueden observarse distintos cambios a nivel de dicho órgano como resultado del contenido ácido del vómito o la regurgitación, generando una depapilación de la lengua que posteriormente se traduce en inflamación de la misma. La inflamación de la lengua se conoce con el término de glositis y puede reflejar la deficiencia de nutrientes y vitaminas, dentro de los cuales se encuentran la riboflavina, niacina, vitamina B6, B12 y E, además de ácido fólico, hierro y zinc, por mencionar algunos. A la pérdida parcial o completa de papilas predominantemente filiformes y fungiformes, en la superficie dorsal de la lengua, se le denomina glositis atrófica, la cual representa una manifestación común en personas que padecen desórdenes alimentarios. Una alta proporción de pacientes con glositis atrófica manifiesta que además de dolor, pueden experimentar sensación de ardor, entumecimiento de la lengua y disgeusia, del mismo modo, presentan una lengua con aspecto brillante, roja y lisa, como se observa en las anemias (15,37).

2.3.9 Mordida abierta anterior. Una de las alteraciones ortodónticas más comunes en pacientes con desórdenes alimentarios es la mordida abierta anterior, la cual ocurre cuando los dientes anteriores no contactan con sus antagonistas al encontrarse en oclusión. Este es un signo frecuente especialmente en los casos de pacientes con bulimia nerviosa, debido a la interferencia mecánica constante producida entre los dientes superiores y los objetos que utilizan para autoinducir el vómito, los cuales pueden variar desde los dedos hasta cepillos de dientes, peinetas, entre otros, de manera que el contacto mecánico repetitivo entre el objeto y la superficie dental logra movilizar los dientes a una nueva posición (15,38).

2.3.10 Hipersensibilidad dentinaria. Sin duda alguna, la dieta juega un papel importante en el equilibrio de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, por lo que alteraciones como las causadas por los trastornos de la conducta alimentaria, generan un impacto sobre dichos tejidos (15).

Dadas las conductas purgativas frecuentes observadas en la bulimia nerviosa, donde el contenido de los ácidos gástricos se encuentra en contacto directo con los dientes y tejidos blandos de la cavidad bucal, se han identificado alteraciones comunes como la erosión de las caras linguales de los dientes anterosuperiores, reflejada como la pérdida de tejido, bien sea de esmalte o de dentina en los casos más crónicos, ocasionando además hipersensibilidad dentinaria o dolor, la cual puede aumentar ante los estímulos térmicos o del tacto, además de que su severidad puede variar dependiendo del tiempo en que dure la enfermedad y la frecuencia de las regurgitaciones (15,39).

2.4 Efectos extraorales de los trastornos de la conducta alimentaria

Dermatológicamente han sido reportados alrededor de 40 signos comunes en pacientes con trastornos alimenticios, los cuales pueden conducir a un diagnóstico oportuno. Estos signos cutáneos son ocasionados generalmente por la inanición, los vómitos autoinducidos, enfermedades psiquiátricas concomitantes y en algunos casos, por el consumo de drogas (24).

Los signos frecuentes producto de la inanición incluyen xerosis, carotenodermia, acrocianosis, alopecia, uñas quebradizas y queilitis angular, y entre las manifestaciones asociadas a vómito inducido el más común es el signo de Russell (24).

2.4.1 Xerosis. La asteatosis o xerosis es un trastorno cutáneo caracterizado por signos como piel áspera, descamativa y frecuentemente pruriginosa, producto de una modificación estructural del estrato córneo, su contenido en agua y un defecto en la diferenciación queratinocítica (40).

En las personas con trastornos alimenticios, la secreción de sebo producto de la inanición ocurre generalmente durante la cuarta semana, sin embargo, en ocasiones puede aparecer a partir de la primera y segunda semana (24). Especialmente en pacientes con anorexia, la privación total de calorías cronológicamente ocasiona una reducción en la secreción sebácea de las glándulas salivales. Del mismo modo, la carencia de oligoelementos y vitaminas pueden tener un papel importante en la patogénesis de estas alteraciones (41).

2.4.2 Hipertrichosis. Se entiende por hipertrichosis al crecimiento excesivo del vello terminal en cualquier sitio del tegumento, esto puede ocurrir tanto en el género masculino como en el femenino y puede clasificarse en generalizada, difusa y localizada, y a su vez dividirse en congénita o adquirida (1).

Existe un signo frecuente en individuos con anorexia conocido como vello corporal lanugo, representado en vellos finos y pigmentados en la zona abdominal, espalda y antebrazos, se dice que es frecuente en mujeres jóvenes y se asocia con la disminución de la actividad de la enzima 5- α - reductasa, probablemente relacionada con el hipotiroidismo (41).

2.4.3 Alopecia difusa. Las agresiones por distintos factores como los fármacos, el estrés, la fiebre, hemorragias, dietas bajas en calorías, entre otros, ocasionan una respuesta folicular que se muestra como cabello fino, frágil, seco y opaco en pacientes con desórdenes alimenticios. Aunque la alopecia depende la susceptibilidad del individuo, y está determinada por la proporción de folículos afectados, su duración, causas y severidad, es común que se presente entre los primeros 4 y 12 meses de establecimiento de los trastornos alimentarios. En pacientes con TCA, existe un patrón difuso de alopecia con influencia importante en la zona del hueso frontal y temporal (15). Existe un signo común en pacientes con anorexia nerviosa conocido con el término “Pili torti”, el cual refiere aquella torsión del tallo del cabello en su propio eje (41).

2.4.4 Uñas frágiles. La xerosis y el acotamiento de los lípidos en la zona de las uñas es una continua causa de fragilidad en este tipo de tejidos. En pacientes con anorexia nerviosa, la fragilidad en cabello y uñas pueden ser un signo particular, cuando es difícil reconocer las señales propias de la piel. Igualmente, la fragilidad y distrofia en las uñas puede ocasionar alteraciones en los dedos de las manos y confundirse con infecciones como onicomycosis (33).

Existe un signo clínico conocido como coiloniquia, el cual se presenta en una curvatura de la lámina ungueal, confiriéndole un aspecto cóncavo o de “cuchara” a la misma, y está asociado con la deficiencia de hierro y las alteraciones endocrinas. El lecho ungueal puede presentar una coloración amarillenta debido a carotenodermia. Estudios reportan que el dedo principal con el

que los pacientes con trastornos alimenticios, como en los casos de bulimia, inducen el vómito, puede presentar erosión a nivel ungueal, la cual se denomina “paroniquia” y es producida por la constante exposición a los ácidos gástricos (15).

2.4.5 Acrocianosis. Este signo se presenta como una coloración eritrocianótica persistente de patrón moteado en la zona de las manos y los pies, se asocia con palidez en la cara y el tronco de los individuos con TCA, y se acompaña de disminución en el pulso y altos niveles de glicemia en plasma en ayuno (15). Esta alteración es frecuente en pacientes en donde la enfermedad ya ha avanzado y podría ser un signo cardinal en anorexia nerviosa, el cual también puede ser potencialmente mortal (41).

2.4.6 Carotenodermia. La carotenodermia es un fenómeno caracterizado por una pigmentación anaranjada en la zona de la piel, producto de la deposición de caroteno en el estrato córneo. Está asociada con un alto valor de β -caroteno en la sangre, y aunque representa un hallazgo clínico importante, es una condición inofensiva (1).

Su etiología es multifactorial, asociada al alto consumo de β -caroteno bien sea en verduras, frutas, huevos o en suplementos nutricionales; existen alteraciones metabólicas como el hipotiroidismo, la diabetes mellitus, estados como el embarazo y enfermedades como la anorexia nerviosa; y carotenemia familiar que pueden predisponer a este tipo de fenómenos. Algunos autores exponen que su causa puede ser un defecto adquirido en el metabolismo o la utilización de vitamina A, pero que también puede estar relacionada con anomalías de lípidos o con la disminución del catabolismo de la β -lipoproteína, o por hipotiroidismo (1).

Otro signo común de carotenodermia es su apariencia mejorada o más pronunciada bajo la luz artificial, además de que a diferencia de lo que ocurre en la ictericia, la carotenemia no afecta la esclerótica (42).

2.4.7 Queilitis angular. La deficiencia de nutrientes y vitaminas en pacientes con TCA ocasionan una alteración tanto en la conservación como en el recambio epitelial, especialmente por la falta de riboflavina. Este signo se representa como fisuras o grietas en la piel, irradiadas de los extremos o ángulos de la boca o labios, muchas veces se extienden hasta la membrana de la mucosa. Las grietas tienen una apariencia de color rojo vivo, pero pueden cambiar a color amarillo como resultado de una infección secundaria especialmente por *Cándida* (15).

2.4.8 Signo de Russell. El signo de Russell es una de las manifestaciones más comunes ocasionadas por vómitos autoinducidos, consiste en una formación cálcica a nivel del dorso de la mano y los dedos de los individuos, también pueden presentarse como ulceraciones o callosidades hiperpigmentadas con un tamaño de aproximadamente 6x10 mm (5,43).

Este tipo de traumatismo cutáneo es ocasionado por la repetitiva abrasión de la piel contra las superficies dentales, especialmente de los incisivos, durante el vómito autoinducido en pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria y puede aparecer en cualquier parte del dorso de la mano, aunque frecuentemente se observa en la zona de la articulación metacarpofalángica de los dedos. Pueden aparecer como lesiones superficiales y progresar a callos hiperpigmentados con cicatrices, dependiendo de la frecuencia del hábito (43,44).

Aunque se considera un hallazgo clínico frecuente en pacientes con bulimia nerviosa, estudios como el elaborado por Berner E, Piñero J y Valiente S, en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, en Buenos Aires; han demostrado que algunos pacientes tienen la capacidad de reconocer esta manifestación cutánea, por lo que deciden recurrir a otros métodos para la inducción del vómito (45), utilizando elementos como cepillos de dientes o cucharas e incluso algunos aprenden a autoinducir la emesis espontáneamente mediante contracciones abdominales (43).

2.4.9 Hipertrofia parotídea. El aumento del volumen de las glándulas salivales es la manifestación más temprana en los pacientes con bulimia nerviosa con una frecuencia del 10 al 50%. La glándula parótida es comúnmente la más afectada y su agrandamiento se conoce con el término de hipertrofia parotídea. El aumento del volumen es directamente proporcional a la frecuencia de los vómitos y puede manifestarse después de los primeros 2 a 6 días a partir de un episodio de atracón y purgación. Aunque su agrandamiento puede ser indoloro y percibirse blando a la palpación, sea uni o bilateral, también puede generar un efecto psicológico negativo sobre los pacientes con TCA, ya que puede proporcionar al rostro un aspecto más ancho y cuadrado debajo de la mandíbula, por lo que las personas con TCA percibirán una imagen más voluminosa de su cara (46,47).

2.5 Alteraciones sistémicas de los trastornos alimentarios

2.5.1 Alteraciones gastrointestinales. Los motivos de consulta más comunes en las personas que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria, son las molestias gastrointestinales, las cuales pueden ser tan diversas como frecuentes en este tipo de pacientes. Antes que consultar por un desorden alimenticio, los pacientes consultan por dispepsia, definida como un trastorno digestivo que aparece después de ingerir alimentos y se acompaña de náuseas, dolor y ardor estomacal, pesadez y flatulencia (48).

En el caso de los pacientes con TCA, en los cuales son comunes las prácticas de inanición, vómitos, episodios de atracones y el uso crónico de laxantes como método de purgación, se generan consecuencias graves a nivel gastrointestinal. Una de las complicaciones más frecuentes asociadas a estos trastornos es la dilatación gástrica, caracterizada por un intenso dolor y distensión abdominal e incapacidad para vomitar, la cual es considerada como urgencia debido al riesgo de necrosis y perforación abdominal, y puede ocurrir como resultado de un episodio de atracón, en el caso de las personas con bulimia nerviosa, o en los momentos de realimentación, como ocurre en las personas con anorexia nerviosa (48).

2.5.2 Alteraciones endocrinas. Los TCA pueden traer consigo múltiples alteraciones endocrinas, dentro de las cuales se encuentran el retraso puberal y de crecimiento, amenorrea, infertilidad, cambios de humor, entre otras manifestaciones como consecuencia del déficit en los niveles hormonales, la disminución de la disponibilidad energética, estrés, anomalías del sueño, pérdida progresiva de masa muscular y grasa, ejercicio excesivo, por mencionar algunas de las causas (49).

La amenorrea es uno de los síntomas más comunes en la anorexia nerviosa, es definida como la ausencia del ciclo menstrual y puede coincidir con el comienzo de este trastorno, pero también puede precederlo, además de que comúnmente persiste tras la recuperación del peso y suele ser la última manifestación en desaparecer (48-50).

Dependiendo del inicio de la enfermedad, la amenorrea puede ser primaria o secundaria; es primaria si la mujer nunca tuvo menstruaciones y secundaria en el caso de las mujeres pospuberales si se produce durante tres ciclos menstruales. A partir de los 16 años de edad, debe establecerse un diagnóstico de amenorrea ante la ausencia de ciclos menstruales con o sin desarrollo puberal. Así mismo, descartando un embarazo, la amenorrea en una adolescente representa un síntoma de alarma para un posible diagnóstico de anorexia nerviosa. En un estudio enfocado en adolescentes, se demostró que el 28% de las mujeres con edades entre los 11 y los 18 años que padecían de AN presentaban amenorrea primaria, comparadas con el 11% de las adolescentes con peso normal. En el caso de las mujeres que padecen TCA, la amenorrea es producida debido a una disminución de la pulsatilidad de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), como consecuencia de la disminución en los niveles de leptina (Hormona producida por el adipocito). Dicha alteración es traducida además en bajos niveles de hormona luteinizante (LH) y de hormona folículo estimulante (FSH). Por otra parte, los hombres pueden presentar alteraciones en los niveles de testosterona y gonadotropinas, además de disminución en las emisiones nocturnas o erecciones matutinas y disfunción eréctil (48,49,51)

2.5.3 Alteraciones cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son unas de las consecuencias más temidas como resultado de los TCA, pues se cree que los cambios estructurales y funcionales aumentan significativamente el riesgo de muerte súbita en este tipo de pacientes, por lo que deben ser reconocidos y tratados precozmente. Dentro de las alteraciones más comunes se encuentran bradicardia, hipotensión, arritmias cardíacas asociadas a hipocalcemia, prolapso de válvula mitral, entre otras (48). Se ha descrito que hasta el 80% de los pacientes adolescentes con AN presentan alguna de estas complicaciones (49).

Aunque los síntomas físicos pueden variar, estos pueden incluir mareos, dolor de cabeza síncope y palpitaciones, sin embargo, muchos de los pacientes pueden ser asintomáticos incluso en presencia de una inestabilidad importante de los signos vitales. En los casos de los pacientes con desórdenes alimenticios restrictivos, suele presentarse una disminución significativa de masa ventricular izquierda, del gasto cardíaco disminuido y del volumen sistólico, esto como producto de la con la pérdida progresiva de peso, lo que conlleva a una disfunción sistólica y frecuencia cardíaca baja, debido a que el corazón trata de adaptarse a los cambios para reducir su carga de trabajo (49). Por lo que se recomienda realizar ecocardiograma en aquellos pacientes en los que se presente una hipotensión importante, pulso paradójico o presión venosa yugular elevada (48).

En relación con las anomalías vasculares periféricas, estas son producidas por una desregulación de la vasodilatación y vasoconstricción como respuesta principalmente a la temperatura. Esto explica fenómenos como la acrocianosis, muy común en la anorexia nerviosa, generada por la vasoconstricción de las arteriolas de la piel y la venodilatación (48).

2.5.4 Osteoporosis. La osteoporosis u osteopenia representa una de las repercusiones sistémicas más relevantes de la anorexia nerviosa, ya que el 50% de los pacientes con este tipo de trastornos presentan una disminución en la densidad mineral ósea, y su magnitud y localización dependerá de la edad de inicio y duración de la enfermedad (52).

La masa ósea de un individuo aumenta conforme a la edad, ganancia en peso y altura. Una adecuada mineralización ósea durante la infancia, adolescencia y adultez, dependerá de la interacción hormonal, nutricional y de los hábitos del individuo, por lo que la etiología de la osteoporosis se considera multifactorial, sin embargo, el inicio de un trastorno alimentario durante la infancia o adolescencia asociado a malnutrición, se relaciona con un elevado riesgo de desarrollo de osteopenia, incluso en aquellas personas con una corta evolución de la enfermedad (52).

2.5.5 Obesidad. Aunque la obesidad no hace parte directa o estricta de los TCA debido a su heterogeneidad, multiplicidad de formas clínicas y etiología multifactorial; algunas de sus formas de manifestación representan un papel importante como patologías resultantes de perturbaciones graves de las conductas alimentarias (51).

En el caso de la hiperfagia bulímica, una forma de obesidad que hace parte de las clasificaciones psiquiátricas específicas dentro del contexto de los TCA, la cual ha sido incluida dentro de la quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) como uno de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE), el cual se caracteriza por el consumo excesivo de alimentos en cierto periodo de tiempo, sumado a la pérdida de control, pero sin adoptar estrategias regulares de control de peso. Dichos episodios de hiperfagia unidos a la ausencia de estrategias recurrentes de control de peso, conllevan a un aumento considerable del sobrepeso e incluso a la obesidad (51).

2.5.6 Bajo peso. En el caso de los TCA, la pérdida de peso suele ocurrir en forma rápida y acompañada de retraso en la talla. En las edades más tempranas o durante la adolescencia, la desviación de la curva de crecimiento suele ser el primer signo de la anorexia nerviosa, incluso antes que la pérdida de peso (51).

El bajo peso ocurre como consecuencia de las conductas de restricción alimentaria y representa el principal motivo de consulta inicial por parte de la familia, debido a que es uno de los signos más evidentes. Aunque la pérdida de peso puede ser progresiva, comúnmente logra superar el 25% del peso inicial de la persona o en algunos casos, el 50% del peso normal para la edad (51).

El grado de adelgazamiento puede calcularse mediante el Índice de masa corporal (IMC) del individuo, los valores normales se encuentran entre 18 y 25, valores por debajo de 18 indican

delgadez, y por debajo de 14, desnutrición. La hospitalización se recomienda en valores de IMC inferiores a 13 o 14. Si el IMC es menor a 11, el riesgo de fallecimiento es realmente alto. (51).

2.6 Anorexia Nerviosa

Es un trastorno caracterizado por el rechazo a mantener un peso corporal dentro de los rangos mínimos de normalidad, el temor por ganar peso y la modificación en la percepción física del cuerpo tanto en tamaño como en forma (53).

2.6.1 Criterios diagnósticos. Las personas que padecen de AN presentan un peso corporal por debajo de los valores normales para su edad y talla, esta disminución en el peso surge de una reducción absoluta o limitada de la ingesta, que generalmente inicia por la exclusión de aquellos alimentos con alto contenido calórico y posteriormente resulta en una dieta condicionada a unos pocos alimentos. Aunque muchos de los signos y síntomas característicos de este trastorno se asocian con la inanición, las personas con AN pueden recurrir a otras alternativas para perder peso, como el uso de laxantes o purgas y el excesivo ejercicio, sin embargo, es necesario que el clínico tenga en cuenta otros datos como el historial de peso o la constitución física de la persona, para determinar su peso mínimo normal (15,53,54).

Frecuentemente, estas personas tienen poca conciencia de su alteración y tienden a negarla debido a su temor intenso por ganar peso, además de que consideran la pérdida de peso como un logro y una autodisciplina. Por otro lado, existen personas que son conscientes de su estado extremo de delgadez, pero no tienen en cuenta las repercusiones que conlleva en su salud (15,53,54).

Cuando la anorexia nerviosa se presenta en mujeres desde su niñez o inicios de adolescencia, en lugar de pérdida de peso puede haber ausencia o insuficiencia de aumento de peso, además, en los casos de las niñas o adolescentes que ya han tenido su menarquia, puede presentarse amenorrea, lo cual es un signo de disfunción fisiológica debido a los bajos niveles de estrógenos ocasionados por disminuciones hormonales en la secreción hipofisaria. En las niñas prepuberales, la AN puede generar un retraso en la aparición de la menarquia. En los casos de AN en mujeres pospuberales, la presencia de amenorrea es un signo frecuente, debido a los niveles séricos bajos de estrógenos, lo que puede ocasionar ausencia de al menos tres ciclos menstruales contiguos. Del mismo modo, en los hombres se pueden presentar bajos niveles de testosterona, y como consecuencia de la pérdida de peso, en ambos sexos puede haber signos de ánimo deprimido e insomnio, irritabilidad, así como retraimiento social y pérdida de interés sexual, fisiopatológicamente puede haber intolerancia al frío, letargia, dolor abdominal, estreñimiento y sequedad en la piel acompañada de coloración amarillenta, pero el hallazgo clínico más evidente es la emaciación (15,53,54).

2.6.2 Subtipos de anorexia nerviosa. Con base en la presencia o ausencia de episodios de atracones o ingesta compulsiva de alimentos, el uso de purgas o prácticas como el vómito autoinducido o la restricción alimentaria, la anorexia nerviosa puede clasificarse en dos subtipos (53).

2.6.2.1 Tipo restrictivo. El individuo recurre a métodos de ayuno, dietas estrictas o la realización excesiva de ejercicio para conseguir la pérdida de peso, en estos casos las personas con anorexia nerviosa no presentan cuadros clínicos de atracones o purgas (53).

2.6.2.2 Tipo compulsivo/purgativo. En este subtipo se clasifican los individuos con AN que generalmente recurren al uso de purgas o presentan episodios de atracones, o ambos, provocándose vómito, enemas o recurriendo a métodos como laxantes o diuréticos para disminuir su peso corporal (53).

2.7 Bulimia Nerviosa (BN)

Es un desorden alimenticio caracterizado por la presencia de episodios patológicos compulsivos recurrentes, conocidos como atracones o comilonas, acompañados de conductas compensatorias como la purgación y los vómitos autoinducidos para prevenir la ganancia de peso (15).

2.7.1 Criterios diagnósticos. En la bulimia nerviosa los individuos presentan episodios de atracones o comilonas recurrentes, que se acompañan de conductas purgativas encaminadas a la pérdida de peso. Las personas con BN, al igual que en la AN, se encuentran preocupadas excesivamente por su peso y silueta corporal, sin embargo, un aspecto diferencial entre la anorexia nerviosa tipo compulsiva o purgativa y la bulimia nerviosa, es que los individuos con este último trastorno son capaces de mantener el peso igual o por encima de los niveles mínimos de normalidad, por lo que la ausencia de un estado de inanición muchas veces hace que su diagnóstico sea más difícil y tardío. Sin embargo, la preocupación excesiva por la silueta y el peso corporal son factores determinantes que crean repercusiones en la autoestima de las personas debido a la insatisfacción con su aspecto físico, por lo que los síntomas depresivos en las personas con BN son realmente frecuentes, al igual que los síntomas de ansiedad, no obstante, todos estos desaparecen al tratar el trastorno bulímico (15,53,54).

Para establecer el diagnóstico de BN en una persona, es necesario que los episodios de atracones y las conductas compensatorias no apropiadas se presenten en una frecuencia mínima de 2 veces por semana durante un periodo de 3 meses. Los episodios de comilonas o atracones se caracterizan por la ingesta de cantidades de alimento muy superiores a lo que la mayoría de los individuos acostumbran a comer, durante un corto periodo de tiempo, que generalmente está representado en un par de horas. Las personas con este tipo de trastorno suelen ingerir incluso más calorías en un atracón, que lo que lo haría una persona sin bulimia nerviosa. No es considerado como atracón la ingesta repetitiva de pequeñas o mínimas cantidades de comida a lo largo de un día (15,53,54).

Además de que los individuos generalmente se sienten avergonzados de sus conductas inapropiadas e intentan realizarlas a escondidas, también pueden o no haber planeado estas prácticas con antelación, a las cuales puede añadirse la falta de control, por lo que pueden durar

hasta que inclusive la persona logre sentir dolor por la plenitud de la ingesta y ya no pueda engullir más alimento (53).

Existen conductas compensatorias no apropiadas para evitar el aumento de peso con los atracones, como lo son el vómito autoinducido, el cual es el método más común, pero también puede recurrirse a la ingesta de purgas, diuréticos o laxantes y a la práctica excesiva de actividad física. Los efectos posteriores a los vómitos autoinducidos pueden representarse en la disminución del temor a ganar peso y la ausencia de malestar físico, por lo que esta práctica se convierte en un objetivo sucesor de las comilonas. Pueden emplearse diversas técnicas para la autoinducción del vómito, que van desde el uso los dedos hasta instrumentos como cucharas o cepillos de dientes, aunque algunos individuos pueden autoinducir la emesis espontáneamente mediante contracciones abdominales (15,43,53).

Las prácticas de vómitos autoinducidos tienen repercusiones no sólo en el organismo, sino también en lugares específicos como la cavidad bucal, generando daños tanto en tejidos duros como blandos; dentro de los cuales se encuentran las erosiones en las superficies dentales, hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente de la parótida, y otras manifestaciones extraorales como el signo de Russel (43,53).

2.7.2 Subtipos de bulimia nerviosa. Con base en la presencia o ausencia de métodos purgativos recurrentes, como el uso de laxantes, diuréticos o enemas, para compensar la alta ingesta de alimentos durante los episodios de atracones; la bulimia nerviosa puede clasificarse en dos tipos (53).

2.7.2.1 Tipo purgativo. El individuo recurre a métodos compensatorios inapropiados como el vómito autoinducido o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio de bulimia nerviosa (53).

2.7.2.2 Tipo no purgativo. En este subtipo se clasifican los individuos con BN que utilizan otros métodos como el ayuno o las prácticas excesivas de actividad física para compensar los episodios de comilonas, pero no se han provocado el vómito ni han ingerido laxantes, diuréticos ni enemas (53).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones bucales, en odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás.

3.2 Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Identificar las fortalezas y debilidades conceptuales que tienen los docentes en relación con los trastornos alimenticios y sus manifestaciones bucales.

- Evaluar el nivel de conocimientos de los odontólogos docentes en relación con su área de desempeño.

4. Método

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, dado que se llevó a cabo un procedimiento de observación mediante el cual se establecieron distintas variables aplicadas a la población o muestra en estudio, en este caso, los docentes odontólogos de la Universidad Santo Tomás, y posteriormente fueron comparadas. Su carácter transversal se debe a que el proceso fue realizado en un momento determinado del tiempo, por lo cual hay ausencia de seguimiento. Dentro de las ventajas de este tipo de estudio se encuentra su bajo costo, la facilidad de realización y el poco tiempo necesario para la recolección de los datos (55).

4.2 Selección y descripción de los participantes

4.2.1 Universo y muestra. En la presente investigación, la población estuvo conformada por los docentes de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás que desarrollaban actividades en los espacios académicos teóricos y prácticos (preclínicas y clínicas). El universo estuvo constituido por 99 docentes que se encontraban laborando en la modalidad de tiempo completo, medio tiempo y hora cátedra en el primer y segundo período del 2020, según datos proporcionados por la decanatura de la facultad de odontología.

4.2.2 Tipo de muestreo. En este caso no se realizó algún tipo de muestreo dado que se tuvieron en cuenta los 99 docentes que se encontraban laborando en el primer y segundo período del 2020.

4.2.3 Criterios de selección.

4.2.3.1 Inclusión.

- Docentes de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás que se encuentren laborando en el primer y segundo periodo del 2020.
- Docentes que se encuentren vinculados en modalidad tiempo completo, medio tiempo o cátedra de la facultad de odontología.
- Docentes que laboren en cualquier espacio académico teórico, preclínico, clínico.

4.3 Variables

Teniendo en consideración la orientación de la presente investigación, se tuvieron en cuenta variables dependientes, que corresponden directamente a los conocimientos acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones bucales, y las variables independientes o sociodemográficas de los participantes (Ver Apéndice A).

4.4 Instrumento

Se adaptó el instrumento aplicado en el estudio realizado por Isabella Vilaza Dallago en la Universidad de Chile en el año 2008 (15), dado que no fue posible obtener el cuestionario desde la fuente original, a pesar de haber escrito al creador del mismo. El instrumento constó de 82 preguntas distribuidas en nueve grandes dimensiones dentro de las cuales se encontraban: a) La primera pregunta que correspondía al consentimiento informado, b) Las variables sociodemográficas (preguntas 2 a la 12), c) Las preguntas relacionadas con la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (preguntas 13 a la 22), d) Las alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con anorexia nerviosa (preguntas 23-34), e) Las manifestaciones extraorales de los TCA relacionados con anorexia nerviosa (preguntas 35-45), f) Las alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con bulimia nerviosa (preguntas 46-57), g) Las manifestaciones extraorales de los TCA relacionados con bulimia nerviosa (preguntas 58-68), h) Las manifestaciones intraorales de los TCA (preguntas 69-80), i) El manejo odontológico en los pacientes con TCA (preguntas 81 y 82). Para la evaluación del instrumento se tuvo en cuenta la sección relacionada directamente con los trastornos de la conducta alimentaria, que comprende desde la pregunta 12 a la 82, para un total de 70 puntos.

Para realizar el análisis, las estudiantes aplicaron el respectivo instrumento indicando a cada participante los parámetros que permitieron la elaboración del mismo; este fue elaborado en la plataforma Microsoft Forms, constó de cinco páginas con tipo de letra Times New Roman a 12 puntos, el cual contiene preguntas de selección múltiple y de acuerdo con las respuestas acertadas se considerará como nivel bajo de conocimientos los puntajes de 1-41, correspondiente a menos del 60% de respuestas correctas; nivel moderado de conocimientos de 42-55 que corresponde al 60-79% y finalmente un nivel alto de conocimientos con más del 80% de aciertos, reflejado en un puntaje total de 56-70 (Ver Apéndice B).

4.5 Prueba piloto

La prueba piloto fue aplicada a seis personas, las cuales fueron contactadas por medio de los correos electrónicos institucionales proporcionados previamente por la secretaría de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás. El formulario fue enviado al correo electrónico de cada participante de la prueba en el mes de junio del 2020 mediante un enlace de acceso que inmediatamente los direccionó al diligenciamiento del cuestionario. A cada pregunta se le demarcó con la opción de respuesta obligatoria, de manera que el participante lograra alcanzar el diligenciamiento completo y adecuado del cuestionario.

Se logró determinar que tanto el cuestionario como la plataforma electrónica utilizada para su aplicación, arrojaron la información requerida para el cumplimiento de los objetivos mencionados en el presente estudio. El formato electrónico permitió que los encuestados diligenciaran la prueba de manera satisfactoria, las preguntas fueron claras y no hubo objeción por parte de los participantes.

4.6 Procedimiento

Se solicitó ante la decanatura de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, el listado de los docentes odontólogos de pregrado que se encontraban laborando con la institución durante el primer y segundo período del 2020, para posteriormente ser contactados por medio de sus correos electrónicos institucionales, por lo que no fue necesaria la adaptación locativa. El trabajo de campo inició el día de 15 junio del año 2020, fecha en la que los docentes fueron contactados por primera vez vía correo electrónico y mediante la plataforma Microsoft Teams por parte de las estudiantes. Durante los meses de julio, agosto y septiembre, se realizaron tres recordatorios vía correo institucional, las estudiantes ingresaron a las aulas virtuales de diferentes asignaturas con el fin de promover la participación de los docentes en la investigación, el asesor de la clase realizó el envío del cuestionario desde su correo electrónico institucional y contactó por medio de llamadas telefónicas a algunos de los participantes; todo ello con el fin de aumentar la posibilidad y proporción de respuesta por parte de los docentes. El trabajo de campo culminó el 4 de septiembre del mismo año, día en el que fueron enviados los cuestionarios a los correos de los docentes por última vez.

Se contó con una población total de 99 docentes, a los cuales se les explicó el objetivo del proyecto por medio del correo electrónico y se les solicitó amablemente su participación en la investigación a través de la plataforma Microsoft Forms, además de la aprobación del consentimiento informado mediante el cual se autoriza el uso de la información para fines investigativos bajo el principio de confidencialidad de manera anónima. Se obtuvo respuesta por parte de 60 docentes, quienes una vez aceptaron el consentimiento virtualmente, procedieron a diligenciar el instrumento evaluativo de forma electrónica.

Inmediatamente después de que cada participante realizara el envío de la encuesta, estas quedaron registradas en la plataforma Microsoft Forms para seguidamente ser almacenadas y sistematizadas por los integrantes del proyecto en un archivo por duplicado de Excel. Posterior a ello, se corroboró la calidad de la información, se efectuaron las correcciones y se procesó en Stata14. Finalmente se realizó un análisis integral de la información obtenida a partir de los fundamentos del cuestionario, se dieron a conocer los resultados del estudio, las conclusiones obtenidas y las recomendaciones.

4.7 Plan de análisis estadístico

4.7.1 Plan de análisis estadístico univariado. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central junto con medidas de dispersión (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico dependiendo la distribución de los datos, dada por la prueba Shapiro Wilk) para las variables cuantitativas.

4.7.2 Plan de análisis estadístico bivariado. Para el análisis bivariado se aplicaron medidas de resumen como la prueba χ^2 /test exacto de Fisher para las variables cualitativas y las pruebas T de Student/U de Mann Whitney o Anova/Kruskal Wallis para las variables cuantitativas. Por otro lado, se observó la distribución de las variables cuantitativas con la prueba de Shapiro Wilk. Se consideró significancia estadística para aquellos valores $p \leq 0,05$ (Apéndice C).

4.8 Consideraciones éticas

La presente investigación se rige según la resolución 8430 de octubre de 1993 donde se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación en salud. A su vez, cumple con lo establecido en el capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” en los artículos 5 al 11, donde se establece que a todo ser humano que sea sujeto de estudio en una investigación, se le deberá garantizar su bienestar, el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos (56).

Por lo tanto, en esta investigación prevaleció la seguridad de los participantes y se les informó acerca de los riesgos, beneficios y derechos que conlleva su participación en la misma, además de que se contó con la supervisión de profesionales capacitados, con conocimientos y experiencia necesarios para cuidar la integridad de cada participante.

Se contó con un consentimiento informado electrónico, el cual fue diligenciado por parte del sujeto de investigación o representante legal según excepciones dispuestas en la resolución en mención, teniendo en cuenta la protección a la privacidad del individuo por medio de la asignación de un código. Posteriormente, se llevó a cabo una encuesta digital para determinar el nivel de conocimiento de los docentes odontólogos de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás acerca de las manifestaciones bucales en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Este estudio se clasificó dentro de la categoría de investigación sin riesgo, a partir de la misma resolución, dado que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sociológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Además de ello, la participación fue voluntaria y con libre decisión de continuar o retirarse de la misma en el momento que así lo desearon (56) (Ver Apéndice D).

5. Resultados

El instrumento evaluativo fue enviado a los 99 docentes de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás; de los cuales sólo se obtuvo una proporción de respuesta del 61,0% (60). Los resultados permiten determinar que la mediana de la edad de los participantes fue 50 años con un rango intercuartilico entre 36,5 y 55,5 años, el sexo femenino fue el más frecuente con un 68,3% (41). En promedio los docentes presentaron 12,3 (\pm 8,9) años de vinculación con la institución y 22,4 (\pm 10,0) años de experiencia.

5.1 Análisis univariado.

5.1.1 Aspectos sociodemográficos. Se evidenció que el 95,0% (57) de los docentes tiene alguna especialidad y, además, el 65,0% (39) es titular de algún espacio académico de la facultad de odontología, el 75,0% (45) de los participantes tiene contrato de continuidad y la modalidad de contrato del 60% (36) es de tiempo completo. Respecto al desarrollo de investigación, el 56,7% (34) de los docentes participan de manera activa en proyectos con la facultad y el 73,3% (44) de los odontólogos docentes ejercen su profesión en consulta (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas.

Variable	n (%)
Sexo	
Femenino	41 (68,3)
Masculino	19 (31,7)
Es especialista	
Si	57 (95,0)
No	3 (5,0)
Es titular	
Si	39 (65,0)
No	21 (35,0)
Modalidad de contrato	
Tiempo completo	36 (60,0)
Medio tiempo	23 (38,3)
Cátedra	1 (1,7)
Continuidad	
Si	45 (75,0)
No	15 (25,0)
Investigación	
Si	34 (56,7)
No	26 (43,3)
Consulta externa	
Si	44 (73,3)
No	16 (26,7)

5.1.2 Aspectos relacionados con la patogenia de los TCA. Según las respuestas dadas al cuestionario en relación con la patogenia de los TCA, se encontró que el 90% (54) de los participantes tienen claridad en la definición del término Trastornos de la Conducta Alimentaria. A su vez se evidenció que el 70% (42) de los docentes reconoce estas conductas como cuadros de relevancia social (Tabla 2).

El 75% (45) de los docentes reconocen a la Anorexia Nerviosa (AN) como una enfermedad crónica caracterizada por una extrema aversión a la comida, y el 78,3% (47) distingue la Bulimia Nerviosa (BN) como un desorden alimenticio de carácter compulsivo patológico, en el cual se produce un ciclo de atracón-purgación; sin embargo, el 38,3% (23) de los docentes relaciona los episodios recurrentes de comilonas con la Anorexia Nerviosa (Tabla 2).

El 46,6% (28) de la población, no tiene conocimiento respecto a la ausencia de ciclos menstruales en mujeres pospuberales que sufren de Bulimia Nerviosa. El 43,3% (26) de los participantes desconoce que tanto la Bulimia Nerviosa como la Anorexia Nerviosa no son fenómenos alimentarios complejos que estén íntimamente relacionados y no se encuentren en los pacientes en forma pura (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de las variables relacionadas con la patogenicidad de los TCA.

Ítem Dimensión relacionada con la patogenicidad de los TCA	Verdadero n (%)	Falso n (%)	No se n (%)
13. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se definen como: "Cualquier desorden en donde se relacionen hábitos anormales de alimentación con factores psicológicos alterados."	54 (90,0)	5 (8,3)	1 (1,7)
14. 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.	42 (70,0)	15 (25,0)	3 (5,0)
15. La Anorexia Nerviosa ha sido reconocida como una enfermedad crónica que se caracteriza por una extrema aversión a la comida.	45 (75,0)	6 (10,0)	9 (15,0)
16. 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.	47 (78,3)	4 (6,7)	9 (15,0)
17. En la Bulimia Nerviosa las mujeres pospuberales experimentan ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos	22 (36,7)	10 (16,7)	28 (46,6)
18. La Bulimia Nerviosa es un Desorden Alimenticio de carácter compulsivo patológico, en el cual se produce un ciclo de atracón-purgación.	47 (78,3)	0 (0,0)	13 (21,7)
19. En la Anorexia Nerviosa hay episodios recurrentes de comilonas	23 (38,3)	22 (36,7)	15 (25,0)
20. 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.	51 (85,0)	2 (3,3)	7 (11,7)
21. 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.	54 (90)	0 (0,0)	6 (10,0)
22. Tanto la Anorexia Nerviosa como la Bulimia Nerviosa son fenómenos alimentarios complejos, están íntimamente relacionados y se encuentran en los pacientes en forma pura.	26 (43,3)	10 (16,7)	24 (40,0)

5.1.3 Aspectos sobre alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con AN. El 75% (45) de los participantes tiene claridad al señalar que en este tipo de trastorno no hay presencia de peso normal, el 90% (54) de la población asocia esta enfermedad con el bajo peso. En contraste, se evidenció que el 76,7% (46) de los docentes presentó errores al afirmar que la osteoporosis es una alteración sistémica asociada a la Anorexia Nerviosa, el 78,3% (47) tuvo fallas al afirmar que la hipotensión se encuentra relacionada con este trastorno al igual que el 75% (45) de los odontólogos docentes encuestados que asoció la amenorrea y la hipotermia como alteraciones involucradas con la Anorexia Nerviosa. Se evidenció que el 65% (39) no tiene claridad al analizar la relación de la hiperamilasemia con AN (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de las variables relacionadas con las alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con AN.

Ítem Alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con AN	Correcto n (%)	Incorrecto n (%)	No se n (%)
23. Peso normal	10 (16,7)	45 (75,0)	5 (8,3)
24. Sobrepeso	8 (13,3)	48 (80,0)	4 (6,7)

Tabla 3. (Continuación).

25. Obesidad	7 (11,7)	49 (81,6)	4 (6,7)
26. Bajo peso	54 (90,0)	2 (3,3)	4 (6,7)
27. Arritmia	36 (60,0)	8 (13,3)	16 (26,7)
28. Bradicardia	37 (61,7)	6 (10,0)	17 (28,3)
29. Hipotensión	47 (78,3)	3 (5,0)	10 (16,7)
30. Amenorrea	45 (75,0)	1 (1,7)	14 (23,3)
31. Hipotermia	45 (75,0)	2 (3,3)	13 (21,7)
32. Hipocalemia	40 (66,7)	3 (5,0)	17 (28,3)
33. Osteoporosis	46 (76,7)	2 (3,3)	12 (20,0)
34. Hiperamilasemia	16 (26,7)	5 (8,3)	39 (65,0)

5.1.4 Aspectos sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con AN. Se demostró que el 55% (33) de los docentes acertó al afirmar que la xerosis corresponde a una manifestación extraoral de TCA relacionada con AN. Por otra parte, 58,4% (35) desconoce la relación de acrocianosis con la AN. Se reflejó que el 56,7% (34) no tiene claridad al correlacionar el Signo de Russell con este trastorno, además de que el 51,7% (31) mostró errores al analizar la hipertrofia parotídea y la carotenodermia como manifestaciones extraorales de TCA asociadas con la Anorexia Nerviosa (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de las variables sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con AN.

Ítem Manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con AN	Correcto n (%)	Incorrecto n (%)	No se n (%)
35. Xerosis	33 (55,0)	3 (5,0)	24 (40,0)
36. Hipertricosis	21 (35,0)	11 (18,3)	28 (46,7)
37. Signo de Russell	24 (40,0)	2 (3,3)	34 (56,7)
38. Carotenodermia	24 (40,0)	5 (8,3)	31 (51,7)
39. Alopecia difusa	46 (76,7)	1 (1,6)	13 (21,7)
40. Hipertrofia parotídea	23 (38,3)	6 (10,0)	31 (51,7)
41. Queilitis angular	41 (68,3)	3 (5,0)	16 (26,7)
42. Uñas frágiles	51 (85,0)	1 (1,7)	8 (13,3)
43. Dermatitis perioral irritativa	39 (65,0)	4 (6,7)	17 (28,3)
44. Cicatrices de automutilación	31 (51,7)	6 (10,0)	23 (38,3)
45. Acrocianosis	20 (33,3)	5 (8,3)	35 (58,4)

5.1.5 Aspectos sobre alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con BN. A partir de las alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con Bulimia Nerviosa (BN), se determinó que el 56,7% (34) de los participantes erró al señalar que en este tipo de trastorno no se evidencia peso normal, al igual que el 51,7% (31) tuvo equivocaciones al señalar que el sobrepeso no es una alteración asociada a este trastorno. Por el contrario, el 61,7% (37) acertó al indicar que no hay presencia de obesidad en relación con la Bulimia Nerviosa, así mismo, el 66,7% (40) logró identificar que el bajo peso corresponde a una alteración ligada a este tipo de trastorno, al igual que lo hizo el 63,3% (38) de los docentes que señalaron la arritmia como una alteración sistémica de TCA relacionada con BN (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de las variables sobre alteraciones sistémicas de TCA relacionadas con BN.

Alteraciones sistémicas de TCA relacionados con BN	Correcto n (%)	Incorrecto n (%)	No se n (%)
46. Peso normal	20 (33,3)	34 (56,7)	6 (10,0)
47. Sobrepeso	21 (35,0)	31 (51,7)	8 (13,3)
48. Obesidad	13 (21,7)	37 (61,7)	10 (16,6)
49. Bajo peso	40 (66,7)	12 (20,0)	8 (13,3)
50. Arritmia	38 (63,3)	5 (8,3)	17 (28,3)
51. Bradicardia	32 (53,4)	8 (13,3)	20 (33,3)
52. Hipotensión	32 (53,3)	9 (15,0)	19 (31,7)
53. Amenorrea	34 (56,7)	5 (8,3)	21 (35,0)
54. Hipotermia	32 (53,3)	8 (13,3)	20 (33,3)
55. Hipocalemia	27 (45,0)	5 (8,3)	28 (46,7)
56. Osteoporosis	25 (41,7)	12 (20,0)	23 (38,3)
57. Hiperamilasemia	15 (25,0)	6 (10,0)	39 (65,0)

5.1.6 Aspectos sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con BN. De la dimensión que evalúa las manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con BN, se evidenció que si bien un 46,7% (28) de los docentes odontólogos que participaron en la encuesta, acertó al afirmar que la xerosis es una manifestación de TCA asociada a la Bulimia Nerviosa, otro 46,7% (28) de los participantes desconoce la relación de esta manifestación con el trastorno (Tabla 6).

Se logró establecer que el 61,7% (37) no tiene claridad al analizar la presencia del signo de Russell como una manifestación extraoral en la BN, al igual que ocurrió con el 56,7% de los encuestados en el análisis de la acrocianosis como manifestación asociada a este trastorno. Además, se identificó que el 56,7% de la población (34) a la que se le aplicó la prueba, desconoce la relación entre carotenodermia y Bulimia Nerviosa (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de las variables sobre manifestaciones extraorales de TCA relacionadas con BN.

Ítem Manifestaciones extraorales de los TCA relacionadas con BN	Correcto n (%)	Incorrecto n (%)	No se n (%)
58. Xerosis	28 (46,7)	4 (6,6)	28 (46,7)
59. Hipertrichosis	17 (28,3)	14 (23,3)	29 (48,3)
60. Signo de Russell	19 (31,7)	4 (6,6)	37 (61,7)
61. Carotenodermia	16 (26,7)	10 (16,6)	34 (56,7)
62. Alopecia difusa	34 (56,7)	5 (8,3)	21 (35,0)
63. Hipertrofia parotídea	21 (35,0)	7 (11,7)	32 (53,3)
64. Queilitis angular	36 (60,0)	5 (8,3)	19 (31,7)
65. Uñas frágiles	41 (68,3)	4 (6,7)	15 (25,0)
66. Dermatitis perioral irritativa	41 (68,3)	4 (6,7)	15 (25,0)
67. Cicatrices de automutilación	28 (46,7)	6 (10,0)	26 (43,3)
68. Acrocianosis	15 (25,0)	11 (18,3)	34 (56,7)

5.1.7 Aspectos sobre manifestaciones intraorales los de TCA. Con base en la dimensión de las manifestaciones intraorales de los TCA, se obtuvieron los siguientes resultados: El 91,7% (55) de los docentes reconoce que la erosión dental en las caras palatinas de dientes anteriores es una manifestación de los trastornos de la conducta alimentaria. El 83,3% (50) acertó al asociar la hipersensibilidad dentaria como manifestación intraoral relacionada con este tipo de trastornos, al igual que ocurrió con el 65% (39) de encuestados que indicaron la xerostomía como manifestación. El 75% (45) de la población encuestada reconoce que las lesiones en mucosa bucal pertenecen al grupo de manifestaciones intraorales que se evidencian en los TCA. Por otra parte, se reflejó que únicamente el 5% (3) del total de docentes a los que se les aplicó la prueba, acertó al afirmar que la mordida abierta anterior representa una manifestación intraoral asociada a TCA (Tabla 7).

Tabla 7. Descripción de las variables sobre manifestaciones intraorales de los TCA.

Ítem Manifestaciones intraorales de los TCA	Es una manifestación n (%)	No es una manifestación n (%)	No estoy seguro si es una manifestación n (%)
69. Erosión dental en caras palatinas de dientes anteriores	55 (91,7)	2 (3,3)	3 (5,0)
70. Erosión dental de las caras vestibulares de todos los dientes	27 (45,0)	24 (40,0)	9 (15,0)
71. Erosión dental en caras linguales de dientes inferiores	39 (65,0)	11 (18,3)	10 (16,7)
72. Hipersensibilidad dentinaria	50 (83,3)	6 (10,0)	4 (6,7)
73. Xerostomía	39 (65,0)	7 (11,7)	14 (23,3)
4. Gingivitis	39 (65,0)	8 (13,3)	13 (21,7)

Tabla 7. (Continuación).

75. Mayor número de caries	36 (60,0)	7 (11,7)	17 (28,3)
76. Mordida abierta anterior	3 (5,0)	38 (63,3)	19 (31,7)
77. Periodontitis	20 (33,3)	22 (36,7)	18 (30,0)
78. Glositis	29 (48,3)	14 (23,3)	17 (28,3)
79. Lesiones en mucosa bucal	45 (75,0)	3 (5,0)	12 (20,0)
80. Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA)	8 (13,3)	32 (53,3)	20 (33,3)

5.1.8 Aspectos sobre el manejo odontológico en los pacientes con TCA. En cuanto a la dimensión que trata el manejo odontológico en los pacientes con TCA, se obtuvo que el 43,3% (26) de los docentes odontólogos acertó al indicar que el psiquiatra es el profesional a quien se debe remitir un paciente de quien se sospecha que padece un trastorno de la conducta alimentaria. Respecto al enfoque del tratamiento en los pacientes con TCA, se obtuvo que el 58,3% (35) tiene claridad al afirmar que las respuestas 1 y 3 son correctas (Tabla 8 y 9).

Tabla 8. Descripción de las variables sobre el manejo odontológico en los pacientes con TCA enfocado en la remisión.

Ítem	
Manejo odontológico en los pacientes con TCA	
81. Si usted como odontólogo sospecha que un paciente padece de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, lo remitiría a un:	
1) Médico internista n (%)	5 (8,3)
2) Nutricionista n (%)	8 (10,0)
3) Psicólogo n (%)	23 (38,3)
4) Psiquiatra n (%)	26 (43,3)

Tabla 9. Descripción de las variables sobre el manejo odontológico en los pacientes con TCA enfocado en el tratamiento.

Ítem	
Manejo odontológico en los pacientes con TCA	
82. El tratamiento en los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria debería estar enfocado a:	
1) Tratamiento de urgencias n (%)	4 (6,6%)
2) Tratamientos definitivos independientemente de la resolución del Desorden de la Alimentación n (%)	13 (21,6%)
3) Instrucción de Higiene Oral, Fluorizaciones e indicaciones específicas para el cuidado de sus dientes en el hogar n (%)	8 (13,3%)
4) 1 y 3 n (%)	35 (58,3%)

5.2 Análisis bivariado.

5.2.1 Aspectos sociodemográficos según el nivel de conocimiento “bajo, moderado o alto” de los docentes. Los resultados permitieron determinar que, en relación con el bajo nivel de conocimiento, las mujeres representaron un 64,6% (31) y los hombres un 35,4% (17). El 81,8% (9) de las mujeres obtuvo un nivel moderado de conocimiento respecto al 18,2% (2) de los hombres y sólo un participante de sexo femenino obtuvo un alto nivel de conocimiento con un 100% (1). El 95,8% (46) de los docentes especialistas reflejaron un bajo nivel de conocimiento respecto al 4,2% (2) de los docentes que no han cursado alguna especialización. El 16,7% (10) de los odontólogos especialistas en endodoncia, presentaron un alto nivel de conocimiento y el 12,5% (6) un nivel bajo. En cuanto a los docentes especialistas en las áreas de rehabilitación oral y periodoncia, el 13,3% (8) reflejó un nivel alto de conocimiento, al igual que el 8,3% (5) de los odontólogos que manifestaron no tener especialización, así como los odontólogos especialistas en gerencia en salud (Tabla 10).

Se evidenció que el 62,5% (30) de los docentes que son titulares de algún espacio académico, presentaron bajo nivel de conocimiento, el 72,7% (8) un nivel moderado y sólo un docente titular 100,0% (1) presentó un nivel de conocimiento alto. De los docentes que presentaban contrato de continuidad con la institución, el 77,1% (37) obtuvo un bajo nivel de conocimiento, el 63,6% (7) un nivel moderado y sólo un odontólogo docente 100,0% (1) obtuvo un puntaje alto. Respecto al desarrollo de investigación, el 45,5% (5) de los docentes que participan de manera activa en proyectos con la facultad, obtuvo un nivel moderado de conocimiento en el tema. De los odontólogos que ejercen su profesión en consulta externa, se evidenció que el 75,0% (36), obtuvieron un nivel bajo de conocimiento (Tabla 10).

Tabla 10. Descripción de las variables sociodemográficas según el nivel de conocimiento “bajo, moderado o alto”.

Variable	Bajo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)	P
Sexo				0,642
Femenino	31 (64,6)	9 (81,8)	1 (100,0)	
Masculino	17 (35,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	
Edad (años)				0,327
Menor o igual a 50	26 (54,2)	4 (36,4)	1 (100,0)	
Mayor a 50	22 (45,8)	7 (63,6)	0 (0,0)	
Especialista				0,495
Si	46 (95,8)	10 (90,9)	1 (100,0)	
No	2 (4,2)	1 (9,1)	0 (0,0)	
Especialidad				0,306
Administración	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (1,7)	
Bioética	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Cirugía maxilofacial	2 (4,2)	0 (0,0)	2 (3,3)	
Cirugía oral	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Endodoncia	6 (12,5)	3 (27,3)	10 (16,7)	
Epidemiología	2 (4,2)	0 (0,0)	2 (3,3)	

Tabla 10. (Continuación).

Gerencia	5 (10,4)	0 (0,0)	5 (8,3)
Ninguna	4 (8,3)	1 (9,1)	5 (8,3)
Odontología legal	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,7)
Odontopediatría	7 (14,6)	0 (0,0)	7 (11,7)
Ortodoncia	2 (4,2)	1 (9,1)	3 (5,0)
Ortopedia	2 (4,2)	1 (9,1)	3 (5,0)
Patología oral	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,7)
Periodoncia	7 (14,6)	1 (9,1)	8 (13,3)
Rehabilitación oral	7 (14,6)	1 (9,1)	8 (13,3)
Seguridad social	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (3,3)
Titular			0,825
Si	30 (62,5)	8 (72,7)	1 (100,0)
No	18 (37,5)	3 (27,3)	0 (0,0)
Contratación			1,000
Tiempo completo	28 (58,3)	7 (63,6)	1 (100,0)
Medio tiempo	19 (39,6)	4 (36,4)	0 (0,0)
Cátedra	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Continuidad			0,584
Si	37 (77,1)	7 (63,6)	1 (100,0)
No	11 (22,9)	4 (36,4)	0 (0,0)
Investigación			0,723
Si	28 (58,3)	5 (45,5)	1 (100,0)
No	20 (41,7)	6 (54,5)	0 (0,0)
Consulta Externa			0,610
Si	36 (75,0)	7 (63,6)	1 (100,0)
No	12 (25,0)	4 (36,4)	0 (0,0)

5.2.2 Análisis de cada sección del cuestionario según el sexo de los participantes. En relación con los puntajes obtenidos en cada una de las secciones del instrumento, se observó que el sexo femenino obtuvo un mejor puntaje, al obtener como resultado un promedio de 6,3 ($\pm 1,8$) en relación con las preguntas referentes a la patogenia de los TCA, comparado con el sexo masculino que reflejó un promedio de los puntajes de 5,1 ($\pm 2,1$). A partir de la dimensión que evalúa las manifestaciones sistémicas relacionadas con la anorexia nerviosa, las mujeres reflejaron un promedio de los puntajes de 6,5 ($\pm 2,9$) y de 5,7 ($\pm 2,2$) en la sección que corresponde a las alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con la bulimia nerviosa; obteniendo así una diferencia estadísticamente significativa en comparación con los resultados del sexo masculino, con unos valores de P de 0,0193 0,0158 y 0,0154 respectivamente para cada sección (Tabla 11).

Tabla 11. Descripción de las secciones del instrumento según el género de los participantes.

Variable	Femenino x \pm D. E.	Masculino x \pm D. E.	P
Relacionadas con la patogenia de los TCA (p13 - p22)	6,3 \pm 1,8	5,1 \pm 2,1	0,0193

Tabla 11. (Continuación).

Alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con Anorexia nerviosa (p23 - p34)	4,0 ± 1,7	3,4 ± 1,8	0,2280
Manifestaciones extraorales de los TCA relacionados con Anorexia nerviosa (p35 - p45)	6,5 ± 2,9	4,4 ± 3,6	0,0158
Alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con Bulimia nerviosa (p46 - p57)	5,7 ± 2,2	4,1 ± 2,6	0,0154
Manifestaciones extraorales de los TCA relacionados con la Bulimia nerviosa (p58 - p68)	4,7 ± 2,7	3,1 ± 3,4	0,0589
Manifestaciones intraorales (p69 - p80)	5,7 ± 1,5	5,3 ± 1,6	0,3176
Manejo odontológico en los pacientes con TCA (p81 - p82)	1,1 ± 0,7	0,8 ± 0,8	0,1915

x ± D. E.: promedio ± Desviación Estándar. Prueba t de Student.

6. Discusión

El rol del odontólogo es fundamental en el reconocimiento de las manifestaciones bucales de los trastornos de la conducta alimentaria, no porque involucren patologías graves que pudieran poner en peligro la vida de quienes las padezcan, sino porque, además de ser las únicas manifestaciones que no se pueden revertir, también representan un factor de riesgo específico de otras patologías que van más allá de la cavidad bucal. A pesar de que la literatura ha reportado estudios sobre las consecuencias dentales o manifestaciones bucales que reúnen este tipo de trastornos, existe poca evidencia sobre el tema desde un enfoque odontológico (4), por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el nivel de conocimiento acerca los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones orales, en odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás.

A partir de los resultados del proceso investigativo, se determinó que el 90% (54) de los odontólogos tiene claridad en la definición del término Trastornos de la Conducta Alimentaria, además de que el 70% (42) reconoce estas conductas como cuadros de relevancia social. Sin embargo, se logró establecer que los docentes tienen poca claridad al interpretar las manifestaciones sistémicas relacionadas con este tipo de trastornos. Se evidenció que, en general, los odontólogos presentaron un bajo nivel de conocimiento en la temática, lo cual resulta consistente con los resultados obtenidos en el trabajo de grado desarrollado por Ramos y colaboradores en el año 2018, donde se evidenció que el 99% (199) de los estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás, presentó bajo nivel de conocimiento acerca de las manifestaciones sistémicas y bucales de los trastornos de la conducta alimentaria (7); estos resultados podrían explicarse a través de que el recurso humano, en este caso los docentes, que acompañan a los estudiantes en su proceso de formación y aprendizaje, requieren actualizarse en el tema constantemente y mantener una educación continua para así proyectar sus conocimientos a los estudiantes. Se observaron resultados similares en el estudio realizado por Debate y

colaboradores en el año 2005, donde se seleccionaron al azar 576 odontólogos e higienistas dentales de la Asociación Dental Americana, los cuales obtuvieron puntuaciones bajas respecto al conocimiento acerca de las señales orales y físicas de la anorexia y la bulimia nerviosa (57). De la misma manera se reportaron niveles deficientes de conocimiento a partir de una investigación previa elaborada por el mismo autor en el año 2000, donde participaron 18 odontólogos y 19 higienistas orales, a quienes se les evaluó mediante la aplicación de una prueba basada en dos modelos distintos para la promoción y educación en salud, con el objetivo de analizar los conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos de los odontólogos en cuanto a la identificación de los trastornos alimentarios, el tratamiento de las manifestaciones dentales, la derivación y la gestión de casos (58).

En el presente estudio se demostró que el sexo femenino alcanzó un mejor puntaje en la prueba de conocimientos, lo cual permitió establecer una diferencia estadísticamente significativa en comparación con los resultados del sexo masculino, con unos valores de P de 0,0193, 0,0158 y 0,0154 respectivamente para cada sección del cuestionario. Lo anterior apoya los resultados obtenidos en la investigación elaborada por Johansson y colaboradores en la que participaron 1726 odontólogos miembros de la Asociación Dental Noruega, donde se evidenció que el conocimiento de las mujeres acerca de los trastornos alimenticios, fue significativamente mayor al de los hombres; interpretando que la diferencia de los resultados entre los dos sexos puede ocurrir debido a la prevalencia e importancia que poseen estos trastornos sobre el sexo femenino, además de que es más común que durante la adolescencia o adultez temprana, las mujeres atraviesen por un periodo caracterizado por un mayor interés y preocupación por la imagen corporal. En consecuencia, las mujeres pueden presentar un mayor conocimiento acerca de este tipo de trastornos, además de que pueden identificarse en mayor medida con ellos, a comparación de los hombres (59).

Por otra parte, vale la pena resaltar que dentro del proceso investigativo se presentaron ciertas limitaciones que podrían representar el fundamento de los resultados obtenidos y las posibles sugerencias a futuras investigaciones. La principal limitante se relaciona directamente con el cuestionario empleado para evaluar el nivel de conocimiento de los participantes acerca de los TCA y sus manifestaciones bucales, ya que no fue posible obtener el instrumento de la fuente original, a pesar de haber escrito a la investigadora que creó el cuestionario y autora de previas investigaciones relacionadas con el tema, Rita DiGiacchino Debate. Con base en lo anterior, resulta posible que las respuestas correctas del instrumento evaluativo fluctúen entre la investigación original y las posteriores a esta debido a múltiples adaptaciones.

A pesar de que la literatura ha reportado estudios sobre las consecuencias dentales o manifestaciones bucales que reúnen este tipo de trastornos y el manejo individual de un número limitado de pacientes, resulta inquietante analizar las cifras de desconocimiento por parte de los odontólogos sobre las manifestaciones bucales de los TCA, pues esto recaería desfavorablemente en la oportunidad de orientar a un diagnóstico temprano de este tipo patologías a partir del examen integral en la consulta odontológica, además de que impediría garantizar una atención y tratamiento oportuno a quienes las padezcan. Sin embargo, es importante resaltar que la naturaleza de la muestra estudiada involucra odontólogos cuya actividad docente se encuentra enfocada en áreas disciplinarias heterogéneas que lo pudieran alejar de las labores diarias de su ejercicio profesional, por lo que las manifestaciones bucales de los pacientes con TCA no

representan precisamente su foco de atención y ello pudiera verse reflejado en la diversidad de los resultados de la presente investigación. No obstante, lo anterior no representa una limitación para que en su formación integral como odontólogo, reconozca las generalidades de la temática en cuestión.

Por lo tanto, es evidente la necesidad de reforzar el tema en el campo de la odontología y analizar la trascendencia de los resultados obtenidos, no sólo para cumplir con el objetivo general del presente proyecto, sino por tratarse de una problemática de gran relevancia en la actualidad. Con ello se está motivando a la realización de futuros estudios referentes al tema, así como a la elaboración de recursos o guías académicas que aporten y acompañen a la formación tanto del estudiante en su proceso de aprendizaje, como del odontólogo profesional.

6.1 Conclusiones

- Se determinó que los odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás presentan bajo nivel de conocimiento acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones bucales.
- De acuerdo con la caracterización sociodemográfica, se concluyó que los docentes de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás presentan una mediana de edad de 50 años con un rango intercuartilico entre 36,5 y 55,5 años. El sexo femenino fue el más frecuente con un 68,3% (41). En promedio los docentes presentaron 12,3 (\pm 8,9) años de vinculación con la institución y 22,4 (\pm 10,0) años de experiencia.
- Se evidenció que los docentes presentaron fortalezas en relación con la definición y relevancia social de los trastornos de la conducta alimentaria, así como en el manejo odontológico de las personas que padecen este tipo de trastornos. Sin embargo, presentan debilidades al analizar las alteraciones sistémicas y manifestaciones extraorales relacionadas con los TCA.
- Según el área de desempeño, se determinó que los docentes en su mayoría son especialistas en el área de endodoncia y que el 10% (16,7) de ellos presentó el mejor puntaje dentro del nivel general de conocimiento, seguido de las áreas de periodoncia y rehabilitación oral con un 8% (13,3).

6.2 Recomendaciones

- Teniendo en cuenta los bajos niveles de conocimientos en relación al tema, se sugiere la elaboración de recursos o guías académicas y el abordaje de la temática en los diferentes espacios académicos como patología oral y general, semiología, periodoncia e incluso en el área de operatoria dental desde los contenidos de lesiones no cariosas; 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.
- Se propone la elaboración de futuros estudios orientados a evaluar el conocimiento de los odontólogos en relación a la temática, teniendo en cuenta la universidad de la que es egresado, su especialidad y años de experiencia clínica.

- Se recomienda a futuros investigadores la necesidad de enfocar el tema hacia profesionales de distintas áreas de la salud y la validación de instrumentos recientes que permitan un abordaje global de los trastornos de la conducta alimentaria y el reconocimiento de sus distintas manifestaciones.

7. Referencias bibliográficas

- (1) Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. 2019; Available at: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.
- (2) Pachón BC. La sociedad de consumo y los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2006(4):321-335.
- (3) Gasto C. Tratamientos utilizados para la atención de anorexia y bulimia en los centros existentes de la ciudad de Quito. *Psiquiatría Biológica* 2016;23:1.
- (4) Mora-Badilla AC. Bulimia Y Anorexia En La Práctica Odontológica. Generalidades. *Revista Científica Odontológica* 2014;10(1):73-76.
- (5) García LO, Olvera SD, Torres, Claudia S. de León. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Rev Odont Mex* 2008;12(1):46-54.
- (6) Hague AL. Eating disorders: screening in the dental office. *J Am Dent Assoc* 2010;141(6):675-678.
- (7) J. Atencia, R. Galvis, S. Ramos, L. Pinilla. Conocimientos de los estudiantes de odontología de sexto a noveno semestre de la Universidad Santo Tomás sobre los trastornos de la conducta alimentaria y sus manifestaciones en cavidad oral. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2018.
- (8) Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010;375(9714):583-593.
- (9) Carolina LG, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2011;22(1):85-97.
- (10) Bedoya González K, Ríos Ríos C. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes. 2015.
- (11) Sánchez Socarrás V, Fornons D, Aguilar Martínez A, Vaqué Crusellas C, Milà R. Evolución de los conocimientos acerca de los trastornos del comportamiento alimentario, a través de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza post-obligatoria. 2015.
- (12) Gracia-Arnaiz M. Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad* 2014 /04/20;51(1):73-94.
- (13) García MGN, Parra TGH, López GAF, Gracia CF. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. *Rev Med UV* 2003;3(2):17-28.

(14) Vinueza Jarrin, Samy Samay. Nivel de conocimiento sobre trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el componente estomatológico en estudiantes de 7mo, 8vo y 9no semestre de la FO de la UCE, período 2016-2017 Quito : UCE; 2017.

(15) V. Dallago, I. Antonella. 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 Universidad de Chile; 2008.

(16) Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol Med Hosp Infant Mex 2008;65(6):579-592.

(17) Back-Brito GN, da Mota AJ, de Souza Bernardes, Luciano Ângelo, Takamune SS, Prado, Eliane de Fátima Gomes Barbosa, Cordás TA, et al. Effects of eating disorders on oral fungal diversity. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology 2012;113(4):512-517.

(18) Lo Russo L, Campisi G, Di Fede O, Di Liberto C, Panzarella V, Lo Muzio L. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. Oral Dis 2008;14(6):479-484.

(19) Ministerio de Salud. Boletín de salud mental en niños, niñas y adolescentes. 2017.

(20) San Sebastián Cabasés J. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. Revista de estudios de juventud 1999;47:17-22.

(21) García Cuadra A, Migallón P, Pérez AM. Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios. : Centro de publicaciones Ministerio de Educación y cultura; 1999. p. 37-38.

(22) Gil-García E. La creación de la categoría clínica Trastornos de la Conducta Alimentaria. Norte de Salud Mental 2006;6(25):71-76.

(23) Tolkachjov SN, Bruce A. Oral manifestations of nutritional disorders. Clinics in dermatology 2017;35(5):441-452.

(24) Strumia R. Eating disorders and the skin. Clinics in Dermatology 2013;31(1):80-85.

(25) Bartlett D. Tooh wear. Advanced Operative Dentistry- A practical approach: Print Book - E-Book; 2011. p. 45-54.

(26) Santacruz MCF, Chamorro ACM. Diagnóstico y epidemiología de erosión dental. Salud UIS 2011;43(2).

(27) Steinberg B. Medical and Dental Implications of Eating Disorders. The Journal of Dental Hygiene 2014;88(3):156-159.

(28) Ruiz Candina HJ, Herrera Batista AJ, Gamboa Sosa J. Lesiones dentales no cariosas en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Siboney. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 2018;37(2):46-53.

(29) Comar LP, Salomão PMA, Souza BMD, Magalhães AC. Dental Erosion: an overview on definition, prevalence, diagnosis and therapy. *Brazilian Dental Science* 2013 /03/08;16(1):6-17.

(30) Núñez DP, García Bacallao L. Bioquímica de la caries dental. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010;9(2):156-166.

(31) Little JW. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93(2):138-143.

(32) Rebolledo ÓED, Esquivel BEE, Franco G, Pacheco CAE, Manrique RAG, Muñoz EB. Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. *Oral* 2011;12(38):742-744.

(33) Silva C, Villalón G, Maroto M, Barbería E. Relevancia del diagnóstico odontopediátrico en las lesiones orales de los trastornos alimenticios: anorexia y bulimia. *JADA* 2007;2:298-302.

(34) Lopez R. Sialoadenitis bacteriana crónica recurrente de la infancia. Caracterización clínica. *Acta Pediátrica de México* 2015;36:114.

(35) Gallardo JM. Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(1):109-116.

(36) González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, Guisado Barrilao R, Tristán Fernández JM, García López PA, Álvarez Ferre J. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2009;2(6):300-304.

(37) Chiang C, Chang J, Wang Y, Wu Y, Wu Y. Atrophic glossitis: Etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, hyperhomocysteinemia, and management. *Journal of the Formosan Medical Association* 2020;119(4):774-780.

(38) O'Reilly RL, O'Riordan JW, Greenwood AM. Orthodontic abnormalities in patients with eating disorders. *Int Dent J* 1991;41(4):212-216.

(39) Bautista B, Ceballos A, Parra G, Semidey K. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia en cavidad bucal. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica* 2015;3(1):75-90.

(40) D. Barcoa AG. Xerosis: a Dysfunction of the Epidermal Barrier | *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2008 Noviembre;:671-682.

(41) Strumia R, Manzato E, Gualandi M. Is there a role for dermatologists in eating disorders? *Expert Review of Dermatology* 2007;2(2):109-112.

- (42) Pérez CV, Pérez JR. Carotinemia. *Act Pediatr Aten Prim* 2008;1(2):84-87.
- (43) Rava FM, Silber TJ. Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch. argent. pediatr* 2004;102(5):353-363.
- (44) Carney CP, Andersen AE. EATING DISORDERS: Guide to Medical Evaluation and Complications. *Psychiatric Clinics of North America* 1996;19(4):657-679.
- (45) Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. *Arch. argent. pediatr* 2004;102(6):440-444.
- (46) Mota YR, Sampedro PS, Fuentes AIM. Complicaciones médicas de las conductas purgativas. Consecuencias de la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2015(21):2260-2276.
- (47) Geliebter A, Melton PM, McCray RS, Gallagher DR, Gage D, Hashim SA. Gastric capacity, gastric emptying, and test-meal intake in normal and bulimic women. *Am J Clin Nutr* 1992;56(4):656-661.
- (48) Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2017;28(6):893-900.
- (49) Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019;28(4):593-615.
- (50) Koskas M, Azria E. Amenorreas. *EMC - Tratado de Medicina* 2017;21(1):1-7.
- (51) Chaulet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Trastornos de conducta alimentaria en el adolescente. *EMC - Pediatría* 2015;50(3):1-25.
- (52) García MT, Muñoz Calvo MT, Martínez G, Barrios V, Hawkins F, Argente J. Densidad mineral sea y composición corporal en la anorexia nerviosa. *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas* 2006;15(4):74-81.
- (53) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Panamericana*; 2018.
- (54) Arévalo RV, Aguilar XL, Tellez-Girón MTO, Mancilla-Díaz JM. Eating disorders diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5 / El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios / Mexican Journal of Eating Disorders* 2015;6(2):108-120.
- (55) Hernández I, Gil AdM, Delgado M. Manual de epidemiología y salud pública: para grados en ciencias. *Manual de epidemiología y salud pública: para grados en ciencias*; 2011.

(56) Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución 8430 de 1993.

(57) DeBate RD, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. *Journal of Dental Education* 2005;69(3):346-354.

(58) DiGiacchino RF, Keenan MF, Sargent R. Assessment of dental practitioners in the secondary and tertiary prevention of eating disorders. *Eating Behaviors* 2000;1(1):79-91.

(59) Johansson A, Johansson A, Nohlert E, Norring C, Nordrehaug A, Tegelberg A. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. *BMC Oral Health* 2015;15(124):1-8.

Apéndices

A. Cuadro de variables

Variables independientes	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Sexo	Característica que define a los seres humanos como hombre y mujer	Sexo del encuestado de acuerdo a lo registrado en la cédula de ciudadanía	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona	Especialidad que presenta el encuestado al momento de realizar la diligenciar la encuesta	Cualitativa	Nominal	Especialidad que reporta
Docente Titular	Profesor con título universitario que ha cumplido unos requisitos específicos para tener estar a cargo de un departamento.	Tiene a cargo un departamento o materia general de la universidad	Cualitativa	Nominal	Si No
Modalidad de contrato	Acuerdo entre dos partes por el cual un trabajador presta sus servicios de forma voluntaria y retribuida bajo la dirección del empleador o empresario	Modalidad de trabajo que presenta el encuestado en el momento de diligenciar el instrumento	Cualitativa	Nominal	Tiempo completo Medio tiempo Cátedra
Tipo de Contrato (Continuidad)	Tipo de contrato con continuidad o indefinido es aquel que se concierta sin tener límite de tiempo en la prestación del servicio.	Presenta continuidad de contrato al momento de diligenciar el instrumento	Cualitativa	Nominal	Si No
Participa en Investigación	Persona que lleva a cabo estrategias para averiguar datos y buscar soluciones a ciertos inconvenientes de forma activa	Docente se encuentra activo en investigaciones de la universidad al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Si No
Trabajo consulta particular	Persona que labora en un espacio externo privado, sea propio o bajo contratación particular.	Docente que trabaja en consultorio privado a parte de laborar en la universidad sea propio o bajo contratación particular	Cualitativa	Nominal	Si No
Edad	Tiempo que ha vivido el individuo contando desde su nacimiento	Años cumplidos del participante en el momento de diligenciar el instrumento	Cuantitativa	Razón	Edad que reporta
Tiempo de vinculación	Tiempo en años que el docente lleva laborando	Tiempo en años que el docente lleva laborando	Cuantitativa	Razón	Tiempo de vinculación

con la facultad (en años)	con la facultad	con la facultad desde firmar el contrato hasta el momento de la encuesta			que reporta en años
Tiempo de ejercicio profesional	Tiempo trascurrido luego de obtener el título universitario	Tiempo trascurrido desde la obtención del título universitario hasta el momento de la encuesta	Cuantitativa	Razón	Tiempo de ejercicio profesional que reporta

Variables- dimensión conocimientos trastornos de la conducta alimenticia	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Definición TCA	Los trastornos alimenticios son definidos como enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas donde los pacientes consideran a la comida como medio de expresión de sus dificultades	“Cualquier desorden relacionado con los hábitos alimenticios anormales con factores psicológicos alterados.”	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
TCA a nivel social	Los trastornos de la conducta alimentaria, constituyen un problema de salud importante con mayor prevalencia en enfermedades mentales	Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la actualidad presentan gran prevalencia a nivel social en población en riesgo especialmente en jóvenes y adolescentes.	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa como enfermedad crónica.	La anorexia es una enfermedad nerviosa que provoca la pérdida de apetito y temor intenso a aumentar de peso	La Anorexia Nerviosa es una enfermedad crónica caracterizada por disminución del apetito y distorsión de imagen corporal	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa rechazo	En la anorexia nerviosa los pacientes presentan percepciones distorsionadas de su figura corporal y obsesión por controlar su peso.	En la anorexia nerviosa se presenta rechazo por su apariencia física y preocupación por mantener su peso en lo mínimo posible según su percepción.	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa mujeres pospuberales.	Relación entre la anorexia nerviosa y la amenorrea	En la Bulimia Nerviosa las mujeres experimentan ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3

Bulimia nerviosa definición	La bulimia nerviosa es un trastorno alimenticio grave y potencialmente fatal, donde las personas que lo padecen presentan episodios de “atracones” donde pierden el control de su alimentación llevándolos así a consumir grandes cantidades de alimentos para posteriormente expulsarlos mediante el vómito.	La Bulimia es un desorden alimenticio el cuál produce un deseo por consumir alimentos y luego de expulsarlos mediante el vómito.	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa comilonas	Es en la bulimia nerviosa donde se presentan episodios constantes de comilonas	En la Anorexia Nerviosa hay episodios recurrentes de comilonas	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa conductas compensatorias	La bulimia nerviosa se caracteriza por el deseo de disminuir el peso corporal llevando así a las personas que lo presentan a tomar medidas extremas como inducirse el vómito, el mal uso de laxantes o ayunos y ejercicios excesivos.	En la Bulimia nerviosa se presentan conductas compensatorias inadecuadas como inducir el vómito o el uso excesivo de laxantes para prevenir el aumento del peso corporal	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Anorexia y bulimia distorsión	En la anorexia y la bulimia nerviosas la persona que presenta dichos trastornos presenta una percepción errónea de la imagen corporal	En ambos trastornos se presenta una distorsión o percepción errónea de su figura corporal.	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Anorexia y bulimia fenómenos alimentarios	La anorexia o anorexia nerviosa es, junto con la bulimia, un conjunto de enfermedades mentales	Tanto la Anorexia Nerviosa como la Bulimia Nerviosa son fenómenos alimentarios complejos, están íntimamente relacionados y se encuentran en los pacientes en forma pura.”	Cualitativa	Nominal	Verdadero: 1 Falso: 2 No sé: 3
Variables- dimensión alteraciones sistémicas presentes en anorexia nerviosa	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Anorexia nerviosa	Es aquel que permite	De las alteraciones	Cualitativa	Nominal	Correcto:

peso normal		un mantenernos en estado bueno de salud con la máxima calidad de vida.	sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con peso normal			1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa sobrepeso		Es el aumento del peso corporal basándose en un estándar según estatura	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con sobrepeso	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa obesidad		Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con obesidad	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa bajo peso		Peso encontrado por debajo de valores establecidos como saludables	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con bajo peso	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa arritmia		Problemas de la frecuencia cardíaca o del ritmo de los latidos del corazón.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Arritmia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa bradicardia		Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Bradicardia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa hipotensión		Presión excesivamente baja de la sangre sobre la pared de las arterias.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hipotensión	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa amenorrea		Ausencia de la menstruación.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Amenorrea	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa hipotermia		Disminución de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hipotermia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa Hipocalemia		Es un desequilibrio electrolítico, con un nivel bajo de potasio en la sangre.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hipocalemia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa osteoporosis		Enfermedad ósea que se caracteriza por una disminución de la	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto:

	densidad del tejido óseo y tiene como consecuencia una fragilidad exagerada de los huesos.	relacionadas con Osteoporosis				2 No sé: 3
Anorexia nerviosa hiperamilasemia	Exceso de la enzima pancreática amilasa en la sangre.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hiperamilasemia	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Variables- dimensión manifestaciones extraorales presentes en anorexia nerviosa						
	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición		Valores que asume
Anorexia nerviosa Xerosis	Sequedad de la piel, la mucosa o de la conjuntiva	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Xerosis	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa hipertriosis	Crecimiento excesivo de vello	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Hipertriosis	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa signo de Russell	Formación de callo numular en el dorso de la mano	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Signo de Russell	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa Carotenodermia	Tinción cutánea por hipercarotinemias y acumulación de carotenos en el pie	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Carotenodermia	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa alopecia difusa	Caída excesiva del cabello de la cabeza	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Alopecia difusa	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa hipertrofia parotídea	Inflamación glándula parotídea	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Hipertrofia parotídea	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa queilitis angular	Lesión inflamatoria en la comisura labial, que puede ser unilateral o bilateral.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Queilitis angular	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa uñas frágiles	Son aquellas que se rompen con facilidad o se abren por	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2

		delante.	relacionadas con Uñas frágiles			No sé: 3
Anorexia nerviosa dermatitis irritativa	nerviosa perioral	Es una erupción rojiza frecuentemente abultada que aparece en la piel del rostro.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Dermatitis irritativa	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa cicatrices de automutilación	nerviosa de	Hacerse daño uno mismo al punto de realizar una mutilación.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Cicatrices de Automutilación	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Anorexia nerviosa acrocianosis	nerviosa	Es la cianosis simétrica, indolora y persistente de las manos, los pies o la cara causada por el vasoespasma de los pequeños vasos de la piel en respuesta al frío.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Acrocianosis	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Variables- alteraciones sistémicas presentes en bulimia nerviosa	dimensión	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Bulimia nerviosa peso normal	nerviosa	Es aquel que permite un estado de salud óptimo, con la máxima calidad de vida y esperanza de vida.	De las alteraciones sistémicas la conducta alimenticia relacionadas con Peso normal	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa sobrepeso	nerviosa	Es el aumento de peso corporal por encima de un patrón dado	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con sobrepeso	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa obesidad	nerviosa	Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Obesidad	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa bajo peso	nerviosa	Peso se encuentra por debajo de un valor saludable	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Bajo peso	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa arritmia	nerviosa	Una arritmia es cualquier alteración de la frecuencia cardíaca o del ritmo de los latidos del corazón.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Arritmia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa	nerviosa	Descenso o	De las alteraciones	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1

bradicardia	disminución de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.	sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Bradicardia				Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa hipotensión	Presión excesivamente baja de la sangre sobre la pared de las arterias.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hipotensión	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa amenorrea	Ausencia de la menstruación.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Amenorrea	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa hipotermia	Descenso o disminución de la temperatura del cuerpo por debajo de los parámetros normales.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hipotermia	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa Hipocalemia	Es un desequilibrio electrolítico, con un nivel bajo de potasio en la sangre.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hipocalemia	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa osteoporosis	Enfermedad ósea caracterizada por una disminución de la densidad del tejido óseo y dando como consecuencia la fragilidad exagerada de los huesos.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Osteoporosis	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa hiperamilasemia	Exceso de la enzima pancreática amilasa en la sangre.	De las alteraciones sistémicas de la conducta alimenticia relacionadas con Hiperamilasemia	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Variables- dimensión manifestaciones extraorales presentes en bulimia nerviosa	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición		Valores que asume
Bulimia nerviosa Xerosis	Trastorno cutáneo que produce sequedad en piel, mucosa o conjuntiva caracterizado por signos como piel áspera, descamativa.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Xerosis	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa hipertricosis	Crecimiento excesivo de vello en cualquier sitio del tegumento	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Hipertricosis	Cualitativa	Nominal		Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3

Bulimia nerviosa signo de Russell	Formación cálcica a nivel del dorso de la mano y dedos	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Signo de Russell	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa Carotenodermia	Pigmentación anaranjada en la zona de la piel producto de la deposición de caroteno en la piel	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Carotenodermia	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa alopecia difusa	Caída excesiva del cabello de la cabeza	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Alopecia difusa	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa hipertrofia parotídea	Inflamación glándula parotídea	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Hipertrofia parotídea	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa queilitis angular	Lesión inflamatoria en la comisura labial, que puede ser unilateral o bilateral.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Queilitis angular	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa uñas frágiles	Son aquellas que se rompen con facilidad o se abren por delante, presentan una curvatura de la lámina ungueal.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Uñas frágiles	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa dermatitis perioral irritativa	Es una erupción rojiza frecuentemente abultada que aparece en la piel del rostro.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Dermatitis irritativa	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa cicatrices de automutilación	Hacerse daño uno mismo al punto de realizar una mutilación.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Cicatrices de Automutilación	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3
Bulimia nerviosa acrocianosis	Es una coloración eritrocianótica persistente de patrón moteado en la zona de manos y pies, asociada con palidez en cara y tronco.	Manifestaciones extraorales de la conducta alimenticia relacionadas con Acrocianosis	Cualitativa	Nominal	Correcto: 1 Incorrecto: 2 No sé: 3

VARIABLES Dimensión manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimenticia	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Erosión dental caras palatinas	Pérdida localizada, crónica y patológica del tejido duro en las superficies palatinas de los dientes, es decir que dan hacia el paladar.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: Erosión dental caras palatinas	Cualitativa	Nominal	Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Erosión dental caras vestibulares	Pérdida localizada, crónica y patológica del tejido duro en las superficies vestibulares de los dientes, es decir que dan hacia el vestíbulo.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: erosión dental caras vestibulares	Cualitativa	Nominal	Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Erosión dental caras linguales	Pérdida localizada, crónica y patológica del tejido duro en las superficies linguales de los dientes, es decir que dan hacia la lengua.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: erosión dental caras linguales	Cualitativa	Nominal	Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Hipersensibilidad dentinaria	Definido como un dolor dental intenso y transitorio causado por la exposición de la dentina.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: hipersensibilidad dentinaria	Cualitativa	Nominal	Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Xerostomía	Sensación subjetiva de sequedad a nivel de la mucosa bucal como consecuencia de una alteración funcional o	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con:	Cualitativa	Nominal	Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2

		patológica de la producción de saliva.	xerostomía				No estoy seguro si es una manifestación: 3
Gingivitis		Es el inicio de la enfermedad periodontal, causa irritación, enrojecimiento e inflamación en las encías.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: gingivitis	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Mayor número de caries		Enfermedad que involucra un proceso crónico, dinámico e irreversible que ocurre en los tejidos dentarios que se encuentran en contacto con los depósitos microbianos.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: mayor número de caries	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Mordida anterior abierta		Maloclusión caracterizada por la desviación en la relación vertical del maxilar y mandibular del sector anterior, identificada por una falta de contacto entre los dientes de ambos maxilares.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: mordida abierta anterior	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Periodontitis		Enfermedad crónica posterior a la gingivitis, se presenta con una inflamación y enrojecimiento de las encías, esta infección a su vez se disemina hasta los ligamentos y el hueso alveolar.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: Periodontitis	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Glositis		Inflamación de la lengua.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: Glositis	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy

						seguro si es una manifestación: 3
Lesiones en la mucosa bucal	Lesiones eritematosas en la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival acompañadas de dolor, atrofia e infecciones oportunistas.	De las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con: Lesiones en la mucosa bucal	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
G.U.N. A	La gingivitis ulceronecrotizante aguda es una enfermedad gingival que involucra las estructuras profundas.	De las manifestaciones intraorales de la conducta alimentaria relacionadas con: G.U.N. A	Cualitativa	Nominal		Es una manifestación: 1 No es una manifestación: 2 No estoy seguro si es una manifestación: 3
Odontólogo paciente con TCA	y Si se determina que una persona sufre de trastornos de la conducta alimenticia es necesario una remisión con el psiquiatra	Si usted como Odontólogo sospecha que un paciente padece de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, lo remitiría a un:	Cualitativa	Nominal		Médico internista: 1 - Nutricionista: 2 - Psicólogo: 3 - Psiquiatra: 4
Tratamiento pacientes con TCA	a El paciente que presente un trastorno de la conducta alimenticia debe iniciar un tratamiento encaminado a instrucciones de higiene oral, fluorizaciones e indicaciones específicas para cuidar su dentadura y que se puedan realizar en el hogar.	El tratamiento en los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria debe estar enfocado a:	Cualitativa	Nominal		- Tratamiento de urgencias: 1 - Tratamientos definitivos independientemente de la resolución del Desorden de la Alimentación: 2



- Instrucción de Higiene Oral, Fluorizaciones e indicaciones específicas para el cuidado de sus dientes en el hogar: 3 - 1 y 3: 4

Variables dependientes	Definición Conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Nivel de Conocimientos	Nivel de pre-saberes que se obtienen mediante aprendizajes o experiencias vividas	Bajo, Moderado, Alto	Cualitativa	Ordinal	Bajo (0-41) Moderado (42-55) Alto (56-70)
Puntaje	Cantidad de puntos obtenidos mediante un ejercicio o prueba realizada	Puntaje que arroja la encuesta de acuerdo al número de aciertos donde cada pregunta vale un punto	Cuantitativa	Razón	0-70 puntos

B. Consentimiento Informado

Consentimiento informado (Electrónico)

Las investigadoras Lizeth Tatiana Jaimes Gómez y Lizeth Nairelis Coronado Rojas, estudiantes de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás, nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación denominado "Conocimientos de los odontólogos docentes de la Universidad Santo Tomás acerca de los trastornos de la conducta alimenticia y sus manifestaciones bucales" con el propósito de analizar el nivel de conocimiento de los docentes de la facultad de odontología de la institución en cuanto a lo que refiere a trastornos alimenticios y sus manifestaciones en la cavidad bucal.

Usted ha sido contactado (a) electrónicamente con el fin de completar este cuestionario. Teniendo en cuenta que usted cumple con los siguientes criterios para poder participar en este estudio como son:

*Docentes de pregrado de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomás que se encuentren laborando en el primer periodo y segundo periodo del 2020.

*Docentes que se encuentren vinculados en modalidad tiempo completo, medio tiempo o cátedra de la facultad de odontología.

*Docentes que laboren en cualquier espacio académico teórico, práctico o ambos *Docentes que acepten participar en este estudio.

Toda la encuesta será digital y su identidad resguardada, ninguna información será relacionada con sus datos de identificación. Es importante que usted conozca que puede decidir libre y autónomamente si desea participar o no en la investigación, y que su participación no compromete ningún riesgo psicológico, laboral o económico para usted, así mismo, la información que usted provea será utilizada únicamente con fines investigativos.

En caso de duda y cualquier información que usted requiera puede entrar en contacto con las investigadoras:

Lizeth Tatiana Jaimes Gómez: lizeth.jaimes@ustabuca.edu.co

Lizeth Nairelis Coronado Rojas: Lizeth.coronado@ustabuca.edu.co

1. Tras todo lo explicado, Yo, en calidad de participante declaro haber leído y entendido todo lo antes descrito y libremente decido participar en este estudio, a través de seleccionar la opción SI

Si

No

C. Instrumento**Sección 2**

Preguntas Sociodemográficas

2. Sexo

- Masculino
- Femenino

3. Edad (años cumplidos)

4. ¿Tiene alguna especialidad?

- Si
- No

5. ¿Cuál especialidad?, sino es especialista escriba: ninguna.

6. Docente titular de espacio académico

- Si
- No

7. Modalidad de contrato

- Tiempo completo
- Medio tiempo
- Cátedra

8. Contrato de continuidad

- Si
- No

9. ¿Participa en investigación?

- Si
- No

10. ¿Trabaja en consulta externa?

- Si
 No

11. Tiempo de vinculación con la facultad (años)

12. Tiempo de ejercicio profesional (años)

Sección 3

Relacionadas con la patogenia de los trastornos de la conducta alimentaria

Marque "Verdadero" si la considera verdadera "Falso" si la Considera falsa. "No Sé" Si no conoce la respuesta

13. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se definen como: "Cualquier desorden en donde se relacionen hábitos anormales de alimentación con factores psicológicos alterados."

(1 Punto)

- Verdadero
 Falso
 No Sé

14. 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.

(1 Punto)

- Verdadero
 Falso
 No Sé

15. La Anorexia Nerviosa ha sido reconocida como una enfermedad crónica que se caracteriza por una extrema aversión a la comida.

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

16. 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.

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

17. En la Bulimia Nerviosa las mujeres pospuberales experimentan ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

18. La Bulimia Nerviosa es un Desorden Alimenticio de carácter compulsivo patológico, en el cual se produce un ciclo de atracón-purgación.

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

19. En la Anorexia Nerviosa hay episodios recurrentes de comilonas

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

20. En la Bulimia Nerviosa existen conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para prevenir la ganancia de peso como vómitos auto-inducidos, mal

uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicios excesivos.

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

21. 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 auto-evaluación.

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

22. Tanto la Anorexia Nerviosa como la Bulimia Nerviosa son fenómenos alimentarios complejos, están íntimamente relacionados y se encuentran en los pacientes en forma pura.

(1 Punto)

- Verdadero
- Falso
- No Sé

Sección 4

Alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con Anorexia Nerviosa

Sobre las alteraciones sistémicas de los trastornos de la conducta alimentaria que pueden presentarse en la ANOREXIA NERVIOSA. Marque: "Correcto" si considera que la condición se puede presentar en la anorexia nerviosa "Incorrecto" si considera que la condición NO se presenta en la anorexia nerviosa "No sé" Sí no conoce la respuesta

23. Peso normal

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto

No sé

24. Sobrepeso

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

25. Obesidad

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

26. Bajo peso

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

27. Arritmia

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

28. Bradicardia

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

29. Hipotensión

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

30. Amenorrea

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

31. Hipotermia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

32. Hipocalemia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

33. Osteoporosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

34. Hiperamilasemia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

Sección 5**Manifestaciones extra-orales de los TCA relacionados con Anorexia Nerviosa**

Sobre las manifestaciones extra-orales de los trastornos de la conducta alimentaria que pueden presentarse en la ANOREXIA NERVIOSA. Marque: "Correcto" si considera que la condición se puede presentar en la anorexia nerviosa "Incorrecto" si considera que la condición NO se presenta en la anorexia nerviosa "No sé" Sí no conoce la respuesta

35. Xerosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

36. Hipertrichosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

37. Signo de Russell

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

38. Carotenodermia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

39. Alopecia difusa

(1 Punto)

- Correcto

- Incorrecto
- No sé

40. Hipertrofia parotídea

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

41. Queilitis angular

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

42. Uñas frágiles

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

43. Dermatitis perioral irritativa

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

44. Cicatrices de automutilación

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

45. Acrocianosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

Sección 6

Alteraciones sistémicas de los TCA relacionados con Bulimia Nerviosa

Sobre las alteraciones sistémicas de los trastornos de la conducta alimentaria que pueden presentarse en la BULIMIA NERVIOSA. Marque: "Correcto" si considera que la condición se puede presentar en la anorexia nerviosa "Incorrecto" si considera que la condición NO se presenta en la anorexia nerviosa "No sé" Sí no conoce la respuesta

46. Peso normal

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

47. Sobrepeso

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

48. Obesidad

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

49. Bajo peso

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto

No sé

50. Arritmia

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

51. Bradicardia

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

52. Hipotensión

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

53. Amenorrea

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

54. Hipotermia

(1 Punto)

Correcto

Incorrecto

No sé

55. Hipocalcemia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

56. Osteoporosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

57. Hiperamilasemia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

Sección 7

Manifestaciones extra-orales de los TCA relacionados con Bulimia Nerviosa

Sobre las manifestaciones extra-orales de los trastornos de la conducta alimentaria que pueden presentarse en la BULIMIA NERVIOSA. Marque: "Correcto" si considera que la condición se puede presentar en la Bulimia nerviosa "Incorrecto" si considera que la condición NO se presenta en la Bulimia nerviosa "No sé" Sí no conoce la respuesta

58. Xerosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

59. Hipertrichosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

60. Signo de Russell

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

61. Carotenodermia

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

62. Alopecia difusa

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

63. Hipertrofia parotídea

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

64. Queilitis angular

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

65. Uñas frágiles

(1 Punto)

- Correcto

- Incorrecto
- No sé

66. Dermatitis perioral irritativa

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

67. Cicatrices de automutilación

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

68. Acrocianosis

(1 Punto)

- Correcto
- Incorrecto
- No sé

Sección 8

Manifestaciones Intraorales de los TCA

Sobre las manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimentaria. Indique:

69. Erosión Dental en caras Palatinas de Dientes Anteriores

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

70. Erosión Dental en caras Vestibulares de todos los dientes

(1 Punto)

- Es una manifestación

- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

71. Erosión Dental en caras Linguales de dientes inferiores

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

72. Hipersensibilidad Dentinaria

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

73. Xerostomía

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

74. Gingivitis

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

75. Mayor Número de Caries

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

76. Mordida Abierta Anterior

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

77. Periodontitis

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

78. Glositis

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

79. Lesiones en la Mucosa Bucal

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

80. Gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA)

(1 Punto)

- Es una manifestación
- No es una manifestación
- No estoy seguro si es una manifestación

Sección 9

Manejo Odontológicos en los pacientes con TCA

Sobre el manejo odontológico en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria indique:

81. Si usted como Odontólogo sospecha que un paciente padece de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, lo remitiría a un:

(1 Punto)

- Médico Internista
- Nutricionista
- Psicólogo
- Psiquiatra

82. El tratamiento en los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria debería estar enfocado a:

(1 Punto)

- Tratamiento de urgencias
- Tratamientos definitivos independientemente de la resolución del Desorden de la Alimentación
- Instrucción de Higiene Oral, Fluorizaciones e indicaciones específicas para el cuidado de sus dientes en el hogar.
- 1 y 3

D. Análisis Univariado y Bivariado

Variable	Naturaleza	Nº	(%)
Sexo	Cualitativa	Femenino ___ Masculino ___	(%)
Especialidad	Cualitativa	Si ___ No ___	(%)
Titularidad de espacio académico	Cualitativa	Si ___ No ___	(%)
Modalidad de trabajo	Cualitativa	Tiempo completo ___ Medio tiempo ___ Cátedra ___	(%)
Participación en investigación	Cualitativa	Si ___ No ___	(%)
Tipo de contrato (Continuidad)	Cualitativa	Si ___ No ___	(%)
Variables- Dimensión conocimientos trastornos de la conducta alimenticia (10 Preguntas)	Cualitativa	Verdadero ___ Falso ___ No sé ___	(%)
Variables- dimensión alteraciones sistémicas presentes en Anorexia nerviosa (12 Preguntas)	Cualitativa	Correcto ___ Incorrecto ___ No sé ___	(%)
Variables- dimensión manifestaciones extraorales presentes en Anorexia nerviosa (11 Preguntas)	Cualitativa	Correcto ___ Incorrecto ___ No sé ___	(%)
Variables- dimensión alteraciones sistémicas presentes en Bulimia nerviosa (12 Preguntas)	Cualitativa	Correcto ___ Incorrecto ___ No sé ___	(%)
Variables- dimensión manifestaciones extraorales presentes en Bulimia nerviosa (11 Preguntas)	Cualitativa	Correcto ___ Incorrecto ___ No sé ___	(%)
Variables- Dimensión manifestaciones intraorales de los trastornos de la conducta alimenticia (2 Preguntas)	Cualitativa	Es una manifestación ___ No es una manifestación ___ No estoy seguro si es una manifestación ___	(%)

Variable dependiente	Variable independiente	Naturaleza	Prueba estadística
Nivel de conocimiento	Sexo	Cualitativa/ Cualitativa	Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher
Nivel de conocimiento	Especialidad	Cualitativa/ Cualitativa	Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher
Nivel de conocimiento	Titularidad de espacio académico	Cualitativa/ Cualitativa	Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher
Nivel de conocimiento	Modalidad de trabajo	Cualitativa/ Cualitativa	Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher
Nivel de conocimiento	Participación en investigación	Cualitativa/ Cualitativa	Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher
Nivel de conocimiento	Tipo de contrato (Continuidad)	Cualitativa/ Cualitativa	Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher
Puntaje	Sexo	Cuantitativa/ Cualitativa	T de Student/ U de Mann Whitney
Puntaje	Especialidad	Cuantitativa/ Cualitativa	Anova/ Kruskal Wallis
Puntaje	Titularidad de espacio académico	Cuantitativa/ Cualitativa	T de Student/ U de Mann Whitney
Puntaje	Modalidad de trabajo	Cuantitativa/ Cualitativa	Anova/ Kruskal Wallis
Puntaje	Participación en investigación	Cuantitativa/ Cualitativa	T de Student/ U de Mann Whitney
Puntaje	Tipo de contrato (Continuidad)	Cuantitativa/ Cualitativa	T de Student/ U de Mann Whitney