



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CLAUDIA LEYRA TOBILLA

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	6
3. ANTECEDENTES	32
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
5. JUSTIFICACIÓN	35
6. OBJETIVOS	
1.1 General	36
2.2 Específicos	36
7. METODOLOGÍA	
6.1 Materiales y métodos	37
6.2 Tipo de estudio	39
6.3 Población de estudio	39
6.4 Muestra	40
6.5 Criterios de inclusión	40
6.6 Criterios de exclusión	40
6.7 Variables de estudio	40
6.8 Variable independiente y variable dependiente	41
6.9 Conceptualización de las variables	41
7. Resultados	42
8. Discusión	63
9. Conclusiones	65
10. Fuentes de Información	66
Anexos	



1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, más de la mitad de los jóvenes de 17 a 19 años ya tuvieron relaciones sexuales. La edad de la primera relación sexual ha ido descendiendo de manera constante en las últimas décadas. A principios del siglo XX, era alrededor de los 20; actualmente se sitúa en los 12 y 13 años.

La adolescencia sigue siendo ese periodo de transición y aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a la demanda de información y educación sexual en el que se encuentra el individuo con serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, lo cual puede acarrear una peor entrada al mundo de las relaciones sexuales trayendo consecuencias alarmantes como el número creciente de embarazos no deseados en menores de edad, matrimonios apresurados, etc.; sumando a esto el contagio de enfermedades de transmisión sexual como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus del papiloma Humano (VPH), Herpes Simple, por mencionar algunos.

En la actualidad las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS) se encuentran entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial y entre las cinco primeras causas de años perdidos de vida productiva, en los países en vía de desarrollo, donde indigentes, poblaciones marginales y menores de edad se presentan como nuevos colectivos de alto riesgo al contagio de ETS.

Las ETS son epidemias ocultas de enormes consecuencias, sociales y económicas en el continente Americano, dadas sus características biológicas y su forma de contagio, constituyen un problema de salud pública de difícil solución, asociadas a conductas y patrones culturales muy arraigados en estas poblaciones, siendo un reto particular en los países en vía de desarrollo.



La cavidad bucal es uno de los sitios donde primero se manifiestan enfermedades causadas por el Virus de la Inmoderancia Humana (VIH), Virus del papiloma Humano (VPH), Herpes, entre otras. Más de 40% de las personas con el VIH y más de 90% de las personas con SIDA tienen algún signo clínico en la cavidad bucal, por lo que es imperativo revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en un paciente con el VIH/SIDA

En consecuencia, los odontólogos necesitan comprender la naturaleza esencial de las Enfermedades de Transmisión sexual, las causas, tratamiento y características de la enfermedad que afecta la boca y tiene implicaciones para la práctica clínica de la odontología. La falta de comprensión de esta enfermedad puede perjudicar la salud del paciente e incluso al propio odontólogo y su equipo de trabajo. El Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de entender la situación actual de distintas enfermedades infectocontagiosas que pueden transmitirse a través del contacto con la sangre y otros fluidos corporales del paciente.



2. MARCO TEÓRICO

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

DEFINICIÓN

El Virus del papiloma Humano (VPH) infecta selectivamente la piel y mucosas. Estas infecciones pueden ser asintomáticas, producir verrugas o asociarse a diversas neoplasias, benignas o malignas.¹

ETIOLOGÍA

El virus del papiloma Humano genital puede transmitirse mediante relaciones sexuales, autoinoculación o durante el paso del feto por el canal del parto cuando la madre está infectada. Las lesiones genitales aparecen normalmente tras un periodo de incubación del virus del papiloma humano en el epitelio de 3 semanas a 8 meses. Las manifestaciones más comunes de la replicación del virus del papiloma son las verrugas venéreas o condiloma acuminado. Los tipos 6 y 11 del virus del papiloma humano son los subtipos asociados con la mayor frecuencia con el condiloma acuminado. También se han identificado los tipos 2 y 6 del virus del papiloma humano en el condiloma aunque no se consideran como los agentes etiológicos principales.

El VPH se transmite mediante contacto íntimo o sexual. El virus puede replicarse en el núcleo de las células epiteliales y aumentar el recambio de las células infectadas, o bien permanecer como un episoma en estado latente. La replicación activa produce hiperplasia, displasia o carcinoma.²

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones de la infección por VPH dependen de la localización de las lesiones y del tipo de virus.



Las verrugas comunes (*verrucae vulgaris*) suelen aparecer en las manos y son pápulas hiperqueratósicas, exofíticas, de color carne o pardo.

Las verrugas plantares (*verrucae plantaris*) pueden ser muy dolorosas; el afeitado de la superficie para poner de manifiesto los capilares trombosados permite diferenciarlas de una callosidad. Las verrugas planas (*verrucae plana*) son más frecuentes en niños y aparecen en cara, cuello, tórax y superficies de flexión de brazos y piernas.

Las verrugas anogenitales (condilomas acumunados o verrugas venéreas) aparecen en la piel y mucosas de los genitales externos y región perianal. El diagnóstico diferencial de las verrugas perianales debe hacerse con los condilomas planos de la sífilis secundaria, molusco contagioso, pápulas peneanas perladas, fibroepiteliomas y diversas neoplasias mucocutáneas benignas y malignas. Las verrugas anogenitales se transmiten sexualmente y su periodo de incubación es de 1 a 6 meses. En varones los condilomas se sitúan más a menudo en el frenillo o surco coronal, pero puede afectar cualquier sitio del pene. Es frecuente que aparezcan en el meato uretral, pudiendo extenderse proximalmente. Las verrugas perianales son frecuentes entre varones homosexuales, pero también pueden aparecer en heterosexuales. En las mujeres las verrugas aparecen primero en el introito posterior y labios adyacentes; después se extienden a otras partes de la vulva, siendo frecuente que alcancen el perineo y el ano. Los condilomas suelen afectar la vagina y cérvix.

Estas lesiones pueden hallarse sin que existan verrugas externas.

La papulomatosis respiratoria es un poco rara, ocurre preferentemente en preescolares y pueden deberse a adquisición del virus en el canal del parto durante el alumbramiento.

La epidermodisplasia verruciforme es una rara enfermedad autosómica recesiva caracterizada por la incapacidad por controlar la infección por el virus del VIH.¹

MANIFESTACIONES BUCALES

PAPILOMA PLANO:

Los papilomas planos son neoplasias benignas más frecuentes del epitelio oral.

Se presentan en cualquier sitio de la boca en pacientes de todas las edades. La incidencia es más alta en el paladar blando, en los pilares del istmo de las fauces y en áreas de la úvula, suelen ser lesiones solitarias; sin embargo, a veces pueden presentarse lesiones múltiples en pacientes jóvenes. En el epitelio los coilocitos pueden ser evidentes o no. Aunque estas lesiones no parecen contener material genómico del VPH, la investigación mediante hibridación del ADN in situ señala que suelen ser detectables los subtipos 6 y 11 del VPH.

VERRUGA VULGAR

Se conoce generalmente como verruga cuando se presenta sobre la piel. Se encuentra comúnmente en las manos y dedos de los niños.

El virus que contiene las células epiteliales pueden propagarse por auto inoculación; las lesiones se extienden desde los dedos a otros puntos, en especial los labios, el paladar duro y las encías.

Los subtipos 2 y 6 del VPH están presentes en casi todas las lesiones.³

(FIG-1)



Clínica de Ortodoncia. Dr. Arthur Nouel

CONDILOMA ACUMINADO

El condiloma acuminado, denominado vulgarmente verruga genital o venérea, se presenta con mayor frecuencia en los órganos genitales; sin embargo las lesiones orales son frecuentes.

Las lesiones son causadas por el virus del papiloma humano (generalmente VPH -6 y VPH -11).

Aunque muchas lesiones orales se adquieren a través del contacto sexual o por autoinoculación a partir de las lesiones genitales. Las lesiones orales en niños pequeños pueden ser especialmente problemáticas, porque pueden tratarse de un caso de abuso sexual.

El condiloma acuminado se presenta en forma de pápulas o placas sésiles solitarias o múltiples, de color rosado, con una superficie de empedrado o como lesiones papilares pediculadas. Las lesiones orales se presentan predominantemente sobre la mucosa no queratinizada de los labios, el suelo de la boca, las superficies lateral y ventral de la lengua, la mucosa del carrillo y el paladar blando. Se presenta incluso lesiones gingivales; sin embargo; son raras.³

(Fig-1-2)



Imagen de <http://1.bp.blogspot.com/>

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL

La hiperplasia epitelial focal, conocida comúnmente como enfermedad de Heck.

Las lesiones suelen ser múltiples a menudo afectan la mucosa oral y labial. Las lesiones son sésiles y pueden ser de color rosa o blanco.

Aunque la mayoría de las lesiones aparecen en niños, también pueden encontrarse en grupos de edad más avanzada. La mayoría remiten espontáneamente. Si las lesiones persisten, pueden extirparse quirúrgicamente.

Las lesiones contienen VPH-13 y VPH-32 en abundancia.³ (FIG-1-3)



Imagen de <http://1.bp.blogspot.com/>

DIAGNÓSTICO

La mayor parte de las verrugas se descubren por inspección y pueden diagnosticarse correctamente sólo con la historia y exploración física. La colposcopia es valiosa para demostrar las lesiones vaginales y cervicales y también puede utilizarse para el diagnóstico de la infección bucal y cutánea por VPH. Los frotis de raspado cervical preparados con el método de Papanicolaou suelen mostrar signos citológicos de infección por VPH. Las lesiones persistentes o atípicas deben biopsiarse y estudiarse con métodos histológicos ordinarios. Además el antígeno de la cápside, específico de género, puede identificarse con técnicas inmunológicas en los cortes del tejido, y el tipo de virus puede precisarse mediante hibridación del ácido nucleico.¹



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las verrugas genitales se pueden identificar en general por su aspecto, pero es necesario distinguirlas de los condilomas planos de la sífilis secundaria cuya cara superior es aplanada. Puede ser necesaria en la biopsia de verrugas atípicas o persistentes para excluir un carcinoma.⁴

MANEJO ODONTOLÓGICO

Ninguno de los padecimientos producidos por Papovavirus interfieren con la consulta y la realización de procedimientos electivos odontológicos, si bien será responsabilidad del Cirujano Dentista ofrecer o procurar atención específica a estos padecimientos. Todos ellos son contagiosos en grado diverso, por lo que siempre deberán emplearse métodos de barrera durante el trabajo dental en el examen de lesiones. Sobra decir que como condición infecciosa, deben emplearse procedimientos de desinfección / esterilización en mobiliario e instrumental después de la consulta, siendo suficientes los convencionales que se utilizan diario en el consultorio.

No está contraindicado el manejo dental de estos pacientes.⁵

PRONÓSTICO

Hasta ahora, no hay otros métodos más eficaces para prevenir las infecciones por VPH que eviten el contacto con las lesiones infecciosas. Los métodos anticonceptivos de barrera pueden ser útiles para prevenir la transmisión de los condilomas acuminados y otros procesos del aparato genital causados por el VPH.¹

TRATAMIENTO

La no administración de tratamiento es por completo aceptable; las recidivas son frecuentes y requieren tratamiento repetido.



Los recursos más usados son criocirugía, aplicación de agentes cáusticos, electrodesecación, escisión quirúrgica y exéresis con láser. También se han empleado antimetabolitos locales, como 5-fluorouracilo⁶, los cáusticos como el ácido tricloroacético, o los inductores del interferon como el imiquimod, son ampliamente utilizados, pero de modo habitual requieren múltiples aplicaciones a lo largo de semanas o meses, y fracasan con frecuencia.⁴



VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)/SIDA

DEFINICIÓN:

El SIDA es una enfermedad causada por los virus de inmunodeficiencia humana VIH-1 y VIH-2, que aunque suele afectar sobre todo los adultos jóvenes puede presentarse también en niños.

La principal vía de transmisión de la infección pediátrica es la materna, aunque menos frecuente el contagio a través de la administración de productos derivados de la sangre, como las transfusiones de sangre completa, plasma o derivados del factor VIII. Esta vía de transmisión ha afectado en especial a un grupo de población: los hemofílicos.

Entre 6 y 30 % de los recién nacidos infectados de los recién nacidos infectados por el VIH son hijos de madres con SIDA o VIH positivas.⁶

ETIOLOGÍA

Dos retrovirus íntimamente relacionados, el VIH-1 y el VIH-2, han sido identificados como causantes del SIDA en distintas regiones geográficas. El VIH-1 es responsable de la mayoría de los casos del SIDA en el hemisferio occidental, Europa, Asia y África Central, del sur y oriental; el VIH-2 es el principal agente del SIDA en África Occidental y parece ser menos virulento que el VIH-1. En ciertas áreas de África Occidental son prevalentes ambos microorganismos.⁴

Todos los retrovirus contienen una enzima llamada transcriptasa inversa que convierte el ARN vírico en una copia de ADN provírico. Este ADN se integra en el ADN de la célula huésped. Los provirus integrados son duplicados por los genes celulares normales cada vez que se divide la célula. Así pues toda la progenie de la célula infectada originalmente contendrá ADN del retrovirus.



El ADN provírico es transcrito a ARN y traducido en proteínas para producir cientos de copias del virus infeccioso. Otra enzima, la proteasa VIH, es crítica para la fase final del ciclo del VIH inmaduro, no infeccioso, en la forma infecciosa, mediante división de proteínas cruciales, que se redistribuyen dentro del virus después de salir éste por gemación de una célula humana infectada.

El VIH infecta un subconjunto importante de linfocitos T, definidos desde el punto de vista fenotípico por la glicoproteína transmembrana T^4 o CD^{4+} , y desde el punto de vista funcional por actuar como células colaboradoras /inductoras. El VIH infecta también células linfoides, como macrófagos, células microglias y diversas células endoteliales y epiteliales. Las células dendríticas de los ganglios linfáticos pueden unir el VIH a su superficie celular, pero no son invadidas. Como resultado de la infección de VIH, se alteran el número y funciones de las células T, las células B, las células asesinas naturales y los monocitos-macrófagos. A pesar de las anomalías de células distintas de los linfocitos CD^{4+} , gran parte de la disfunción inmunológica del SIDA se debe a pérdida de la función colaboradora de esos linfocitos, que es crítica para la inmunidad celular.⁴

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL VIH

Después del contacto inicial con el VIH, hay un retraso de 2 a 6 semanas antes de que los anticuerpos al virus sean detectables en la sangre. La mayoría de los pacientes desconocen su estado durante este tiempo. Algunos pacientes experimentarán un periodo inicial evidente de malestar, letargia, elevación leve de temperatura, cefalea, artralgias, mialgias, tos crónica y, a veces erupción cutánea. Estos síntomas son análogos a los del resfriado gripal o a una forma leve de mononucleosis infecciosa. Esto suele ir seguido por un periodo de latencia que puede durar 6 meses en lactantes y un año más en adultos. Durante este periodo algunos pacientes no tienen más síntomas que los del desarrollo gradual a una linfadenopatía.³



A lo largo de los 3 a 5 años siguientes, aparecen gradualmente algunos o todos los siguientes indicios del pre- SIDA:

Sudores nocturnos.

Pérdida de peso.

Pérdida de memoria/demencia leve.

Infecciones crónicas.

Linfadenopatía generalizada.

Diarrea.

En cuanto al recuento de linfocitos CD⁴⁺ se acerca a 200 o cae por debajo de esa cifra, se presentan uno o más de los siguientes síntomas, graves e incapacitantes, que anuncian el comienzo del SIDA.

Neumonía por *Pneumocystis carinii*.

Neumonía bacteriana.

Criptosporidiosis.

Toxoplasmosis.

Meningitis cerebral.

Sarcoma de Kaposi.

Linfoma no hodgkin.

Infecciones generalizadas por herpes simple u otras infecciones micóticas profundas.

Infecciones por *mycobacterium intracellulare*.³

MANIFESTACIONES BUCALES

LEUCOPLASIA VELLOSA

La leucoplasia “vellosa” es una lesión blanca localizada principalmente en los bordes laterales de la lengua y a veces en la mucosa oral adyacente. La lesión tiene un aspecto plegado lineal que se describió inicialmente como vellosa. Aparece durante las etapas de latencia tardía de las infecciones por VIH y se considera precursora de SIDA, es importante tener en cuenta que su presencia clínica aislada no es indicativa de un estado VIH⁺.

Los rasgos histológicos de la leucoplasia vellosa, son hiperqueratosis y acantosis con una zona de células aumentadas de tamaño.³ (FIG-2)



Atlas clínico de medicina oral, Universidad de Valencia

CANDIDIASIS

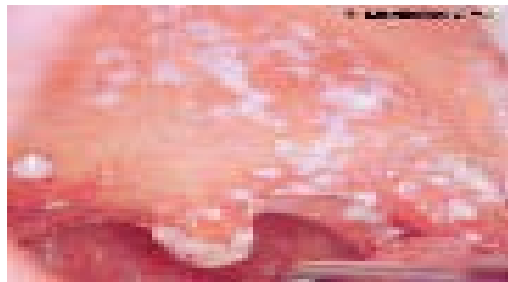
Las formas agudas o crónicas persistentes y refractarias de infección de las mucosas orales por *Candida Albicans*, en un paciente que por lo demás es normal, son un importante indicador temprano de deterioro inminente del sistema inmunitario VIH- positivos.³

Se ha demostrado que la aparición de candidiasis pseudomembranosa en los sujetos infectados por el VIH es un potente indicador de la progresión de la infección de SIDA.

Las lesiones orales sospechosas de candidiasis oral deben examinarse mediante la realización de un estudio celular, cultivo y/o biopsia para confirmar el diagnóstico clínico.

Si no existen las causas más habituales de candidiasis oral, como el empleo de antibióticos, terapia esteroidea, radioterapia, tratamiento inmunosupresor o diabetes mellitus, el odontólogo debe sospechar la posible existencia de inmunosupresión secundaria a la infección VIH.²

(FIG-2-1)



Atlas clínico de medicina oral, Universidad de Valencia

GINGIVITIS/PERIODONTITIS ASOCIADAS CON LA INFECCIÓN DE VIH

Algunos pacientes VIH-positivos podrán desarrollar una forma de gingivitis ó periodontitis. En estos pacientes se produce una afectación gingival de extraordinaria intensidad, que consiste en una extensa zona de eritema que afecta a la encía libre y también la encía adherida. El trastorno evoluciona con rapidez, pasando en seguida de gingivitis a periodontitis.³

(FIG-2-3)

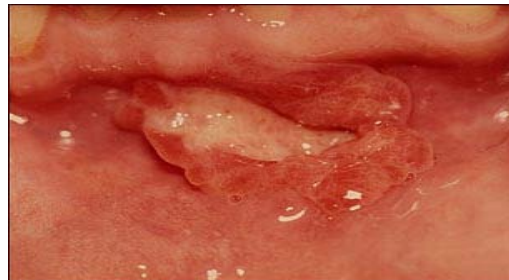


Atlas clínico de medicina oral, Universidad de Valencia

ÚLCERAS AGUDAS INESPECÍFICAS.

Las úlceras orales de los pacientes VIH-positivos se parecen a los tipos mayores y más profundos de las úlceras aftosas. Son crateriformes y tienen un gran halo eritematoso. Los bordes suelen ser afilados o engrosados. El centro expondrá pronto el hueso o penetrará en el músculo si no se recibe tratamiento.³

(FIG- 2-4)



maktubmadai.blogspot.com

SARCOMA DE KAPOSI

Lesiones vasculares maculares o nodulares que se presentan en forma aislada o múltiple en la mucosa y la piel de pacientes infectados por el VIH; las lesiones están constituidas por células endoteliales atípicas en proliferación y son un signo de que el paciente padece SIDA.

Las lesiones orales del sarcoma de kaposi se presentan con el tiempo en un 10 a 20% de los pacientes varones VIH⁺ y son más frecuentes en aquellos

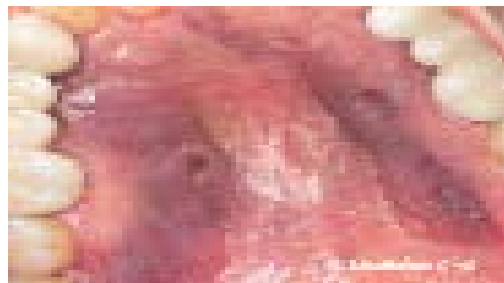
pacientes que adquieren el virus por transmisión sexual, que en los que consumen drogas por vía intravenosa. Las lesiones son de color rojizo a púrpura intenso y pueden ser maculares o nodulares.³

Las localizaciones predominantes en la cavidad oral son los paladares duro y blando, seguidos por la encía del maxilar superior.

El diagnóstico clínico diferencial incluye otras lesiones de origen vascular y crecimientos reactivos.

El diagnóstico definitivo se establece por medio de la biopsia. El tratamiento del Sarcoma de Kaposi bucal dependerá de su localización, tamaño, número y sintomatología de las lesiones. Las sustancias esclerosantes y vinblastina se han utilizado en forma intralesional con involución completa de las lesiones en la mayor parte de los, aunque también se emplearon como paliativo con resultados satisfactorios la excisión quirúrgica, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia sistémica. Actualmente el empleo de la terapia antirretroviral combinada produce la estabilización o reducción de los sarcomas de kaposi en muchos casos.⁵

(FIG-2-5)



Atlas clínico de medicina oral, Universidad de Valencia

LINFOMA NO-HODGKINIANO

La presencia de linfoma no Hodgkin en el sujeto VIH (+) es criterio de diagnóstico de SIDA. Cerca de 5% de los casos se presenta inicialmente en la cavidad bucal como tumores ulcerados y muy dolorosos, que tienen predilección por la mucosa palatina y la encía. En lesiones avanzadas pueden invadir al hueso y causar movilidad y desplazamiento dental.

El diagnóstico se establece mediante biopsia, ya que en clínica esta lesión puede simular sarcoma de kaposi o ulcera recurrente mayor. El pronóstico de esta lesión es muy pobre, la mayoría de los afectados fallece antes de un año posterior al diagnóstico. El tratamiento depende de la etapa de la neoplasia. Las lesiones localizadas se manejan con radiación y los casos diseminados a base de quimioterapia.⁵

(FIG-2-6)



Atlas clínico de medicina oral, Universidad de Valencia

ERITEMA LINEAL GINGIVAL

A menudo se presenta en forma muy discreta y puede pasar desapercibido para el personal con poca experiencia. Se caracteriza por una banda eritematosa y continua a lo largo de la encía marginal, la cual no presenta ulceración ni causa recesión gingival.

El tratamiento debe enfocarse en evitar que esta lesión progrese a las formas más severas de enfermedad periodontal asociada a VIH. El protocolo de manejo incluye mejorar la higiene oral y un cuidadoso raspado y alisado

radicular, seguido por el uso de clorhexidina el enjuague dos veces al día y evaluaciones cada tres meses. En los casos más rebeldes se recomienda tratamiento antimicótico tópico o sistémico, con lo cual se observa reducción de las lesiones en un número significativo de los casos.⁵

(FIG-2-7)



<http://www.fundacioncarraro.org/revista-2007-n24-art1.php>

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN DE VIH/SIDA

Los exámenes serológicos para la detección de anticuerpos anti-VIH-1 se empezaron a utilizar de forma rutinaria a partir de 1985 y poco después se introdujeron los exámenes para la detección de anticuerpos anti-VIH-2.

Los exámenes de inmunoabsorción enzimática (ELISA) es un método sensible, que constituye el primer paso para detectar sujetos serotipos, tienen el inconveniente de que pueden presentar resultados falsos positivos, por lo que el diagnóstico definitivo se establece cuando el resultado positivo con esta técnica se confirma con el análisis de transferencia Western (Western blot), el cual detecta anticuerpos frente a antígenos de VIH de pesos moleculares específicos. Esta combinación de resultados informa sólo que el sujeto ha estado expuesto al VIH, pero no el estado de la infección o si este se encuentra ya en la fase del SIDA. Sin embargo todo sujeto positivo debe considerarse potencialmente infeccioso.

A partir de 1989 se puede detectar secuencias de ADN de VIH por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), el cual es un método tan confiable como el cultivo de virus mismo y permite controlar el nivel de viremia de los afectados.⁵



Los recuentos de linfocitos CD⁴⁺ y los niveles de ARN de VIH en el plasma representan una parte importante de la valoración y el seguimiento de la enfermedad en personas infectadas por VIH. Tal y como se establece en la definición de SIDA, el recuento de linfocitos T CD⁴⁺ es un indicador aceptado para conocer la competencia inmunitaria del paciente infectado, además existe una estrecha relación entre la cuenta de estas células y la aparición de manifestaciones clínicas del SIDA (con cuentas inferiores a 200 linfocitos T CD⁴⁺ por μ L existe un elevado riesgo de infecciones oportunistas graves por *P.carinii* , *M. avium- intracellulare* ,CMV y otras). Por su parte, el nivel de ARN de VIH en el plasma permite predecir lo que sucederá con el recuento de linfocitos y tiene importancia en el pronóstico clínico, sirviendo de base para la toma de decisiones terapéuticas con respecto a la selección de fármacos antirretrovirales. Se estima que cuando el nivel de ARN de VIH progresan con rapidez en las fases sintomáticas que aquellos con niveles bajos. ⁵

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL VIH.

El riesgo de transmisión de VIH durante el trabajo odontológico existe, pues es muy bajo (es menor al calculado en otras enfermedades infectocontagiosas como la hepatitis B, la tuberculosis y la infección herpética). Por ello diversas organizaciones nacionales e internacionales recomiendan tratar a los pacientes infectados de la misma manera que a los pacientes infectados por otros patógenos de transmisión por sangre y otros fluidos contaminados, considerando que en un alto porcentaje de los casos positivos es imposible detectarlos mediante el interrogatorio., la exploración clínica e incluso por medio de los exámenes de laboratorio, lo más adecuado es utilizar métodos de barrera y demás precauciones universales en todos los pacientes, independientemente de identificarse en ellos prácticas de alto riesgo para enfermedades infectocontagiosas o francos signos de enfermedad.⁵



El aumento del número de personas infectadas por VIH, aunado al incremento en la expectativa de vida de los infectados que tienen acceso a la terapia antirretroviral, trae como consecuencia un aumento significativo en el número de individuos VIH positivos que requieren atención de individuos VIH positivos que requieren de atención estomatológica.⁵

Por otra parte, la cavidad bucal es uno de los sitios anatómicos en donde se observan con mayor frecuencia las manifestaciones de la infección por VIH, ya que cerca del 6 a 80 % de los la frecuencia y variedad de estas alteraciones dependen de varios factores, como género, el estadio clínico de la enfermedad (nivel de inmunosupresión sujetos infectados presentan alguna alteración bucal asociada a este padecimiento. La frecuencia y variedad de estas alteraciones dependen de varios factores, como el género, el estadio clínico de la enfermedad (nivel de inmunosupresión), vías de transmisión y tratamientos empleados.⁷

PRONÓSTICO

El riesgo de desarrollo de SIDA o de muerte se puede estimar en una persona infectada por VIH, si se combinan los recuentos de linfocitos CD4⁺ y los niveles plasmáticos de ARN.

Las infecciones oportunistas siguen representando la causa inmediata de muerte en casi todos los pacientes con SIDA. La introducción de tratamientos antirretrovíricos combinados ha prolongado en forma espectacular la supervivencia de los pacientes con SIDA en periodos de 2 a 3 años, pero la duración del beneficio es variable y aún no ha sido definida por completo.⁷

TRATAMIENTO

No existe por el momento un tratamiento o curación eficaz para el SIDA. Los agentes antivíricos no han tenido éxito en la destrucción del VIH. Sin embargo se ha demostrado que la zidovudina (AZT) ejerce efectos inhibitorios significativos sobre la citopatogenicidad de la replicación in vitro



del VIH. Se ha observado que la AZT prolonga la vida de los sujetos infectados por el VIH, tanto si están asintomáticos como sintomáticos, aunque no existe evidencia de que sea eficaz para prevenir la infección una vez que se ha producido la exposición al virus.²



HERPES SIMPLE

DEFINICIÓN:

La familia de los virus del herpes humano está compuesta de cuatro miembros:

1. El virus del Herpes Simple (*VHS* o *Herpesvirus hominis*).
2. El virus de la varicela zoster (VVZ o el virus del herpes de la varicela)
3. Citomegalovirus(CMV)
4. Virus del Epstein- Barr (VEB)

Los virus del herpes simple (VHS-1, VHS-2); (Herpes virus hominis) producen diversas infecciones que afectan a las superficies mucocutáneas, al sistema nervioso central y, ocasionalmente algunas vísceras.⁷

ETIOLOGÍA

El núcleo del virus herpes simple (VHS) está constituido por una sola cadena de ADN. La cromátide contiene más de 80 genes que están divididos en tres grupos según su función durante la replicación. El gran tamaño del genoma de este virus le permite codificar numerosas proteínas de la replicación y el metabolismo celular, haciéndole capaz de sobrevivir y convertirse en ubicuo de la población. El virus es lítico para las células epiteliales humanas y permanece latente en el tejido nervioso. La replicación tiene lugar principalmente en las células epiteliales y conduce a muerte celular y liberación de hasta 20000 viriones. Durante la liberación, no todos los viriones adquieren una envoltura a partir de la membrana citoplásmica de la célula; el tiempo de supervivencia de estos viriones es, por ello, muy corto.¹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Infecciones genitales por VHS

El primer episodio de herpes genital primario se caracteriza por fiebre, cefalea, malestar y mialgias. Los síntomas locales predominantes son dolor, picores, disuria, secreción vaginal o uretral y linfadenopatía inguinal dolorosa.



Herpes gladiatorum. El VHS puede infectar cualquier área de la piel.

Infecciones herpéticas de los ojos. La queratitis por VHS aparece con dolor de comienzo brusco, visión borrosa, quemosis, conjuntivitis y lesiones dendríticas características de la córnea.

Infecciones del Sistema Nervioso Central y periférico por VHS-1 y VHS-2.

La patogenia de la encefalitis por VHS es variada. En niños y adultos jóvenes la infección primaria por VHS puede acabar en encefalitis; se supone que el virus procedente del exterior llega al SNC por diseminación neurotrópica desde la periferia a través del bulbo raquídeo.

El signo característico de la encefalitis por VHS ha sido la aparición brusca de la fiebre y síntomas focales neurológicos especialmente en el bulbo temporal.

La meningitis por VHS es una enfermedad aguda que cura espontáneamente y se manifiesta por cefalea, fiebre y ligera fotofobia que dura 2 a 7 días.

Se ha descrito un trastorno funcional del Sistema Nervioso Autónomo especialmente en la región sacra, tanto en infecciones por VHS como en la varicela zóster. Pueden aparecer entumecimiento y hormigueos en nalgas y región perineal, retención urinaria, estreñimiento, pleocitosis del líquido cefaloraquídeo, y en varones impotencia, síntomas que desaparecen lentamente en un plazo de días a semanas aunque, en alguna ocasión, la lipoestesia y debilidad de los miembros inferiores pueden persistir muchos meses.¹

MANIFESTACIONES BUCALES

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA AGUDA

Forma clínica rara de una infección inicial por herpes simple en la cual existen úlceras superficiales múltiples por todas las superficies queratinizadas y glandulares intraorales, acompañadas de síntomas sistémicos con fiebre, linfadenopatías y mialgias.

En la gingivoestomatitis herpética primaria aguda, el paciente experimenta fiebre y linfadenopatía que duran de 2 a 10 días. Con frecuencia existe dolor

muscular (mialgia) e imposibilidad de la masticación y deglutir alimento. Si los pacientes tienen buena salud, los signos y síntomas pueden durar solo de 2 a 10 días.

En pacientes inmunocomprometidos puede aparecer una forma prolongada de gingivoestomatitis herpética primaria aguda. Por lo general estos pacientes están recibiendo quimioterapia por un proceso maligno, son receptores de órgano o tienen Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o congénita.³

(FIG-3)



<http://www.pediatrionaldia.cl/02agosto/aftas-orales-recurrentes>

HERPES SIMPLE ORAL SECUNDARIO

Herpes simple oral recidivante. Los dos principales tipos clínicos de infecciones por herpes oral recidivante son, según la localización de las lesiones, el herpes labial recidivante y el herpes intraoral recidivante. El herpes labial recidivante afecta a los labios, mientras que el herpes intraoral recidivante involucra el declive del paladar duro o la encía del maxilar superior, ambos se asocian comúnmente con un tratamiento dental reciente y se presenta como un cúmulo de pequeñas lesiones vesiculosas. El aspecto clínico de las lesiones que se encuentran en los dos tipos es diferente. Puesto que las lesiones labiales suelen afectar la piel, formarán vesículas visibles de líquido que se rompen, forman úlceras y se resuelven en forma de lesiones costrosas de color pardo. Las lesiones intraorales se encuentran en las mucosas y rara vez forman una vesícula claramente visible.

Las lesiones tienen aspecto punteado con una base roja o blanca que desaparece lentamente.

Herpes labial recidivante. Presentación episódica de un cúmulo de vesículas y úlceras superficiales localizadas en las caras laterales de los labios en pacientes con infecciones latentes por herpes simple inactivas en los ganglios que inervan los labios; las lesiones son desencadenadas por diversos factores internos y externos.³

(FIG-3-1)



<http://www.hipocampo.org>

HERPES INTRAORAL RECIDIVANTE

Presentación episódica de un cúmulo intraoral de úlceras punteadas superficiales con síntomas, localizado por lo general aunque no de forma exclusiva sobre la mucosa que recubre los agujeros palatinos mayores, que aparecen típicamente después de procedimientos dentales en el área.³

(FIG-3-2)



Atlas clínico de medicina oral, Universidad de Valencia

PANADIZO HERPÉTICO

Infección primaria o secundaria por herpes simple localizado en las manos o los dedos, adquirida por contacto directo con una lesión activa.³

(FIG-3-3)



<http://m.medlineplus.gov>

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico presuntivo inmediato se puede establecer por el hallazgo de células gigantes multinucleadas características de las extensiones teñidas con Wright- Giemsa de muestras de las lesiones (prueba de Tzanck). El diagnóstico se puede confirmar mediante cultivo, análisis de inmunofluorescencia directa o serología. Para el cultivo, la muestra se toma con torunda de las bases de las lesiones ulceradas (o se aspira de una vesícula), se introduce en un medio de transporte para virus y se inocula en cultivo tisular.

Se observa un efecto citopático característico al cabo de 24 a 48 hrs. El análisis de la inmunofluorescencia indirecta se puede realizar en líquido vesicular o en raspados, para demostrar antígenos VHS en las células.

Las parejas de muestras de sueros, tomados con un intervalo de 10 a 14 días, pueden mostrar aumento de título de anticuerpos en las infecciones primarias.^{3,4}



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico diferencial de la gingivostomatitis herpética primaria se puede establecer con la gingivitis ulcerativa necrosante aguda o infección de Vincent, faringitis estreptocócica y eritema multiforme. En ninguna de estas patologías las lesiones tienen una fase vesicular, y además varían en la localización, ya que en la primera aparecen lesiones sólo en las encías y el eritema multiforme casi nunca se localiza en ellas; por su parte, la faringitis estreptocócica no afecta los labios y piel peribuca. Con el herpes labial recurrente se puede establecer a veces diagnóstico diferencial con las pústulas del impétigo, mientras que con el herpes intraoral se deben considerar las alergias por contacto, traumatismos y quemaduras químicas. En la etapa ulcerativa de la gingivostomatitis herpética, donde las lesiones pueden tener cualquier ubicación dentro de la boca, el diagnóstico diferencial se puede establecer con úlceras aftosas herpetiformes, por lo que es importante indagar si han tenido una etapa vesicular previa.^{3, 4}

MANEJO ODONTOLÓGICO

En la clínica odontológica será preferible despedir al paciente hasta que este reestablecido, ya que además de ser un riesgo infeccioso, que puede ocasionar lesiones unguales o contagios primarios, tal vez sea muy incómodo para el paciente la manipulación de la porción labial afectada.⁵

TRATAMIENTO

El tratamiento de la gingivostomatitis herpética es de soporte. Los anestésicos tópicos y los analgésicos sistémicos alivian algo del dolor: los niños pequeños a veces requieren hidratación intravenosa.⁷

El aciclovir (200mg v.o 5/d o 400mg v.o. 3/d) o el valaciclovir (500 mg v.o. cada 12 h durante 5 o 10 días.) son eficaces en las infecciones herpéticas primarias de la boca, los genitales y el recto. Sin embargo, ni incluso el



tratamiento precoz de las infecciones primarias elimina la infección latente ni previene las recidivas.⁴

VIRUS DEL EPSTEIN – BARR

Lesiones queratinizadas en la superficie lingual. En la mononucleosis infecciosa (MI), puede observarse malestar faríngeo, cansancio extremo y elevación de la temperatura, lesiones faríngeas y amigdalinas cubiertas de un exudado amarillento denso. Las lesiones bucales de MI son polimorfas, pudiendo similar a cambios aftosos similares observados en la GUN o los de la estomatitis herpética primaria.³

CITOMEGALOVIRUS

Infección sistémica oportunista, se presenta en estados de inmunosupresión de cualquier origen. Afecta glándulas y vísceras. Se relaciona con algunos procesos neoplásicos de los órganos que infecta. Se le considera un cofactor en el desarrollo de enfermedades periodontales.³



3. ANTECEDENTES

En 1998, la Dra. Alba Cortés y col.; confeccionaron un instrumento de trabajo con el objetivo de explorar conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y factores relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia adquirida. El instrumento consiste en un cuestionario elaborado para tales fines y que debe ser aplicado por la técnica de la entrevista. El cuestionario fue validado en Ciudad de la Habana y sometido a criterio de expertos para mejorar su diseño.⁸

En un estudio realizado en el año 1998 por Flores N y col., en Punto Fijo Venezuela, donde encuestaron a 593 alumnos de Educación Básica y Diversificada en relación a la educación sexual, considerada en su mayoría de regular a mala calidad.⁹

Asimismo, Padilla de Gil en el 2001 realizó un estudio en el Salvador a 1460 adolescentes de ambos sexos, reportando falta de información sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).¹⁰

En el Municipio de San Miguel del Padrón, de la Ciudad de la Habana en el 2002, García Imia y col; estudiaron a 100 adolescentes en edades de 10 y 19 años donde se indago sobre aspectos generales de la sexualidad obteniendo como resultados en general, que no tenían conocimientos de todas las enfermedades de transmisión sexual, siendo el grupo de edad de mayor relevancia el de 10 a 13 años por sus escasos conocimientos sobre sexualidad.¹¹

En Monterrey México; Flores Villanueva y col; reportaron que el 43% de los adolescentes encuestados en un estudio obtuvieron calificaciones regulares sobre sexualidad.¹²



Resultados diferentes se encontraron en la investigación realizada en el 2002 a 108 adolescentes de Distrito de Mollepata-Cusco Perú, donde el 56.5% de adolescentes demostró buen nivel de conocimientos de sexualidad.¹³

En el año 2005 los adolescentes y adultos jóvenes atendidos por las consultas de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en el Estado Carabobo, fueron 5815, siendo los cinco primeros lugares para el Virus del papiloma humano (VPH) con 1522, 887 para Sífilis, 440 para la infección gonocócica, 326 para candidiasis y 182 para tricomoniasis. Asimismo, para el primer semestre del año 2006 se reportaron 144 nuevos casos de VIH/SIDA, siendo el primer lugar para el Municipio de Valencia con 60 casos y la segunda posición para Puerto Cabello con 21 casos.¹⁴

En el año 2006, Libreros y col., realizó un estudio cuantitativo en una población conformado por 268 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 19 años, estudiantes regulares inscritos en el periodo 2006-2007 distribuidos por año académico, del Bachillerato de la Unidad Educativa Monseñor Gregorio Adam, Naguanagua, Estado Carabobo.

La técnica para la recolección de la información fue la encuesta y el instrumento un cuestionario ya elaborado por los autores, este cuestionario se baso de 37 preguntas siendo las alternativas dicotómicas y en escala de Likert.¹⁵

En el 2006 el Dr. Edgar Valdez Carrizo ejecutó unas entrevistas en la Ciudad de Cochabamba a 1801 personas; donde nos muestran las diversas fuentes de conocimientos así como sus prácticas sexuales.¹⁶

En este mismo año ML. Macchi´ y col; aplicaron un cuestionario a jóvenes estudiantes de primero, segundo y tercer año de la educación media en Colegios Públicos y privados, de la Ciudad Asunción Lambaré; los resultados arrojaron que el nivel de conocimientos es bajo e inconsistente.¹⁷



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión, pueden ser un factor de riesgo de nuestros estudiantes; ya que la ignorancia y el desconocimiento de éstas puedan ocasionar que no tomen las medidas preventivas, como utilizar barreras de protección en la clínica, vacunarse y haya la posibilidad de contagio, así como valorar sus actitudes y prácticas sobre su vida sexual, para establecer si hay conductas adecuadas de prevención ante cualquier infección.

¿Son adecuados los conocimientos, y actitudes y prácticas de los estudiantes de la Facultad de Odontología?



5. JUSTIFICACIÓN

En el país existe poca información sobre, conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes frente a las enfermedades de transmisión sexual, con la percepción que los programas de prevención, no tienen la fuerza que debieran en el momento actual, se considera necesario investigaciones que permitan conocer el estado de conocimientos, actitudes y prácticas que integren globalmente las áreas de prevención, tratamiento y atención a las Enfermedades de Transmisión Sexual.



6. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión sexual en alumnos de la Facultad de Odontología.

1.2 ESPECÍFICOS

Determinar, las actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en alumnos de la Facultad de Odontología por medio de una encuesta con escalamiento tipo Likert.

Determinar si existen diferencias de conocimientos, actitudes y prácticas de Enfermedades de Transmisión Sexual en alumnos de primer y segundo año de la Facultad de Odontología, por género.



7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente estudio se aplicó una encuesta (ver anexo 1) a 192 alumnos de primer y segundo año de la carrera Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología Campus C.U.

Parte de la encuesta tuvo ITEMS basado en el escalamiento tipo Likert el cual consta de lo siguiente:

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los 30; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems en forma de afirmación o juicio, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica; además, es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.¹⁷



Dirección de las afirmaciones.

Las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuánto más de acuerdo con la afirmación estén los sujetos, su actitud será más favorable.

Forma de obtener las puntuaciones

Las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto a cada frase. Por ello se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones. En las escalas Likert a veces se califica el promedio resultante en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones).¹⁷

Otras condiciones sobre la escala Likert

A veces se acorta o se incrementa el número de categorías, sobre todo cuando los correspondientes potenciales tienen una capacidad muy limitada de discriminación o, por el contrario, muy amplia.

Si los encuestados tienen poca capacidad de discriminar se incluirían dos o tres categorías. Por el contrario, si son personas con un nivel educativo elevado y gran capacidad de discriminación, puede incluirse siete categorías. Pero debe recalarse que el número de categorías de respuesta tienen que ser el mismo para todos los ítems. Un aspecto muy importante de la escala de Likert es que asume que los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente, si van a medir actitudes hacia varios objetos, debe incluirse una escala por objeto, aunque se presenten



conjuntamente, pero se califican por separado. En cada escala se considera que todos los ítems tienen igual peso.

Preguntar en lugar de afirmaciones.

En la actualidad, la escala original se ha extendido a preguntas y observaciones.

Maneras de aplicar la escala Likert

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert. La primera es de manera autoadministrada: se le entrega la escala al respondiente y éste marca, respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir, marcan su respuesta. La segunda forma es la entrevista, donde un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto, y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es necesario que se le entregue al entrevistado una tarjeta donde se muestren las alternativas de respuesta o categorías.¹⁷

Cabe hacer mención que los alumnos contestaron en forma anónima y directa el cuestionario.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Alumnos de la Facultad de Odontología.



7.4 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 192 alumnos de 1er y 2do año que cursan la asignatura de Odontología Preventiva y Salud Pública I y II y que estuvieron presentes en clase el día de la encuesta.

El tipo de muestreo fue no probabilístico.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Alumnos (as) de 1er y 2do año de la asignatura Odontología Preventiva y Salud Pública I y II.

Alumnos que decidieron participar en el estudio.

7.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Encuestas que no fueran llenadas correctamente o que su escritura no fuera legible.

7.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Conocimiento
- Actitud
- Práctica
- Enfermedades de Transmisión Sexual



7.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

Variable independiente: Enfermedades de transmisión sexual.

Variable dependiente: Conocimientos, actitudes y prácticas.

7.9 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NIVEL DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTO	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje.	nominal
ACTITUD	Predisposición aprendida para responder de manera consistente ante ciertos objetos o símbolos	nominal
PRÁCTICA	Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.	nominal
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)	Conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual; por uso de jeringuillas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre al hijo.	nominal



8. RESULTADOS

Perfil familiar y contextual.

La edad media fue de 19 años. El Intervalo de edad de 17 a 29 años.

El 67%(128) correspondió al sexo femenino y el 33% (64) al masculino.

El 93,20% de los encuestados viven con sus padres y el 6.8 % mencionan residir con otros habitantes. (Tabla-1)

Tabla 1. Distribución porcentual de con quién viven los encuestados.

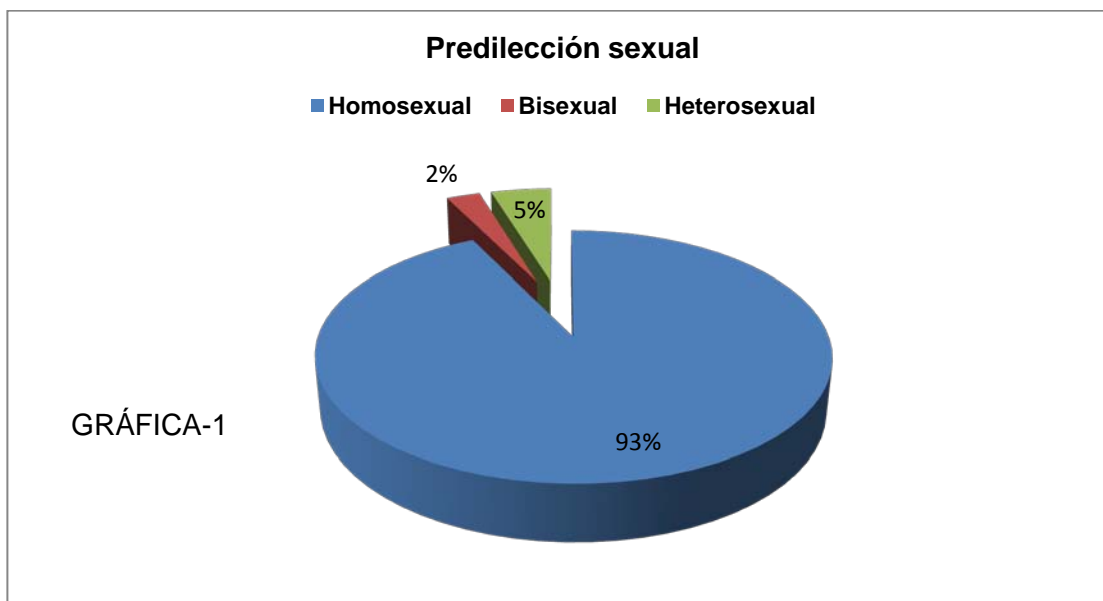
PERSONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRES	179	93,20%
HERMANOS	3	1,50%
SOLO	5	2,60%
TUTOR	2	1%
ESTUDIANTES	1	0,50%
PAREJA	2	1%
TOTAL	192	100%

Fuente directa

Preferencia sexual:

El 93% (178) son jóvenes heterosexuales, el 2% (5) homosexuales y el 5% (9) bisexuales. (Gráfica-1).

Gráfica 1. Distribución porcentual de preferencia sexual del total de alumnos encuestados.



Fuente directa



Iniciación sexual y conductas preventivas:

El 57% (109) dijo que ya tuvo relaciones sexuales; el 43%(73) expresó no haber tenido relaciones sexuales. En relación al género los varones dijeron haberlas tenido en el 75% (48) y las mujeres 55% (71).

La edad media de iniciación sexual fue de 17.5 años, con un intervalo de 13 a 22 años. (Tabla-2).

Tabla 2. Edad de inicio de las relaciones sexuales en relación al género.

EDAD DE INICIO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
13	1	0	1
14	3	1	4
15	6	12	18
16	10	12	22
17	15	10	26
18	11	22	32
19	1	7	8
20	1	2	3
21	0	2	2
22	0	3	3
NO CONTESTO	0	2	2
TOTAL	48	73	121

Fuente directa



Al indagar sobre cuantas parejas sexuales han tenido el 75%(91) reportan de 1 a 3 parejas sexuales, el 17%(21) de 4 a 6 parejas y el 8% dijeron haber tenido 7 ó más parejas sexuales. (Tabla-3).

Tabla 3. Número de parejas sexuales en relación al género.

Nº DE PAREJAS SEXUALES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1 A 3	27	64	91
4 A 6	13	8	21
7 O MÁS	8	1	9
NO HAN TENIDO	16	55	71
TOTAL	64	128	192

Fuente directa

Al cuestionar sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos naturales el 46% (89) contestó que si los conoce, mencionando el método del ritmo, temperatura basal y coito interrumpido, el 53% (102) contesto que no conoce y el 1% no contesto. (Gráfica-2).

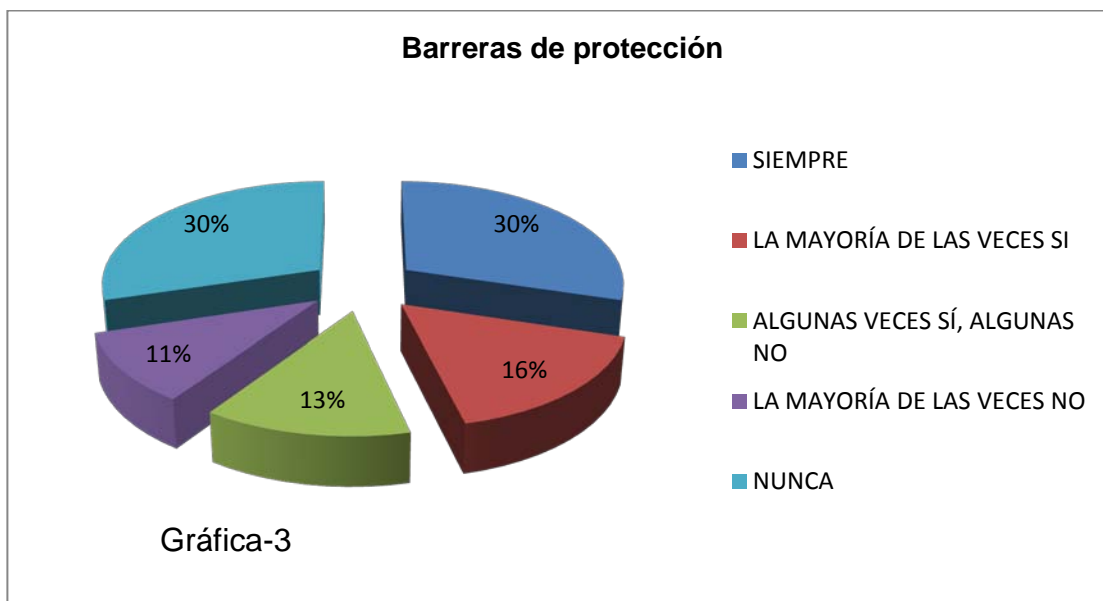
Gráfica 2. Distribución porcentual sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos naturales.



Fuente directa

Al analizar sobre la protección que ofrece el preservativo en relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual las respuestas se dividieron de la siguiente manera. Siempre se protege expresó 47% (56), la mayoría de las veces sí 22%(26), la mayoría de las veces no 5%(7) y nunca protege 5% (7). (Gráfica-3)

Gráfica 3. Distribución porcentual sobre la utilización del preservativo como barrera de protección.



Fuente directa



Comportamiento sobre el uso del preservativo más allá del conocimiento.

El 37% de los estudiantes contestó que siempre rechaza las relaciones sexuales sin preservativo, el 28% expresó que la mayoría de las veces sí, la mayoría de las veces no el 5% y el 8% dijo que nunca rechaza las relaciones sexuales si el uso del preservativo. (Gráfica- 4).

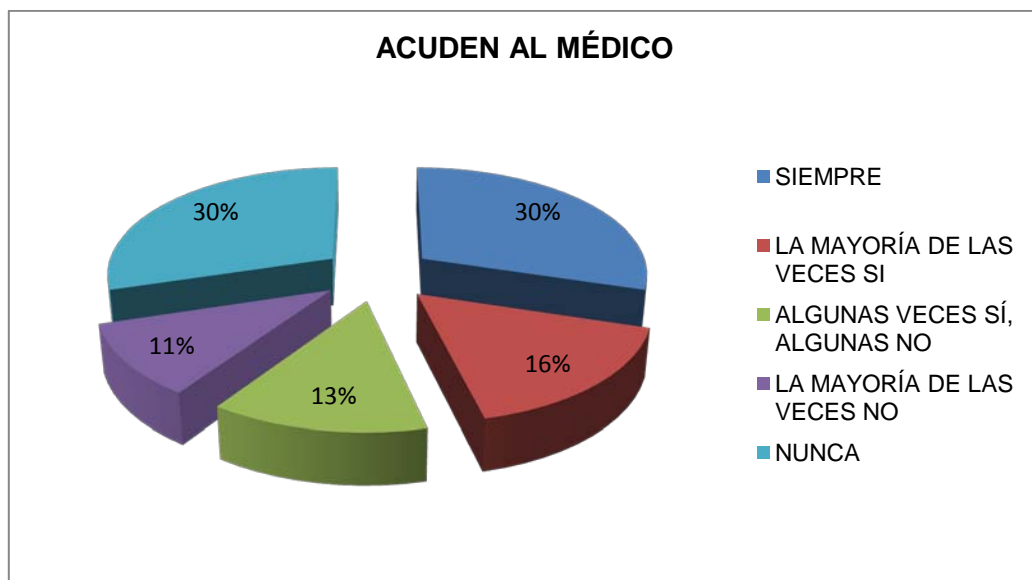
Gráfica 4. Distribución porcentual de alumnos que rechazan las relaciones sexuales sin el uso del preservativo.



Fuente directa

El 30% (36) de los sujetos acude al médico si se rompe el preservativo, el 16% (20) la mayoría de las veces si, el 11% (13) la mayoría de las veces no y el 30% nunca acude al médico. (Gráfica-5)

Gráfica 5. Distribución porcentual de alumnos que acuden al médico si se rompe el preservativo.

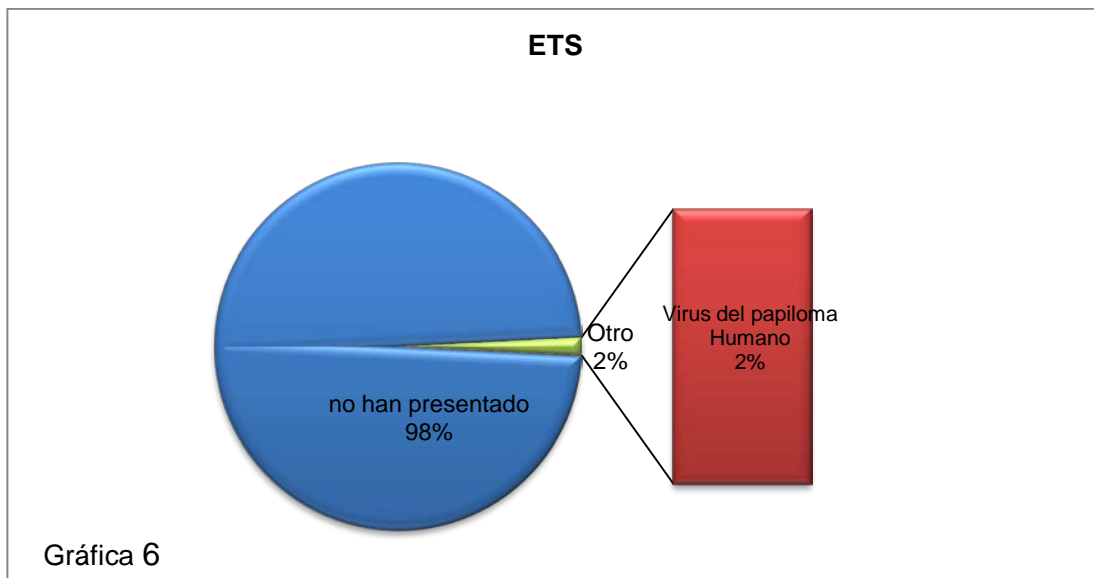


Fuente directa

Enfermedades de transmisión sexual

El 98% de los estudiantes dijo no haber presentado ningún tipo de enfermedad de transmisión sexual, mientras que el 2% enunció tener el Virus del Papiloma Humano. (Gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución porcentual de alumnos que presentan Enfermedades de Transmisión Sexual.



Fuente directa



Conocimiento sobre medidas preventivas del Virus del Papiloma Humano.

Al preguntar sobre contra qué tipo de papilomavirus es efectiva la vacuna el 2.6% (5) contestó contra el 16 y 18 cabe mencionar que actúa también para el 6 y 11, y el resto no conoce. (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de respuestas acerca de contra que tipo de Virus del papiloma humano (VPH) es efectiva la vacuna, por género.

MUJERES		HOMBRES	
TIPO DE VIRUS	FRECUENCIA	TIPO DE VIRUS	FRECUENCIA
16 Y 18	3	13 Y 31	1
VPH	3	11 Y 17	1
2 VIRUS	2	VPH	3
7 Y 21	1	TIPO 1	1
NO SABEN	119	NO SABE	58
TOTAL	128	TOTAL	64

Fuente directa

El 6.5% (12) únicamente expresó que son 3 dosis de la vacuna. (Tabla 5).

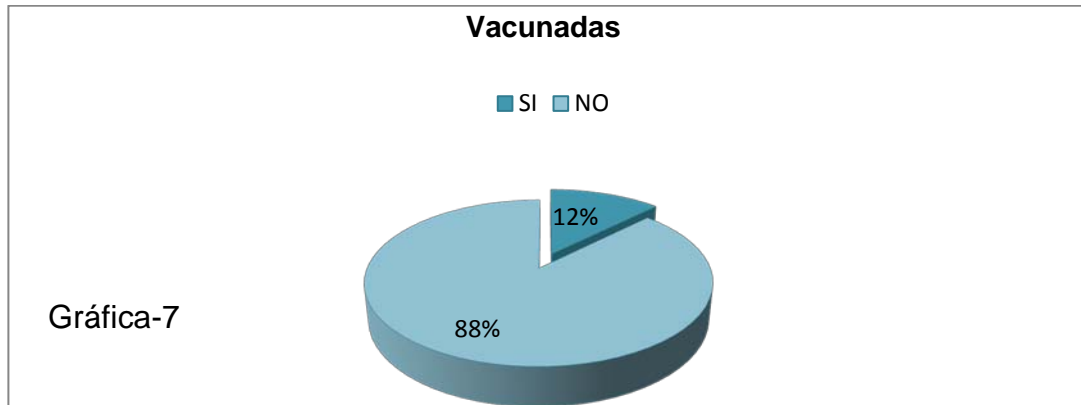
Tabla 5. Frecuencia de respuestas sobre la cantidad de dosis de la vacuna del VPH por género.

MUJERES		HOMBRES	
DOSIS DE VPH	FRECUENCIA	DOSIS DE VPH	FRECUENCIA
1	3	1	2
2	34	2	4
3	11	3	1
4	3	4	0
1 PASTILLA DE 100 MG	1	NO CONTESTO	57
NO CONTESTO	76	—	—
TOTAL	128	TOTAL	64

Fuente directa

Sólo el 12% (16) de las mujeres se encuentra vacunada contra el VPH.
(Gráfica-7)

Gráfica 7: Distribución porcentual de mujeres vacunadas contra el VPH.

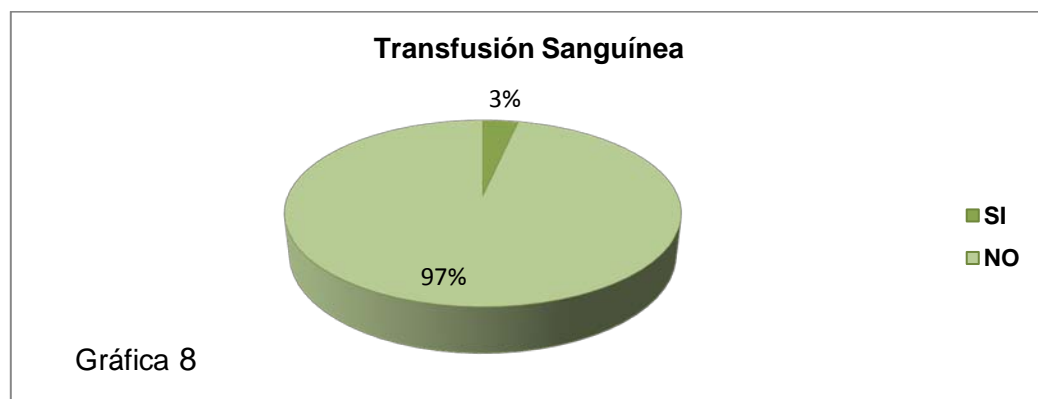


Fuente directa

Factores de riesgo a lo que los estudiantes está o estuvieron predispuestos de adquirir Enfermedades de Transmisión Sexual.

Al examinar sobre si han recibido transfusión sanguínea el 3% (7) manifestó que si, y el 97% no ha recibido transfusión sanguínea. (Gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución porcentual de encuestados que han recibido transfusión sanguínea.



Fuente directa



El 95.83% de los estudiantes dijeron siempre utilizar barreras de protección en clínica. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución porcentual de estudiantes que utilizan barreras de protección en la clínica

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	184	95.83
La mayoría de las veces sí	7	3.65
Algunas veces sí, algunas no.		0.00
La mayoría de la veces no	1	0.52
Nunca		0.00
No contesto		0.00
Total	192	100 (%)

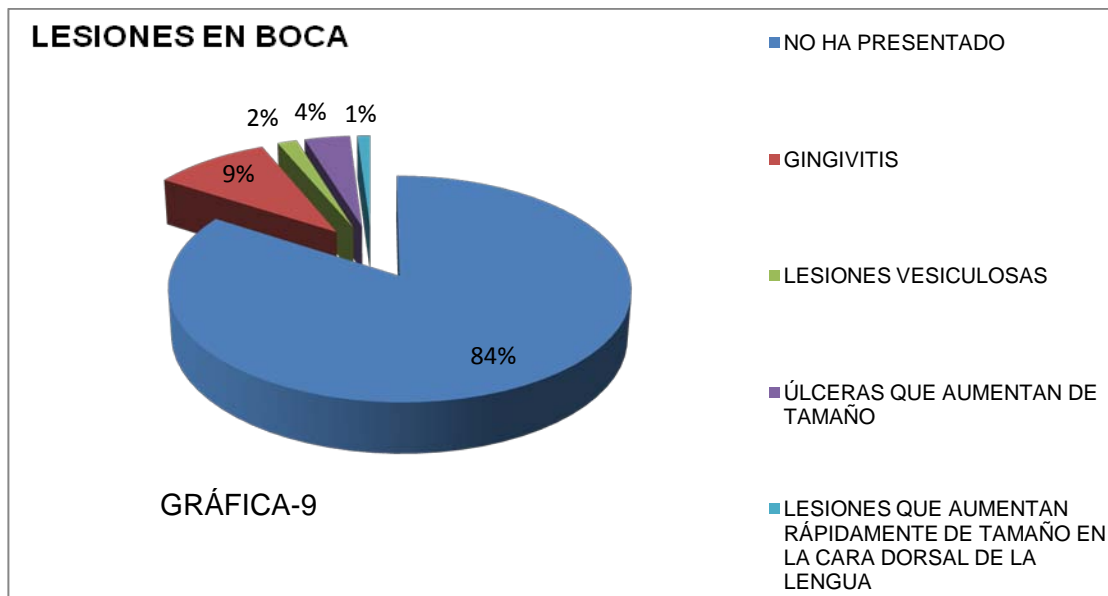
Fuente directa

Manifestaciones bucales que han presentado

El 84%(159) no ha presentado ningún tipo de lesión en boca.

El 2% (5) presento lesiones vesiculosas, el 9% (18) presento gingivitis, el 4% (7) úlceras que aumentan de tamaño, el 1% lesiones que aumentan rápidamente de tamaño en la cara dorsal de la lengua. (Gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución porcentual de encuestados que han presentado lesiones en boca.



Fuente directa



Conocimiento de la Enfermedad del Herpes.

El 88.5% de los estudiantes dijeron que el Herpes Simple se puede contagiar al practicar sexo oral, mientras que el 1.5% contestó que no.

Al cuestionar si la única manera de saber si contraíe el Herpes era esperar a que se manifieste el 30.7 % contestó que nunca y el 8.3% contestó que siempre.

El 64% de los encuestados dijo que el Herpes Simple no se cura pero que existen tratamientos para controlarlos, y el 23.9% respondió que nunca. (Tabla.7)

Tabla 7. Distribución Porcentual del conocimiento de los sujetos en relación a la enfermedad del Herpes Simple.

Herpes Simple	Siempre	La mayoría de las veces si	Algunas veces si, algunas no	La mayoría de las veces no	Nunca	No Contesto	Total
Los contactos buco genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del Virus del Herpes Simple	126 (65,6%)	44 (22,9%)	18 (9,3%)	1 (0,5%)	2 (1%)	1 (0,5%)	192
La única manera de saber si contraíe Herpes Simple es esperar a que se manifieste	16 (8,3%)	52 (27%)	34 (17,7%)	31 (16,1%)	59 (30,7%)		192
El Virus del Herpes Simple no se cura pero existen tratamientos para controlarlo.	74 (38,5%)	49 (25,5%)	22 (11,4%)	20 (10,4%)	26 (13,5%)	1 (0,5%)	192

Fuente directa



Conocimiento sobre la enfermedad del Virus del papiloma humano (VPH).

El 75% de los encuestados menciona que el virus del papiloma humano (VPH) se puede transmitir ante la práctica del sexo oral, mientras que el 12,4% dijo que no se puede transmitir por esta vía.

El 60.9% reporto que hay más maneras de saber si contraje el VPH que sólo esperar a que se manifieste.

El 66.6% de los estudiantes contesto que el VPH puede desarrollar cáncer, mientras que el 10.8% reportó que no es posible.

Al cuestionar si el Virus del papiloma humano no se cura pero existen tratamientos para controlarlo el 74.9% dijo que si, mientras que el 9.2% reporto lo contrario. (Tabla-8)



Tabla 8. Distribución Porcentual del conocimiento de los sujetos en relación a la enfermedad del Virus del Papiloma Humano.

VPH	Siempre	La mayoría de las veces sí	Algunas veces si, algunas no	La mayoría de las veces no	Nunca	No contesto	Total
Los contactos buco-genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del Virus del Papiloma Humano	96 (50%)	48 (25%)	24 (12,5%)	7 (3,6%)	17 (8,8%)		192
La única manera de saber si contraí Virus del Papiloma Humano es esperar a que se manifieste	13 (6,7%)	34 (17,7%)	28 (14,5%)	43 (22,4%)	74 (38,5%)		192
El Virus del Papiloma Humano puede producir infecciones graves y desarrollar cáncer	74 (38,5%)	54 (28,1%)	43 (22,4%)	7(3,6%)	14 (7,2%)		192
El Virus del Papiloma Humano no se cura pero existen tratamientos para controlarlo	103 (53,6%)	41 (21,3%)	28 (14,5%)	7 (3,6%)	11 (5,6%)	2 (1%)	192

Fuente directa



Conocimiento sobre la Enfermedad del VIH.

El 68.75% de los encuestados menciona que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se puede transmitir ante la práctica del sexo oral, mientras que el 13.55% dijo que no se puede transmitir por esta vía.

El 76.56% reportó que hay más maneras de saber si contrae el VIH que sólo esperar a que se manifieste.

El 46.88% de los estudiantes contestó que el VIH puede desarrollar cáncer, mientras que el 32.82% reportó que no es posible.

Al cuestionar si el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) no se cura pero existen tratamientos para controlarlo el 91,66% dijo que si, mientras que el 4.17% reportó lo contrario.

El 90.62% menciona que el SIDA si ataca al sistema inmune produciendo enfermedades oportunistas y el 4.68% menciona que no.

El 71.87 % de los estudiantes menciona que el VIH no se transmite por saliva, mientras que el 21.35% reportó que si se transmite por esta vía.

(Tabla-9)



Tabla 9. Distribución Porcentual del conocimiento de los sujetos en relación a la enfermedad del VIH.

Conocimiento de la enfermedad VIH	Siempre	La mayoría de las veces sí	Algunas veces si y algunas no.	La mayoría de las veces no.	Nunca	No contesto	Total
Los contactos buco-genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del VIH.	86 (44,79%)	46 (23,96)	34 (17,71%)	7 (3,65%)	19 (9,90%)		192
La única manera de saber si contraíste VIH es esperar a que se manifieste.	6 (3,13%)	19 (9,90%)	20 (10,42%)	35 (18,23%)	112 (58,33%)		192
El SIDA ataca el sistema inmunológico produciendo enfermedades oportunistas.	136 (70,83%)	38 (19,79%)	8 (4,17%)	4 (2,08%)	5 (2,60%)	1 (0,52%)	192
El SIDA puede producir infecciones graves y desarrollar cáncer.	58 (30,21%)	32 (16,67%)	36 (18,75%)	18 (9,38%)	15 (23,44%)	3 (1,56%)	192
El SIDA no se cura pero existen tratamientos para controlarlo.	148 (77,08%)	28 (14,58%)	8 (4,17%)	2 (1,04%)	6 (3,13%)		192
El VIH se transmite por saliva.	28 (14,58%)	13 (6,77%)	12 (6,25%)	16 (8,33%)	122 (63,54%)		192

Fuente directa



En relación a la actitud sobre la prevención de las Enfermedades de Transmisión sexual es en su mayoría favorable (92%).

En relación con el uso de métodos anticonceptivos un 90% tuvo una actitud favorable.

Con respecto al embarazo la mayoría de los encuestados tuvieron una actitud favorable (67%). (Tabla 10)

Tabla 10. Actitudes de los estudiantes respecto a prevención de ETS, uso de métodos anticonceptivos y embarazo.

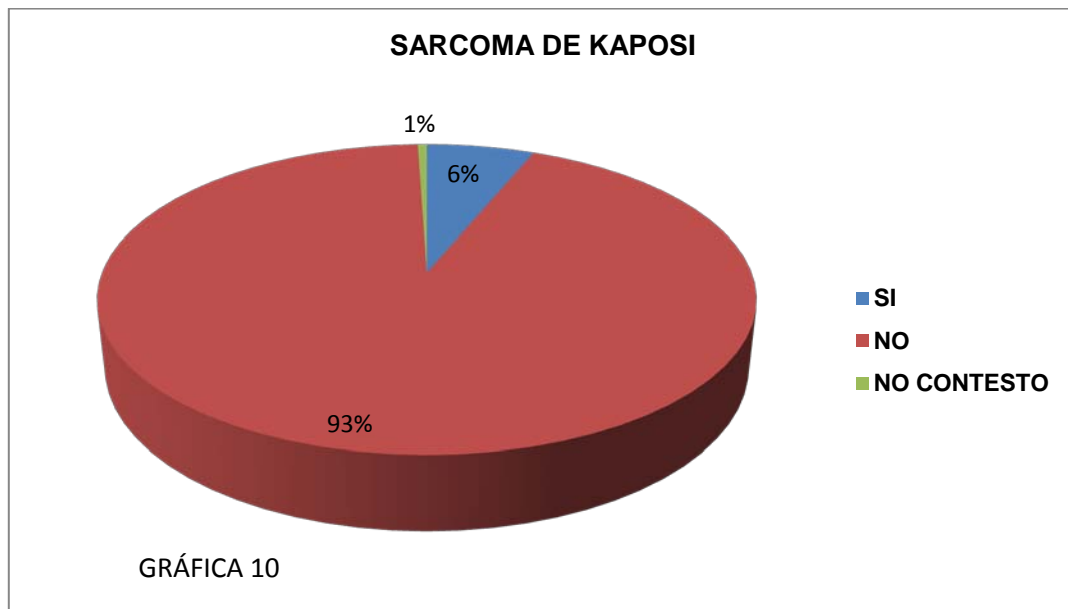
PREGUNTA	FAVORABLE	DESFAVORABLE	NO CONTESTO	TOTAL
MI ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ETS ES:	177 (92%)	13 (7%)	2(1%)	192
MI ACTITUD SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ES:	174 (90%)	15(8%)	3 (2%)	192
MI ACTITUD SOBRE EL EMBARAZO	129 (67%)	60(31%)	3 (2%)	192

Fuente directa

Conocimiento acerca de Sarcoma de Kaposi

Se les pregunto a los estudiantes acerca de la manifestación en boca más común que presenta un paciente VIH⁺ el cual es el sarcoma de kaposi y sólo el 6% de éstos contestó que sabía que era y mencionaron su definición. (Gráfica-10)

Gráfica 10. Distribución porcentual de mujeres acerca del conocimiento del Sarcoma de Kaposi.



Fuente directa



Creencias acerca de la protección de realizar sexo oral

Al cuestionar sobre si creían que el sexo oral era seguro el 33% respondió que nunca es seguro, y el 2% dijo que siempre es seguro. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución porcentual sobre contactos buco – genitales.

CREES QUE EL SEXO ORAL ES SEGURO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	2%
LA MAYORIA DE LAS VECES SI	21	12%
ALGUNAS VECES SI ALGUNAS NO	67	35%
LA MAYORIA DE LAS VECES NO	34	18%
NUNCA	63	33%
TOTAL	192	100%

Fuente directa

El 67% de los estudiantes creen que si hay que tomar medidas de protección al practicar éste tipo de acto, mientras que el 4% menciona que nunca. (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución porcentual de estudiantes sobre medidas de protección buco - genitales.

CREES QUE DEBES TOMAR ALGUNA MEDIDA DE PROTECCIÓN AL PRACTICAR SEXO ORAL.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	129	67%
LA MAYORIA DE LAS VECES SI	27	14%
ALGUNAS VECES SI ALGUNAS NO	19	10%
LA MAYORIA DE LAS VECES NO	9	5%
NUNCA	8	4%
TOTAL	192	100%

Fuente directa



Conocimiento sobre prevención de ETS.

Al indagar sobre la prevención que ofrece el condón con las Enfermedades de Transmisión sexual el 46% expresó que siempre previene, mientras que el 2 % dijo que nunca previene. (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución porcentual sobre la prevención de las ETS.

EL USO DEL CONDÓN PREVIENE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	TOTAL	PORCENTAJE
SIEMPRE	89	46%
LA MAYORIA DE LAS VECES SI	80	42%
ALGUNAS VECES SI ALGUNAS NO	15	8%
LA MAYORIA DE LAS VECES NO	4	2%
NUNCA	4	2%
TOTAL	192	100%

Fuente directa

Al preguntar si las manifestaciones bucales están asociadas a Enfermedades de transmisión sexual el 23% mencionó que siempre, el 23% la mayoría de las veces sí, algunas veces si y alunas no el 41%, la mayoría de las veces no 11% y nunca están asociadas el 2%

Tabla 14. Distribución porcentual de creencias sobre manifestaciones bucales asociadas a ETS.

LAS MANIFESTACIONES BUCALES INFECCIOSAS ESTÁN ASOCIADAS CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	TOTAL	PORCENTAJE
SIEMPRE	44	23%
LA MAYORIA DE LAS VECES SI	44	23%
ALGUNAS VECES SI, ALGUNAS NO	79	41%
LA MAYORIA DE LAS VECES NO	21	11%
NUNCA	4	2%
TOTAL	192	100%

Fuente directa



9. DISCUSIÓN

Los cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes de primer y segundo año de la Facultad se consideran fiables.

El 57% de los estudiantes refirieron tener práctica sexual, con predominio en el sexo masculino. Resultados menores se encontraron en adolescentes del Estado de Carabo (47%), en el Salvador (48%).^(15,9)

Con relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales, de los estudiantes en este estudio, más de la mitad iniciaron de los 15 a los 18. Resultados diferentes a los obtenidos en el Salvador, Perú, y Estado de Carabo, en los cuales se encontró que la edad de inicio fue de los 14 a los 16 años.^(9, 13,15)

De los 121 adolescentes que tienen práctica sexual el 75% respondió haber tenido de una a tres parejas, por el contrario, un estudio realizado en el Salvador, las mujeres refirieron tener de 1 a 8 parejas, mientras que los varones solo 4 parejas, se encontró inicio precoz de actividad sexual en ambos sexos; situándolos como factores de riesgo.⁹

Los adolescentes evidenciaron un nivel de conocimientos sobre Enfermedades de transmisión sexual regular, presentando actitudes favorables., otro estudio reportó resultados menores como en el Municipio San Miguel de Padrón, de la Ciudad La Habana, en el cual se estudiaron 100 adolescentes donde no tenían conocimientos de las enfermedades de transmisión sexual.¹¹

Al contrario al preguntar sobre la vacuna del virus del papiloma humano y de cuantas dosis constaba, el 92% no contestó y el 8% dio respuestas erróneas y únicamente el 2% de las mujeres se encuentra vacunado, esto incrementa un alto riesgo de adquirir esta enfermedad al no contar con la suficiente información para prevenirse no sólo en su vida sexual sino también en la práctica odontológica.



El 51% de los encuestados cree que el sexo oral es seguro y que sí se debe de proteger al ponerlo en práctica, resultados menores se encontraron en Paraguay donde el 38% de los alumnos dijeron que no es seguro realizar este tipo de práctica sexual.¹⁶

En relación a la actitud sobre métodos anticonceptivos fue favorable en un 90%., resultados diferentes se encontraron en Venezuela reportando una actitud desfavorable, en un 49.25% encontrándose de este total un 28.36 en el sexo femenino y un 20.90% en el masculino.¹⁵

Sobre el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales queremos destacar que a pesar de conocer y reconocer el condón, acuden a su relación sexual sin emplear este método tan inocuo. Podemos plantear la baja percepción de riesgo de los adolescentes que incide en su auto cuidado conociendo también la presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Con respecto al embarazo el 67% de la población dio una actitud favorable, y el 31% desfavorable, resultados que podrían reflejar mayor sentido de responsabilidad por parte de las mujeres, en Venezuela en una pregunta relacionada con el aborto las mujeres asumieron una actitud totalmente desfavorable en un 92.92%.¹⁵



9. CONCLUSIONES

En este estudio se puede ver con claridad que hay un desconocimiento importante sobre mecanismos de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Se considera que debería de ser prioritario implementar más información acerca de éstas enfermedades en el programa de estudios de 1ro y 2do año de Facultad, así como seguir inculcándonos el uso de barreras de protección para evitar cualquier tipo de contagios.

Es estrictamente necesaria que el gobierno se comprometa con la educación sexual de los jóvenes desde los niveles de primaria y continuarse hasta la universidad, de manera instructiva y no punitiva; ya que existe un porcentaje importante de adolescentes que inician precozmente la actividad sexual presentando actitudes desfavorables y falta de información hacia la sexualidad.

Por otra parte es fundamental la participación de la familia en el esfuerzo de la educación, para que así disminuya definitivamente este problema perfectamente prevenible.

La práctica del sexo oral es actualmente considerada una práctica de riesgo para la infección de enfermedades de transmisión sexual, lo que cobra relevancia en la actualidad ya que la práctica de sexo oral parece ser una práctica sexual más aceptada por esta población, por lo que se debe enfatizar la promoción y educación del sexo seguro.

Consideramos que los estudiantes a pesar de tener conocimientos, no los ponen en práctica al enfrentar su sexualidad de acuerdo con las características propias de esta etapa de la vida.

En general, la adolescencia es un período de incertidumbre, en el que la proyección o entendimiento de lo futuro es aún incipiente, lo que impide la posibilidad de anticipar sus consecuencias.



10. FUENTES DE REFERENCIA

1. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. I. 14ª ed. España. Ed. Mc Graw Hill; 1998. p:909-914, 931-2
2. Little J., Falace D., Miller C., Rhodus N. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5ª ed. Madrid. Ed. Harcourt. p:330-347
3. Sapp P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid, Ed. Harcourt. p:197-221
4. Merck. El Manual de Merck de diagnóstico y tratamiento. 10ª ed. Madrid. Ed. Harcourt; 1999. P:1318-1329,1344-6
5. Castellanos J.L. Medicina en Odontología. 2ª ed. Ed. El Manual Moderno; 2002.p: 61-78
6. Manifestaciones periodontales en pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)-Primera parte. Volumen 41.N.3.2003.
7. Rose L. Medicina en Odontología Interna. Ed. Salvat; 2002. p: 141-7.



8. Cortes Alfaro A. Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. Rev. Cubana Med. Trop.2000; 52 (1): 48-54.
9. Flores N, A. Lugo, D. Lugo y Moya E. Conocimientos generales sobre sexualidad en adolescentes del área urbana de la ciudad Punto Fijo. Revista Venezolana. Junio-Noviembre 1998.
10. Padilla de Gil, M. Salud Sexual de los y las adolescentes en el Salvador. Reevesgogia. 2001.
11. García Imia I, E Avila Galvez, A Lorenzo Gonzalez y M Lara Carmona. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev Cubana Pediatr. Sep-dic.2002.
12. Flores Villanueva M. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de la escuela secundaria N°15. RESPYN.2006.
13. Quispe Rojas, WT, AT Quipes Rojas y GT Quipes Rojas. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población adolescente del Municipio de Mollepata-Cusco.2003; 13(1)
14. INSALUD. Informe epidemiológico del programa SIDA/ITS del estado de Carabo. Departamento de epidemiología regional.2006.
15. Libreros, Liliana, Fuentes L., Pérez A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. Salus cum propositum vitae. Vol. 9. N°4. octubre-diciembre.2008.



-
16. Macchi ML. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes del nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev. Chil. Pediatr. Vol.79. N°2. marzo-abril; p:206-217
17. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 3ª ed. México. Ed. Mc Graw Hill; 2003;p:368-380
18. Jaramillo Verónica. Por una sexualidad y salud reproductiva con responsabilidad, 2ª ed. México. Ed. Gobierno del Distrito Federal, 2011.



ANEXOS



ANEXO 1 ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEMINARIO DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA

No.

"Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión en estudiantes de Odontología"

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas según lo que se te pide, no dejes ninguna pregunta sin contestar.

Coloca en los cuadros del lado izquierdo tu respuesta. Esta encuesta es totalmente anónima y confidencial.

EDAD **SEXO:** FEMENINO (1) MASCULINO (2) **GRADO ESCOLAR:**

TU PREFERENCIA SEXUAL ES: HETEROSEXUAL (1) (2) HOMOSEXUAL (3) BISEXUAL

TIENES VIDA SEXUAL ACTIVA: SI (1) NO (2)

¿CON QUIÉN VIVES?: 1. Padres 2. Abuelos 3. Tíos 4. Otro especifique

¿QUIÉN TE HABLO DE SEXUALIDAD?

1. Padres 2. Amigos 3. Escuela 4. Otro especifique

¿ A QUÉ EDAD EMPEZASTE TU VIDA SEXUAL?

¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HAS TENIDO?

1) 1 a 3 2) 4 a 6 3) 7 o más 4) No he tenido

HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS):

SI (1) NO (2)

¿Cuál?

CONTRA QUÉ TIPO DE VIRUS DEL PAPILOMA ES EFECTIVA LA VACUNA:

Contesta las siguientes preguntas. No dejes ninguna pregunta sin contestar.

PREGUNTAS	Siempre	La mayoría de las veces si	Algunas veces si, algunas no.	La mayoría de las veces no	Nunca
Utilizas alguna barrera de protección en tu práctica sexual					
Crees que debes tomar alguna medida de protección al practicar sexo oral					
Crees que el sexo oral es seguro					
El uso del condón previene las enfermedades de transmisión sexual					
Rechazas las relaciones sexuales sin preservativo					
Acudes al médico si se rompe el preservativo					
Los contactos buco-genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del VIH.					
Los contactos buco-genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del Virus del Papiloma Humano.					
Los contactos buco-genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del Virus del Herpes Simple.					
Las manifestaciones bucales infecciosas están asociadas con Enfermedades de Transmisión Sexual.					
La única manera de saber si contrae VIH es esperar a que se manifieste.					



PREGUNTAS	Siempre	La mayoría de las veces si	Algunas veces si, algunas no.	La mayoría de las veces no	Nunca
La única manera de saber si contrae VIH es esperar a que se manifieste.					
La única manera de saber si contrae Herpes Simple es esperar a que se manifiesta.					
La única manera de saber si contrae virus del Papioma Humano es esperar a que se manifieste.					
El SIDA ataca al sistema inmunológico produciendo enfermedades oportunistas .					
El SIDA puede producir infecciones graves y desarrollar cáncer.					
El Virus del Papioma Humano puede producir infecciones graves y desarrollar cáncer.					
El SIDA no se cura pero existen tratamientos para controlarlos					
El Virus del Papioma Humano no se cura pero existen tratamientos para controlarlos.					
El Virus del Herpes Simple no se cura pero existen tratamientos para controlarlos					
En clínica utilizo barreras de protección.					
El VIH se transmite por saliva.					

Contesta las siguientes preguntas:

	Favorable	Desfavorable
Mi actitud sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual es:		
Mi actitud sobre el uso de métodos anticonceptivos es :		
Mi actitud sobre el embarazo es:		

¿CONOCES MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES?

SI (1) NO(2)

✓

¿Cuáles? _____

¿HAS RECIBIDO TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA?

SI (1) NO (2)

✓

HAS OBSERVADO EN TU BOCA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES:

1) Lesiones vesiculosas 2) Ulceras que aumentan de tamaño 3)Verrugas

4) Lesiones maculares púrpuras 5)Tumefacciones granulosas rojas 6)Gingivitis 7)Periodontitis

8) Placas blancas en los bordes laterales de la lengua 9) Lesiones que aumentan rápidamente de tamaño en la cara dorsal de la lengua

10) No he presentado

SABES QUE ES EL SARCOMA DE KAPOSI?

SI (1) NO(2)

✓

Define _____

✓

(SÓLO MUJERES) ¿ESTAS VACUNADA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

SI (1) NO (2)

✓

GRACIAS POR TÚ COLABORACIÓN