



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DIRECCIÓN DE PREGRADO
OFICINA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA**

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO, LAS CONDUCTAS Y MOTIVOS EN TORNO A LOS MÉTODOS PREVENTIVOS Y AL RIESGO EN PRÁCTICAS DE SEXO ORAL, EN ESTUDIANTES DE ODONTOLÓGÍA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA. ESTUDIO PRELIMINAR.

Francisca Ignacia Godoy Flores

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANA-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Dra. Ximena Lee Muñoz

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dra. Elizabeth Astorga Bustamente

Prof. Dr. Andrés Rosa Valencia

Adscrito a PRI-ODO 18/002

Santiago – Chile

2017



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DIRECCIÓN DE PREGRADO
OFICINA DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA**

EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO, LAS CONDUCTAS Y MOTIVOS EN TORNO A LOS MÉTODOS PREVENTIVOS Y AL RIESGO EN PRÁCTICAS DE SEXO ORAL, EN ESTUDIANTES DE ODONTOLÓGÍA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA. ESTUDIO PRELIMINAR.

Francisca Ignacia Godoy Flores

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANA-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Dra. Ximena Lee Muñoz

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dra. Elizabeth Astorga Bustamente

Prof. Dr. Andrés Ignacio Rosa Valencia

Adscrito a PRI-ODO 18/002

Santiago – Chile

2017

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia, especialmente a mi círculo más cercano: mamá, papá, tita, mami y tati. Por ser mi tribu donde crecí en amor, aprendí a valorar la vida y a las personas, la tierra y los pájaros. El aprendizaje mío es también vuestro. Por ser mis pilares y confiar en mí.

A mis amigas de la vida, mi segunda tribu en expansión. Por caminar y compartir juntas tantos años, acumulando experiencias como tesoros.

A las amigas y amigos que me entregó la etapa universitaria, por el apañe diario de estar ahí, con un material, una transcripción o simplemente la sonrisa y el cariño que dio muchas veces el ánimo para seguir adelante.

A la dra. Ximena Lee, por su apoyo y motivación para poder realizar este trabajo en un tema poco abordado pero necesario.

A todos/as quienes de alguna manera ayudaron y participaron desinteresadamente en esta investigación, docentes, personas externas, estudiantes.

A mi amiga Victoria Sánchez, por su paciencia y horas dedicadas en la metodología, su apoyo fue fundamental para lograr este estudio.

A la vida, a la gente que llega, la que se va. A la fuerza que nos mueve, para dirigir nuestras motivaciones a causas justas y hermosas. A los saberes como herramientas poderosas para compartir en comunidad en beneficio de todas y todos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
Sexualidad humana	2
Salud sexual	2
Educación sexual en Chile	3
Cavidad oral como órgano sexual	7
Aspecto anatómico.....	7
Aspecto sensorial/sensitivo.	8
Aspecto psicológico.....	10
Aspecto cultural.....	10
Sexo oral	11
Riesgo en las prácticas de sexo oral	12
Breve síntesis de infecciones de transmisión sexual	14
Patologías de origen sexual y su asociación con lesiones orales	15
Bacterianas.....	15
Fúngicas.....	17
Virales.....	17
Parásitos.....	20
Salud oral	20
Métodos de prevención en prácticas de sexo oral	21
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	23
Hipótesis	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
MATERIALES Y MÉTODOS	24
Tipo de estudio	24
Participantes: Población, muestra y diseño muestral	24
Instrumentos	25
Encuesta autoaplicada.....	25
Pauta para evaluación por jueces.....	26
Procedimiento	27
Análisis de datos	28
Consideraciones éticas	29

RESULTADOS	30
Evidencias de validez de contenido y de fiabilidad del instrumento	30
Evidencias de validez de contenido.	30
Fiabilidad del instrumento.....	30
Conocimientos y conductas en relación a las prácticas de sexo oral	31
Conocimientos sobre métodos preventivos.....	31
Conductas asociadas a las prácticas de sexo oral.	32
Prácticas de sexo oral según sexo.....	33
Número de parejas de sexo oral según sexo.	33
Protección en sexo oral según sexo.....	33
Prácticas de sexo oral según orientación sexual.....	34
Número de parejas de sexo oral según orientación sexual.	34
Protección en sexo oral según orientación sexual.	34
Conocimientos, conductas y motivos en relación a las ITS	35
Conocimientos en relación al VIH.	35
Realización del test de VIH.	36
Conocimiento en relación al test de VIH.....	38
Conocimiento en relación al VPH.....	38
Prevalencia de ITS.	39
Uso de preservativo.	39
Comparación entre conductas para prácticas de sexo oral con las otras prácticas sexuales estudiadas	40
Relación entre las distintas prácticas sexuales.	40
Relación del uso de protección en las distintas prácticas sexuales.	41
Relación entre el número de parejas sexuales entre sexo oral y vaginal	42
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	60

RESUMEN

Introducción: La odontología, como disciplina en constante evolución, está en la búsqueda de nuevas miradas más integradoras del ser humano. Uno de los temas importantes de considerar es la sexualidad, ya que la cavidad oral participa en algunas prácticas sexuales. Desde el ejercicio de la odontología, la salud sexual ha estado alejada de sus intereses, teniendo escasa representación en la formación académica e instalándose desde lo curativo pero no desde lo preventivo. Por ejemplo, no se tiene información acerca de la prescripción del uso de protección para sexo oral, lo cual ayuda a reducir el riesgo de adquirir o transmitir infecciones. En este contexto, la presente investigación tuvo por objetivo evaluar el grado de conocimiento, las conductas y motivos en relación a los métodos preventivos y al riesgo asociado a las prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y analítico que tuvo por instrumento una encuesta anónima y autoaplicada de salud sexual. La muestra estuvo constituida por 50 estudiantes que accedieron voluntariamente participar. El instrumento indagó acerca de las condiciones en relación a salud sexual, con énfasis en las prácticas de sexo oral. Antes de aplicar la encuesta se realizó una evaluación del instrumento a través de un juicio de expertos y un pilotaje. Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando los programas IBM SPSS v20 y Excel. **Resultados:** En cuanto a los conocimientos de métodos preventivos para prácticas de sexo oral, además del condón, las otras barreras mecánicas fueron poco conocidas por los/las estudiantes, no superando el 13% de casos que reportaron identificarlas. El 90% de la muestra reportó haber practicado sexo oral alguna vez, de estos, un 78% declaró no haber usado nunca alguna barrera de protección durante esta práctica. De los/las que reportaron haber usado una barrera, el 100% indicó que utilizó condón, así como también que el uso de esta barrera fue infrecuente. **Conclusiones:** Los conocimientos, conductas y motivos en salud sexual de los/las participantes denotan un conocimiento deficiente en relación a los métodos preventivos para prácticas de sexo oral y al riesgo asociado a esta práctica.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un elemento inherente al ser humano y tiene un papel protagónico en el proceso de organización de la identidad de las personas y en el establecimiento de vínculos (Cerruti, 2008). Asimismo, se reconoce como una construcción social, multidimensional y dinámica, que emerge en cada persona en un contexto cultural.

La sexualidad adquiere especial relevancia en la juventud ya que es la etapa donde los seres humanos se inician en la vida sexual activa con un otro. Esto implica un proceso de aprendizaje sobre el cuerpo, las emociones y las reacciones, además de significar las prácticas, relaciones y conductas propias, que modelarán la vida sexual adulta (Aravena y Fritz, 2010). Sin embargo, la sexualidad también aparece ligada a prácticas y conductas sexuales exponiendo principalmente a la población joven a condiciones de riesgo, tales como el embarazo no planificado y el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) como el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En Chile, el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), define como población juvenil a aquella que se encuentra entre los 15 y 29 años de edad (INJUV, 2012).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud del año 2015 indicaron que uno de cada dos jóvenes reporta haber practicado sexo oral alguna vez (INJUV, 2015), esto hace visible la necesidad de considerar la cavidad oral como un órgano sexual y el riesgo asociado a esta práctica. La odontología, como disciplina en constante evolución, no puede quedar al margen y debe incorporar esta materia para tener un rol desde la prevención, ya que actualmente es un tema carente en el currículum.

Con el fin de levantar un diagnóstico acerca de las condiciones en salud sexual de una realidad social particular, este estudio tiene como propósito abordar una temática actual y emergente en la juventud. Para esto se realizó una encuesta autoaplicada a un grupo de estudiantes de odontología, que permitirá dar cuenta de los nuevos desafíos odontológicos en salud sexual, referidas a los conocimientos de métodos preventivos, conductas de riesgo y autocuidado en prácticas de sexo oral.

MARCO TEÓRICO

Sexualidad humana

La sexualidad es una de las dimensiones constitutivas del ser humano. En virtud de esta característica, la sexualidad humana, a diferencia de la sexualidad animal, no puede ser comprendida como una sucesión de instintos y actos de la naturaleza, sino que constituye un comportamiento propiamente social, inscrito en un escenario histórico y cultural específico. Desde esta perspectiva, la sexualidad es concebida como un proceso de aprendizaje que establece prácticas, relaciones y discursos que deben ser tratadas como hechos sociales (Palma, 2006). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca diferentes aspectos como el sexo, género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales. Si bien puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (OPS y OMS, 2000).

Salud sexual

Uno de los ámbitos en relación a la sexualidad humana es la salud sexual, que la OMS la define como la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2016a). Para lograr la salud sexual debe entenderse tanto en el plano personal como en el de la sociedad, y es necesario el reconocimiento

de los derechos sexuales. Algunos de los elementos necesarios de una sociedad sexualmente sana son: 1) El acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad y a lo largo de toda la vida. 2) Compromiso político por parte del Estado reconociendo la salud sexual como un derecho fundamental del ser humano y su responsabilidad de la promoción de ésta. 3) Políticas explícitas en donde las instituciones sociales, formulen, desarrollen y pongan en práctica políticas públicas con instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental (OPS y OMS, 2000).

Las preocupaciones y los problemas que afectan a la salud sexual se manifiestan en situaciones de vida relacionadas con la sexualidad, exigiendo la intervención de personas y/o la sociedad, en vista de su repercusión en el bienestar y la calidad de vida. Éstas precisan la atención del sector de la salud, ya sea para aplicar medidas preventivas o ejecutar programas de atención, integrados y adecuados (OPS y OMS, 2000).

Desde mediados del siglo XX, las tecnologías reproductivas han permitido inhibir o producir artificialmente la concepción, generando una ruptura entre sexualidad y reproducción. Desde entonces, los actos sexuales destinados a la procreación constituyen situaciones específicas y la fecundidad se transforma en un proyecto personal, que demanda preparación y reflexión. De este modo, la tecnología ha contribuido al surgimiento de las nociones de derechos, elección y decisión en materia reproductiva, y ha liberado a las mujeres de su confinamiento al espacio privado, posibilitando su participación activa en el espacio público. Al mismo tiempo, ha posibilitado el surgimiento de una sexualidad plástica, que enfatiza la dimensión erótica de la sexualidad, la legitimidad del placer y la satisfacción en las relaciones sexuales (Moreno, 2015a).

Educación sexual en Chile

El cuerpo y la psiquis se educan para tener una mejor calidad de vida y de relación con la sociedad (Molina, 2015). La educación en sexualidad es un proceso de aprendizaje personal, desarrollado en colectivos, comunidades e instituciones.

Además, constituye un proceso social, históricamente y culturalmente situado. Por ello, asume que las necesidades de aprendizaje de las personas son particulares, cambiantes y que las comunidades en donde viven son diversas. La sexualidad, del mismo modo que la sociedad, se encuentra en transformación, como puede observarse en las experiencias de las distintas generaciones y de los géneros (PASA, 2015).

En la sociedad contemporánea las personas disponen de mayor libertad y autonomía personal, al mismo tiempo están confrontadas a discernir opciones, tomar decisiones y hacerse responsables de sus resultados. Esto, a su vez, demanda de cada persona el disponer de mayor capacidad de reflexividad, es decir, de prever las consecuencias de las acciones o decisiones y de aprender a partir de la propia experiencia (PASA, 2015).

La educación sexual formal comenzó con los primeros programas educativos en Europa, donde Suecia los discute oficialmente al inicio del 1900. En América latina los programas se inician en el segundo quinquenio de los 70 y primero de los 80. Pero sólo en el segundo quinquenio de los 90 algunos países incluyen programas obligatorios en las escuelas, tal como Perú, Colombia y Brasil, pero con aplicación de corto plazo al no contar con apoyos permanentes. El apoyo de los Ministerios de Salud se hace evidente en México y Costa Rica. Sin embargo, al año 2010 ningún país latinoamericano puede mostrar un programa de educación sexual oficial y mantenido en el tiempo, aunque la mayoría de los países tienen leyes sobre educación sexual (Molina, 2015).

En el caso de Chile, la evolución de la educación sexual distingue siete períodos: 1) Entre 1970-1973, es la institucionalización de la educación sexual. 2) Entre 1973-1991 es el silencio gubernamental y el desarrollo de estudios y experiencias por otras instituciones. 3) Entre 1991-1994, el Ministerio de Educación (MINEDUC) define un marco político de la educación sexual. 4) Desde julio de 1995 se desarrollan estudios y propuestas de programas para la atención integral de adolescentes en salud reproductiva y en educación sexual. Este período culmina con el Programa de Jornadas de Conversación en Afectividad y Sexualidad (JOCAS), que tuvo un gran impacto a nivel cultural, social y mediático. A pesar de

las dificultades y resistencia por los sectores más conservadores, las JOCAS se mantuvieron hasta el 2000 (González y cols., 2015). 5) Desde 1996 a enero de 2010, se caracteriza por variadas experiencias centralizadas del MINEDUC sin resultados medibles ni conocidos y culmina con la ley 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, incluyendo educación sexual obligatoria para la enseñanza media (Biblioteca del congreso nacional, 2010). Se destaca la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG) privadas que venden sus programas al sector privado y en colegios católicos. 6) Del 2010 al 2013, se dieron a conocer los siete programas de educación sexual que se incorporarían como planes en la asignatura de Orientación en los colegios, estos debían competir en el mercado educacional para ser seleccionados por los sostenedores y así acceder a los dineros del Fondo de Sexualidad. 7) Desde julio de 2013 hasta la actualidad, si bien se han desarrollado programas de educación en sexualidad desde el MINEDUC, no se ha garantizado su implementación en los establecimientos educacionales del país (Molina, 2015).

En este contexto nacional, el año 2016, la municipalidad de Santiago lanzó el libro “100 preguntas sobre Sexualidad adolescente”, el cual estuvo a cargo del programa Santiago Sano y surgió a partir de las preguntas formuladas de forma anónima en los talleres sobre sexualidad en los colegios de la comuna, donde un comité de expertos seleccionó un centenar de ellas y las respondió, junto a una serie de ilustraciones. El libro no estuvo exento de polémica y críticas por parte de la opinión pública (CNN Chile, 2016). La sexualidad sale del ámbito de lo exclusivamente íntimo y privado, y se vuelve pública, como materia de disputas morales y políticas (Moreno, 2015b).

Actualmente, en Chile existen transformaciones que han ido modificando las normativas sociales respecto de la sexualidad. Estas formaciones no son homogéneas ni generalizadas, tampoco presentan orientaciones únicas. Ni limitan solo a la sociedad chilena, sino que son parte de cambios globales, involucrando a la política, la cultura, la escolaridad, las comunicaciones, la tecnología y la mercantilización de las relaciones entre individuos (Moreno, 2015a).

Una primera transformación clave es el fin de las instituciones exclusivas con capacidad de normar, y el aumento de actores e instituciones nacionales e

internacionales (como la religión, la ética, las ciencias biomédicas, las ciencias sociales o los movimientos y colectivos sociales) que tienen capacidad de incidir en los discursos públicos, pero no de imponer su visión. Por lo tanto, la acción de estos actores se dirige hacia el Estado, dando a conocer sus orientaciones normativas y así sean reconocidas en la legislación (Moreno, 2015a). El resultado de esto es un sistema institucional y normativo de la sexualidad heterogéneo, y en muchos sentidos contradictorio. Por ejemplo, en Chile, cuando una mujer usa una tecnología preventiva, como la “píldora del día después”, se ajusta a una norma médica, pero puede contravenir una norma religiosa de la iglesia a la que pertenece, se trata de un debate que confronta posiciones tanto científicas como éticas (Moreno, 2015a).

Al mismo tiempo, ha cambiado la relación de las personas con las instituciones normativas y con los agentes clásicos de socialización (familias, escuela e iglesias). Estas instituciones han perdido su capacidad de vigilar y controlar a los sujetos, cumpliendo un rol más bien indicativo (Palma, 2006).

Las normas, para ser internalizadas por el individuo, deben tener sentido para él, ser coherentes con su proyecto de vida. De este modo, el individuo cobra autonomía frente a las instituciones normativas, desde su responsabilidad personal, puede construir una coherencia interna. Esta autonomía, supone también una responsabilidad, exige desarrollar mayores capacidades para reflexionar sobre las condiciones de nuestra existencia, tomar decisiones cotidianas, evaluar opciones y cursos de acción posibles (Palma, 2006).

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente, dentro de este concepto se encuentran las prácticas sexuales que son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles (OPS y OMS, 2000). Una de estas prácticas es el sexo oral, en donde investigaciones han indicado que la transmisión de ITS por esta vía es un factor de preocupación en salud, particularmente porque muchas personas consideran erróneamente esta práctica libre de riesgo (Saini y cols., 2010).

Cavidad oral como órgano sexual

Aspecto anatómico.

La cavidad oral forma parte del sistema estomatognático, este es una unidad morfofuncional integrada y coordinada, constituida por un conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales. La cavidad oral se liga orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión estético-facial, con los sentidos del gusto, tacto, equilibrio y de la orientación. Dentro de sus funciones encontramos la succión, digestión oral, deglución, comunicación verbal, sexualidad oral, respiración alterna y defensa vital, integrada por la tos, la expectoración, el estornudo, el bostezo, el suspiro, la exhalación y el vómito, esenciales para la supervivencia del individuo (Barreto, 1983).

Las estructuras orofaciales constituyen una variedad de tejidos inervados principalmente por ramas del nervio trigémino. Algunas de las fibras aferentes primarias terminan en estos tejidos en receptores especializados, que responden a estímulos mecánicos leves como el tacto (receptores mecánicos de bajo umbral) o a estímulos propioceptivos como la contracción muscular (propioceptores) (Sessle, 2005). Los receptores nerviosos son más abundantes en los labios y en el vértice de la lengua (Chiego, 2014). Los labios son una zona erógena que en los humanos se describen con una connotación hacia afuera, en forma prominente y en donde el epitelio es diferente al que encontramos en otros primates. En éstos, los labios son más delgados y tienen la característica de ser hacia adentro (CESOLAA, 2017).

Por otro lado, se puede hacer una relación entre la cavidad oral y la vagina debido a que sus mucosas son microscópicamente similares, ambas están tapizadas con epitelio escamoso estratificado (Eynard y cols., 2008; Chiego, 2014). En consecuencia, síntomas coexistentes en la mucosa oral y genital pueden compartir una fisiopatología común y ofrecer un modelo para la investigación, por ejemplo, que resultados de estudios sobre los microorganismos vaginales se vean reflejados en la microbiota oral (Meurman y cols., 2009).

Aspecto sensorial/sensitivo.

La cavidad oral es un órgano abierto a muchas posibilidades en la emisión de estímulos y en la percepción sensorial. Su piel y mucosa altamente sensibles ponen en marcha el sentido del tacto, las papilas de la lengua despiertan el sentido del gusto y la cercanía de este órgano con la nariz se encarga de dar intervención del olfato (Urtubey, 2005).

El desarrollo sensorial del ser humano se manifiesta desde las etapas primitivas de vida, desde antes del nacimiento la maquinaria sensitiva se prepara para los primeros retos de supervivencia. Cuando un nuevo ser nace se enfrenta al reto de la respiración y de la alimentación y por eso, los reflejos de succión, deglución y el sentido del gusto (aprendidos en el vientre materno) se afinan en el/la recién nacido/a (Durán y cols., 2012).

Los movimientos de succión, que están entre las primeras actividades musculares coordinadas, se desarrollan durante la vida prenatal (Harding, 2009). El reflejo de succión se desarrolla aproximadamente a las 24 semanas de gestación (Pinelli y Symington, 2011). Luego, en el/la recién nacido/a, el contacto corporal es fundamental para fomentar buenos apegos y la lactancia, este cuenta con un patrón de habilidades neurosensoriales y reflejos incondicionados, propios de la especie, que le permiten reptar e ir en busca del pecho si se lo deja sobre el abdomen de su madre durante los 25 a 30 minutos siguientes al nacimiento. En este contacto se liberan endorfinas junto con los mayores niveles de oxitocina, dando sentimientos placenteros, disminuyendo el dolor, el estrés (MINSAL, 2010a) y facilitando el vínculo emocional entre madre y cría (Widstrom y cols., 2011). La secreción de estas hormonas se relaciona con aquellos estímulos que han sido vitales para la supervivencia de la especie (Meczekalski y Warenik-Szymankiewicz, 1995).

En la lactancia existen dos formas de succión que el/la lactante va alternando dependiendo de la presencia o ausencia de líquido; la nutritiva y la no nutritiva (Costas y cols., 2006). En la nutritiva, la secreción de endorfinas en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo hacia la prolongación de la lactancia. Por otra parte, se ha descubierto el papel de la beta-

caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino del niño/a contribuyendo a crear la dependencia madre e hijo (Kalin y cols.,1995; Teschemacher y cols., 1997).

La succión no nutritiva es usada para la regulación, calma y organización, para satisfacer el deseo de succionar, para la exploración (Evans y Dunn, 2000) y la función de afecto o denominada lactancia afectiva (Muñoz, 2003). Es un modelo de conducta compleja que satisface un deseo, da una sensación de bienestar, además de ser considerado uno de los patrones de comportamiento complejo más temprano en el/la recién nacido (Merino, 2003). Las vivencias que estas experiencias despierten en él/ella, le permitirán construir sus relaciones interpersonales, y la tipología que finalmente estas relaciones adquieran, dependerá en gran medida de esos eventos primarios (MINSAL, 2010a).

La cavidad oral es una zona especial del cuerpo porque tiene una alta sensorialidad y una representación importante a nivel de corteza cerebral. Experimentos relacionados con la organización somatotrópica de las áreas somatosensitiva primaria y motora primaria muestran que las áreas del rostro y de la mano son más grandes (Penfield, 1958). El homúnculo de Penfield (Figura 1) se usa comúnmente para describir una figura humana distorsionada dibujada para reflejar el espacio sensorial y motor relativo del cuerpo humano representado en la corteza cerebral. Los labios, lengua, manos, pies y órganos sexuales son considerablemente más sensibles que otras partes del cuerpo, por lo que tienen una mayor representación en el homúnculo.

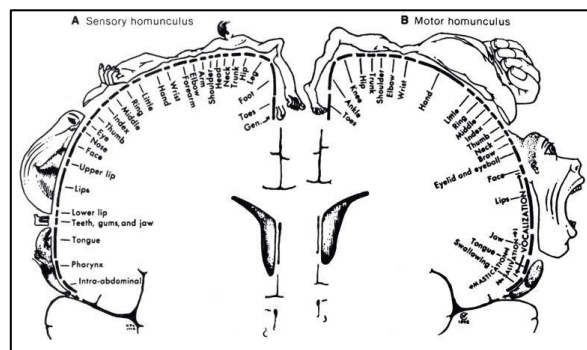


Figura 1. Homúnculo sensorial y motor: el mapa (Penfield y Rasmussen, 1950)

Aspecto psicológico.

En la psicología freudiana, el desarrollo psicosexual es un elemento central de la teoría psicoanalítica de las pulsiones sexuales. Esta sostiene que el ser humano, desde el nacimiento, posee una libido instintiva que se desarrolla en cinco etapas. Cada etapa; oral, anal, fálica, de latencia y genital está caracterizada por una zona erógena como fuente de la pulsión libidinal (Gautier y Boeree, 2005). En la fase oral, la boca es una zona erógena cargada libidinalmente, alrededor de la cual el sujeto moviliza su pulsión y representa su historial. Además, la succión no sólo cumple con la función de nutrición, sino que también es una actividad erótica para la obtención de placer en esa zona particular del cuerpo (Cortés, 2000). La pulsión sexual infantil puede dirigirse tanto a otra persona como al propio cuerpo, en ambas circunstancias el niño se rige por la búsqueda de placer. El chupetear o mamar con fruición es un buen ejemplo de una satisfacción autoerótica (Freud, 1910). Es entonces, a partir de su primera vivencia sexual, el mamar el pecho materno, como el niño se familiariza con el placer, originalmente asociado a la necesidad de alimento, pero posteriormente, se divorcia de él y queda ligado a lo vivenciado, y luego recordado (Freud, 1905). El niño tiene sus pulsiones y quehaceres sexuales desde el comienzo, los trae consigo al mundo, y desde ahí, a través de un significativo desarrollo, rico en etapas, surge la llamada sexualidad del adulto (Freud, 1910).

Aspecto cultural.

Una práctica muy común en nuestra sociedad es el beso, un acto propio de la boca y se da por medio de los labios y lengua. Si bien parece algo natural, el beso es un acto ampliamente tributario de la cultura, cambiando muy frecuentemente de sentido. Si bien se trata de una expresión corporal, el beso es también un lenguaje de símbolos (Montandon, 2007). Otro tipo de beso sería el de la boca con el órgano sexual, como puede verificarse en el arte escultórico de la Antigüedad desde la India al México arcaico, el sexo oral ha sido una práctica reconocida en diversas culturas. El contacto oro-genital constituye una experiencia de profunda unión y placer (Blotta, 2004). Para Freud, el uso de la boca como órgano sexual es considerado perversión

cuando los labios y lengua de una persona entran en contacto con los genitales de la otra, más no cuando ambas ponen en contacto sus mucosas labiales (Freud, 1905).

En la tradición tántrica, el sexo oral recibe el nombre de *auparishtaka*. El máximo placer se logra cuando la lengua del hombre se convierte en un segundo lingam o pene mientras se realiza el *cunnilingus*, y la boca de la mujer se convierte en una segunda vagina mientras se realiza la *felación*. Estas prácticas permiten un disfrute muy placentero, ya que la lengua es sumamente cálida, suave y hábil por lo que es capaz de amplificar al máximo las sensaciones en el órgano genital de la pareja sexual. Según el taoísmo y el tantra, el sexo oral mutuo crea un circuito de energía especial que contribuye a armonizar los elementos vitales del cuerpo y permite compartir los fluidos sagrados (Vatek, 2012; Olgúin, 2017).

Sexo oral

En términos generales, las prácticas sexuales se clasifican en coitales y no coitales. Aunque actualmente se acepta usar los términos de coito anal y oral, en esta investigación se considera el coito como la introducción del pene en la vagina, por lo que dentro de las no coitales se encuentra la práctica del sexo oral (CESOLAA, 2017).

El sexo oral se refiere a las actividades sexuales que implican la estimulación de los genitales mediante el uso de la boca, la lengua, los dientes y la garganta (Saini y cols., 2010). Actualmente es muy común en parejas de todas las orientaciones sexuales. Una proporción significativa de los/las jóvenes practica actividades sexuales no coitales, incluyendo el sexo oral (Newcomer y Udry, 1985; Conard y Blythe, 2003).

Los distintos tipos de sexo oral son: (i) *Cunnilingus* (contacto oro-vaginal): estimulación oral de la vagina y / o vulva, especialmente el clítoris, por los labios y la lengua de la pareja sexual; (ii) *Fellatio* (contacto oro-peneano): estimulación del pene por la boca de la pareja sexual, generalmente lamiendo o succionando; (iii) *Annilingus* (contacto oro-anal): estimulación del ano con lengua o labios (Blotta, 2004).

Riesgo en las prácticas de sexo oral

En el campo de las prácticas sexuales, el sexo oral se considera de riesgo, debido a que expone al individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contagio de ITS o eventualmente la contaminación de las áreas genital y anal con patógenos que conforman la microbiota oral (Espada y cols., 2003; Espada y cols., 2014). En el sexo oral hay riesgo de infecciones que pueden provenir de la saliva, líquido pre-seminal, semen, secreciones vaginales y sangre menstrual. Mientras mayor sea el contacto con fluidos, mayor es el riesgo de infección (Saini y cols., 2010).

En la cavidad oral encontramos varios canales que sirven de puerta de entrada de la infección al torrente sanguíneo, tales como úlceras abiertas, cortes, abrasiones o enfermedad de las encías (gingivitis y periodontitis). Los virus pueden entrar desde la boca a la circulación sistémica (Saini y cols., 2010).

Las prácticas de sexo oral tienen diferentes categorizaciones, siendo éstas de riesgo moderado, como el sexo oral receptivo o activo con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo, o de riesgo mínimo, como el sexo oral sin eyaculación (Espada y cols., 2003). A continuación, se presenta una categorización de la valoración del riesgo ante una exposición sexual (Tabla 1).

Tabla 1: Categorización de la valoración del riesgo ante una exposición sexual (Espada y cols., 2003).

Riesgo Alto	Riesgo moderado	Riesgo mínimo
<ul style="list-style-type: none"> • Recepción anal con eyaculación, sin preservativo o con preservativo que ha sufrido rotura o ha sido mal utilizado. • Recepción vaginal con eyaculación, sin preservativo, con rotura o mal uso del mismo. • Recepción anal sin eyaculación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción vaginal sin eyaculación. • Penetración vaginal sin preservativo con rotura o mal uso del mismo. • Sexo oro-genital receptivo o activo con eyaculación, sin preservativo, o con rotura o mal uso del mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo oral sin eyaculación. • Recepción vaginal con preservativo. • Penetración vaginal o rectal con preservativo utilizado correctamente.

En cuanto a la percepción de riesgo, los/las jóvenes presentan una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades riesgosas para la salud. La percepción es generalmente optimista, reduciendo el potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta, o no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños derivados de actividades que encierren riesgo (Cohn y cols., 1995).

Varios estudios demuestran que la prevalencia de las prácticas sexuales no coitales, incluido el sexo oral, se ha incrementado. Por ejemplo, en un estudio con mujeres atendidas por patologías genitourinarias, se describió que la prevalencia de *fellatio* se incrementó de 70% a 82% entre el año 1982 y 1992, y el *fellatio* con eyaculación se incrementó de 37% a 51% (Wellings y cols., 2006).

En Chile, el 71% de los/las jóvenes se ha iniciado sexualmente, sin presentar brechas entre hombres y mujeres. El 49% de las personas jóvenes declara que ha practicado sexo oral, al desagregar los datos por algunas variables de segmentación, se obtiene que el sexo oral es más frecuente conforme aumenta la edad y su práctica es reportada en mayor porcentaje por hombres (52%) que por mujeres (46%); por personas jóvenes de nivel socioeconómico (NSE) medio y alto (60% y 52% respectivamente) que jóvenes de NSE bajo (45%); y por jóvenes que residen en zonas urbanas (52%) que por aquellos que viven en zonas rurales (35%) (INJUV, 2015).

La gran mayoría de los/las jóvenes que declaran haber practicado sexo oral alguna vez, han mantenido relaciones sexuales con penetración (97%), evidenciando que ambas conductas están relacionadas (INJUV, 2015). Otros estudios indican que entre el 14% y el 50% de los adolescentes han tenido sexo oral antes de su primera experiencia sexual coital (Newcomer y Udry, 1985; Schuster y cols., 1996; Schwartz, 1999). Las prácticas de sexo oral no necesariamente estarían precediendo la actividad sexual coital, sino que se trataría más bien de un comportamiento que acompaña la actividad de una amplia proporción de población juvenil iniciada sexualmente (INJUV, 2012).

Por su riesgo sanitario, es importante destacar la presencia de sexo oral ya que pocos jóvenes usan barreras de protección durante su práctica (Halpern-Felsher y cols., 2005).

Breve síntesis de infecciones de transmisión sexual

Las ITS constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo elemento en común es el compartir la vía sexual como principal mecanismo de transmisión. Se pueden clasificar según el agente causal, la patología que producen o los síntomas asociados. Las manifestaciones clínicas comprometen, en la mayoría de los casos, el área genital, la piel y las mucosas, y en algunos casos manifestaciones sistémicas (MINSAL, 2016).

Según estimaciones de la OMS, más de 1 millón de personas adquieren una ITS cada día. Entre los más de 30 virus, bacterias y parásitos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, virus del herpes simple (VHS), VIH y virus del papiloma humano (VPH) (OMS, 2016b).

El control de las ITS es fundamental para mejorar el nivel nacional de la salud sexual y reproductiva de la población. El Ministerio de Salud ha elaborado normas de manejo y tratamiento de las ITS, estableciendo disposiciones generales acerca de las acciones de salud relacionadas y los lineamientos para la educación en salud sexual (MINSAL, 2016).

Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS, en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto (OMS, 2016b).

Patologías de origen sexual y su asociación con lesiones orales

Bacterianas.

Vulvovaginitis.

La vulvovaginitis es una causa frecuente de consulta en ginecología de adolescentes, definiéndose como la inflamación de la vulva y de la vagina. En adolescentes que han iniciado actividad sexual, el cursar con un episodio de vulvovaginitis, aumenta el riesgo de contraer una ITS. Las principales causas de vulvovaginitis son la vaginosis bacteriana, la vulvovaginitis micótica, y la infección por *Trichomona vaginalis* (Perry y Jay, 2006; Kokotos y Adam, 2006). El estudio de Hellberg y cols. (1995) indicó que ciertas actividades sexuales se asocian con episodios repetidos de vulvovaginitis, tales como sexo durante la menstruación, sexo anal, sexo oral regular y sexo oral con eyaculación.

Sífilis.

La sífilis es una infección crónica producida por la bacteria *Treponema pallidum*. El modo primario de transmisión es a través del contacto sexual, donde la práctica del sexo oral ha incrementado el número de infectados, especialmente por la no utilización de preservativo debido a la presunción de que el contagio a nivel genital o anal es mayor que a nivel oral (Vall-Mayans y cols., 2006).

La sífilis primaria se asocia principalmente con una lesión conocida como chancro que ocurre en el sitio de la penetración del organismo en la mucosa (Bruce y Rogers, 2004). Los sitios suelen ser genitales, pero también pueden ser extragenitales, siendo la mayoría de estos en la cavidad oral (40-70%) (Kent y Romanelli, 2008). El chancro oral se manifiesta como una úlcera solitaria, el sitio más frecuente es a nivel de los labios, el superior en los hombres y el inferior en mujeres, seguido de la lengua, paladar, encía y tonsilas (Leño y cols., 2006).

Gonorrea.

El agente infeccioso es la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* y se transmite fundamentalmente por contacto sexual. Las mujeres son más susceptibles a la infección que los hombres, sin embargo, es más frecuente en éstas el estado de portador asintomático (Ballini y cols., 2012). Los gonococos pueden ser transferidos de los genitales a la cavidad oral a través de sexo oral. Los pacientes con infección gonocócica oral pueden ser asintomáticos (79%) o mostrar síntomas orales graves tales como una faringitis dolorosa (15%), amigdalitis purulenta (5%) o linfadenopatía (Bruce y Rogers, 2004). Las lesiones relacionadas con gonorrea no son patognomónicas y puede confundirse con varias enfermedades (Ballini y cols., 2012).

Linfogranuloma venéreo e infecciones urogenitales/extragenitales.

El agente etiológico de ambos procesos infecciosos es *Chlamidia trachomatis*. Corresponde a una ITS con un alto número de casos asintomáticos y que afecta la fertilidad (Wiesenfeld y Cates, 2008). Es la ITS de etiología bacteriana más frecuentemente reportada en adolescentes (Huneeus y cols., 2009). La infección urogenital con *C. trachomatis* está bien reconocida, pero hay pocos datos sobre la colonización en la faringe (Jebakumar y cols., 1995). La clamidia puede encontrarse en las gargantas de hombres y mujeres que realizaron sexo oral sin protección con un compañero infectado (Ballini y cols., 2012). Las infecciones extragenitales suelen ser asintomáticas (Peters y cols., 2011), actúan como un reservorio de transmisión continua y las cepas resistentes a los antibióticos de estos sitios pueden pasar desapercibidas y promover la propagación de resistencia. Estudios muestran que hombres que tienen sexo con hombres tienen una mayor prevalencia de infección extragenital en comparación con mujeres y hombres que tienen sexo con mujeres (Chan y cols., 2016). En Chile no existen programas para el tamizaje ni monitoreo de prevalencia de *C. trachomatis* (Huneeus y cols., 2009).

Fúngica.

Candidiasis.

El agente causal es un hongo unicelular. El género *Candida* y especie *albicans*, es la que con mayor frecuencia se aísla en este tipo de infecciones. En general, la candidiasis no se disemina a través del contacto sexual, sin embargo, se ha reportado una correlación entre el cunnilingus y la candidiasis vaginal recurrente que puede estar relacionado con la cantidad de saliva que entra en contacto con los genitales. Las tasas de colonización en la cavidad oral en individuos sanos varían entre el 20% y 50%, por lo que es biológicamente plausible la colonización de la vagina después del contacto oro-genital (Edwards y Carne, 1998).

Virales.

Virus Herpes Simple (VHS).

Existen dos tipos de VHS, el tipo 1 se contagia a través de saliva infectada o por lesiones periorales activas. A nivel oral, afecta principalmente sitios tales como faringe y labios. La infección se inicia por contacto directo y depende del tejido infectado. El VHS-1 acostumbra a provocar infecciones por encima de la cintura (región oral), mientras que el VHS-2 suele hacerlo por debajo de ésta (región genital). Sin embargo, las evidencias indican, que es posible encontrar ambos tipos virales en las zonas que no son habituales. El VHS se transmite a través del líquido de las vesículas, la saliva y secreciones vaginales (vía oral y sexual). Ambos tipos de VHS pueden provocar lesiones orales y genitales. El contacto oro-genital insertivo es un factor de riesgo importante para la adquisición de VHS-1 (Saini y cols., 2010).

Virus Papiloma Humano (VPH).

En la actualidad, la infección del tracto genital por VPH se considera una ITS. La infección suele ser asintomática, aunque puede producir un ligero prurito. Se

desarrolla semanas o meses después del contacto sexual con un sujeto infectado. La infección del tracto genital femenino por los tipos 16, 18, 31 y 45, se asocia a una neoplasia intraepitelial y cáncer de cérvix. También ha sido vinculado a cánceres de cabeza y cuello, principalmente al cáncer orofaríngeo (Adelstein y cols., 2009). El consorcio internacional de epidemiología de cáncer de cabeza y cuello (INHANCE) sugirió un aumento en el riesgo con algunos comportamientos sexuales para los sitios anatómicos de cáncer de cabeza y cuello más relacionados con el VPH (orofaringe, amígdalas y base de la lengua) (Heck y cols., 2010). Es probable, pero no se ha demostrado, que el VPH intervenga en la asociación entre comportamientos sexuales y cáncer de cabeza y cuello (Farsi y cols., 2015).

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH, es el agente etiológico del SIDA. Este es un cuadro de transmisión sexual, donde el agente viral en contacto con la superficie mucosa penetra en ella e infecta con rapidez las células del tejido linfoide asociado a éstas. La inmunosupresión inducida favorece el curso de cuadros infecciosos de diversa índole, como la candidiasis oral. Las conductas sexuales inseguras son de alta prevalencia y no presentan diferencias significativas entre personas que declaran haber adquirido el VIH en relaciones heterosexuales, homosexuales o bisexuales (MINSAL, 2013).

El potencial de transmisión del VIH por la saliva es bajo, la combinación de una capa epitelial gruesa, un número reducido de células blanco CD4, anticuerpos antivirales y factores antivirales salivales endógenos hacen que la cavidad oral sea un sitio particularmente resistente para la transmisión del VIH (Kennedy y cols., 1995). No obstante, los mecanismos antivirales no son impermeables, especialmente en la práctica de sexo oro-genital receptivo o cuando la superficie mucosa no está íntegra (Shugars y Wahl, 1998). La evidencia actual sugiere que el riesgo de transmisión de VIH en la exposición a saliva es menor que el riesgo a la exposición al semen (Jacob y cols., 1998), por lo que el contagio sería desde los fluidos del pene y la vagina hacia la boca (Saini y cols., 2010). El riesgo de transmisión oro-genital del VIH es sustancialmente menor que a partir del sexo vaginal o anal (Saini y cols., 2010).

Hepatitis B y C.

La Hepatitis B es una inflamación del parénquima hepático, a la cual se le reconocen seis agentes virales productores (A, B, C, D, E y G). Las fuentes de infección la constituyen los fluidos donde es posible encontrar el virus: sangre, saliva, calostro, semen, secreción vaginal, orina y heces. Los mecanismos de transmisión son: vertical, horizontal, parenteral y venéreo. La adquisición de agentes transmitidos por vía sanguínea en el personal de salud es una situación de riesgo conocida y temida, a pesar de la baja prevalencia de VHB, VHC y VIH en la población general (MINSAL, 2015). Puede producirse en la atención dental a través de instrumentos cortopunzantes, por lo tanto, el profesional cirujano dentista está altamente expuesto. Es importante contemplar que, en el caso de los adultos, un 10% de ellos quedan como portadores crónicos del virus, mientras que en el caso de los niños y niñas un 80-90%, en ambos casos los portadores pueden desarrollar en el tiempo un carcinoma hepático primario. De acuerdo a la OMS, el virus de la Hepatitis B, es un virus oncogénico y por ende es necesario prevenir. Para ello se debe actuar a nivel de los mecanismos de transmisión del virus, teniendo en cuenta las fuentes de infección para educar y controlar (Meireles y cols., 2015).

Por otra parte, el virus de la Hepatitis C, se transmite por vía parenteral, venérea y vertical. La vía parenteral es la de mayor relevancia, se adquiere al compartir jeringas de personas infectadas en usuarios de drogas endovenosas. Más del 80% de los infectados, queda como portador crónico del virus, desarrollando a lo largo del tiempo un carcinoma hepático primario. No se ha demostrado la presencia del virus en saliva. Hasta hoy no existe vacuna y la prevención está enfocada en controlar los mecanismos de transmisión del virus. Debido al alto impacto que presenta esta enfermedad, en enero de 2010, fue incorporada como problema de salud con garantías explícitas y pasó a formar parte del plan AUGE (MINSAL, 2015).

En la práctica de sexo oro-anal puede haber transmisión de hepatitis A y B (Saini y cols., 2010).

Parásitos.

Endoparásitos.

Tricomoniasis es una ITS principalmente, ya que puede vivir un tiempo limitado en toallas o agua clorada, y es causada por un protozoo *Trichomona vaginalis*. La mayoría de las mujeres infectadas, no presentan síntomas o presentan un escaso y acuoso flujo vaginal. La vaginitis puede presentarse con una inflamación más extensa, junto a erosión que se asocia a prurito, quemazón y disuria. Los hombres en general son portadores asintomáticos que actúan como reservorios de la infección para la mujer (OMS, 2011).

Ectoparásitos.

Son parásitos exclusivos del hospedero humano, dentro de este grupo se encuentran los piojos hematófagos. La ladilla o piojo del pubis, *Phthirus pubis*, se ubica en el vello pubiano, razón por la cual el contacto directo es esencial para la infestación por este insecto. Habitualmente se contagia por contacto sexual, aunque también en ocasiones excepcionales, ocurre al usar prendas que han estado en contacto con algún portador. La transmisión de los piojos púbicos no se evita mediante el uso de condón. El insecto, además del vello púbico, puede localizarse en cejas, pestañas, vello axilar y corporal (Orion y cols., 2004).

Salud oral

La cavidad oral es colonizada desde el nacimiento por un grupo de microorganismos, incluyendo bacterias, archaea, hongos y virus, que conforman la microbiota oral y viven en simbiosis o comensalismo con el ser humano. Existe amplia evidencia científica indicando que en ciertas condiciones esta microbiota contribuiría al desarrollo de dos de las patologías orales más comunes, como son la caries y la enfermedad periodontal. Asimismo, se ha descrito que la microbiota constituye un factor de riesgo para la salud humana, pudiendo favorecer la aparición de tumores,

diabetes, enfermedades cardiovasculares, bacteremia (Bahrani-Mougeot y cols., 2008), parto prematuro y bajo peso al nacer (Offenbacher y cols., 2006), así como la posibilidad de ocasionar infecciones oportunistas. Los microorganismos orales causan enfermedad principalmente de una manera sinérgica o cooperativa, cuyo medio en adición a la respuesta inmune del hospedero, es el balance dinámico de las interacciones entre las especies microbianas que comparten en la comunidad oral. Esto juega un papel crucial para determinar la ocurrencia de la enfermedad (He, 2015).

Métodos de prevención en prácticas de sexo oral

Aunque el riesgo de transmisión de ITS es mayor en las prácticas de sexo vaginal y anal que en el sexo oral, el aumento de la práctica de este último y las bajas tasas de uso de métodos de barrera han aumentado la importancia en relación al sexo oral como modo de transmisión de patógenos genitales (Edwards y Carne, 1998).

Dentro de las barreras mecánicas que ayudan a reducir el riesgo de adquirir o transmitir una ITS durante el sexo oral, se encuentra el condón, gomas diques de uso odontológico, láminas y máscaras para sexo oral (Figura 2).



Figura 2: Máscara para sexo oral. Imagen tomada de la página web de Condonería nacional (Condonería nacional, 2017).

Para reducir el riesgo, se debe limitar la exposición a fluidos y cuidar que no existan lesiones en la boca o en los genitales. Una buena salud bucal, sin sangramiento de encías, heridas labiales, cortes, úlceras en piel y mucosa, reducen la posibilidad de transmisión de ITS durante su práctica (Saini y cols., 2010).

Un estudio relativo a investigar dichas prácticas en estudiantes vírgenes en Estados Unidos, desveló que el 9% experimentó *fellatio* con eyaculación y el 10% *cunnilingus* con pareja heterosexual. De aquellos que experimentaron *fellatio* con eyaculación, el 86% no usó condón y 8% sí, pero de forma esporádica. Los investigadores creen que el uso de la goma dique durante el *cunnilingus* fue aún menor (Centers for Disease Control and Prevention y cols., 2006)

Frente a este panorama, la odontología, debe incorporar una visión más integradora del ser humano, en donde uno de los temas a incorporar es la sexualidad, ya que como se expuso, la cavidad oral es también un órgano sexual. Desde el ejercicio de la odontología, la salud sexual ha estado alejada de sus intereses, teniendo escasa representación en la formación académica e instalándose desde lo curativo, pero no desde lo preventivo. Por ejemplo, no se tiene información de la prescripción del uso de barreras para sexo oral.

Una sociedad comprometida con la salud sexual debe apoyar las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (OPS y OMS, 2000).

Por tener un carácter de compromiso con la salud pública, se han generado protocolos de atención, que se han traducido en la elaboración de normas de manejo y tratamiento de las ITS. Esta iniciativa nace desde lo médico, deja fuera el ámbito odontológico y no considera un enfoque preventivo. Esta situación genera un gran vacío cognitivo y más importante aún, una deuda social con la población producto del desconocimiento (MINSAL, 2010).

Según los antecedentes anteriormente expuestos, el objetivo de este estudio es la evaluación del grado de conocimiento, las conductas y los motivos en torno a los métodos preventivos y al riesgo asociado a las prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena, a través de una encuesta que indague acerca de la salud sexual, identifique las condiciones con respecto a dos ITS y compare las prácticas de sexo oral con otras prácticas sexuales en el grupo bajo estudio.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Los/las estudiantes de odontología de una universidad chilena presentan conocimientos deficientes de los métodos preventivos para prácticas de sexo oral.

Objetivo general

Evaluar el grado de conocimiento, las conductas y motivos en relación a los métodos preventivos y al riesgo asociado a las prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena.

Objetivos específicos

- Aportar evidencias de validez de contenido a una encuesta que indague acerca de prácticas sexuales coitales y no coitales en el grupo de estudio.
- Determinar los conocimientos en relación a los métodos preventivos para prácticas de sexo oral y las conductas asociadas al riesgo de esta práctica en el grupo de estudio.
- Identificar los conocimientos, conductas y motivos en relación a dos ITS de relevancia sanitaria en el grupo de estudio.
- Comparar las conductas en sexo oral con las conductas de las otras prácticas sexuales coitales y no coitales indagadas en el grupo de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Este estudio se enmarca desde un enfoque cuantitativo. Corresponde a un estudio observacional y se condice con un diseño transversal.

El alcance del estudio es analítico y a su vez se puede interpretar como un estudio instrumental, ya que tiene por objeto el estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento a través de validez de contenido.

Población, muestra y diseño muestral

La población objetivo de esta investigación correspondió a estudiantes, hombres y mujeres no mayores de 29 años y que estuvieran cursando a lo menos una asignatura de quinto año de la carrera de odontología en una universidad chilena de la ciudad de Santiago. Respecto al diseño muestral, los/las participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico intencionado. La justificación de trabajar con este grupo es que se esperaba que ya contaran con cierto nivel de conocimiento y dominio de la temática, lo cual les permita actuar como agentes de salud para propiciar conductas de autocuidado en los/las pacientes, así como en sus propias prácticas.

En este trabajo de investigación se resguardó el nombre de la institución donde se llevó a cabo para proteger el anonimato de la población bajo estudio por consideraciones éticas.

La muestra estuvo compuesta por estudiantes que aceptaron participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado. Los criterios de inclusión y exclusión se detallan en la tabla 2.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de la carrera de odontología de una universidad chilena. • Rango etario: 18 – 29 años. • Matriculados en quinto año del año 2017. • Aceptar y firmar el consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes mayores a 29 años. • Estudiantes que no acepten participar en el estudio. • Estudiantes de cursos inferiores a quinto año de la carrera. • Estudiantes que participaron en el pilotaje.

Variables

- Dependientes: Conocimientos y conductas en relación a prácticas de sexo oral.
- Independientes: Sexo de los/las participantes, orientación sexual y conocimientos, conductas y motivos en relación a prácticas sexuales e ITS.

La fuente de información para obtener estas variables fue una encuesta autoaplicada descrita a continuación.

Instrumentos

Encuesta autoaplicada: conocimientos, conductas y motivos en salud sexual.

Se diseñó un instrumento de nombre “Encuesta autoaplicada: conocimientos, conductas y motivos en salud sexual” (Anexo 1), la cual es de tipo estructurada, anónima y autoadministrada, que se basó en el módulo de sexualidad de la Séptima encuesta nacional de juventud (Anexo 2) a la cual se le hicieron algunas modificaciones: De los 14 ítems por los que está compuesta, se mantuvieron nueve (2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13 y 14), se eliminaron cuatro (4, 6, 8 y 9) y se modificó el ítem 1. Así como también se incorporaron ítems específicos en cuanto al conocimiento, conductas y motivos en prácticas sexuales coitales y no coitales, el uso de barreras de tipo mecánicas y dos ITS de relevancia sanitaria; VIH y VPH. Cabe destacar que se utilizó el mismo formato de la Séptima encuesta, para lo cual se contó con la autorización del INJUV (Anexo 3).

El carácter autoadministrado fue la modalidad seleccionada debido a que existen temas que, por su naturaleza estrictamente personal, son sensibles o provocan incomodidad en los entrevistados. Por lo tanto, las preguntas son contestadas de forma privada y devueltas en un sobre cerrado. Esta modalidad obedece a que en una encuesta las preguntas pueden ser sensibles en tres dimensiones: deseabilidad social de las respuestas, invasión de la privacidad y preocupación por la confidencialidad (Tourangeau y cols., 2000). Por lo tanto, el uso de un cuestionario autoadministrado disminuye las fuentes de sesgo al aumentar la proporción de personas que reconocen una conducta sub-reportada y al contrario con el sobre-reporte de conductas socialmente deseables.

Esta encuesta correspondió a un instrumento breve de 20 ítems, conformado por 3 ítems de caracterización general, 4 de conocimientos de métodos preventivos y de dos ITS de relevancia sanitaria: VIH y VPH, 10 de conductas en prácticas sexuales, con énfasis en sexo oral, e ITS nombradas y 3 de motivos asociados a prácticas sexuales e ITS anteriores. Estos ítems fueron agrupados en 4 secciones con el fin de facilitar la estructuración.

Las opciones de respuesta son variadas según ítem, incluyendo respuestas de selección múltiple (una opción), opciones de respuesta múltiple (más de una opción) y respuestas abiertas o libres de respuesta breve. Cada ítem tiene alternativas codificadas con números para facilitar el análisis posterior. Algunos ítems dan la posibilidad de escribir al tener la alternativa “otra” con la pregunta “¿cuál?”, que pide describir lo que se pregunta y otros dos ítems apuntan a respuestas numéricas.

Pauta para evaluación por jueces.

Con el fin de aportar evidencias de validación de la encuesta, se diseñó una breve pauta de evaluación para un juicio de expertos, autoadministrado y de tipo Likert con el fin de evaluar la 1) pertinencia de los ítems respecto a la dimensión para la que estaban formulados, 2) pertinencia de los ítems con respecto al propósito del estudio y 3) claridad de formulación (Anexo 4). La escala de evaluación de las anteriores

categorías fue: 0=Inadecuado; 1=Insuficiente; 2=Adecuado. Esta pauta también presentó una tabla de especificaciones para evaluar cada ítem en su dimensión.

Procedimiento

Previo a la aplicación del instrumento se procedió a hacer aportes de validez de contenido de la encuesta mediante un juicio de expertos (constituido por una odontóloga, un enfermero y una matrona) que fueron seleccionados por su experiencia en el trabajo con jóvenes, contar con algún curso en sexualidad y por su disponibilidad y motivación para participar. Éstos, previa firma de un consentimiento informado, respondieron una pauta de evaluación por jueces del instrumento en torno a la pertinencia de los ítems respecto a la dimensión para la que estaban formulados, al propósito del estudio y claridad de formulación.

Posterior a la evaluación por expertos y a la incorporación de cambios sugeridos por éstos, se procedió a la realización de una prueba piloto en 5 estudiantes con las mismas características de la población a estudiar y que aceptaron voluntariamente participar. El objetivo de este pilotaje fue evaluar la claridad del instrumento, el tiempo de respuesta y estandarizar la forma de aplicación. En esta prueba piloto se les solicitó responder poniendo énfasis en la claridad de formulación de los ítems y el contenido de éstos. A su vez, si tenían una observación o sugerencia, podían anotarla en el espacio del ítem respectivo. El tiempo de aplicación de la encuesta fue de 6 minutos en promedio.

Una vez sistematizadas las sugerencias de los estudiantes en la prueba piloto, se modificaron aquellos ítems que presentaron dificultades, obteniendo el instrumento en su versión final para la aplicación a la población objetivo (Anexo 1).

Para la aplicación del instrumento, en primer lugar, se estableció contacto con el docente a cargo de una asignatura de la institución universitaria, mediante un mail de solicitud de colaboración, en la cual se expresaron los objetivos e implicancias del estudio y se solicitó poder realizar la intervención en los últimos 15 minutos de clase, a lo cual éste accedió y se acordó la fecha.

Posteriormente, se procedió a la aplicación del instrumento, donde se invitó a los/las estudiantes a participar voluntariamente explicándoles los alcances de la investigación y los procedimientos. Se recabaron los consentimientos informados a quienes aceptaron participar y se les entregó la encuesta. La aplicación se realizó en una sala de clases en donde los/las participantes contestaron la encuesta en el mismo momento, de manera individual, cada uno/a en una banca separada de la otra y fue llevada a cabo por la estudiante a cargo del trabajo de investigación, quien dio las instrucciones, respondió dudas y recibió las encuestas dentro de sobres una vez contestadas. Éstas luego fueron llevadas para su análisis.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando los programas IBM SPSS v20 y Excel.

Para evaluar las evidencias de validez de contenido, primero se describió los ítems que presentaron dificultades en uno o más criterios según los jueces, para finalmente reportar el nivel de consistencia entre los ellos mediante el índice Kappa.

Para evaluar la fiabilidad de la encuesta se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones de ésta, a saber, conocimiento, conductas y motivos asociados a las prácticas en relación a salud sexual.

Para describir las variables categóricas (por ejemplo, sexo, prácticas de sexo oral, etc.) se reportaron las frecuencias absolutas y porcentajes para cada caso. Para describir las variables cuantitativas (por ejemplo, el número de parejas de sexo oral) se reportaron medidas de tendencia central: media y mediana; y una medida de dispersión: desviación estándar (DE). Para la comparación de grupos en función de variables categóricas, se trabajó con tablas de contingencia, chi-cuadrado y V de Cramer (en caso de existir asociación). Para la comparación de grupos en función de variables cuantitativas, se trabajó con pruebas t de Student para muestras independientes.

Para todos los casos en que correspondió se consideró un nivel de significación del 5%. Para representar visualmente los análisis realizados se utilizaron tablas de frecuencia, gráficos de barras, gráficos sectoriales y gráficos de tendencia.

Consideraciones éticas

Para resguardar los derechos de los/las participantes (tales como la voluntariedad, confidencialidad y anonimato) se trabajó con documentos de Consentimiento Informado, tanto para la fase de Evaluación por jueces (Anexo 5), Prueba Piloto (Anexo 6) y Aplicación (Anexo 7). A su vez, se resguardó el nombre de la institución en la que se llevó a cabo el estudio por consideraciones éticas. Cabe mencionar que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (Anexo 8).

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 50 jóvenes, Del total de participantes, el 76% ($n=38$) fueron mujeres y el 24% ($n=12$) fueron hombres.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en este estudio organizados según los objetivos específicos detallados anteriormente.

Evidencias de validez de contenido y de fiabilidad del instrumento

Evidencias de validez de contenido.

La mayor parte de los ítems incorporados en esta encuesta fueron evaluados adecuados por los 3 jueces, tanto en su pertinencia a la dimensión, en su pertinencia al estudio y en su formulación. A nivel descriptivo: 6 ítems (3, 4, 5, 8, 12 y 19) fueron evaluados insuficientes en su formulación por al menos uno de los tres jueces; el ítem 8, además fue evaluado insuficiente en su pertinencia a la dimensión y al estudio por uno de los tres jueces; ningún ítem fue evaluado inadecuado. Estos ítems fueron modificados según las sugerencias de los jueces previo a la aplicación de la prueba piloto y de la aplicación experimental.

Respecto a la consistencia entre los tres jueces se observó una moderada concordancia entre el juez 1 y 2 ($Kappa= 0,405$, $p= 0,001$) y una nula concordancia entre el juez 3 respecto a los otros (1 y 3: $Kappa= -0,029$, $p = 0,737$; 2 y 3: $Kappa= -0,026$, $p= 0,817$). Cabe mencionar que la concordancia entre los jueces corresponde al momento previo de incorporar sus evaluaciones al instrumento.

Fiabilidad del instrumento.

Todas las dimensiones de la encuesta mostraron adecuados niveles de fiabilidad: la dimensión Conocimientos en relación a salud sexual, compuesta por 23 elementos agrupados en 4 ítems, arrojó un alfa de Cronbach de 0,832; la dimensión Conductas en relación a salud sexual, compuesta por 14 elementos

agrupados en 10 ítems, arrojó un alfa de Cronbach de 0,833; y la dimensión Motivos asociados a las prácticas en salud sexual, compuesta por 14 elementos agrupados en 3 ítems arrojó un alfa de Cronbach de 0,936. Cabe destacar que los 3 ítems restantes fueron de caracterización general.

Conocimientos y conductas en relación a las prácticas de sexo oral

En este apartado se reportan las frecuencias y porcentaje de casos en torno a los conocimientos y conductas en sexo oral en la población bajo estudio. Además, se analizan posibles asociaciones para esta práctica según sexo y orientación sexual.

Conocimientos sobre métodos preventivos.

En cuanto a los conocimientos de métodos preventivos para prácticas sexuales, las barreras conocidas por los/las participantes, la más reconocida fue el condón masculino, siendo reportada por un 98% de ellos/ellas. A esta barrera le siguió el condón femenino con un 67,3%. Menos reconocidas fueron otras barreras, como lámina para sexo oral (12,2%), máscara para sexo oral (10,2%), goma dique para sexo oral (10,2%) y dedo de látex (10,2%). Solo un 2% de los participantes reportó no conocer ninguna de las barreras mecánicas mencionadas (Tabla 3).

Tabla 3: Conocimiento de barreras mecánicas de protección para prácticas sexuales.

Barreras mecánicas	Nº	Porcentaje de casos que reportan conocerlo
		%
Condón masculino	48	98
Condón femenino	33	67,3
Máscara para sexo oral	5	10,2
Lámina para sexo oral	6	12,2
Goma dique para sexo oral	5	10,2
Dedo de látex	5	10,2
Ninguno	1	2

*Nº= Número de estudiantes que reportó conocer cada barrera mecánica.

Nº total= 50

Conductas asociadas a las prácticas de sexo oral.

Del total de la muestra, el 90% (n= 45) de los/las participantes reportó haber practicado sexo oral en algún momento y el 10% (n= 5) reportó que no, tal como se ilustra en la figura 3.

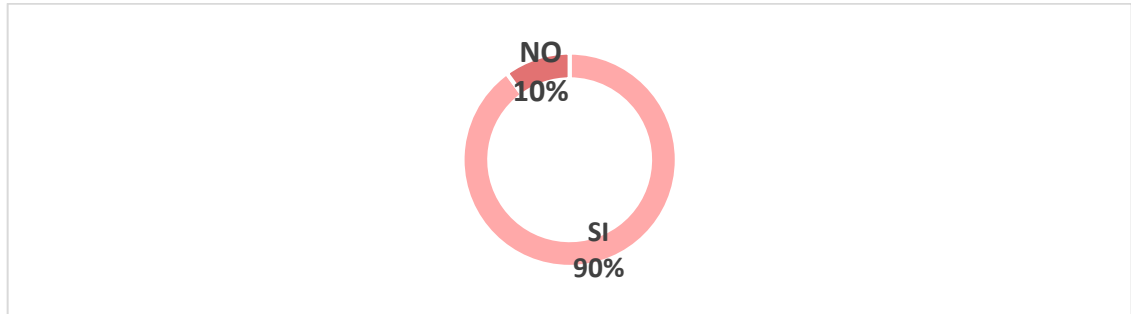


Figura 3: Porcentaje de casos del total de la muestra que han practicado sexo oral alguna vez.

Los/las jóvenes tuvieron en promedio sexo oral con 1,42 parejas en el último año (DE= 1,53). La mediana para esta pregunta fue de 1 pareja. El que la media para este caso sea más alta se debe al efecto de casos atípicos que reportaron mayor cantidad de parejas.

De los/las estudiantes que han practicado sexo oral, un 78% (n= 35) declara no haber usado alguna barrera de protección durante esta práctica y un 22% (n= 10) declara si haber utilizado (Figura 4).

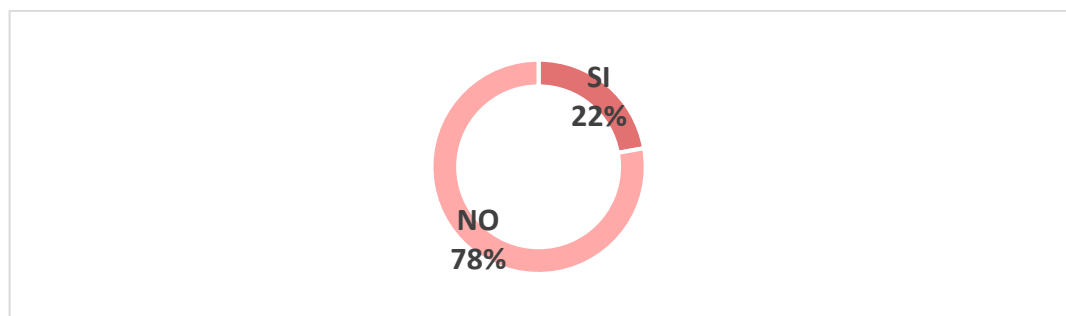


Figura 4: Porcentaje de casos que declararon haber utilizado alguna barrera de protección durante las prácticas de sexo oral.

De los/las participantes que reportaron haber usado una barrera en las prácticas de sexo oral, el 100% indicó que la barrera utilizada fue el condón, así como también que el uso de esta barrera fue infrecuente.

Prácticas de sexo oral según sexo.

De las mujeres participantes, un 89,5% (n= 34) reportó haber practicado sexo oral y un 10,5% (n= 4) no lo ha practicado. De los hombres participantes, un 91,7% (n= 11) ha practicado sexo oral y 8,3% (n= 1) no lo ha practicado. No se presentó una asociación significativa entre sexo y las prácticas de sexo oral (chi-cuadrado de Pearson= 0,049; p= 0,825).

Número de parejas de sexo oral según sexo.

La media de parejas de sexo oral para las mujeres participantes es de 1,11 parejas (DE= 0,72), mientras que en los hombres la media fue de 2,36 parejas sexuales (DE= 2,69). La diferencia observada entre ambos grupos se debió a la presencia de casos atípicos entre los hombres de la muestra, los cuales elevaron la media. Tanto para hombres como para mujeres, la mediana de parejas para sexo oral fue de 1. Así, no se encontró una diferencia significativa en la cantidad de parejas en las prácticas de sexo oral que reportaron tener, según el sexo de los/las participantes (t= -1,516; p= 0,159).

Protección en sexo oral según sexo.

De las participantes mujeres, un 23,5% (n= 8) reportó haber utilizado una barrera de protección durante el sexo oral, mientras que un 76,5% (n= 26) reportó jamás haber utilizado alguna barrera. De los participantes hombres, un 18,2% (n= 2) reportó haber utilizado alguna vez una barrera en las prácticas de sexo oral, mientras que un 81,8% (n= 9) no reportó haber utilizado. No se presentó una

asociación significativa entre el sexo y el uso de barrera de protección en sexo oral (chi-cuadrado de Pearson= 0,188; $p= 0,910$).

Prácticas de sexo oral según orientación sexual.

De los/las participantes que declararon ser heterosexuales, un 89,1% ($n= 41$) reportó haber practicado sexo oral y un 10,9% ($n= 5$) indicó que no. Tanto los/las participantes que declararon ser homosexuales como los/las que se declararon bisexuales, un 100% declaró haber practicado sexo oral ($n= 3$ y $n= 1$ respectivamente). No se presentó una asociación significativa entre orientación sexual y las prácticas de sexo oral (chi-cuadrado de Pearson= 0,483; $p= 0,785$).

Número de parejas de sexo oral según orientación sexual.

Si bien se presentó una media más alta de parejas de sexo oral en los/las participantes homosexuales (media= 5; DE= 4,58; Me= 4) que en los/las heterosexuales (media= 1,17; DE= 0,70; Me= 1) y bisexuales (media= 1; DE= 0; Me= 1), esta diferencia se debió a la presencia de datos atípicos entre los/las participantes homosexuales, mostrándose a su vez una alta dispersión. Así no se presentó una diferencia significativa en la cantidad de parejas de sexo oral según orientación sexual ($t= -1,44$; $p= 0,28$). Para la comparación de medias realizada no se incluyeron los participantes que se declararon bisexuales ya que era solo uno.

Protección en sexo oral según orientación sexual.

De los/las participantes que se declararon heterosexuales, un 19,5% ($n= 8$) reportó haber utilizado una barrera de protección durante el sexo oral, mientras que un 80,5% ($n= 33$) reportó jamás haber utilizado alguna barrera. De los/las participantes que se declararon homosexuales, un 66,7% ($n= 2$) reportó haber utilizado alguna vez una barrera en las prácticas de sexo oral, mientras que un 33,3% ($n= 1$) no reportó haber utilizado. De los/las participantes que se declararon

bisexuales, el 100% reportó no haber utilizado una barrera de protección en las prácticas de sexo oral, sin embargo, esta respuesta correspondió a un solo participante, por lo que no se considera en la comparación posterior. No se presentó una asociación significativa entre la orientación sexual y el uso de barrera de protección en sexo oral (chi-cuadrado de Pearson= 3,88; $p= 0,14$). Esta asociación no se pudo pesquisar según lo esperable por la escasez de participantes homosexuales o bisexuales.

Conocimientos, conductas y motivos en relación a las ITS

En este apartado se detallan conocimientos, conductas y motivos asociados a dos ITS de relevancia sanitaria en la población bajo estudio.

Conocimientos en relación al VIH.

En el caso del VIH, la tabla 4, muestra tres conductas riesgosas y tres no riesgosas en la transmisión de este virus, y presenta los porcentajes de jóvenes que respondieron a cada una de las prácticas consultadas. Las conductas riesgosas más reconocidas por los/las participantes son “a través de una transfusión de sangre infectada con VIH” (100%) y “teniendo relaciones sexuales sin usar condón con personas que viven con VIH” (100%). Un 78% de los/las participantes reconocieron como conducta de riesgo el “compartir objetos cortantes con personas que viven con VIH”. Las formas no riesgosas de transmisión fueron reconocidas correctamente en menor proporción que aquellas formas efectivas de transmisión.

Tabla 4: Conocimiento en relación a las conductas riesgosas y no riesgosas de transmisión del VIH.

		Sí %	No %	No sé %
Riesgosas (Respuesta correcta= Sí, si se puede transmitir)	Compartiendo objetos cortantes con personas que viven con VIH/SIDA	78	10	12
	A través de una transfusión de sangre infectada con VIH/SIDA	100	0	0
	Teniendo relaciones sexuales sin usar condón con personas que viven con VIH/SIDA	100	0	0
No riesgosas (Respuesta correcta= No, no se puede transmitir)	Compartiendo comida con personas que viven con VIH/SIDA	2	94	4
	Bañándose en piscinas públicas con personas que viven con VIH/SIDA	0	94	6
	Compartiendo baños públicos con personas portadoras de VIH	0	94	6

Realización del test de VIH.

Del total de la muestra, el 56% (n= 28) reportó no haberse realizado el test de VIH y el 44% (n= 22) si se lo ha realizado (Figura 5).

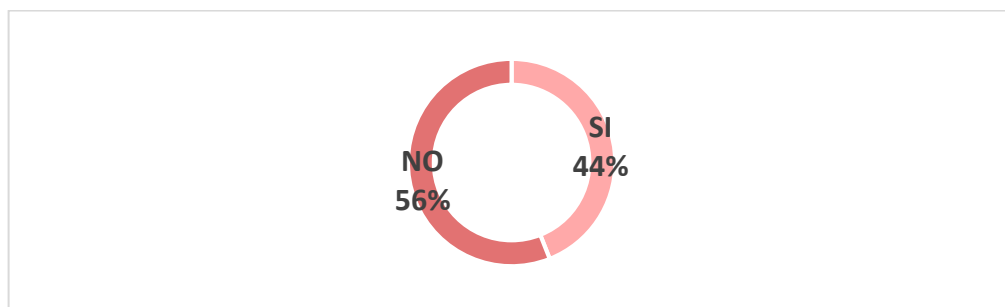


Figura 5: Porcentaje de participantes que se han realizado el test del VIH.

De los/las participantes que declararon haberse realizado el test de VIH, las razones para la realización de este se encuentran en la tabla 5. La razón “porque estuve expuesto a una situación de riesgo” fue marcada por un 40,9% de los/las participantes. A esta le sigue la alternativa “por una donación de sangre” elegida por un 36,4%. “Por mayor tranquilidad” obtuvo un 31,8% y la opción “otro motivo” obtuvo

un 27,3%. La razón “por inicio de una nueva relación de pareja” fue marcada por el 9,1% de los casos.

Tabla 5: Razones para la realización del test de VIH.

	N°	Porcentaje de casos %
Porque estuve expuesto a una situación de riesgo.	9	40,9
Por mayor tranquilidad	7	31,8
Por inicio de una nueva relación de pareja.	2	9,1
Por una donación de sangre	8	36,4
Otro	6	27,3

*N°= Número de estudiantes que reportó cada razón por la que se ha realizado el test de VIH.
N° total= 22

En la opción “otro” una respuesta breve contestada fue “por control médico” y cinco estudiantes reportaron haberse realizado el test de VIH “por accidente cortopunzante”.

De los/las estudiantes que declararon no haberse realizado el test de VIH, las razones que más se repitieron fueron “mantengo pareja única, pareja estable” reportada por un 69,2% de los/las participantes y “no se me había ocurrido o no he tenido la oportunidad” indicado por un 46,2% de los casos. Otras razones presentaron menos porcentaje de elección, los cuales se detallan en la tabla 6.

Tabla 6: Razones para la no realización del test de VIH.

	N°	Porcentaje de casos %
Mantengo pareja única, pareja estable	18	69,2
No se me había ocurrido o no he tenido la oportunidad	12	46,2
Desinformación	1	3,8
Por temor o vergüenza	2	7,7
No quiero	0	0
Uso condón	2	7,7
No me lo han pedido	3	11,5
Es muy caro, no tengo dinero	0	0
No tengo relaciones sexuales	1	3,8
Otro	1	3,8

*N°= Número de estudiantes que reportó cada razón por la que no se ha realizado el test de VIH.
N° total= 28

La razón de la respuesta “otro” marcada por un estudiante fue “desconozco como se realiza y cuanto demora el test”.

Conocimiento en relación al test de VIH.

Con respecto al conocimiento en torno al test de VIH, un 63,8% declaró que los aspectos en los que más necesita información son “cómo solicitar el test” y “el costo de éste”. Los aspectos “el lugar donde se realiza” y “con quién se debe hablar o contactar” fueron reportados un 51,1%. Mientras que la opción “otra” fue marcada por un 4,3%. La frecuencia porcentual asociada a cada aspecto se detalla en la tabla 7.

Tabla 7: Aspectos en los que se necesita mayor información con respecto al test de VIH.

	N°	Porcentaje de casos %
El lugar donde se realiza	24	51,1
Cómo solicitar el test	30	63,8
Con quién se debe hablar o contactar	24	51,1
El costo del test	30	63,8
Otra	2	4,3

**N°= Número de estudiantes que reportó cada aspecto en el que necesita mayor información del test de VIH.*

N° total= 50

Con respecto a los/las dos estudiantes que marcaron la opción “otra”, una respuesta fue que no necesita ninguna información y la otra respuesta fue que necesita información acerca de la seguridad de los resultados.

Conocimiento en relación al VPH.

En relación al VPH, la tabla 8, muestra dos conductas riesgosas y dos no riesgosas a partir de las que se puede transmitir este virus, y presenta los porcentajes de los/las participantes que respondieron a cada una de ellas. Las conductas riesgosas son correctamente reconocidas por un 98%, para el caso “teniendo relaciones sexuales con penetración vaginal sin usar protección, con personas portadoras de VPH” y 95,9% para la opción “teniendo sexo oral sin

protección con una persona portadora del VPH”. Las conductas no riesgosas de transmisión fueron reconocidas correctamente en menor proporción que aquellas riesgosas. La conducta “tener un antecedente familiar hereditario de la enfermedad (VPH)” fue reconocida correctamente como no riesgosa en un 30,6% de los casos y un 49% contestó “No sé, no estoy seguro”. Para la práctica “carencia de hábitos de higiene”, un 52,3% la reconoció correctamente como no riesgosa mientras que un 31,8% respondió que no sabía.

Tabla 8: Conocimiento en relación a las conductas riesgosas y no riesgosas de transmisión del VPH.

		Sí	No	No sé
Riesgosas (Respuesta correcta= Sí, sí se puede transmitir)	Teniendo relaciones sexuales con penetración vaginal sin usar protección, con personas portadoras de VPH	98%	2%	0%
	Teniendo sexo oral sin protección sin protección con una persona portadora del VPH	95,9%	2%	2%
No riesgosas (Respuesta correcta= No, no se puede transmitir)	Tener un antecedente familiar hereditario de la enfermedad (VPH)	20,4%	30,6%	49%
	Carencia de hábitos de higiene	15,9%	52,3%	31,8%

Prevalencia de ITS.

Del total de la muestra, el 4% (n=2) reportó haber presentado una ITS alguna vez, siendo en ambos casos VPH.

Uso de preservativo.

Con respecto al uso de condón en la última relación sexual, un 86,4% (n= 19) declaró que fue para “prevenir un embarazo”, un 50% (n= 11) para “proteger del VIH” y un 54,5% (n= 12) para “proteger de otra ITS” (Tabla 9).

Tabla 9: Razones asignadas al uso de condón en la última relación sexual.

	N°	Porcentaje de casos %
Prevenir un embarazo	19	86,4
Proteger de VIH	11	50
Proteger de otra ITS	12	54,5

*N°= Número de estudiantes que reportó cada razón por la cual usó condón en la última relación sexual.

N° total= 22 (estudiantes que usaron condón en la última relación sexual).

Comparación entre conductas para prácticas de sexo oral con las otras prácticas sexuales estudiadas

En este apartado se relacionan las conductas, protección y número de parejas de las diferentes prácticas sexuales indagadas en el grupo bajo estudio.

Relación entre las distintas prácticas sexuales.

Al comparar las diferentes prácticas sexuales investigadas, los resultados arrojaron que el sexo vaginal fue reportado por los/las participantes en un 94% (n= 47), el sexo oral en un 90% (n= 45) y el sexo anal en un 38% (n= 19) (Figura 6).

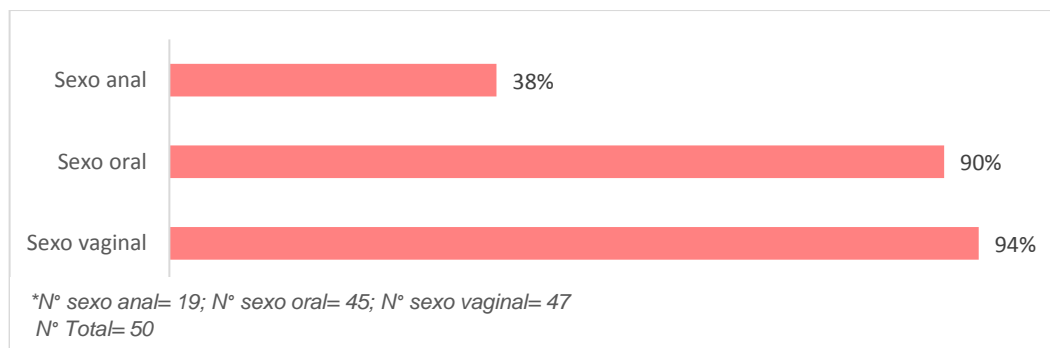


Figura 6: Reporte de prácticas sexuales: sexo anal, oral y vaginal.

Relación del uso de protección en las distintas prácticas sexuales.

De los/las estudiantes que han practicado sexo oral, un 22% (n= 10) declaró haber utilizado una barrera de protección durante esta práctica. Del total de los/las participantes que declararon haber practicado sexo vaginal, un 46,8% (n= 22) reportó haber utilizado condón durante la última relación sexual vaginal. Por otro lado, del total de los/las participantes que declararon haber practicado sexo anal, un 36,84% (n= 7) reportó haber usado una barrera de protección en la última relación sexual anal (Figura 7).

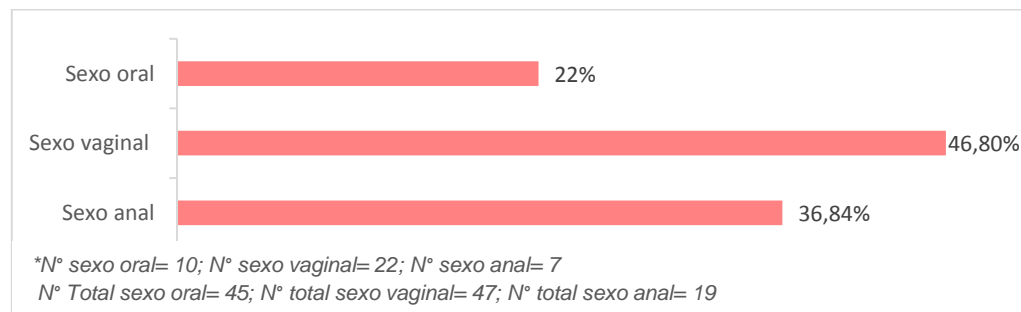


Figura 7: Uso de barrera mecánica de protección durante la práctica de sexo oral y en las últimas prácticas de sexo vaginal y anal.

Cabe destacar que la forma de abordar las preguntas anteriores fue diferente, ya que para el uso de protección en sexo vaginal y anal fue específicamente para la última vez que realizaron dichas prácticas, en cambio, para sexo oral, la pregunta fue si es que alguna vez habían usado una barrera de protección.

Relación entre el número de parejas sexuales entre sexo oral y vaginal

Al comparar el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, la media para la práctica sexual vaginal fue de 1,17 (DE= 0,76) y para sexo oral fue de 1,42 (DE=1,53) para sexo oral. En la figura 8 se muestra la tendencia que obtuvo este ítem.

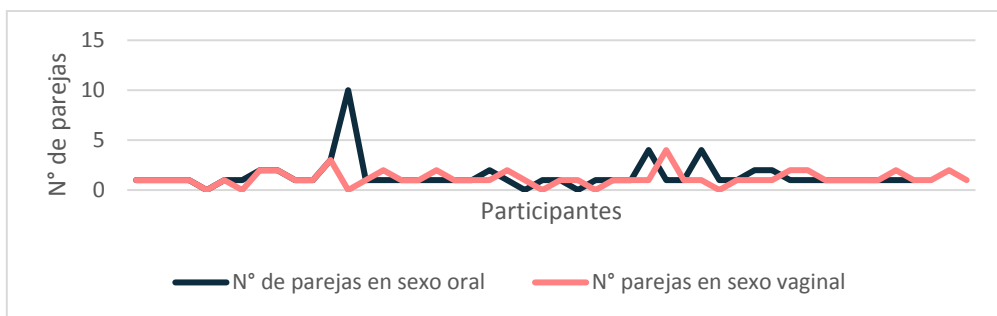


Figura 8: Tendencia de número de parejas en sexo oral y vaginal en los últimos 12 meses.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar el grado de conocimiento, las conductas y motivos en relación a los métodos preventivos y al riesgo asociado a las prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena, a través de un instrumento tipo encuesta autoadministrada. De este modo, un total de 50 estudiantes menores de 29 años, pertenecientes a una universidad de la ciudad de Santiago, contestaron la encuesta.

A continuación, se discuten los principales resultados encontrados en función de la teoría y los hallazgos nacionales más recientes vinculados a la Octava encuesta nacional de Juventud del año 2015. A su vez, se explicitan las limitaciones del estudio y sus posibles proyecciones.

Para aportar evidencias de validez de contenido se aplicó a 3 jueces una pauta de evaluación considerando los siguientes tres criterios para cada uno de los ítems: pertinencia del ítem respecto a la dimensión para la que estaba formulado, pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio y claridad en la formulación del ítem. Aun cuando la concordancia entre los diferentes jueces fue baja (moderada entre dos jueces y nula respecto al otro juez), la mayor parte de los ítems fueron evaluados adecuados por los 3 jueces según todos los criterios. Los ítems que fueron evaluados insuficientes se modificaron antes de la aplicación de la prueba piloto y la aplicación experimental, por lo que sería esperable que, en una nueva evaluación por jueces, estos ítems presentaran una mejor valoración. Por esto, se considera que pudo haber sido pertinente haber aplicado nuevamente la pauta de evaluación por jueces antes de la experimentación con la muestra del estudio, conformando esto una proyección relevante para estudios posteriores, además de agregar otros métodos de estudios de validez, tales como validez de constructo o convergente. También se sugiere reconsiderar a los jueces y buscar expertos más idóneos en cuanto a sus conocimientos en la materia, ya que los seleccionados pueden haber presentado dominios diferentes y haberse fijado en distintos aspectos.

Respecto de las evidencias de fiabilidad, el instrumento alcanza adecuados niveles para cada subescala del instrumento: conocimientos, conductas y motivos asociados a las prácticas en relación con la salud sexual, siendo en todas ellas el alfa de Cronbach mayor a 0,8. De esta forma, el instrumento mostró buenos índices de consistencia interna.

En cuanto a los conocimientos de métodos preventivos para prácticas de sexo oral además del condón, las barreras mecánicas son poco conocidas por los/las estudiantes, no superando el 13% de frecuencia de respuestas. Cabe destacar que una de las barreras de protección mencionadas, la goma dique, es un material de uso habitual odontológico, pero los/las estudiantes no tienen conocimiento que también puede ser indicado para la protección en las prácticas de sexo oral. Otros estudios de prácticas y conocimientos en salud sexual en estudiantes de odontología refieren que el condón es considerado por estos como el método anticonceptivo y preventivo más eficiente para evitar embarazos no deseados y las ITS, pero estas investigaciones se refieren más a los métodos anticonceptivos que a las barreras de protección para las prácticas de sexo oral (Díaz y cols., 2010; Díaz y cols., 2013).

El 90% de los/las participantes reportó haber practicado sexo oral alguna vez, mientras que en la Encuesta Nacional de Juventud (2015), el 49% de los/las jóvenes declaró haberlo practicado (INJUV, 2015). Esto puede deberse a que en la encuesta del INJUV se incluyeron jóvenes desde los 15 a 29 años y al desagregar los datos por algunas variables de segmentación, se obtiene que el sexo oral es más frecuente conforme aumenta la edad, llegando a un 63,7% entre los 25-29 años (INJUV, 2015). De los/las estudiantes que declararon no haber usado nunca alguna barrera de protección durante esta práctica, los datos son similares a los obtenidos en una investigación en estudiantes de odontología en Colombia, que arrojó que el 80,5% no había usado una barrera durante dicha práctica (Díaz y cols., 2013). Esto evidencia una falta de conocimiento del riesgo de contraer alguna ITS por esta vía. Todos los/las que reportaron haber usado una barrera de protección, indicaron que ésta fue el condón, lo que indica que además de conocer pocas barreras de protección para sexo oral, el uso de éstas fue nulo fuera del condón.

En relación a las prácticas de sexo oral según el sexo de las/los sujetos, de las mujeres participantes, un 89,5% reportó haber practicado sexo oral y un 91,7% de los hombres. No se presentó una asociación significativa en las prácticas de sexo oral según el sexo, así como tampoco según la orientación sexual. En la encuesta del INJUV, las prácticas de sexo oral son reportadas por un 52% de los hombres y por un 46% de las mujeres (INJUV, 2015).

La media de parejas de sexo oral fue mayor para hombres que para mujeres, pero esta diferencia se debió a la presencia de casos atípicos entre los hombres de la muestra, los cuales elevaron la media. Así, no se encontró una diferencia significativa en la cantidad de parejas en las prácticas de sexo oral que reportaron tener durante el último año, según el sexo de los/las participantes.

En relación con el uso de una barrera de protección durante el sexo oral no se encontró una asociación significativa entre el sexo las/los sujetos y ésta.

Si bien se presentó una media más alta de parejas de sexo oral en los/las participantes homosexuales que en los/las heterosexuales y bisexuales, esta diferencia se debió a la presencia de datos atípicos entre los/las participantes homosexuales, mostrándose a su vez una alta dispersión. Así, no se presentó una diferencia significativa en la cantidad de parejas de sexo oral según orientación sexual. Para la comparación de medias no se incluyeron las/los participantes que se declararon bisexuales ya que era solo uno.

Respecto al uso de protección durante las prácticas de sexo oral según orientación sexual, no se presentó una asociación significativa entre la orientación sexual y el uso de barrera de protección en sexo oral, por la escasez de participantes homosexuales.

En cuanto al nivel de conocimiento en relación con el contagio del VIH, se evidencia un mayor conocimiento por parte de la muestra de estudiantes de odontología en comparación a la muestra nacional, en donde las formas efectivas de contagio son reconocidas en un 81% y un 80%, respectivamente (INJUV, 2015). No obstante, llama la atención que en ambos estudios una menor proporción de participantes reconozca como conducta de riesgo el “compartir objetos cortantes

con personas que viven con VIH”, siendo un 78% en el presente estudio y solo la mitad de las personas jóvenes de la encuesta nacional (52%). Esto podría deberse a una falta de claridad en la formulación del enunciado que estaría generando confusión. Las formas no riesgosas de transmisión fueron reconocidas correctamente en menor proporción que aquellas formas efectivas de transmisión, indicando la existencia de mitos generalizados en la población joven respecto a cómo alguien puede adquirir el VIH y que pueden ser base de discriminación hacia personas que viven con esta condición.

El examen de sangre denominado test de Elisa o test de VIH, es una de las pruebas más eficaces para detectar si una persona ha contraído el virus (INJUV, 2015). Según los resultados de la Octava encuesta nacional de juventud, un 30% de los/las jóvenes declara haberse realizado alguna vez el test de VIH (INJUV, 2015), mientras que en el presente estudio un 44% de los/las participantes reportó habérselo realizado. Si bien el porcentaje es mayor en la muestra de estudiantes de odontología, aun es baja para el total que mantiene relaciones sexuales.

De las razones por las cuales los/las estudiantes declararon haberse realizado el test de VIH, la más reportada fue “porque estuve expuesto a una situación de riesgo” marcada por un 40,9%. Una de las respuestas breves que dieron para la alternativa “otro motivo” (27,3%) fue “por accidente cortopunzante”. Es posible que algunos/as estudiantes puedan haber considerado un accidente cortopunzante en la alternativa de haber estado expuesto a una situación de riesgo, ocurriendo esto, probablemente, en la práctica clínica de la carrera.

Respecto los/las estudiantes que declararon no haberse realizado el test de VIH, una de las razones que más se repitió fue “mantengo pareja única, pareja estable” reportada por un 69,2% de los/las participantes, en comparación al 20% que señala no habérselo realizado por la misma razón en la encuesta del INJUV. La otra razón más reportada fue “no se me había ocurrido o no he tenido la oportunidad” indicado por un 46,2% de los casos, en comparación al 15% de los datos nacionales. La edad de las personas jóvenes es determinante en las respuestas relativas a las razones para no haberse realizado el test de VIH. A medida que aumenta la edad, aumenta el porcentaje de jóvenes que argumenta el hecho de

tener una pareja estable, pasando de un 9% en los/las jóvenes de 15 a 19 años a un 34% en aquellos de 25 a 29 años (INJUV, 2015).

Con respecto a los conocimientos que manejan los/las participantes en torno al test de VIH, más de la mitad necesita información en los aspectos cómo solicitar el test, el costo, el lugar donde se realiza y con quién se debe hablar o contactar, visibilizando una falta de conocimiento en relación a la forma de realización del test de VIH en el sistema de salud, lo cual repercute directamente en el quehacer profesional de un odontólogo en el momento de otorgar información a un paciente que necesite orientación con respecto al test.

En relación al VPH, las conductas riesgosas fueron correctamente reconocidas por más de un 95% de la muestra. Las conductas no riesgosas de transmisión fueron reconocidas correctamente en menor proporción que aquellas riesgosas. La conducta “tener un antecedente familiar hereditario de la enfermedad (VPH)” fue reconocida correctamente como no riesgosa en un 30,6%. Para la práctica “carencia de hábitos de higiene”, un 52,3% la reconoció correctamente como no riesgosa. El tener un antecedente familiar hereditario de la enfermedad puede haber generado confusión por la relación del VPH con cáncer de cuello uterino y que éste podría estar actuando como un factor hereditario o por la posibilidad de transmisión vertical del VPH, en donde la evidencia muestra que el riesgo de transmisión vertical a las mucosas oral o genital de recién nacidos es variable según diferentes estudios, y va desde muy bajo, entre 1%- 5%, hasta alto, entre 40% -80% (Smith y cols., 2010). Sin embargo, en ninguno de los casos anteriores la transmisión del VPH estaría actuando como una enfermedad hereditaria. Los/las estudiantes presentan deficiencias para reconocer correctamente las formas no efectivas de transmisión del VPH, denotando una falta de conocimientos respecto a la forma de contagio del virus.

En cuanto a la prevalencia de ITS, del total de la muestra, el 4% reportó haber presentado una ITS alguna vez, siendo en estos casos VPH. Cabe destacar que el VPH es la ITS más frecuente a nivel mundial (Volkow y cols., 2001).

Con respecto al uso de condón en la última relación sexual, un 86,4% declaró que fue para “prevenir un embarazo”, cifra similar a los datos de la encuesta

nacional que fue el 87%. Un 50% fue para “proteger del VIH” y un 54,5% para “proteger de otra ITS”, en comparación con un 64% y 65% de la encuesta del INJUV, respectivamente (INJUV, 2015). Esto evidencia que los/las jóvenes están más preocupados por un embarazo no deseado que por la transmisión de una ITS.

Al comparar las diferentes prácticas sexuales investigadas, la mayoría de los/las participantes que declararon haber practicado sexo anal u oral alguna vez, también han mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal, por lo que es posible que estas conductas estén relacionadas. El sexo anal fue reportado por un mayor porcentaje que en la población investigada en la encuesta del INJUV (26%) (INJUV, 2015).

En relación con el uso de una barrera de protección durante las relaciones sexuales, el menor porcentaje de uso fue para las prácticas de sexo oral. A pesar de que las preguntas de uso de protección en sexo vaginal y anal eran referidas solo a la última relación sexual, en ambos casos el porcentaje de uso de una barrera fue más alto que en las prácticas de sexo oral, evidenciando la menor tasa de uso de protección en sexo oral en comparación a otras prácticas.

Al comparar el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, la media para la práctica sexual vaginal fue de 1,17 y para sexo oral fue de 1,42 para sexo oral. En la encuesta nacional, la media del número de parejas sexuales en el último año fue de 1,79, no especificando que tipo de práctica sexual fue considerada (INJUV, 2015).

Si bien el riesgo de contraer una ITS a través del sexo oral es menor en relación al riesgo de infección en otras prácticas sexuales, las investigaciones han indicado que la transmisión por vía oral es una preocupación en salud, especialmente porque algunas personas consideran erróneamente el sexo oral como una práctica libre de riesgo. Sin embargo, existe escasa bibliografía con respecto a esta temática, indicando que no ha existido una preocupación real por parte del área biomédica que ayude a contrarrestar los efectos de la deficiente educación sexual en nuestro país, en donde Chile se posiciona con el mayor aumento de casos de VIH en Latinoamérica en el período 2010-2016 (Gobierno de Chile, 2017). Para generar cambios con respecto al uso de protección por parte de

los/las jóvenes para esta práctica deben ocurrir cambios sustanciales en las actitudes y en las normas sociales. Los hallazgos sugieren que en el estudio del comportamiento sexual oral se necesita ser conscientes de la interacción de variables sociales, de relación y de actitud, así como la relación de la sexualidad oral con otras prácticas sexuales (Saini y cols., 2010).

La principal limitación del estudio radica en el número de participantes que fue, si bien suficiente para poder llevar a cabo los análisis ($n= 50$), pequeño en el número de hombres ($n= 12$). Esto implica una limitación para establecer diferencias significativas en algunas prácticas por la forma de distribución de la muestra. El que haya menor representación de hombres puede dar cuenta de las normas sociales que regulan el comportamiento sexual, en donde se le atribuye a la mujer mayor consciencia, responsabilidad y prudencia en el ejercicio de su sexualidad y del autocuidado, mientras que a los hombres se les es permitido excusarse de sus responsabilidades u omitir los aspectos antes mencionados (Díaz y cols., 2013). Por tal razón se podría esperar que los hombres se interesen menos por esta temática que las mujeres. A su vez, otra limitación importante fue que la muestra al no ser seleccionada mediante un muestro probabilístico, no es posible generalizar los resultados a la población estudiantil.

Entre las fortalezas de este estudio es el aporte de información relevante respecto a una temática novedosa y necesaria de abordar, en relación a la sexualidad oral. Se considera como un estudio relevante pues aporta nuevas evidencias para el abordaje preventivo en las prácticas de sexo oral desde la odontología, y abre paso a estudios posteriores para ampliar el alcance de sus conclusiones. A su vez se considera novedoso al comparar los datos del presente estudio con los disponibles a nivel nacional de la encuesta del INJUV 2015. La relevancia práctica del estudio radica principalmente en la necesidad de implementar la temática en la academia de odontología en las diferentes universidades, para comenzar a educar y realizar más investigaciones y así contar con la información oportuna que guíe una adecuada intervención y prevención con la comunidad y en las propias prácticas de los/las estudiantes.

Concretamente, como proyecciones de este estudio se sugiere, en primer lugar, ampliar la muestra no sólo en cantidad sino en variedad. De esta forma,

aumentar el número de la muestra como también mejorar la representación de ambos sexos a través de un muestro probabilístico aleatorio, para así poder generalizar las conclusiones a la población estudiantil y elaborar normas de interpretación más certeras. En segundo lugar, se sugiere que estudios posteriores puedan ser realizados en odontólogos ya formados, para aportar evidencias acerca de la necesidad de incorporar educación en salud sexual durante la carrera como herramienta de prevención en el quehacer profesional. En tercer lugar, respecto a las evidencias de validez de contenido, se considera relevante volver a realizar el juicio de expertos para evaluar cada ítem antes de la aplicación experimental, reconsiderar a los expertos seleccionados y agregar otros métodos para aportar evidencias de validez al instrumento.

Finalmente, y para conocer la realidad nacional en esta temática, se sugiere llevar a cabo en Chile estudios en diferentes universidades que impartan la carrera de odontología y también poder abrir un diálogo en las comunidades educativas para buscar formas de enseñanza de esta materia. Así, poder trabajar para brindar una atención en salud sexual y reproductiva de calidad, contribuyendo al bienestar sexual al prevenir y resolver los problemas relacionados de una manera integrada.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los/las jóvenes incluye el derecho a la información, a la educación, al acceso a protección y a métodos preventivos de modo que puedan vivir una sexualidad sana y placentera, y enfrentar en forma responsable y planificada su reproducción. Para esto, es necesario capacitar a todo el personal de salud, incluyendo a los/las odontólogos, en los contenidos actualizados, en técnicas de comunicación y en perspectiva de género para que tengan las herramientas suficientes y otorgar una atención con enfoque integral, que requiere de un trabajo interdisciplinario en el que participen, no sólo profesionales del área biomédica, sino también educadores, científicos sociales, trabajadores sociales y la propia comunidad. Así, los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva trascienden el enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina, y cobran una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las necesidades humanas e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida (ICMER, 2003).

CONCLUSIONES

- La encuesta autoaplicada: “Conocimientos, conductas y motivos en salud sexual” mostró buenos índices de confiabilidad. Sin embargo, el instrumento demostró escasas evidencias de validez de contenido en esta investigación.
- Los conocimientos, conductas y motivos en salud sexual de los/las participantes denotan un conocimiento deficiente en relación a los métodos preventivos para prácticas de sexo oral y al riesgo asociado a esta práctica.
- Los/las estudiantes presentaron deficiencias para reconocer correctamente las formas no efectivas de transmisión del VIH y VPH, denotando una falta de conocimientos respecto a la forma de contagio e indicando la existencia de mitos en la población joven respecto a las vías de transmisión de estos.
- Se visibiliza la necesidad de información con respecto a la forma de realización del test de VIH en el sistema de salud.
- Se evidenció una menor tasa del uso de una barrera de protección para las prácticas de sexo oral en comparación a las otras prácticas estudiadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelstein DJ, Ridge JA, Gillison ML, Chaturvedi AK, D'Souza G, Gravitt PE y cols. (2009). Head and neck squamous cell cancer and the human papillomavirus: summary of a National Cancer Institute State of the Science Meeting. *Head Neck* 31: 1393-1422.
- Aravena A y Fritz H (2010). Sexualidad Juvenil y exposición a riesgos sanitarios. Una aproximación desde los imaginarios sociales y el enfoque de género. *Revista Observatorio de Juventud* 27: 23-37.
- Bahrani-Mougeot F, Paster S, Coleman J, Ashar S, Lockhart P (2008). Diverse and novel oral bacterial species in blood following dental procedures. *Journal of Clinical Microbiology* 46: 2129-2132.
- Ballini A, Cantore S, Fatone L, Montenegro V, De Vito D, Pettini F y cols. (2012). Transmission of nonviral sexually transmitted infections and oral sex. *The Journal of Sexual Medicine* 9: 372-84.
- Barreto R (1983). Contenidos mínimos para el plan de estudios en Odontología. Ministerio de Salud. Federación Odontológica Colombiana FOC.
- Blotta O (2004). Enciclopedia práctica de la sexualidad humana. Buenos Aires, Argentina: Blotta&blotta.
- Bruce AJ, Rogers RS (2004). Oral manifestations of sexually transmitted disease. *Clinics in Dermatology* 22: 520-527.
- Centers for Disease Control and Prevention, Workowski K, Berman S (2006). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 55: 1-94.
- Cerruti S (2008). La educación sexual en el sistema educativo público uruguayo hoy. Educación sexual: su incorporación al Sistema Educativo, p. 51-65.
- CESOLAA (Curso de Educación Sexual On Line de Auto Aprendizaje) (2017). Características sexuales zoológicas del ser humano. Disponible en: <http://www.educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/sexualidad-humana/caracteristicas-sexuales-zoologicas-del-ser-humano/> [Acceso: 14 mayo 2017]

- Chan, Robinette, Montgomery, Almonte, Cu-Uvin, Lonks y cols. (2016). Extragenital Infections Caused by Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: A Review of the Literature. *Infectious Diseases Obstetrics Gynecology* 2016: 1-17.
- Chiego D (2014). Principios de histología y embriología bucal con orientación clínica. 4ta ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- CNN Chile (2016). Sigue la polémica por el libro sobre sexualidad que editó la Municipalidad de Santiago. Disponible en: <http://www.cnnchile.com/noticia/2016/10/01/sigue-la-polemica-por-el-libro-sobre-sexualidad-que-edito-la-municipalidad-de/> [Acceso: 23 marzo 2017]
- Cohn L, Macfarlane S, Yañez C, Imai W (1995). Risk-perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology* 14: 217-22.
- Conard LA y Blythe MJ (2003). Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology* 17: 103-16.
- Condonería nacional (2017). Disponible en: http://condonerianacional.cl/barrera-de-latex/2-oral-love-mask.html?search_query=oral+&results=9 [Acceso: 3 Julio 2017]
- Cortés N (2010). La succión: una actividad erótica. *Revista Facultad de Odontología Universidad Antioquía* 11: 47-50.
- Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M (2006). Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. *Revista Chilena de Pediatría* 77: 198-212.
- Díaz A, Arrieta K, González F (2010). Comportamiento sexual y factores asociados en estudiantes de Odontología. *Revista clínica de medicina Familiar* 3: 65-70.
- Díaz S, Arrieta K, De la Parra E, Muñoz L, Ordoñez M (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena. Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología. Departamento de Investigación.

- Durán A, Rodríguez MA, De la Teja E, Zebadúa M (2012). Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. Desarrollo sensorial temprano de la boca. *Acta Pediátrica de México* 33: 137-141.
- Edwards S y Carne C (1998). Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sexually Transmitted Infections* 74: 6-10.
- Edwards S. y Carne C. (1998). Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sexually Transmitted Infections* 74: 95-100.
- Espada J y Orgilés M (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología* 17: 53-60.
- Espada J, Quiles S, Méndez C (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*; 24: 29-36.
- Evans S y Dunn M (2000). Pre-Feeding Skills. A comprehensive resource for mealtime development. 2ª edition. Texas: Pro-ed, 2000.
- Eynard A, Valentich M, Rovasio R (2008). Histología y embriología del ser humano: bases celulares y moleculares. Editorial Médica Panamericana.
- Farsi NJ, El-Zein M, Gaied H, Lee YC, Hashibe M, Nicolau B y cols. (2015). Sexual behaviours and head and neck cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology* 39: 1036-1046.
- Freud S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual.
- Freud S. (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis.
- Gautier R y Boeree G (2005). Teorías de la Personalidad: una selección de los mejores autores del S. XX. Ed. UNIBE.
- Gobierno de Chile (2017). La Campaña 2017 del Gobierno para prevenir el VIH/SIDA llama a dialogar sobre la enfermedad. Disponible en: <http://www.gob.cl/minsal-lanza-campana-2017-de-prevencion-del-vihsida-y-las-infecciones-de-transmision-sexual/> [Acceso: 28 diciembre 2017]
- González E, Molina T, Luttgés C (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 80: 24-32.

- Halpern-Felsher BL, Cornell JL, Kropp RY, Tschann JM (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: Perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics* 115: 845-51.
- Harding C (2009). An evaluation of the benefits of nonnutritive sucking for premature infants as described in the literature. *Archives of Disease in Childhood* 94: 636-40.
- He J (2015). Your Gut and Overall Health Part Five: Improved Oral Health Equals a Healthy Heart, Gut, and Immune System. *Folia Microbiologica* 60: 69-80.
- Heck J, Berthiller J, Vaccarella S, Winn D, Smith E, Shan'gina O, y cols. (2010). Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology (INHANCE) consortium. *International Journal of Epidemiology* 39: 166-181.
- Hellberg D, Zdolsek B, Nilsson S, Mårdh PA (1995). Sexual behavior of women with repeated episodes of vulvovaginal candidiasis. *European Journal of Epidemiology* 11: 575-9.
- Huneeus, Pumarino, Schilling, Robledo, Bofil (2009). Prevalencia de Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae en adolescentes chilenas. *Revista Médica de Chile* 137: 1569-1574.
- ICMER (2003). Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.
- INJUV (2012) Ministerio de desarrollo social. 7ª Encuesta Nacional de la Juventud 2012. Instituto Nacional de la Juventud.
- INJUV (2015). Ministerio de desarrollo social. 8ª Encuesta Nacional de la Juventud 2015. Instituto Nacional de la Juventud.
- Jacob LS, Flaitz CM, Nichols CM, Hicks MJ (1998). Role of dentinal carious lesions in the pathogenesis of oral candidiasis in HIV infection. *The Journal of the American Dental Association* 129: 187-94.
- Jebakumar SPR, Storey C, Lusher M, Nelson J, Goorney B, Haye KR (1995). Value of screening for oro-pharyngeal Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Pathology* 48: 658-61.

- Kalin NH, Shelton SE, Lynn DE (1995). Opiate systems in mother and infant primates coordinate intimate contact during reunion. *Psychoneuroendocrinology* 20: 735-42.
- Kennedy MB, Scarlett MI, Duerr AC, Chu SY (1995). Assessing HIV risk among women who have sex with women: Scientific and communication issues. *Journal of the American Medical Women's Association* 5: 103-7.
- Kent M y Romanelli F (2008). Reexamining Syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Annals of Pharmacotherapy* 42: 226-236.
- Kokotos F y Adam H (2006). Vulvovaginitis. *Pediatrics in Review* 27: 116-117.
- Leão JC, Gueiros LA, Porter SR (2006). Oral manifestations of syphilis. *Clinics* 61: 161-6.
- Meczekalski B y Warenik-Szymankiewicz A (1995). Beta-endorfina-rola w fizjologii i zaburzeniach cyklu miesiaczkowego. *Ginekologia Polska* 66: 586-95.
- Meireles L, Marinho R, Van Damme P (2015). Three decades of hepatitis B control with vaccination. *World Journal of Hepatology* 7: 2127-2132.
- Merino E (2003). Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. *Acta odontológica Venezolana* 41: 154-158.
- Meurman JH, Tarkkila L, Tiitinen A (2009). The menopause and oral health. *Maturitas* 63: 56-62.
- Biblioteca del congreso nacional (2010). Ley 20.418: Fija Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Disponible en: www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482 [Acceso: 23 Marzo 2017]
- MINSAL (2010a). Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2010b). Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH. Ministerio de Salud.
- MINSAL (2013). Guía Clínica AUGE: Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/ SIDA. Ministerio de Salud.

- MINSAL (2015). Guía Clínica AUGÉ: Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC). Ministerio de Salud.
- MINSAL (2016). Normas de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ministerio de Salud.
- Molina R (2015). Proyecto de Educación de la Sexualidad y Género para alumnos de la Universidad de Chile. Desarrollo de un Modelo Online de Autoaprendizaje basado en Monitores Estudiantiles.
- Montandon A (2007). El beso, que se esconde tras este gesto cotidiano. Madrid, España. Ediciones Siruela S.A.
- Moreno C (2015a). La sexualidad en contextos de transformación. Material del curso "Sexualidades en la escuela" impartido en UAbierta, Universidad de Chile.
- Moreno C (2015b). Introducción a los conceptos de sexualidad y género. Material del curso "Sexualidades en la escuela" impartido en UAbierta, Universidad de Chile.
- Muñoz H (2003). Lactancia natural. En: Nazer J, Ramírez R, editores. Neonatología. Santiago: Editorial Universitaria p. 191-201.
- Newcomer S y Udry J (1985). Oral sex in an adolescent population. *Archives of Sexual Behavior* 14: 41-6.
- Offenbacher S, Lin D, Strauss R, McKaig R, Irving J, Barros S y cols. (2006). Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: A pilot study. *Journal of Periodontology* 77: 2011-2024.
- Olguín J (2017). Sexo, Tantra y Taoismo. Disponible en: <http://www.libroesoterico.com/biblioteca/Chakras%20Reiki%20y%20Sanacion/Sexo%20Tantra%20Y%20Taoismo%20Olguin%20Jorge%20Raul.pdf> [Acceso: 20 enero 2017]
- OMS (2011). Organization, Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates.
- OMS (2016a). Salud sexual. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/ [Acceso: 15 agosto 2016]

- OMS (2016b). Infecciones de transmisión sexual. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/> [Acceso: 13 marzo 2017]
- OPS y OMS (2000). Promoción de la salud Sexual, recomendaciones para la acción. En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS).
- Orion E, Matz H, Wolf R (2004). Ectoparasitic sexually transmitted diseases: scabies and pediculosis. *Clinics in Dermatology* 22: 513-519.
- Palma I (2006). *Sociedad chilena en cambio, sexualidades en transformación*. Tesis de Doctorado. Universidad de Chile.
- Penfield W y Rasmussen T (1950). The cerebral cortex of man. New York: Macmillan.
- Penfield W (1958). The excitable cortex in conscious man. Liverpool Press, Liverpool.
- Perry J y Jay S (2006). What's really going on down there?? A practical approach to the adolescent who has gynecologic complaints. *Pediatric Clinics of North America* 6: 529-545.
- Peters, Nijsten, Mutsaers, Jansen, Morré, Vvan Leeuwen (2011). Screening of oropharynx and anorectum increases prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infection in female STD clinic visitors. *Sexually Transmitted Diseases* 38: 783-787.
- Pinelli J y Symington A (2011). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6: 1134-1169.
- PASA: Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad (2015). Objetivo y fundamento de la metodología de casos de aprendizaje para la educación sexual. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.
- Saini R, Saini S, Sharma S (2010). Oral sex, oral health and orogenital infections. *Journal of Global Infectious Diseases* 2: 57-62.
- Schuster M, Bell R, Kanouse D (1996). The sexual practices of adolescent virgins: Genital sexual activities of high school students who have never had vaginal intercourse. *American Journal of Public Health* 86: 1570-6.

- Schwartz I (1999). Sexual activity prior to coital initiation: A comparison between males and females. *Archives of Sexual Behavior* 28: 63-9.
- Sessle B (2005). Peripheral and central mechanisms of orofacial pain and their clinical correlates. *Minerva anesthesiologica* 71: 117-36.
- Shugars D y Wahl S (1998). The role of the oral environment in HIV-1 transmission. *The Journal of the American Dental Association* 129: 851-8.
- Smith E, Parker M, Rubenstein L, Haugen T, Hamsikova E, Turek L (2010). Evidence for vertical transmission of HPV from mothers to infants. *Infectious Diseases Obstetrics Gynecology* 2010: 1-7.
- Teschemacher H, Koch G, Brantl V (1997). Milk protein-derived opioid receptor ligands. *Biopolymers* 43: 99-117.
- Tourangeau R, Rips L, Rasinski K (2000). *The Psychology of Survey Response*. New York: Cambridge University Press.
- Urtubey S. (2005). *Erotismo femenino: la llave de la sexualidad contemporánea*. Ed. Círculo latino.
- Vall-Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B (2006). Reemergence of infectious syphilis among homosexual men and HIV coinfection in Barcelona, 2002-2003. *Medicina Clínica* 126: 94-6.
- Vatek A (2012). *Como practicar sexo tántrico*. Ediciones Lea. Buenos Aires, Argentina.
- Volkow P, Rubí S, Lizano M, Carrillo A (2001). High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus. *Gynecologic Oncology* 82: 27-31.
- Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hogdes Z, Patel D, Bajos N (2006). Sexual Behaviour in context: a global perspective. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 38: 6-12.
- Widstrom A, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllof A, Lintula M, Nissen E (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* 100: 79-85.
- Wiesenfeld H, Cates W, Holmes K, Stamm W, Piot P, Sparling P (2008). *Sexually transmitted diseases*, 4th ed. New York: McGraw Hill: 1511-29.

ANEXO 1

Encuesta autoaplicada: conocimientos, conductas y motivos en salud sexual.

SECCIÓN I			
1	SEXO (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	Mujer Hombre	1 2
2	¿Cuál es tu orientación sexual? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	Heterosexual Homosexual Bisexual Otra ¿cuál?	1 2 3 4
3	¿Has tenido relaciones sexuales con penetración vaginal? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	SI NO	1 2
4	¿Cuáles de las siguientes barreras mecánicas de protección para relaciones sexuales conoces? (MARCA TODAS LAS QUE CONOZCAS)	Condón masculino Condón femenino Máscara para sexo oral Lámina para sexo oral Goma dique para sexo oral Dedo de látex Ninguna Otro método ¿cuál? (Describir):	1 2 3 4 5 6 7 8
5	¿Has practicado sexo oral? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA) Si la respuesta es NO, pasa al ítem 10	SI NO	1 2
6	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI HAS PRACTICADO SEXO ORAL ¿Has usado alguna barrera de protección durante el sexo oral? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	SI NO	1 2

7	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI HAS PRACTICADO SEXO ORAL ¿Con qué frecuencia has usado una barrera de protección durante el sexo oral? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	SIEMPRE CASI SIEMPRE INFRECUENTEMENTE NUNCA	1 2 3 4
8	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI HAS PRACTICADO SEXO ORAL ¿Con cuántas parejas has practicado sexo oral en los últimos 12 meses?	ANOTA N°	
199	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI HAS USADO ALGUNA BARRERA EN LA PRÁCTICA DE SEXO ORAL ¿Qué barreras de protección has utilizado durante la práctica de sexo oral? (MARCA TODAS LAS QUE HAS USADO)	Máscara para sexo oral Lámina para sexo oral Goma dique Condón Otro método ¿cuál? (Describir):	1 2 3 4 5
10	¿Has practicado alguna vez sexo anal? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	SI NO	1 2
11	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI HAS PRACTICADO SEXO ANAL ¿Usaste alguna barrera de protección en la última relación sexual anal? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	SI NO	1 2
SECCIÓN II: RESPONDE ESTA SECCIÓN SÓLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES			
12	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI USASTE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL En la última relación sexual ¿Por qué razón usaste condón? (MARCA TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE CORRESPONDAN. SI TIENES OTRA RAZÓN, POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA)	Prevenir un embarazo Proteger de VIH/SIDA Proteger de otras ITS Otro motivo ¿Cuál?	1 2 3 4
*ITS: Infecciones de transmisión sexual			

13	¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales con penetración vaginal en los últimos 12 meses?	ANOTA N°		
SECCIÓN III: RESPONDE ESTA SECCIÓN HAYAS O NO HAYAS TENIDO RELACIONES SEXUALES				
14	Indica si tú crees que el VIH/ SIDA se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas (MARCA UNA ALTERNATIVA PARA CADA PRÁCTICA)			
		Sí, se puede transmitir	No, no se puede transmitir	No sé, no estoy seguro/a
14.1	Compartiendo objetos cortantes con personas que viven con VIH/SIDA	1	2	3
14.2	Bañándose en piscinas públicas con personas que viven con VIH/SIDA	1	2	3
14.3	Compartiendo baños públicos con personas portadoras de VIH/SIDA	1	2	3
14.4	A través de una transfusión de sangre infectada con VIH/SIDA	1	2	3
14.5	Compartiendo comida con personas que viven con VIH/ SIDA	1	2	3
14.6	Teniendo relaciones sexuales sin usar protección con personas que viven con VIH/SIDA	1	2	3
15	¿Te has realizado alguna vez el test del VIH?	SI		1
		NO		2
16	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI TE HAS REALIZADO EL TEST DEL VIH ¿Por qué razón te hiciste el test del VIH? (MARCA TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE CORRESPONDAN. SI TIENES OTRA RAZÓN, POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA)			
	Porque estuve expuesto a una situación de riesgo			1
	Por mayor tranquilidad			2

	<p>Por inicio de una nueva relación de pareja 3</p> <p>Por una donación de sangre 4</p> <p>Por control de embarazo 5</p> <p>Por una hospitalización/cirugía 6</p> <p>Otra ¿cuál? 7</p>	
17	<p>RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI NO TE HAS REALIZADO EL TEST DEL VIH</p> <p>¿Por qué razón NO te has realizado el Test del VIH? (MARCA TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE CORRESPONDAN. SI TIENES OTRA RAZÓN, POR FAVOR, ANÓTALA EN OTRA)</p>	
	<p>Mantengo pareja única, pareja estable 1</p> <p>No se me había ocurrido o no he tenido la oportunidad 2</p> <p>Desinformación 3</p> <p>Por temor o vergüenza 4</p> <p>No quiero 5</p> <p>Uso condón 6</p> <p>No me lo han pedido 7</p> <p>Es muy caro, no tengo dinero 8</p> <p>No tengo relaciones sexuales 9</p> <p>Otra ¿cuál? 10</p>	
18	<p>RESPONDE ESTA PREGUNTA TE HAYAS O NO REALIZADO EL TEST DEL VIH.</p> <p>Respecto a este, ¿cuál es el aspecto en el que necesitas más información? (MARCA TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE CORRESPONDAN. SI TIENES OTRA RAZÓN, POR FAVOR, ANÓTALA EN OTRA)</p>	
	<p>El lugar en donde se realiza 1</p> <p>Cómo solicitar el test 2</p> <p>Con quién se debe hablar o contactar 3</p> <p>El costo del test 4</p> <p>Otra ¿cuál? 5</p>	

SECCIÓN IV: RESPONDE ESTA SECCIÓN HAYAS O NO HAYAS TENIDO RELACIONES SEXUALES				
19	Indica si tú crees que el Virus Papiloma Humano (VPH) se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas: (MARCA UNA ALTERNATIVA PARA CADA PRÁCTICA)			
		Sí, se puede transmitir	No, no se puede transmitir	No sé, no estoy seguro/a
19.1	Teniendo relaciones sexuales con penetración vaginal sin usar protección, con personas portadoras del VPH	1	2	3
19.2	Teniendo sexo oral sin protección con una persona portadora del VPH	1	2	3
19.3	Tener un antecedente familiar hereditario de la enfermedad	1	2	3
19.4	Carencia de hábitos de higiene	1	2	3
20	¿Has presentado alguna vez una infección de transmisión sexual? (MARCA SOLO UNA ALTERNATIVA)	SI ¿Cuál? NO	1 2	

ANEXO 2

➔ MÓDULO : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
S.1	¿Te has iniciado sexualmente, es decir, has tenido relaciones sexuales con penetración? (MARQUE UNA ALTERNATIVA).	SI NO	1 2
S.2	¿Has practicado alguna vez sexo oral? (MARQUE UNA ALTERNATIVA).	SI NO	1 2
S3	¿Cuál es tú orientación sexual? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	HETEROSEXUAL HOMOSEXUAL BISEXUAL	1 2 3
➔ RESPONDE ESTA SECCIÓN SOLO SI TE HAS INICIADO SEXUALMENTE Y RESPONDISTE SI EN LA PREGUNTA S.1.			
SI RESPONDISTE NO EN S.1 POR FAVOR PASA A LA SECCIÓN III			
S.4	¿Qué método anticonceptivo usaste tu o tu pareja en tu última relación sexual? (MARQUE LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA MÉTODO SI TIENES OTRO MÉTODO POR FAVOR ANOTALO EN OTRO)	SI NO	
	1. CONDÓN O PRESERVATIVO	1	2
	2. DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)	1	2
	3. PÍLDORA ANTICONCEPTIVA	1	2
	4. PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS	1	2
	5. INYECTABLES (HORMONAS)	1	2
	6. IMPLANTES SUBDÉRMICOS (HORMONAS)	1	2
	7. COITO INTERRUPTIDO	1	2
	8. MÉTODOS NATURALES (TEMPERATURA BASAL, MÉTODO DE BILLING ETC)	1	2
	9. OTRO MÉTODO ¿CUÁL? _____	1	2
S.5	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI USASTE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. En la última relación sexual, ¿por qué razón usaste condón? (MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE CORRESPONDAN. SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANOTALA EN OTRA)	SI NO	
	1. PREVENIR UN EMBARAZO	1	2
	2. PROTEGER DEL VIH/SIDA	1	2
	3. PROTEGER DE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	1	2
	4. OTRA ¿CUÁL? _____	1	2
S.6	RESPONDE ESTA PREGUNTA SI NO USASTE NINGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. En la última relación sexual, ¿Por qué razón o razones no usaste algún método anticonceptivo? (MARQUE LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS RAZONES SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANOTALA EN OTRA).	SI NO	
	1. NO CONOCES O NO SABES USAR NINGÚN MÉTODO	1	2
	2. NO TE ATREVISTE A SUGERIRLO A LA PAREJA	1	2
	3. NO TE GUSTA USAR NINGUNO DE LOS MÉTODOS QUE CONOCES	1	2
	4. TU PAREJA NO QUERÍA USAR NINGÚN MÉTODO	1	2
	5. QUERÍA TENER UN/A HIJO/A – QUEDAR EMBARAZADA	1	2
	6. LO SOLICITÉ EN UN CONSULTORIO Y NO ME LO DIERON	1	2
	7. NO TUVE DINERO PARA COMPRARLO	1	2
	8. TENGO PAREJA ESTABLE	1	2
	9. OTRA ¿CUÁL? _____	1	2

➔ POR FAVOR RESPONDE ESTAS PREGUNTAS			
S.7	¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses? ANOTA NUMERO DE PERSONAS	ANOTA N° →	
S.8	¿Te ha tocado vivir a tí con alguna pareja un embarazo no planificado? MARQUE UNA ALTERNATIVA	SI NO	1 2
S.9	RESPONDE SOLO SI TE HA TOCADO VIVIR UN EMBARAZO NO PLANIFICADO ¿Qué edad tenías tú cuando te toco vivir a tí o a tu pareja un embarazo no planificado? ANOTA TU EDAD	ANOTE EDAD →	
➔ SECCIÓN III: POR FAVOR RESPONDE ESTA SECCIÓN HAYAS O NO HAYAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN.			
S.10	Indica si tu crees que el VIH SIDA se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas. (MARQUE PARA CADA PRÁCTICA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA).		
		SI, SE PUEDE TRANSMITIR	NO, NO SE PUEDE TRANSMITIR
			NO SÉ, NO ESTOY SEGURO/A
1	COMPARTIENDO COMIDA CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	1	2
2	BAÑÁNDOSE EN PISCINAS PÚBLICAS CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	1	2
3	COMPARTIENDO BAÑOS PÚBLICOS CON PERSONAS PORTADORES DE VIH/SIDA	1	2
4	COMPARTIENDO OBJETOS CORTANTES CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (CUCHILLOS, GILETTE, TIJERAS)	1	2
5	A TRAVÉS DE UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE INFECTADA CON VIH/ SIDA	1	2
6	TENIENDO RELACIONES SEXUALES SIN USAR CONDÓN CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	1	2
S.11	¿Te has realizado alguna vez el test del SIDA? MARQUE UNA ALTERNATIVA	SI NO	1 2
S.12	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI TE HAS REALIZADO EL TEST DEL SIDA. ¿Por qué razón te hiciste el test del SIDA? (MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA. SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA).		
	PORQUE ESTUVE EXPUESTO A UNA SITUACIÓN DE RIESGO		1
	POR MAYOR TRANQUILIDAD		2
	POR INICIO DE UNA NUEVA RELACIÓN DE PAREJA		3
	POR UNA DONACIÓN DE SANGRE		4
	POR CONTROL DE EMBARAZO		5
	POR UNA HOSPITALIZACIÓN/ CIRUGÍA		6
	OTRA ¿CUÁL?		7
S.13	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI NO TE HAS REALIZADO EL TEST DEL SIDA. ¿Por qué razón NO te has realizado el Test del SIDA? (MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA, SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA).		
	MANTENGO PAREJA ÚNICA, PAREJA ESTABLE		1
	NO SE ME HABÍA OCURRIDO O NO HABÍA TENIDO LA OPORTUNIDAD		2
	DESINFORMACIÓN		3
	POR TEMOR O VERGÜENZA		4
	NO QUIERO		5
	USO DE CONDÓN		6
	NO ME LO HAN PEDIDO		7
	ES MUY CARO, NO TENGO DINERO		8
	NO TENGO RELACIONES SEXUALES/ NO ME HE INICIADO SEXUALMENTE		9
	OTRA ¿CUÁL?.....		10
S.14	RESPONDE ESTA PREGUNTA TE HAYAS O NO REALIZADO EL TEST DEL SIDA Respecto del Test del SIDA, ¿Cuál es el aspecto en el que necesitas más información? (MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA, SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA).		
	EL LUGAR EN DONDE SE REALIZA		1
	COMO SOLICITAR EL TEST		2
	CON QUIEN SE DEBE HABLAR O CONTACTAR		3
	EL COSTO DEL TEST		4
	OTRA ¿CUÁL?		5

ANEXO 3

Universidad de Chile
[\(02\) 2978 1845](tel:(02)2978.1845)



Carlos Cisterna Parra <ccisterna@injuv.gob.cl>
para Marcos, mí

26 ene. ☆ ↶ ▾

Estimada Prof. Ximena Lee:

Junto con saludar, agradecemos su consideración para consultar sobre la disponibilidad de los datos de nuestra Sexta Encuesta Nacional de Juventud (2009), producto que incorpora los principales indicadores asociados a la sexualidad, que es el tema de interés por el que nos comenta. Ante esto, no hay problema en que utilicen nuestros datos para los fines que nos indica, sólo considerando en que señalen la proveniencia de dichos datos empleados, es decir, que la Sexta Encuesta de Juventud esté debidamente citada.

Quedamos a su disposición para cualquier nueva consulta o comentario, para esto copio a Marcos Barretto, jefe de nuestro Depto. de Estudios.

Saludos.

Carlos Cisterna Parra
Coordinador Nacional
Departamento de Comunicaciones
Dirección Nacional
Instituto Nacional de la Juventud

Ministerio de Desarrollo Social / Gobierno de Chile
(c) [+569 88095841](tel:+56988095841)

ANEXO 4

PAUTA DE EVALUACIÓN PARA JUECES

Estimado Juez/a:

Soy Francisca Godoy Flores, estudiante de Odontología de la Universidad de Chile. Me encuentro realizando la tesis "Evaluación del grado de conocimiento, las conductas y motivos en torno a los métodos preventivos en prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena", requisito para optar al título de cirujana dentista. Para esto necesito aportar evidencias de validación de contenido de una encuesta autoaplicada en salud sexual a través de un juicio de expertos en el que pido su participación. Ruego a usted responder la pauta que se adjunta y evaluar la encuesta según lo especificado en las instrucciones.

OBJETIVO GENERAL
Evaluar el grado de conocimiento, las conductas y motivos en relación a los métodos preventivos y al riesgo para las prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aportar evidencias de validez de contenido a una encuesta que indague acerca de prácticas sexuales coitales y no coitales en el grupo de estudio. • Determinar los conocimientos en relación a los métodos preventivos para prácticas de sexo oral y las conductas asociadas al riesgo de esta práctica en el grupo de estudio. • Identificar los conocimientos, conductas y motivos en relación a dos ITS de relevancia sanitaria en el grupo de estudio. • Comparar las conductas en sexo oral con las conductas de las otras prácticas sexuales coitales y no coitales indagadas en el grupo de estudio.
HIPÓTESIS
<ul style="list-style-type: none"> • Los/las estudiantes de odontología de una universidad chilena presentan conocimientos deficientes de los métodos preventivos para prácticas de sexo oral.
PARTICIPANTES
<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de un curso de odontología de una universidad de Chile.
VARIABLES
<p>Variables dependientes: Conocimientos y conductas en relación a prácticas de sexo oral.</p> <p>Variables independientes: Sexo de las/los, orientación sexual y conocimientos, conductas y motivos en relación a prácticas sexuales coitales y no coitales e ITS.</p>

Instrucciones

Valorar cada ítem en una escala de 0 a 2 (donde 0=Inadecuado, 1=Insuficiente y 2=Adecuado) según:

- 1) Pertinencia del ítem respecto a la dimensión para la que está formulado (Ver anexo)
- 2) Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.
- 3) Claridad de formulación.

PAUTA DE EVALUACIÓN**ÍTEM 1**

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 2

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 3

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 4

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 5

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 6

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 7

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 8

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 9

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 10

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 11

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 12

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 13

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 14

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 15

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 16

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 17

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 18

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 19

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

ÍTEM 20

Aspecto	0	1	2
Pertinencia respecto a la dimensión para la que está formulada			
Pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio.			
Claridad de formulación.			

Tabla de especificaciones

SECCIÓN I	
ÍTEM	DIMENSIÓN
ÍTEM 1	Caracterización general
ÍTEM 2	Caracterización general
ÍTEM 3	Conducta en práctica sexual coital
ÍTEM 4	Conocimiento en métodos preventivos en prácticas sexuales
ÍTEM 5	Conducta en práctica de sexo oral
ÍTEM 6	Conducta en práctica de sexo oral
ÍTEM 7	Conducta en práctica de sexo oral
ÍTEM 8	Conducta en práctica de sexo oral
ÍTEM 9	Conducta en práctica de sexo oral
ÍTEM 10	Conducta en práctica sexual anal
ÍTEM 11	Conducta en práctica sexual anal

SECCIÓN II	
ÍTEM	DIMENSIÓN
ÍTEM 12	Motivos asignados a la conducta en torno a práctica sexual
ÍTEM 13	Conducta en práctica sexual coital

SECCIÓN III	
ÍTEM	DIMENSIÓN
ÍTEM 14	Conocimiento en torno a ITS (VIH)
ÍTEM 15	Conducta en torno a ITS (VIH)
ÍTEM 16	Motivos asignados a la conducta en torno a ITS (VIH)
ÍTEM 17	Motivos asignados a la conducta en torno a ITS (VIH)
ÍTEM 18	Conocimiento en torno a ITS (VIH)

SECCIÓN IV	
ÍTEM	DIMENSIÓN
ÍTEM 19	Conocimiento en torno a ITS (VPH)
ÍTEM 20	Caracterización general

ANEXO 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA JUECES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	:	"Evaluación del grado de conocimiento, las conductas y motivos en torno a los métodos preventivos y al riesgo en prácticas de sexo oral, en estudiante de odontología de una universidad chilena."
INVESTIGADOR	:	Francisca Godoy Flores
TUTORA	:	Prof. Ximena Lee Muñoz
SEDE DEL ESTUDIO	:	Universidad de Chile
DIRECCIÓN	:	Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1058, Santiago de Chile

Yo, Francisca Godoy Flores, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, estoy realizando una investigación acerca de los conocimientos, condiciones y motivos en salud sexual en un grupo de estudiantes de odontología. Usted está siendo invitado(a) a participar en un juicio de expertos para aportar evidencias de validez de contenido a una encuesta que indague acerca de prácticas sexuales coitales y no coitales. Esta encuesta complementa la Séptima Encuesta Nacional de Juventud, que incorpora ítems específicos en cuanto al conocimiento de barreras de tipo mecánicas para prácticas de sexo oral. Siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido la investigación y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formulario.

Justificación de la investigación: Existe un desconocimiento generalizado en cuanto a las formas de prevención frente a los diferentes tipos de prácticas sexuales, especialmente las de sexo oral. Este estudio tiene como propósito abordar una temática actual y emergente de la juventud, específicamente de un grupo poblacional universitario. Se incluyen temáticas que permitan dar cuenta de los nuevos desafíos odontológicos en salud, referidas a conductas de riesgo y autocuidado en prácticas de sexo oral. En base a la información obtenida, se sugerirá la inclusión de esta temática en el actual currículum.

Tipo de estudio: Este es un estudio de diseño transversal, alcance descriptivo relacional, de enfoque cuantitativo que tiene por instrumento una encuesta autoaplicada de salud sexual en estudiantes de la carrera de odontología.

Participación: Se puntualiza que su participación es voluntaria y anónima. Se le pide responder una pauta de evaluación de una encuesta autoaplicada en salud sexual en torno a los siguientes aspectos: pertinencia del ítem respecto a la dimensión para la que está formulado, pertinencia del ítem con respecto al propósito del estudio y claridad de formulación. Los resultados obtenidos de su participación no serán datos de análisis para el objetivo último, sino que para aportar validez de contenido y pesquisar posibles inconsistencias del instrumento.

Riesgos y Beneficios: Para los jueces no presenta ningún riesgo en términos de su integridad. En relación a los beneficios indirectos, los resultados de esta investigación podrían ayudar a incorporar los conocimientos para mantener una práctica sexual responsable, de manera individual y hacia la comunidad.

Almacenamiento de los Datos para la Confidencialidad del Proyecto: Las respuestas de la evaluación por jueces será anónima y no se le pedirá el nombre al completar el documento. A su vez, en ningún momento se identificará al momento de los resultados.

Derechos: Usted podrá conocer los alcances de esta investigación, para esto debe anotar su mail al lado de la firma para poder enviarle el informe final.

Carta de Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

1. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado/a y comprendo la necesidad de responder la pauta de evaluación para jueces.
3. Conozco los beneficios y derechos de participar en el juicio de expertos.
4. Autorizo a usar la información para investigación protegiendo mi identidad.

Nombre del juez: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sección a llenar por el Investigador Principal

He explicado al juez _____ la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas y he preguntado si tiene alguna duda.

Nombre de la Investigadora Principal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 6



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA PILOTO DE ENCUESTA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	:	"Evaluación del grado de conocimiento, las conductas y motivos en torno a los métodos preventivos y al riesgo en prácticas de sexo oral, en estudiantes de odontología de una universidad chilena."
INVESTIGADOR	:	Francisca Godoy Flores
TUTORA	:	Prof. Dra. Ximena Lee Muñoz
SEDE DEL ESTUDIO	:	Universidad de Chile
DIRECCIÓN	:	Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1058, Santiago de Chile

Yo, Francisca Godoy Flores, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, estoy realizando una investigación acerca de los conocimientos, condiciones y motivos en salud sexual en un grupo de estudiantes de odontología. Usted está siendo invitado(a) a participar en una prueba piloto de una encuesta que indaga acerca de prácticas sexuales coitales y no coitales. Esta encuesta complementa la Séptima Encuesta Nacional de Juventud, que incorpora ítems específicos en cuanto al conocimiento, conductas y motivos en torno a barreras de tipo mecánicas para prácticas de sexo oral. Siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido la investigación y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formulario.

Justificación de la investigación: Existe un desconocimiento generalizado en cuanto a las formas de prevención frente a los diferentes tipos de prácticas sexuales, especialmente las de sexo oral. Este estudio tiene como propósito abordar una temática actual y emergente de la juventud, específicamente de un grupo poblacional universitario. Se incluyen temáticas que permitan dar cuenta de los nuevos desafíos odontológicos en salud, referidas a conductas de riesgo y autocuidado en prácticas de sexo oral. En base a la información obtenida, se sugerirá la inclusión de esta temática en el actual currículum.

Tipo de estudio: Este es un estudio de diseño transversal, alcance descriptivo relacional, de enfoque cuantitativo que tiene por instrumento una encuesta autoaplicada de salud sexual en estudiantes de la carrera de odontología.

Participación: Se puntualiza que su participación es voluntaria y anónima. Se le pide que en la intervención de aplicación de la prueba piloto de la encuesta autoaplicada, responda ésta poniendo énfasis en la formulación de las preguntas y en el contenido de estas. A su vez, si tiene alguna observación o sugerencia, puede anotarla en el espacio del ítem que corresponda. Los resultados obtenidos de su participación no serán datos de análisis para el objetivo último, sino que para evaluar la formulación y comprensión de los ítems.

Riesgos y Beneficios: Para los participantes del pilotaje no presenta ningún riesgo en términos de su integridad. En relación a los beneficios indirectos, los resultados de esta investigación podrían ayudar a incorporar los conocimientos para mantener una práctica sexual responsable, de manera individual y hacia la comunidad.

Almacenamiento de los Datos para la Confidencialidad del Proyecto: Este estudio preservará la confidencialidad de sus datos y se usarán estos resultados con propósitos pedagógicos, codificando la información y

manteniéndola en archivos seguros. Sólo los investigadores tendrán acceso a esta información. Las respuestas de la prueba piloto serán anónimas y no se le pedirá el nombre al completar la encuesta. A su vez, en ningún momento se identificará al momento de los resultados.

Derechos: Usted podrá conocer los alcances de esta investigación, para esto debe anotar su mail al lado de la firma para poder enviarle el informe final.

Carta de Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

5. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
6. He sido informado/a y comprendo la necesidad de responder la prueba piloto de la encuesta.
7. Conozco los beneficios y derechos de participar en el pilotaje de la encuesta.
8. Autorizo a usar la información para investigación protegiendo mi identidad.

Nombre del estudiante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Sección a llenar por el Investigador Principal

He explicado al estudiante _____ la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas y he preguntado si tiene alguna duda.

Nombre de la Investigadora Principal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 7



Fecha de edición: 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROTOCOLO : Evaluación del grado de conocimiento de estudiantes de odontología en relación a los métodos preventivos frente a infecciones de transmisión sexual asociadas a prácticas oroinserativas no coitales

INVESTIGADOR PRINCIPAL : PROF. DRA. XIMENA LEE MUÑOZ

SEDE DEL ESTUDIO : UNIVERSIDAD DE CHILE. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

DIRECCIÓN : SERGIO LIVINGSTONE 943. SANTIAGO

Yo Ximena Lee Muñoz, docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Dirección de Pregrado, estoy realizando una investigación acerca de los conocimientos en sexualidad en la población joven. Usted está siendo invitado(a) a participar en una encuesta auto aplicada, que complementa la Séptima Encuesta Nacional de Juventud, que incorpora ítems específicos en cuanto al conocimiento de barreras de tipo mecánicas para prácticas sexuales de tipo coitales y no coitales. Este proceso se conoce como Consentimiento Informado y puede que contenga términos que usted no comprenda, por lo que siéntase con la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido la investigación y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este formulario. Los aspectos de este formulario tratan los siguientes temas: Justificación de la investigación, objetivo de la investigación, tipo de intervención y procedimiento, beneficios y riesgos asociados a la investigación y aclaraciones.

Justificación de la investigación: Existe un desconocimiento generalizado en cuanto a las formas de prevención frente a los diferentes tipos de prácticas sexuales, especialmente las de tipo no coital.

Objetivo del Estudio: Este estudio tiene como propósito abordar una temática actual y emergente de la juventud, específicamente de un grupo poblacional universitario. Se incluyen temáticas que permitan dar cuenta de los nuevos desafíos odontológicos en salud, referidas a conductas de riesgo y autocuidado en prácticas sexuales. El carácter autoaplicado es la modalidad seleccionada debido a que existen temas que por su naturaleza estrictamente personal, son sensibles o provocan incomodidad en los entrevistados.



En base a la información obtenida, se incluirán temáticas en el actual currículum, que permitan dar cuenta de nuevos desafíos odontológicos en salud, referidas a conductas de riesgo y autocuidado en prácticas sexuales. Las preguntas de este tipo son contestadas privadamente en el cuadernillo, el que luego es devuelto en un sobre cerrado. Para su conocimiento se puntualiza que su participación es voluntaria y anónima.

Tipo de estudio: Este es un estudio descriptivo, exploratorio y transversal

Riesgos y Beneficios: Para los participantes, este estudio no presenta ningún riesgo en términos de su integridad como estudiante. En relación a los beneficios, los resultados de esta investigación, podrían ayudar a incorporar los conocimientos para mantener una práctica sexual responsable, de manera individual, como hacia la comunidad.

Criterios de inclusión y exclusión: La población es estudio corresponde a estudiantes de odontología de quinto año.

Los criterios de inclusión son: todos los estudiantes válidamente matriculados, de edad igual a 18 hasta 29 años, que acepten la invitación a participar y firmen el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión son: no tener matrícula vigente con la institución; ser menor de 18 o mayor de 29 años; no aceptar participar en el estudio.

Almacenamiento de los Datos para la Confidencialidad del Proyecto: Este estudio preservará la confidencialidad de sus datos y se usarán estos resultados con propósitos pedagógicos relacionados estrictamente con esta investigación, codificando la información y manteniéndola en archivos seguros. Sólo los investigadores tendrán acceso a esta información. En ningún caso se identificarán a los participan.

Aclaraciones

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y Ud. tiene plena libertad para retirarse en cualquier momento, dejando de contestar la encuesta.

Si decide no participar en esta investigación, esto no implicará ninguna consecuencia para Ud.

Si Ud. requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o necesita información adicional puede llamar a su Investigadora: Ximena Lee Muñoz: (+56 2) 9782145.

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del Comité de Ética Científico, Prof. Dr. Eduardo Fernández, Email: cec.fouch@odontologia.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Sergio Livingstone #943, Comuna de Independencia, Santiago.



Carta de Consentimiento Informado

A través de la presente, declaro y manifiesto, libre y espontáneamente y en consecuencia acepto que:

1. He leído y comprendido la información anteriormente entregada y que mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.
2. He sido informado/a y comprendo la necesidad de responder la encuesta.
3. Conozco los beneficios de participar en el estudio.
4. Autorizo a usar la información para investigación protegiendo mi identidad.

Nombre del Estudiante: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Sección a llenar por el Investigador Principal

He explicado a don/doña _____ la naturaleza de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, para la realizar la investigación.

Nombre del Investigador Principal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 8

Ed-10 de Abril de 2018


ACTA DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INFORME 2018/02

PROTOCOLO DE ESTUDIO N°2018/02

Acta de Aprobación de Proyecto, titulado: Evaluación del grado de conocimiento de estudiantes de odontología en relación a los métodos preventivos frente a infecciones de transmisión sexual asociadas a prácticas oroinsertivas no coitales.

- 1. Miembros del Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile participantes en la aprobación del Proyecto:**

Dr. Eduardo Fernández Godoy
Presidente CEC

Dr. Marco Cornejo Ovalle
Vicepresidente CEC

Dr. Juan Estay
Miembro permanente CEC

Sra. Rebeca Galarce
Miembro permanente CEC

Dr. Alfredo Molina
Miembro permanente CEC

Dr. Aler Fuentes
Miembro Permanente CEC

Dra. Viviana Toro
Miembro alterno CEC

Dr. José Suazo
Miembro alterno CEC

- 2. Fecha de Aprobación: 23-03-2018**

Título completo del proyecto: Evaluación del grado de conocimiento de estudiantes de odontología en relación a los métodos preventivos frente a infecciones de transmisión sexual asociadas a prácticas oroinsertivas no coitales.

- 3. Investigador responsable: Dra. Ximena Lee Muñoz**

Ed-10 de Abril de 2018


4. Institución Patrocinante: PRIODO - FOUCH**5. Documentación Revisada:**

- Proyecto
- Currículo del investigador responsable y coinvestigadores
- Nómina de los coinvestigadores y colaboradores directos de la investigación.
- Encuesta autoaplicada
- Consentimiento Informado

6. Fundamentación de la aprobación

El proyecto está correctamente formulado y no presenta reparos metodológicos, éticos, ni legales.

En consecuencia, el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, ha aprobado el Proyecto, titulado Evaluación del grado de conocimiento de estudiantes de odontología en relación a los métodos preventivos frente a infecciones de transmisión sexual asociadas a prácticas oroinsertivas no coitales.


Dr. Eduardo Fernández G.
Presidente CEC



C/c.: Investigador Principal y Secretaria C.E.C.