



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL
PACIENTE PORTADOR DE VIH-SIDA ATENDIDOS POR
CONSULTA DENTAL EN LA CIUDAD DE JULIACA, 2020**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. NOEMI YESICA ALLCA HUATA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

Primordialmente a Dios por bendecirme a lo largo de mi vida, cuidarme y guiar mis pasos hasta donde estoy hoy.

A mis padres, José y Delia, quienes han sido el mejor ejemplo y guía durante mi formación, inculcándome desde pequeña, todos los valores que persisten en mí, gracias a ellos y su amor incondicional.

Concluir uno de mis objetivos más en mi vida académica. A mis hermanos, por marcar el sendero a seguir y ayudar a convertirme en la persona que soy. A Edwin mi familia, por todo su apoyo e impulso de ver la vida con optimismo y enseñarme que la vida es un reto por obtener.

Noemí Yesica Allca Huata



AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agrado a Dios, por permitirme tener a mis padres hasta el día de hoy, por brindarme vida, salud para cumplir cada uno de mis objetivos.

A cada uno de los miembros del jurado, por su paciencia y tiempo que dedicaron para culminar este trabajo de investigación.

A todos mis pacientes entre adultos y niños que me apoyaron con su asistencia y confianza en mi tiempo de estudiante, en la clínica universitaria.

A mis docentes, que me impartieron sus enseñanzas y experiencias para que me pueda desempeñar con éxito en mi vida profesional, y aun después seguir brindándome sus consejos.

Noemí Yesica Allca Huata



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRONIMOS

RESUMEN... .. 10

ABSTRAC 11

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 14

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 15

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 15

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 16

1.5.1. Objetivo general 16

1.5.2. Objetivos específicos 16

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 18

2.1.1. Antecedente internacional 19

2.1.2. Antecedente nacional 23

2.1.3. Antecedente local 27

2.2. MARCO TEÓRICO 28

2.2.1. La teoría del conocimiento 28



2.2.1.1. La epistemología:	29
2.2.1.2. La naturaleza del conocimiento:.....	31
2.2.1.3. Características del conocimiento	30
2.2.1.4. Conocimiento empírico o conocimiento vulgar:	30
2.2.1.5. Conocimiento filosófico.	31
2.2.1.6. Conocimiento científico:	31
2.2.1.7. Conocimiento según su naturaleza:	32
2.2.2. Actitud.....	33
2.2.2.1. Escala de actitud tipo Likert.	33
2.2.3. Virus de la inmunodeficiencia humana.....	35
2.2.3.1. vías de transmisión:	36
2.2.3.2. Fisiopatología	37
2.2.3.3. Cuadro Clínico.....	38
2.2.3.4. Diagnóstico.....	40
2.2.3.5. de la inmunosupresión a la activación inmune.....	41
2.2.4. Interrelación del VIH en la Odontología.....	43
2.2.5. Manejo de la Salud Oral del Paciente SIDA/VIH.....	43
2.2.6. Manejo del paciente con VIH / SIDA	43
2.2.7. Lesiones orales presentes en pacientes con VIH.....	44

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO	47
3.2. PERIODO Y DURACIÓN DE ESTUDIO	47
3.3. PROCEDENCIA DE MATERIAL UTILIZADO	47
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.4.1. Población.....	49
3.4.2. Muestra.....	49



3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	49
3.5.1. Criterios de inclusión	49
3.5.2. Criterios de exclusión.....	49
3.6. DISEÑO ESTADÍSTICO Y METODOLÓGICO	49
3.6.1. Tipo de investigación	49
3.6.2. Diseño de la investigación	50
3.6.4. Método	50
3.7. PROCEDIMIENTO	50
3.8. VARIABLES	52
3.8.1. Operacionalización de Variables.....	52
3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIONES	
4.1. RESULTADOS	53
4.2. DISCUSIÓN	65
V. CONCLUSIONES	67
VI. RECOMENDACIONES	69
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	76

Área: Semiología

Línea: Salud Pública Y Ocupacional.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 23 de agosto 2021



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Nivel de conocimiento sobre la enfermedad del VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020.....	53
Tabla 2:	Nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre formas de transmisión en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020.....	55
Tabla 3:	Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.....	57
Tabla 4:	Nivel de conocimientos sobre protocolo de atención en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.....	59
Tabla 5:	Actitudes del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.....	61
Tabla 6:	Nivel de conocimiento general de VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.....	63



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Nivel de conocimiento sobre la enfermedad del VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.....	54
Gráfico 2:	Nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre formas de transmisión en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020.....	56
Gráfico 3:	Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.....	58
Gráfico 4:	Nivel de conocimientos sobre protocolo de atención en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.....	60
Gráfico 5:	Actitudes del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.....	62
Gráfico 6:	Nivel de conocimiento general de VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.....	64



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana
SIDA:	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
CERITS:	Centro de referencia de infecciones de transmisión sexual
CDC:	Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades.
VHB:	Virus de la hepatitis B
VHC:	Virus de la hepatitis C
OIT:	Organización internacional del trabajo
COP:	Colegio odontológico del Perú.



RESUMEN

OBJETIVO: La presente investigación tiene como objetivo determinar el Nivel de conocimiento y actitud frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en el periodo de octubre-diciembre en la ciudad de Juliaca, 2020. **MATERIALES Y METODOS:** El tipo de investigación es no experimental, de diseño descriptivo, transversal y prospectivo. El tamaño de la muestra estuvo conformado por 128 Cirujanos Dentistas que laboran en consulta privada y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para la recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario de 20 preguntas cerradas con respecto al nivel de conocimiento y 12 preguntas cerradas para actitud (instrumento validado por el estudio en la UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO- Trujillo). Para el nivel de conocimiento se empleó la Escala de Estaninos y se les otorgo una calificación de alto, regular, bajo y para actitud se utilizó la escala de Likert y se calificó como actitud adecuada-inadecuada. a su vez se utilizó estadística descriptiva, utilizando gráficos de barras, tablas de frecuencia absoluta y porcentual. **RESULTADOS:** Se determinó que, a nivel de conocimiento, del total de encuestados, el 57.0% presenta un nivel regular de conocimiento, seguido del nivel alto con 43.0%, respecto a la variable actitud se concluyó que, del total de encuestados, el 78.1% presenta un nivel adecuado, seguido del nivel inadecuado con 21.9%. **CONCLUSION:** los Cirujanos Dentistas de la ciudad de Juliaca presentan un nivel de conocimiento del VIH-SIDA regular y actitud adecuada.

PALABRAS CLAVES: Nivel de conocimiento, actitud, Virus de inmunodeficiencia humana, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, cirujanos dentista.



ABSTRACT

OBJECTIVE: The present research aims to determine the Level of knowledge and attitude towards the HIV-AIDS patient attended by dental consultation in the period of October-December in the city of Juliaca, 2020. **MATERIALS AND METHODS:** The type of research It is non-experimental, with a descriptive, cross-sectional and prospective design. The sample size was made up of 128 Dental Surgeons who work in private practice and who met the inclusion and exclusion criteria, for data collection it was carried out through a questionnaire of 20 closed questions regarding the level of knowledge and 12 closed questions for attitude (instrument validated by the study at the ANTENOR ORREGO PRIVATE UNIVERSITY- Trujillo). For the level of knowledge the Estaninos Scale was used and a rating of high, regular, low was given and for attitude the Likert scale was used and it was classified as adequate-inadequate attitude. in turn, descriptive statistics were used, using bar graphs, absolute and percentage frequency tables. **RESULTS:** determine that, at the level of knowledge, of the total of respondents, 57.0% present a regular level of knowledge, followed by the high level with 43.0%, regarding the attitude variable it was concluded that, of the total of respondents, 78.1% present an adequate level, followed by the inadequate level with 21.9%. **CONCLUSION:** the Dental Surgeons of the city of Juliaca present a regular level of knowledge of HIV-AIDS and an adequate attitude.

KEY WORDS: Level of knowledge, attitude, Human immunodeficiency virus, Acquired immunodeficiency syndrome, dental surgeons.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha constituido en un grave problema a nivel mundial con dimensiones sociales, económicas, políticas y legales, incluyendo además la discriminación, la incompreensión y el rechazo a las personas contagiadas. Esta epidemia producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los últimos años ha ocasionado, diversos cambios en la atención odontológica, principalmente debido a la percepción de un riesgo ocupacional adicional de contagio dentro del consultorio dental .(1)(2)

Al ser esta enfermedad uno de los más graves problemas de salud pública a nivel mundial, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos, siendo los jóvenes de 15 a 29 años quienes representan un tercio del número total de personas con nuevas infecciones por el VIH –SIDA a nivel mundial; es que, son necesarios buenos conocimientos sobre el tema para adoptar conductas que reduzcan el riesgo de transmisión y propagación del VIH- SIDA.(3)

Al principio de la infección , el virus ataca los ganglios linfáticos, los cuales son los centros del sistema inmunitario del cuerpo, consecutivamente podría atacar el tejido cerebral y dañarlo lentamente, por consiguiente, durante 10 a 15 años, el VIH destruye tantos linfocitos T CD4+ que el cuerpo ya no puede combatir las infecciones y en su efecto ocurre la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual es la última etapa clínica de la infección por el VIH ,la cual se transmite por vía sexual, transfusión sanguínea y por una transmisión vertical, de madre a hijo: de gestante infectada al feto (materno fetal) y durante el parto o la lactancia materna (perinatal).(4)



En la consulta odontológica no todos los pacientes le referirán al especialista que presenta VIH, por tal motivo el profesional de la salud deberá tratar a todos sus pacientes como peligrosos, tomando las mismas medidas de bioseguridad tales como: uso de vestimenta protectora y barreras aislantes (guantes, tapaboca, mascara protectora, batas, gorros) en cada caso atendido; lavado de manos antes, durante y después del tratamiento; esterilización y desinfección del consultorio, materiales y equipo y la eliminación del material descartable infectado , además que las lesiones que se presentan en la cavidad bucal en los pacientes con VIH/SIDA pueden ser muy variables y comprenden cambios leves hasta lesiones con comportamiento severo.(5)

Respecto a la atención en odontología frente a un paciente con VIH/SIDA , la actitud de los cirujanos dentistas a veces no es adecuada : esto obedece quizá, principalmente al temor de contagio con el virus durante los procedimientos dentales, a la mayor probabilidad de riesgo derivada de su actividad clínica y posiblemente también al tipo de relación que se plantea con el paciente infectado, la cual escapa a la rigidez de la ética médica; es decir, su obligatoriedad con el cliente es decisión única y exclusiva del cirujano dentista-.(6)

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2019 a nivel mundial 38,0 millones [31,6 millones–44,5 millones] de personas vivían con el VIH. Se estima que, de ellas, más de 23 millones son personas económicamente activas entre los 15 y 49 años de edad. Por lo menos 17,5 millones se encuentran en 43 países africanos, donde, según declaraciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la epidemia del VIH ha creado “un estado de emergencia”. En América Latina y el Caribe esta cifra asciende a 642 000 casos.(7)(8)



Por ello mismo por el cirujano dentista por estar directamente relacionado y a expensas de Estas exposiciones representan un riesgo para su propia salud ya que existen varios agentes potenciales de contagio, incluyendo el virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estos tres agentes virales son de gran importancia debido al riesgo que éstos implican en hepatitis aguda, fulminante o crónica o SIDA. Cada uno de esto virus contiene un riesgo de seroconversión distinto³ es así como, para VIH el riesgo es aproximadamente 0,3% luego de lesiones percutáneas y menor en exposiciones sobre mucosa.(9)

A nivel nacional según el CDC, desde el año 1983 en que se reportó el primer caso de sida en el país, hasta el 29 de febrero de 2020 se han notificado un total de 132 657 casos de infección por VIH, de los cuales 45 089 se encuentran en estadio sida .Del total de casos notificados de infección por VIH en el período de 1983 a febrero del 2020, la vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con 97.66%, seguido del 1.93% por transmisión madre-niño (vertical) y 0.41% vía parenteral.(10)

A nivel local el centro de referencia de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (CERITS), realiza múltiples actividades que permite acumular la información esencial para dar a conocer la magnitud de las infecciones de transmisión sexual ya que tiene como objetivo reunir la información necesaria para orientar a la población, de los cuales se reportó hasta la actualidad ,39 casos de VIH y 7 casos positivos de SIDA.(11)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es nivel de conocimiento y actitud frente al paciente portador de VIH-SIDA atendidos por consulta dental de la ciudad de Juliaca -2020?



1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H₁: Lo cirujanos dentistas poseen un nivel de conocimiento alto y actitud adecuada frente al paciente portador de VIH-SIDA atendidos por consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.

H₂: Lo cirujanos dentistas poseen un nivel de conocimiento bajo y actitud inadecuada frente al paciente portador de VIH-SIDA atendidos por consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha convertido en un desastre social que afecta particularmente a los países en desarrollo de América Latina. En este continente, cada año alrededor de 163 000 personas contraen infección por VIH, mientras que otras 90 000 fallecen a causa de VIH -SIDA, en la mayoría de los casos debido a falta de acceso a servicios de prevención y tratamiento adecuados.(8)

Dentro de esta carencia de servicios destaca el problema de los pacientes seropositivos al virus que requieren de atención dental. Es así que es de gran importancia que los servicios de salud, así como los cirujanos dentistas estén capacitados y pueden contribuir significativamente al control de la epidemia de VIH -SIDA a través de programas que incluyan educación sobre promoción sanitaria, cuidados del paciente, control efectivo de la infección y vigilancia epidemiológica. (12)

Se sustenta también bajo el punto de vista práctico, pues permitirán la evaluación de la labor asistencial que realizan los cirujanos dentistas en cuanto a cómo enfrentan esta problemática frente a los pacientes portadores de VIH- SIDA.



Desde una perspectiva social, ya que permitirá disminuirse el fenómeno de discriminación, mejorando así la calidad de vida de las personas con VIH-SIDA al contribuir a un régimen de capacitación de nuestros profesionales para que respondan con eficacia a las necesidades terapéuticas y preventivas de estos pacientes, lo que optimizaría la atención dental de los Juliagueños.

A su vez esta investigación aporta como antecedente para futuros estudios relacionas a la problemática del VIH-SIDA y espera incentivar el interés de nuestros futuros investigadores.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento y actitud frente al paciente portador de VIH-SIDA atendidos por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre la enfermedad frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.
- Determinar el nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre formas de transmisión frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.
- Determinar el nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre bioseguridad frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.



- Determinar el nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre protocolo de atención frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.
- Determinar las actitudes del cirujano dentista frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTE INTERNACIONAL

Lee Garcés Y. (2018) Guantánamo- Cuba. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre el manejo de paciente con VIH/sida en Estomatología por parte del personal técnico y profesional de la Clínica Estomatológica “Julio Antonio Mella” de la provincia Guantánamo. Método: se realizaron un estudio descriptivo transversal, con una muestra 26 personas que llenaron un cuestionario. Se analizaron los conocimientos sobre el manejo del paciente con VIH/SIDA, frente a un paciente con esta enfermedad, tratamiento del instrumental contaminado, profilaxis antibiótica, medidas en pacientes con xerostomía y glosodinia, conducta ante úlceras recurrentes de origen vírico, manifestaciones orales del paciente con este virus, complicaciones en pacientes con enfermos y evaluación en general de los conocimientos. Resultados: se mostró que la minoría poseía un nivel de conocimiento medianamente suficiente. Predominó el conocimiento insuficiente tanto en técnicos como en profesionales. Conclusiones: se comprobó que sólo una pequeña parte de los encuestados conocen de las complicaciones más frecuentes, el momento de realizar profilaxis antibiótica, las medidas a tomar ante los síntomas y las manifestaciones orales más frecuentes en estos pacientes infectados y la gran mayoría sólo pudo mencionar dos de estas.(5)

Wakayama B. (2018) Colombia Objetivo: evaluar el conocimiento de las enfermedades y la existencia de actitudes discriminatorias de académicos en odontología frente a la presencia del SIDA y Hepatitis B. Materiales y métodos: estudio exploratorio de corte transversal realizado en una facultad pública de odontología, con una muestra



compuesta por 462 (88 %) académicos que aceptaron participar de la investigación. Para recolectar los datos, se utilizó un cuestionario semiestructurado auto aplicable, creado para este estudio; para su análisis, se usó el test chi-cuadrado de proporciones, con nivel de significancia de 5 %. Resultados: se verificó que, aunque la mayoría de los académicos afirma tener conocimiento sobre el SIDA y la Hepatitis b, apenas el 58.9 % y el 55.8 %, respectivamente, acertaron sus agentes etiológicos. Sobre las actitudes de los académicos frente al tratamiento odontológico de pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de Hepatitis b (VHB) 85,3 % y 91,8 %, respectivamente, afirman atender; sin embargo, parte considerable de los alumnos piensa que existen diferencias en conductas clínicas a seguir. Conclusión: existen lagunas en el conocimiento de los graduados con relación al sida y Hepatitis b. Las actitudes de los alumnos, en la atención odontológica de pacientes infectados, fueron consideradas discriminatorias, con mayor expresividad en el recelo en ser atendido por un profesional infectado, en lugar de tratar pacientes enfermos.(13)

Valle Arboleda J, (2019) Riobamba-Ecuador. Objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre bioseguridad en la atención odontológica a pacientes VIH/SIDA. Método: La investigación fue de tipo correlacional, de campo, descriptiva y transversal con un diseño de investigación no experimental ya que no involucró intervención en el sector vulnerable. La población de estudio fue 141 estudiantes matriculados en la clínica odontológica de la Universidad Nacional de Chimborazo durante el período académico octubre 2018-febrero 2019, la técnica que se manejó en el estudio es un test y como instrumento el cuestionario para determinar el nivel de conocimiento de los evaluados. Resultados: fueron procesados a través del programa estadístico SPSS, en el que se demostró un bajo nivel de conocimiento de los estudiantes sobre VIH/SIDA y bioseguridad. El noveno semestre (clínica III) obtuvo un 23%, el décimo semestre (clínica



IV) un 15% al igual que el séptimo semestre (clínica I) y el octavo semestre (clínica II) obtuvo un 13%, se resalta que las mujeres y los hombres tuvieron igual de conocimiento aceptable sobre los temas con el 32,6%. Conclusiones: Con la realización del test se pudo concluir que el ítem que más conocen sobre VIH es la población que puede padecer VIH/SIDA, con un porcentaje de conocimiento del 37,5% y el ítem que más conocen sobre bioseguridad es sobre el material de desecho, con un porcentaje de conocimiento del 49,6%. (14)

Elizondo J. Treviño A. (2015) Nuevo León –México. Objetivo: Analizar la percepción y las actitudes de las personas que viven con VIH/sida hacia los servicios odontológicos. Métodos: Participaron 134 voluntarios (30.0% mujeres y 70.0% hombres) de Nuevo León, México, que contestaron un cuestionario estructurado de tipo analítico, auto-administrado y anónimo. Además de las variables sociodemográficas, fueron analizados la percepción sobre los servicios y los prestadores de servicios odontológicos públicos y privados. El análisis estadístico incluyó análisis factorial y de clúster no jerárquico. Resultados: Se presentaron desigualdades sociales en la búsqueda de atención de prestadores y servicios odontológicos públicos y privados. La mayoría ocultó su serodiagnóstico y concordó en que el odontólogo debe capacitarse en la atención del VIH. El análisis factorial reveló dos factores: experiencias de estigma y discriminación en la consulta odontológica y sentimientos de preocupación por la actitud del odontólogo o su personal hacia el serodiagnóstico del paciente. El análisis de clúster identificó tres grupos: usuarios que no han experimentado estigma ni discriminación (85.0%); los que no han experimentado estigma ni discriminación, pero sienten una ligera preocupación (12.7%); y finalmente, los que han experimentado estigma y discriminación, y sienten preocupación (2.3%). Conclusiones: Se presentó un bajo porcentaje de estigma y discriminación en la consulta odontológica; sin embargo, la mayoría de las personas que



viven con VIH/sida no revelan al odontólogo su serodiagnóstico por temor al rechazo. Estos hechos plantean un riesgo laboral para el odontólogo, pero especialmente para la propia salud de las personas que viven con VIH/sida, dado que el odontólogo no podrá proporcionar un tratamiento clínico y farmacológico adecuado.(15)

Gallardo Rosales R. (2016) Valdivia- Chile. Objetivo: Determinar la frecuencia de manifestaciones orales en personas que viven con VIH (PVVIH), estableciendo la asociación con el conteo de linfocitos TCD4 y la carga Viral. Materiales y métodos: Se estudiaron 177 pacientes que viven con VIH en control y/o tratamiento del Hospital Base de Valdivia en Chile, a los cuales se les realizó un examen clínico bucal y se recolectaron los valores del último conteo de linfocitos TCD4 y carga viral. Resultados: La muestra estaba formada por un 78,5% de varones; la edad promedio fue de $40,1 \pm 12,02$ años y el 92,7% estaba bajo terapia antirretroviral. Las lesiones bucales se presentaron en el 93,8% de los pacientes, de las cuales el 39,2% pertenecían a manifestaciones orales de la Clasificación CEE. Se observó que los pacientes con manifestaciones bucales tenían valores de linfocitos TCD4 más bajos ($427,40 \pm 224,51$) que los que no las presentaron ($530,8 \pm 222,7$); encontrando que ambos valores son independientes de la carga viral. Conclusión: Las lesiones orales en PVVIH están asociadas mayormente a un conteo de linfocitos TCD4 bajo, independientemente de la terapia antirretroviral que reciben y la carga viral que presenten al momento del examen bucal. Palabras Clave: VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, conteo linfocito CD4, carga viral, manifestaciones orales.(16)

Burgos Mendoza A. (2018) Colombia. Objetivo: En los últimos años se ha tomado gran importancia el crecimiento de la infección con el VIH en la población. Lograr una actualización acerca del efecto de SIDA en la especialidad de odontología es la finalidad de nuestro trabajo. Sobre la base de tales reflexiones se realiza una exhaustiva



revisión bibliográfica donde se exponen algunos aspectos relacionados con las vías de transmisión de esta enfermedad, la bioseguridad, tratamiento y las manifestaciones bucales presentes. Palabras claves: VIH/SIDA; odontología; promoción; prevención. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, por lo que es necesario conocer su comportamiento para poder realizar acciones de promoción y prevención que permitan su control y por ende lleven a que estas se disminuyan. (Informe de Evento VIH/SIDA, Colombia, 2017).(17)

Villavicencio Silva K. (2020) Ambato – Ecuador Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes de noveno y décimo semestre de la unidad de atención odontológica UNIANDES sobre las manifestaciones clínicas orales en paciente con VIH-SIDA. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo cuali-cuantitativo, de diseño transversal, descriptivo, analítico y observacional, utilizando una técnica de encuestas, compuesta por un cuestionario de 11 preguntas aplicadas a los 77 estudiantes de noveno y décimo semestre de la carrera de odontología. Resultados: Se evaluaron tres componentes: el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y vías de transmisión, capacidad para diagnosticar pacientes con “VIH-SIDA” y conocimientos sobre las manifestaciones orales más frecuentes. Los principales hallazgos de este estudio fueron el nivel de conocimiento sobre el VIH y sus vías de transmisión tuvo una valoración del 100%, el nivel de conocimiento sobre las manifestaciones orales del VIH tuvo una valoración de 64,3% y el conocimiento adquirido durante su carrera universitaria y actitudes para diagnosticar pacientes con VIH tuvo una valoración de 44,2%. Conclusiones: El nivel de conocimiento sobre las manifestaciones orales del VIH en los estudiantes de noveno y décimo semestre de la U.A.O UNIANDES, del periodo académico abril-agosto del 2020, tienen una valoración suficiente.(18)



Real Cotto J. (2017) Guayaquil –Ecuador. Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre el VIH/Sida en estudiantes universitarios de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Métodos: se realizó una investigación descriptiva durante el año 2016. Se utilizaron métodos teóricos: análisis-síntesis e inducción-deducción; y empíricos: la encuesta en forma de cuestionario a estudiantes para conocer sus datos de filiación, características sociales, educativas y culturales, composición del núcleo familiar, ocupación, comportamiento sexual y conocimientos básicos sobre aspectos relacionados con el VIH/Sida. Resultados: el rango de edad de los estudiantes que intervinieron en la investigación osciló entre 20-22 años con predominio del sexo femenino; la mayoría expresó que sí tienen conocimientos sobre el VIH/Sida en relación a las vías de transmisión y la forma de prevenirlo; la información sobre este tema la habían adquirido a través de la televisión e internet fundamentalmente. Conclusiones: se determinó que los estudiantes poseen conocimientos elementales sobre el VIH/Sida, estos son insuficientes teniendo en cuenta el riesgo que representa la edad comprendida en el estudio.(19)

2.1.2. ANTECEDENTE NACIONAL

Mantilla Rodríguez S. (2017) Trujillo – Perú. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento y la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo. Materiales y método: El estudio observacional descriptivo de acuerdo al diseño de contrastación, incluirá un total de 145 Cirujanos Dentista según los criterios de inclusión. Se utilizó el Coeficiente de Kruder-Richardson para la variable conocimientos y preguntas cerradas tipo Likert y anónima. Resultados: Los datos fueron analizados en la cual se obtuvieron 87 Cirujanos Dentistas tienen actitud adecuada (60%) y 58 Cirujanos Dentista obtuvieron actitud inadecuada (40%). Según edad se observó que al parecer conforme aumenta la edad el porcentaje de Cirujanos



Dentista con actitud adecuada disminuye, según género encontramos que el sexo masculino en su mayoría presentan una actitud adecuada que los de sexo femenino, los cirujanos que tienen mayor tiempo de ejercicio profesional muestran una actitud adecuada en su mayoría que los que tienen menos de 5 años en la profesión y según centro de trabajo mostraron que los cirujanos dentistas de sector privado tienen actitud adecuada 59.0% y los que trabajan en ambas (privada y pública) tienen actitud adecuada 65.2 %. Conclusión: Se pudo observar que los Cirujanos Dentistas tienen actitud adecuada en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA.(1)

Campos Rosas M. (2017) Ica- Perú. Objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH-SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Participaron estudiantes del cuarto año de estudios, 12 carreras profesionales elegidas mediante muestreo aleatorio simple probabilístico. Se aplicaron 2 instrumentos de recolección de datos: Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) y Test de Adaptación Colombiana de la Escala de VIH-SIDA – 65, mediante entrevista directa. Se realizó análisis univariado y bivariado, empleando el paquete estadístico SPSS®. Resultados: Se incluyeron 480 estudiantes, el 50,2% mujeres y el 49,8% varones; con edad promedio de 22,5 años (19 - 55). El puntaje para el nivel de conocimientos frente al VIH – SIDA, tanto en mujeres y varones se cataloga como intermedio ($50,89 \pm 8,775$), así como en las actitudes ($29,79 \pm 4,747$) y prácticas ($19,88 \pm 10,51$). Los estudiantes de Ciencias de la Salud presentan mayor nivel de conocimientos frente a otras carreras profesionales. La mayoría de los estudiantes (39,2%) inició su vida sexual entre los 15 y 18 años. El 47,5% de estudiantes refiere haber usado condón en su primera relación sexual. Conclusiones: Los estudiantes de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, en el año



2017, poseen un nivel intermedio de conocimientos, de actitudes y prácticas frente al VIH-SIDA. Los alumnos de Ciencias de la Salud reflejan mejores conocimientos y prácticas. Se debe fortalecer aspectos relacionados con la promoción de la salud que orienten a mejores actitudes y prácticas frente a los pacientes y la enfermedad.(3)

Córdova Bernal C. (2018) Lima-Perú. Objetivo: determinar la actitud sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en Internos de Estomatología del semestre académico 2017- I y 2017- II de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017. Método: el estudio fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal y prospectivo, el enfoque cualitativo, para cumplir con el objetivo del estudio, se utilizó una muestra de 83 internos de la Facultad de Estomatología, que fueron seleccionados a los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para procesar los resultados de los datos obtenidos al ejecutar la investigación se utilizó la estadística descriptiva y luego la inferencial, fue utilizando el programa estadístico SPSS versión. Resultados: mostraron que la actitud que tienen los internos de estomatología es alta con un número de 36 (43.4%), también se observó que los internos tienen una actitud regular en un número de 31 (37.3%) y muy por debajo de estos resultados se encuentra con una actitud baja con un número de 16 (19.3%). Conclusión: los internos, al atender pacientes con VIH/SIDA tienen una actitud Alta. (20)

Alarcón Haro M. (2016) Lima-Perú. Objetivo: determinar la percepción sobre la atención odontológica de los pacientes con VIH que recibieron tratamiento en el servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Método: fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 225 pacientes, y el instrumento de recolección de datos fue validado en un estudio piloto. Se aplicó una encuesta tipo escala de Likert modificada, la técnica fue una entrevista previo consentimiento informado.



Resultados: de los 225 pacientes encuestados, el 42.7% (n=96) indicó estar muy satisfechos con respecto a la atención odontológica recibida, el 34.2% (n=77) estuvo satisfecho, el 15.1% (n=34) estuvo regularmente satisfecho, el 5.3% (n=12) estuvo poco satisfecho y el 2.7% (n=6) indicó estar insatisfecho. En la categoría relación interpersonal en la atención odontológica el 48.4% (n=109) indicó estar muy satisfecho. En la categoría información obtenida en la atención odontológica el 46.7% (n=105) estuvo muy satisfecho, en la categoría tiempo empleado en la atención odontológica el 44.4% (n=100) estuvo muy satisfecho, y en la categoría procedimientos realizados en la atención odontológica el 47.6% (n=107) estuvo muy satisfecho. Conclusión: la percepción sobre la atención odontológica del paciente con VIH, que acude al servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza es muy satisfactoria.(21)

Santa Cruz Cunaique C. (2017) Pimentel –Perú. Objetivo: determinar la actitud del cirujano dentista frente a los pacientes portadores de VIH/SIDA en la ciudad de Chiclayo 2017. Método: tipo descriptivo, transversal, prospectivo bajo un enfoque cuantitativo y cuya población estuvo conformada por 500 odontólogos y una muestra de 143 odontólogos, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario, previamente validado el cual consistió de 15 preguntas relacionadas a aspectos actitudinales. Se ubicó a los odontólogos en sus centros de labores, donde se les entregó el cuestionario, teniendo un tiempo de 20 minutos para responderlo. La actitud se determinó de acuerdo a la escala Likert, dando un puntaje de 5 a cada pregunta contestada correctamente. Preguntas acertadas de actitud Favorable 64 – 75, actitud desfavorable 15 – 63. La información obtenida se analizó y se procesó mediante el programa estadístico IBM® SPSS® . Conclusión: Se determinó que el 98.6 % de los odontólogos tienen una actitud desfavorable y solo el 1.4% actitud favorable en la ciudad de Chiclayo. conclusión:



existe una mayor actitud desfavorable esto se debe a que los odontólogos tienen poca preparación en la parte de enfermedades infecto contagiosa.(6)

2.1.3. ANTECEDENTE LOCAL

Inofuente Hanco B. (2016) Puno –Perú. Objetivo: determinar el Nivel de conocimiento del VIH-SIDA y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2016. Método: estudio descriptivo de corte transversal, el instrumento fue un cuestionario, de 25 interrogantes, las 15 primeras hacen referencia al conocimiento sobre VIH – SIDA y los 10 restantes a normas de bioseguridad. El muestreo fue por conveniencia y estuvo formado por 121 pacientes de ambos sexos. Los análisis de resultados fueron tabulados y su análisis fue mediante estadística descriptiva en tablas de frecuencia absoluta y porcentual. Resultados: del nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA fue regular siendo el grupo etario de 18 a 29 con 33.06 % y de 30 años a más con 31.40% con conocimiento regular, según el sexo no hubo diferencia dando como resultado un conocimiento regular en el grupo más representativo de 32.23% para ambos sexos. El nivel de conocimiento sobre bioseguridad básicas nos dio en el grupo etario de 18 a 29 años 28.10% con un conocimiento regular, para el grupo para 30 a más años 24.79% con conocimiento regular, según sexo para femenino el nivel de conocimiento es regular con 28.10%, para el masculino 24.79% con conocimiento regular y bueno, sin encontrar diferencias significativas. Conclusión: el nivel de conocimiento sobre VIH-SIDA en ambos grupos etarios y en ambos sexos fue regular, el nivel de conocimiento de las normas de bioseguridad fue regular en ambos grupos etarios, y sin evidenciar diferencias significativas según sexo.(22)



2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento'; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Su definición formal es el estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias. Se la define también como el campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento desde la cual el hombre partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano- establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente (2).

Ambas propuestas, epistemología y gnoseología, desarrollan corrientes y sistemas de pensamiento que conllevan abstracciones paralelas en la manera de conocer el mundo. Cada una de estas formas particulares de interpretar el conocimiento tiene 'su' propia visión y por tanto un enfoque parcial para conocer en el contexto la generación y la solidez de su validación y aplicación, pues substancian el conocimiento desde su propia circunstancia. Padrón concibe la epistemología en forma ecléctica a partir del concepto de conocimiento obtenido de la ciencia y la filosofía, y denomina la epistemología como estudio del conocimiento en general, aunque desde el punto de vista filosófico se restrinja a un tipo de conocimiento, el científico, con lo cual el término pasa a ser sinónimo de las



expresiones 'filosofía de la ciencia', 'teoría de la ciencia', 'teoría de la investigación científica.(23)

En general, la epistemología busca responder interrogantes trascendentales: '¿Cómo se desarrollaron, y desarrollan, los modelos o las teorías sobre el pensamiento predominantes en cada época?' '¿Cómo avanza el conocimiento humano?' '¿Las teorías se complementan o compiten entre sí?', preguntas que adquieren mayor significado ahora cuando el hombre con frenesí surca, en aventura fascinante, la investigación científica y tiene la obligación de formular interrogantes, buscar respuestas y transmitir técnicamente el conocimiento.(23)

2.2.1.1 La epistemología:

a) **Escepticismo:** los escépticos dudan de la capacidad del hombre para conocer y por tanto para alcanzar alguna verdad o certeza. Sus maximalistas ponen en duda toda, desconfían de la razón y aún de sus propias impresiones sensibles; viven en completa indiferencia, ignorando todo lo aceptado, en cuanto especulación o práctica. Esta posición extrema tiene en el probabilismo seguidores que tratan de 'atenuar' tal radicalismo y cuyo principio lo enuncian así: nunca estaremos seguros de poseer la verdad, pero podemos fiarnos de algunas probables representaciones de ella, lo que nos bastará en la práctica.

b) **Dogmatismo:** el dogmático sostiene que sí es posible conocer y que para lograrlo solo existen verdades primitivas o evidentes, que tienen ese carácter por que al pretender refutarlas implícita e involuntariamente se les afirma y porque fuera de ellas no puede haber conocimiento.

Las verdades evidentes del dogmatismo son:



- La existencia del mundo material.
- La existencia del yo cognoscente.
- El principio de la no contradicción.
- La amplitud de la mente para conocer.

2.2.1.2. La naturaleza del conocimiento:

La 'naturaleza del conocimiento', es decir, cuál es la esencia del conocimiento. Se acepta al conocer como un acto consciente e intencional del sujeto para aprehender mentalmente las cualidades del objeto, por tanto, primariamente la relación sujeto-conocimiento se establece como un ser-en pero también con un ser-hacia que le da intencionalidad, característica que lo hace frágil y cambiante.(24)

2.2.1.3. Características del conocimiento

Basados en este desarrollo del h. sapiens, al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer.

2.2.1.4. Conocimiento empírico o conocimiento vulgar:

En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad. Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia.



2.2.1.5. Conocimiento filosófico.

Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía, otro tipo de conocer que se caracteriza por ser:

- Crítico: no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios.
- Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía, pero no la priva de tener su propia filosofía.
- Cuestionador: recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga por la vida y su sentido y por el hombre mismo en cuanto hombre.
- Incondicionado: es autónomo, no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.
- Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal .(25)

2.2.1.6. Conocimiento científico:

El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar



cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.

Características del conocimiento científico:

- Teoría, característica que implica la posesión de un conocer ya adquirido y validado en base a explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas, explicadas total o insuficientemente, pero con las que se puede establecer construcciones hipotéticas para resolver un nuevo problema.
- Método, procedimiento sistemático que orienta y ordena la razón para, por deducción o inducción, obtener conclusiones que validen o descarten una hipótesis o un enunciado.
- Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría.

2.2.1.7. Conocimiento según su naturaleza:

- Selectiva, cada porción de conocimiento tiene un objeto de estudio propio, excluyente y diferente.
- Metódica, usa procedimientos sistemáticos, organizados y rigurosamente elaborados para comprobar su veracidad.
- Objetiva, se aleja de interpretaciones subjetivas y busca reflejar la realidad.
- Verificable, cada proposición científica debe necesariamente ser probada, cualidad que ha de ser realizada por observación y experimentación tan rigurosas que no dejen duda sobre la objetividad de la verdad. (23) (26)

2.2.2. ACTITUD

Definición conceptual: La actitud como constructo es de acuerdo con Rokeach citado en Casas (1999) una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción con respecto a un objeto o situación, siendo así que cada creencia tiene componentes cognitivos, afectivos y de conducta. Para reforzar la definición de este constructo en el proyecto se utilizó la definición hecha por Wander (1994) quien coincide al afirmar que la actitud es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación. Constituye, pues, una orientación social, o sea, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable.

Definición real: La actitud es una predisposición organizada para pensar acerca del proceso de investigación científico que incluye el conjunto de creencias, valores y conocimientos que el docente investigador tiene sobre los procesos metodológicos, los sentimientos positivos o negativos que estos generan y la tendencia o intención conductual de aceptación o rechazo del proceso.(27)

2.2.2.1. Escala de actitud tipo Likert.

Es una escala de actitud de intervalos aparentemente iguales. Pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal. Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto. La presentación de este método de calificaciones sumadas para la medición de actitudes fue publicada por primera vez por R. Likert en 1932, partiendo de una encuesta sobre relaciones internacionales, relaciones raciales, conflicto económico, conflicto político y religión, realizada entre 1929 y 1931, en diversas universidades de EEUU. (28)



La escala de Likert es una de las más utilizadas en la medición de actitudes, inspirada probablemente en la teoría factorial de aptitudes de Charles Spearman, quien construyó un método sencillo por la simplicidad de su elaboración y aplicación, entre estas ventajas se encuentra una amplia posibilidad de respuestas; también se evita el recurso de los jueces, utilizado en otras escalas, sin que esto repercuta en la alta correlación que se mantiene con respecto a otros métodos para medir actitudes bajo la perspectiva de considerar las actitudes como un continuo que va de lo desfavorable a lo favorable, esta técnica, además de situar a cada individuo en un punto determinado (lo que es rasgo común a otras escalas), tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales. Desde la estadística descriptiva, se identifican cuatro tipos diferentes de escalas en la medición de una actitud o atributo:

- **Nominales:** Clasifican un objeto en dos o más categorías (por ejemplo Sí / No). En este tipo de escala el orden de las categorías carece de importancia, pues lo único que proporciona es la equivalencia de los individuos en relación a los objetos. De este modo no se puede diferenciar a los individuos con base en el grado que poseen un atributo, sólo se sabrá si lo poseen o no.
- **Ordinales:** Esta escala se basa en el orden de los objetos; aunque no aporta ninguna idea sobre la distancia que existe entre ellos, permite clasificar a los individuos en función del grado en que poseen un cierto atributo; por ejemplo, si ante determinada pregunta se puede contestar con base en las categorías de: Totalmente de Acuerdo (TA); De Acuerdo (DA); Indiferente o Neutro (IN); En Desacuerdo (ED); Totalmente en Desacuerdo (TD). En esta escala se ordenan los individuos con base en unas categorías, pero no se sabe cuál es la distancia que separa a un sujeto que ha contestado “de acuerdo”, de otro que ha contestado “en desacuerdo”. En resumen, con este tipo de escala se



consigue ordenar, aunque no se disponga de una unidad de medida para saber las distancias que separan a los individuos.

- **De intervalo:** En ésta se conocen las distancias, pero no el principio métrico sobre el que se han construido; tampoco se posee algún instrumento confiable que exprese esto, o si se posee, puede variar en cualquier escala. En otras palabras, no se podría suponer que los intervalos son iguales (como, por ejemplo, las distancias de un metro, que son centímetros iguales unos a otros). En esta escala tampoco se lograría fijar un punto de referencia y estar seguros de que, por ejemplo, un estudiante que alcanzó una calificación de cuatro en un examen, obtuvo dos veces la de otro estudiante que logró dos.
- **Razón:** Con estas escalas se construyen distancias iguales y además se sitúa un punto de referencia de la escala, debido a que la medición de la variable proviene de un instrumento estandarizado que no depende del sujeto. Por tal razón permite comparabilidad entre individuos, como por ejemplo decir que la edad del padre es tres veces la edad del hijo. (28)

2.2.3. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infecto contagiosa producida por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca el sistema de defensa de la persona, haciéndola susceptible a contraer cualquier enfermedad y causarle la muerte.(11)

Patogenia: La enfermedad es producida por retrovirus los cuales son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retro transcriptasa, proveniente del ARN. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a



partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus. Dentro de estos los que afectan al ser humano son el VIH 1 y 2, descubiertos en 1983 y 1986 respectivamente. El virus VIH- 1 tiene varios serotipos y se clasifican en 3 grandes grupos: M (main), O (outlier) y N (New, No M, No O). El primero causa la mayoría de las infecciones que registradas a escala mundial y se conocen los serotipos siguientes: A, B, C, D, E, F, G, H, J, K. Por su parte, el VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C y E.(29)

2.2.3.1. vías de transmisión:

- **Transmisión Sexual.-** Esta vía es la más frecuente donde se contrae el virus a través de la actividad sexual sin protección, siendo el sexo anal y vaginal los más riesgosos, aunque se señala que existe un pequeño número que va en aumento de casos reportados de transmisión del VIH por el medio del sexo oral. Con cada una de estas prácticas la pareja receptiva está en mayor riesgo. En sexo heterosexual, las mujeres corren mayor peligro de infectarse que los hombres, estas vías de infección por contacto sexual tanto en las relaciones anales, vaginales y bucos genitales son las que cobran mayor número de víctimas. Es muy frecuente en hombre que tiene sexo con otros hombres.
- **Transmisión Sanguínea. -** El VIH cuando se transmite por vía sanguínea, se vehiculiza a través de transfusiones de sangre y hemoderivados. También se puede transmitir al compartir jeringas o agujas para inyectarse drogas, las personas que comparten las mismas pueden transmitir el virus en pequeñas cantidades de sangre que queden en la aguja o jeringa usada, pues, el uso común de jeringas es muy frecuente en los usuarios de drogas intravenosas. En el caso de la transfusión sanguínea o componentes hay abundantes pruebas que indican que la sangre y los productos hematológicos o el concentrado del



factor VIII obtenidos de pacientes con SIDA lleven el agente causal, sin embargo para que se transmita es necesario que la sangre infectada se introduzca directamente al torrente sanguíneo del receptor, que puede ser favorecida por pinchazos o heridas producidas por agujas u objetos que pinchen o corten y que hayan estado en contacto con sangre infectada.

- **Transmisión Perinatal.** - En la transmisión transparentaría y/o perinatal se transmite de la madre al hijo en el embarazo, parto y lactancia. La transmisión se efectúa por distintos medios en relación al momento del contagio. Durante el embarazo se produce a través de la placenta. En el parto la rotura de la bolsa amniótica y el traumatismo del canal favorecen el contacto del feto con las secreciones genitales maternas. Si la madre está infectada y hay contacto directo de sus secreciones o de su sangre con mucosas y sangre fetal, la transmisión se efectúa en esta etapa. Durante la asistencia del parto las madres seropositivas, cuando en la ligadura y sección del cordón umbilical se exprime la sangre hacia el hijo, se aumenta la posibilidad de infectar al recién nacido. En el posparto la transmisión del HIV se efectúa frecuentemente mediante la leche materna, durante la lactancia.(29)

2.2.3.2. Fisiopatología

El virus del VIH infecta especialmente a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos a causa de la replicación viral dentro de ellos. Una vez que esta se inicia se inmortaliza en el tiempo. El organismo trata de reponer la mayoría de las células inmunológicas destruidas, pero nunca logra toda la cantidad que se destruyó. Por otra parte, las manifestaciones clínicas aparecerán cuando el equilibrio se incline a favor de la destrucción y no de la reposición celular, de manera que lleva al agotamiento del sistema



inmunológico. Lo anterior explica la razón por la cual el comienzo de la terapia antirretroviral se debe de iniciar antes de que aparezcan los primeros síntomas. El hecho de inmortalizar la infección desempeña un rol importante en los reservorios del virus como lo son: el cerebro, los ganglios linfáticos y células del sistema retículo endotelial.(30)

2.2.3.3. Cuadro Clínico

La infección por el VIH tiene varias fases clínicas, las cuales tienen sus manifestaciones.

Ellas son:

I.- Fase de infección aguda retroviral:

Esta fase puede ser asintomática como ocurre en la mayoría de los pacientes o sintomática donde se presenten múltiples síntomas. Esta fase se corresponde con la llegada del virus al organismo.

Entre los síntomas que puede producir tenemos:

- Generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías -- cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa--, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.
- Dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.
- Neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

De forma general, estos síntomas son inespecíficos y tienen un período de 6 a 8 semanas aproximadamente y no requieren tratamiento específico, solo sintomático, es frecuente que médicos y pacientes no les den importancia y a su vez sea difícil determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro agudo. Durante esta fase existe el inconveniente de que la serología del VIH es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos.



II. Fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores:

Esta fase puede tener una duración promedio entre uno y 8,5 años, aunque con los nuevos tratamientos puede durar más tiempo, esta fase es la de portador asintomático. De forma general, puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico con las características siguientes: más de 3 meses de evolución, con ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin cambios en la piel que los recubre y que ocupan 2 o más regiones contiguas. Se llama linfadenopatía generalizada persistente, puede haber esplenomegalia o no y el diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH, por lo cual es importante estimular por todas las vías posibles que las personas se interesen por saber su seroestatus.

III. Fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores:

Esta fase es la intermedia entre la de portador asintomático y el caso sida o final. Su Duración depende de diferentes factores, entre los cuales figuran: tipo de cepa viral infectante y respuesta inmunológica del huésped, entre otros. Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, de modo que estos pacientes ya no estarán tan bien como en la fase anterior, pero los problemas no serán tan graves.

Clínicamente se caracteriza por distintos síntomas. Entre ellos se encuentran:

- 1.- Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso que puede llegar a 10%.
- 2.-Hematológicos: anemia y trombocitopenia, con síndrome purpúrico o sin él.
- 3.- Linfadenopáticos: pueden disminuir los ganglios linfáticos
- 4.- Respiratorios: tos seca persistente
- 5.- Digestivos: diarrea que puede durar más de un mes



6.- Dermatológicos: candidiasis bucal, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante (anal o genital), herpes zóster y verrugas genitales

7.- Neurológicos: poli neuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica.

IV. Fase SIDA u oportunistas mayores:

Es el estadio final de la infección por VIH se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, representa una inmunodepresión severa, con una depleción notable del número de linfocito CD4, cuya función en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso sida cuando tiene varias afecciones oportunistas mayores que así lo indiquen. Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de sida, también se ha incluido el término sida inmunológico, el cual incluye a pacientes con número de células CD4 menor de 200 mm³ y clínicamente asintomático; también se ha incluido en la práctica clínica el término “debut” sida para todos aquellos casos que al momento de ser detectados tienen alguna enfermedad oportunista definitoria de sida o CD4 por debajo de 200 células. Estos casos, al ser diagnosticado en esta fase tan avanzada de la infección, se asocian con una alta mortalidad por poca respuesta a la terapia antirretroviral, reacciones adversas, irreversibilidad de la infección oportunista que tenga en ese momento, así como dificultad para lograr la recuperación del sistema inmunológico.(31)

2.2.3.4. Diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio que se utilizan para diagnosticar la infección por retrovirus humanos se clasifican en directas e indirectas.



Pruebas directas: Entre estas se encuentran la antigenemia P24, cultivo vira y reacción en cadena de la polimerasa. Estas 2 últimas se utilizan para el diagnóstico de la infección en los niños junto con el western blot, por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido. Estas facilitan el diagnóstico precoz de la infección, pues permiten detectar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico) aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos frente a ellos, pero tienen el inconveniente de ser muy costosas.

Estas pruebas serológicas son de varios tipos:

1. Prueba de screening (despistaje). Serología VIH (ELISA o micro ELISA)
2. Prueba confirmatoria. Serología western blot
3. Pruebas suplementarias

Demuestran la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos anti VIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual. (32)

2.2.3.5. De la inmunosupresión a la activación inmune

La fisiopatología de la infección por VIH es de alta complejidad, pero la simplificaremos en dos grandes rubros: la inmunosupresión y la activación inmune. La inmunosupresión es la característica más conocida de la infección por VIH. Una vez que el virus ingresa al organismo, las células que tienen el receptor CD4+ resultan infectadas, la mayoría de ellas son linfocitos T CD4+ colaboradores, pero también los macrófagos y las células dendríticas se infectan. La infección disminuye gradualmente la cantidad de linfocitos T CD4+ en los tejidos y en la sangre, lo cual conduce al paciente a un estado



grave de inmunosupresión celular tras el cual, un grupo de microorganismos que habitualmente no causan enfermedades, provocan infecciones; estas infecciones oportunistas explican la gran mortalidad de las personas afectadas por el VIH antes de que se empleara el TARAA. Tal estado de inmunosupresión es la consecuencia de la progresión de la infección sin que el paciente reciba tratamiento. Ya que el TARAA es de amplio acceso en casi todos los países del mundo, cada vez es más tolerable, los pacientes que lo toman apropiadamente pueden mantener controlado el VIH por el resto de su vida, por lo tanto, la inmunidad excepcionalmente llega a la condición de sida, por ende, el sida es cada vez menos frecuente y la mortalidad por el VIH disminuye. Es por ello que la atención a la fisiopatología de la infección por el VIH ha cambiado de foco y ahora la activación inmune tiene preponderancia. La activación inmune no se puede desligar de la inmunosupresión, de hecho, que la inmunidad celular se abata gradualmente se explica en gran proporción por la activación del VIH.

Desde el momento mismo en que el VIH penetra al organismo, una gran parte de la inmunidad trabaja para deshacerse del virus; inicia un proceso de reconocimiento, monta una respuesta inmune muy parecida a la que ocurre con todas las infecciones virales, la gran diferencia con ellas radica en que esta infección no desaparece ni se controla, sino que se perpetúa. El organismo, acostumbrado a deshacerse de estos insultos de manera expedita, tiene que batallar por años con el VIH, en una suerte de “guerra de guerrillas” de bajo grado, donde el VIH no hace sino fortalecerse y agotar las reservas inmunes de la persona de una forma silenciosa. A las personas con VIH que no mueren por sida, les ocurren complicaciones similares a las de las personas que padecen enfermedades con estados pro inflamatorios crónicos como la artritis reumatoide, el lupus, la infección por virus de hepatitis C –por mencionar algunas–, ya que tienen más



probabilidades de padecer un infarto agudo de miocardio, cánceres hematológicos, demencia, osteoporosis, entre otras.(33)

2.2.4. Interrelación del VIH en la Odontología

La OMS promulga: Hoy en día debe aceptarse que las infecciones por VIH y SIDA es considerada una pandemia. El odontólogo forma parte del equipo de profesionales de la salud, y como tal, está expuesto a tratar con pacientes infectados por VIH y enfermos del SIDA que no lo saben o quienes por temor a ser rechazados en consulta no manifiestan su condición. (7)

2.2.5. Manejo de la Salud Oral del Paciente SIDA/VIH

La atención de las personas VIH positivos, no es de mayor complejidad ni distinta al requerido por las personas VIH negativas, debido a que el protocolo de control de infecciones rige para toda persona que recibe atención clínica. En el caso de las personas VIH positivas, el tratamiento oportuno que se brinde sirve para mantener y restituir la función dental y especialmente para prevenir infecciones intraorales, relacionadas con mayor énfasis en las que guardan relación con la sobrecarga del sistema inmunológico, dentro de las cuales destacan las afecciones periodontales. Agendamos hacer énfasis en el personal de salud y particularmente en el personal que conforma los equipos humanos de atención bucodental, que los tratamientos preventivos y clínicos, guardan profunda relación con aspectos como el mejoramiento de la autoestima, así como también produce beneficios y efectos psicológicos positivos en las personas seropositivos y con SIDA.(30)

2.2.6. Manejo del paciente con VIH / SIDA

Los pacientes infectados por VIH están médicamente comprometidos y su estado de salud puede cambiar rápidamente, haciendo especialmente importante que los profesionales dentales obtengan un historial actualizado y completo de salud. La



cuidadosa evaluación de la salud del paciente puede ayudar a determinar las influencias potenciales de la etapa de la enfermedad de VIH, en la planificación dental del tratamiento. Para ayudar a determinar la etapa de la enfermedad de VIH, se debe obtener del paciente toda información posible. Los pacientes están generalmente informados en cuanto a su condición y estado. Es de necesidad priorizada un intervalo de conocimiento para dedicarnos al tratamiento bucodental de la persona infestada por el VIH. Es esencial las acciones de promoción y prevención con la existencia de cobertura de protección obligatoria (aplicación de soluciones tópicas fluoradas, sellantes de fosas y fisuras). Con relación a los abordajes invasivos, el tratamiento periodontal es fundamental seguido de los tratamientos restaurativos. No están contraindicados los tratamientos endodóncicos, protésicos y ortodóncicos. Los procedimientos de exodoncia u otro tipo quirúrgico deben ser realizados normalmente, el manejo de los efectos inflamatorios pos quirúrgicos deben tenerse en cuenta por estar relacionado con un mayor riesgo de infección. No existen contraindicaciones en el uso de soluciones anestésicas locales.(16)

2.2.7. Lesiones orales presentes en pacientes con VIH.

Las lesiones y manifestaciones en la cavidad oral pueden generar cambios en la apariencia facial, dificultad para hablar, disfagia, xerostomía, mala higiene oral, dolor y molestias que pueden alterar seriamente el estado de salud y calidad de vida de los pacientes. Es sumamente importante la identificación de las lesiones orales en pacientes con SIDA, ya que el tratamiento adecuado de las mismas se basa en el correcto diagnóstico y considerando el factor de inmunosupresión bajo el cual se encuentran, merecen y requieren un manejo especial.(33)

El odontólogo puede desempeñar un papel esencial en el tratamiento odontológico general y en la disminución del riesgo de transmisión en la consulta; diferentes autores hacen referencia que la presencia de lesiones orales sugiere que un individuo puede estar



infectado por el VIH y otras lesiones pueden ayudar a indicar el pronóstico para la progresión del SIDA, además son un indicador de la progresión de la enfermedad, los cuales pueden clasificarse en:

- a) **Micóticas:** Entre las micóticas podemos señalar la candidiasis como la más común en pacientes infectados por VIH; entre las virales se han encontrado la leucoplasia vellosa; otra manifestación viral es la del herpes simple.
- **Candidiasis:** La candidiasis se presenta en más de un 50% de los pacientes infectados, siendo la eritematosa la que predomina en los primeros estadios y la seudomembranosa en los pacientes que han desarrollado la enfermedad SIDA. Los pacientes por espejo tienen lesiones simultáneas en paladar y dorso de lengua.
 - **Leucoplasia vellosa:** Se presenta como una lesión blanquecina, de superficie corrugada, no removible, en los bordes laterales de la lengua en un 10% de los pacientes infectados con el virus del SIDA. Su diagnóstico debe confirmarse con una biopsia.
 - **Herpes simple.** Se hace referencia a todas las lesiones labiales e intrabucuales causadas tanto por VHS-1 y VHS-2. El virus se transmite por contacto directo, siendo la puerta de entrada más común la faringe seguida de la vía genital, y el período de incubación va de unos pocos días a dos semanas, luego del cual se puede producir la enfermedad primaria o gingivostomatitis herpética primaria
- b) **Manifestaciones bacterianas:** se presentan directamente sobre los tejidos periodontales, se han encontrado lesiones gingivales con características muy similares a la gingivitis úlcero-necrotizante aguda con una rápida progresión,



que causa destrucción ósea asociada con una supresión severa del sistema inmune.(34)

- c) **Neoplasias:** la más relacionada con el VIH es el sarcoma de Kaposi, se inicia como una mancha o placa eritematosa o violácea que no hace relieve. Su localización habitual es el paladar o la encía, pero lo hemos visto en la lengua. La lesión progresivamente va haciendo relieve hasta convertirse en una masa tumoral de crecimiento rápido. Simultáneamente se pueden apreciar otras lesiones en diferentes partes del cuerpo. Es necesaria la confirmación con una biopsia. Literaturas revisadas refieren la no existencia de un consenso sobre la magnitud de la prevalencia de estas lesiones orales, posiblemente porque se ven afectadas por características sociodemográficas y clínicas; propias de cada individuo y por las particularidades de cada población.(17)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

La presente investigación se realizó en la ciudad de Juliaca (en quechua: Hullaqa) es la capital de la provincia de San Román y del distrito. Ubicada en la jurisdicción de la región Puno, en el sudeste de Perú, situada a 3824 m.s.n.m. en la meseta del Callao, al noroeste del Lago Titicaca. Se halla en las proximidades de la laguna de Chacas, del Lago Titicaca, del río Maravillas y las ruinas conocidas como las Chullpas de Sillustani. Se considera a los Cirujanos Dentistas que trabajen en la ciudad de Juliaca,2020.

3.2. PERIODO Y DURACIÓN DE ESTUDIO

Octubre-diciembre ,2020

3.3. PROCEDENCIA DE MATERIAL UTILIZADO

Autofinanciado por el investigador

RECURSOS NECESARIOS

a) Recursos Humanos

- Asesor / Director: Dr. Fernando Amílcar Chávez Fernández
- Asesor Estadístico: Ing. Lenin Hugo Neyra Churata
- Investigador: Noemí Yesica Allca Huata

b) Recursos Materiales

- Cuestionarios y/o Fichas.
- Consentimiento informado.



3.4 . POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población para el presente estudio estuvo constituida por 425 Cirujanos dentistas habilitados y registrados con la dirección de la ciudad de Juliaca, información proporcionada por el Colegio Odontológico del Perú – Región Puno.

3.4.2. Muestra

La técnica de muestreo que se utilizó fue de tipo probabilístico aleatorio simple, donde todos los integrantes de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos para el estudio.

La muestra está conformada por 128 Cirujanos Dentistas.

El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la fórmula:

$$M = \frac{Z^2 \times PQ \times N}{e^2(N - 1) + Z^2 \times PQ}$$

Donde:

M= Muestra (Cantidad de Cirujanos Dentistas)

Z = Nivel de confianza 95% = 1.96

E = Nivel de error = 0,05

P = Probabilidad de éxito: 70%/100=0,7

Q = Probabilidad de fracaso 30%/100 =0,3

N = Total de población (425 Cirujanos Dentistas)

Donde reemplazando se tiene: $M = \frac{(1.96)^2 \times (0.7 \times 0.3) \times (425)}{(0.05)^2 \times 424 + (1.96)^2 \times (0.7 \times 0.3)} = 183$



$$\text{Reajustando: } \frac{M}{1+M} = 128$$

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. Criterios de inclusión

- Cirujanos Dentistas que quieran participar voluntariamente en la investigación.
- Cirujanos Dentistas que se encuentren laborando en consulta privada aledaños a zonas céntricas de la ciudad de Juliaca.
- Cirujanos Dentistas debidamente colegiados por el COP - Región Puno 2020
- Cirujanos Dentistas habilitados que ejerzan la profesión en la ciudad de Juliaca ,2020.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Cirujanos Dentistas que no se encuentren durante la evaluación del cuestionario.
- Cirujanos Dentistas que no respondan adecuadamente bien el cuestionario.
- Cirujanos Dentistas que no deseen participar en la investigación.
- Cirujanos dentistas que no estén habilitados.

3.6. DISEÑO ESTADÍSTICO Y METODOLÓGICO

3.6.1. Tipo de investigación

Transversal: porque la recolección de datos de la población se realizó en un momento puntual del tiempo de acuerdo a los objetivos de la investigación.



Prospectivo: la información obtenida es primaria, y se optan a propósito de la investigación.

3.6.2. Diseño de la investigación

Descriptivo

3.6.3. Método

Inductivo

3.7. PROCEDIMIENTO

3.7.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos de la presente investigación fue una Ficha de recolección de datos que se basó en un cuestionario validado por la universidad privada Antenor Orrego de Trujillo el cual fue elaborado en base a las referencias bibliográficas consultadas y sometido a juicio de expertos (Docentes de la escuela de Estomatología Universidad Antenor Orrego) la cual se basó en las variables conocimiento y actitud.(1)

Conocimiento: Para a la confiabilidad y validez del instrumento se utilizó el Coeficiente de Kuder-Richardson para la variable conocimiento, en la cual estuvo constituido por 20 ítems para marcar SI o No, en el cual su valoración para SI fue (2) y para NO (1). Los datos fueron presentados en forma de tablas y las cuales se analizó por medios de clasificaciones y cálculos usándose cuadros estatinicos.

Para la categorización de la calificación se propuso la siguiente segmentación: nivel alto: (34-40) puntos, nivel regular: (27 – 33) puntos y nivel bajo (20-26)

Actitud: Constituido por un cuestionario con 12 preguntas sobre actitud; cada pregunta de actitud fue calificada según la escala de Likert, la valoración asignada es de



1 a 3 puntos (1 desacuerdo, 2 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo y 3 De acuerdo) y en sentido contrario dependiendo de la orientación de la pregunta. El test total arroja puntuaciones con un máximo de 36 puntos y un mínimo de 12 puntos. Para la categorización de la calificación se propuso la siguiente segmentación según Barenos: Actitud Adecuada: (24 – 36) puntos que corresponde a las actitudes cuyas mediciones van del percentil 50 en adelante del puntaje ideal, Actitud Inadecuada: 12 a 23 puntos que corresponde a la actitud con puntajes debajo del percentil 50.

3.7.2. Procedimiento para la recolección de datos

- Se envió una solicitud al Sr. Decano del Colegio Odontológico de la Región Puno, solicitando la información acerca del número de Cirujanos Dentistas debidamente colegiados y habilitados que trabajen en la ciudad de Juliaca
- Se realizó la visita en su respectivo consultorio dental a cada Cirujano Dentista y si aceptaba formar parte de la presente investigación firmaban el respectivo consentimiento informado.
- Se explicó a los Cirujanos Dentistas las instrucciones para poder responder el cuestionario de forma adecuada adicionando su número de colegiatura y firma.
- Se procedió a entregar el cuestionario que fue llenado en presencia del tesista en un lapso de 20 minutos.
- Se procedió a recoger los cuestionarios y archivarlos para su posterior procesamiento de datos.

3.8. VARIABLES

3.8.1. Operacionalización de Variables

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES FINALES	ESCALA
Nivel de conocimiento	Mezcla de experiencias, valores, información que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información.	<p>Nivel de conocimiento sobre la enfermedad del VIH-SIDA</p> <p>Nivel de conocimientos sobre formas de transmisión de VIH/SIDA.</p> <p>Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en el manejo de pacientes portadores de VIH/SIDA.</p> <p>Nivel de conocimientos sobre protocolo de atención en pacientes portadores de VIH/SIDA.</p>	<p>Conocimiento sobre VIH-SIDA(5-10)</p> <p>Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH SIDA (4-8)</p> <p>Conocimiento sobre bioseguridad en paciente portador de VIH SIDA (5-10)</p> <p>Conocimiento sobre protocolo de atención al paciente con VIH SIDA.(6-12)</p>	<p>Nivel de conocimiento alto (34-40)</p> <p>Nivel de conocimiento regular (27-33)</p> <p>Nivel de conocimiento bajo(20-26)</p>	ordinal
Actitud	Predisposición para pensar acerca del proceso de investigación científico que incluye creencias, valores y conocimientos	Actitud frente al paciente portador de VIH- SIDA atendido por consulta dental.	Actitud frente al VIH –SIDA (12-36)	<p>Actitud Adecuada (24 – 36)</p> <p>Actitud Inadecuada (12 – 23)</p>	ordinal

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Procedimiento del consentimiento informado que se les emplea a los cirujanos dentistas que contribuyeron en la información brindada.
- Confidencialidad de la información recibida.
- El cuestionario reunido fue utilizado netamente para fines de la investigación.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla1. Nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre la enfermedad frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.

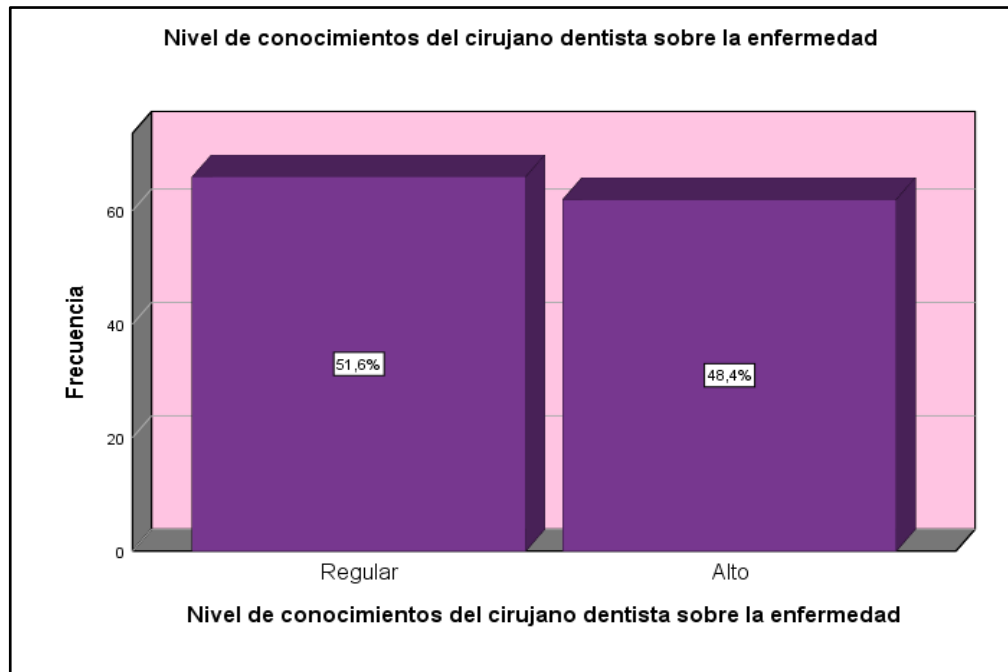
Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Regular	66	51,6%
Alto	62	48,4%
Total	128	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca

Interpretación:

En la Tabla 1, se exponen los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad del VIH-SIDA por consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Donde se concluye que, del total de encuestados, el 51.6% presenta un nivel regular, seguido del nivel alto con 48.4 % del 100%.

Grafico 1. Nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre la enfermedad frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.



Fuente: Tabla N° 01



Tabla 2. Nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre formas de transmisión frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.

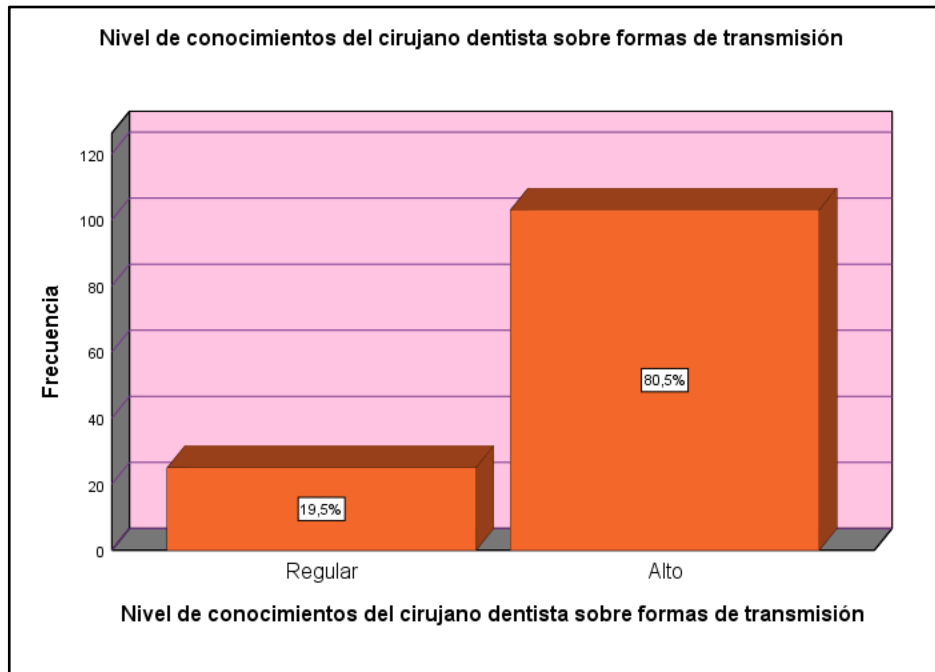
Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Regular	25	19,5%
Alto	103	80,5%
Total	128	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca

Interpretación:

En la Tabla 2, se exponen los resultados sobre el nivel de conocimiento del cirujano dentista sobre formas de transmisión en el manejo de pacientes portadores de VIH-SIDA por consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Donde se concluye que, del total de encuestados, el 80.5% presenta un nivel alto, seguido del nivel regular con 19.5%.

Grafico 2. Nivel de conocimientos del cirujano dentista sobre formas de transmisión frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.



Fuente: tabla N^o 02.



Tabla 3. Nivel de conocimientos sobre bioseguridad frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020

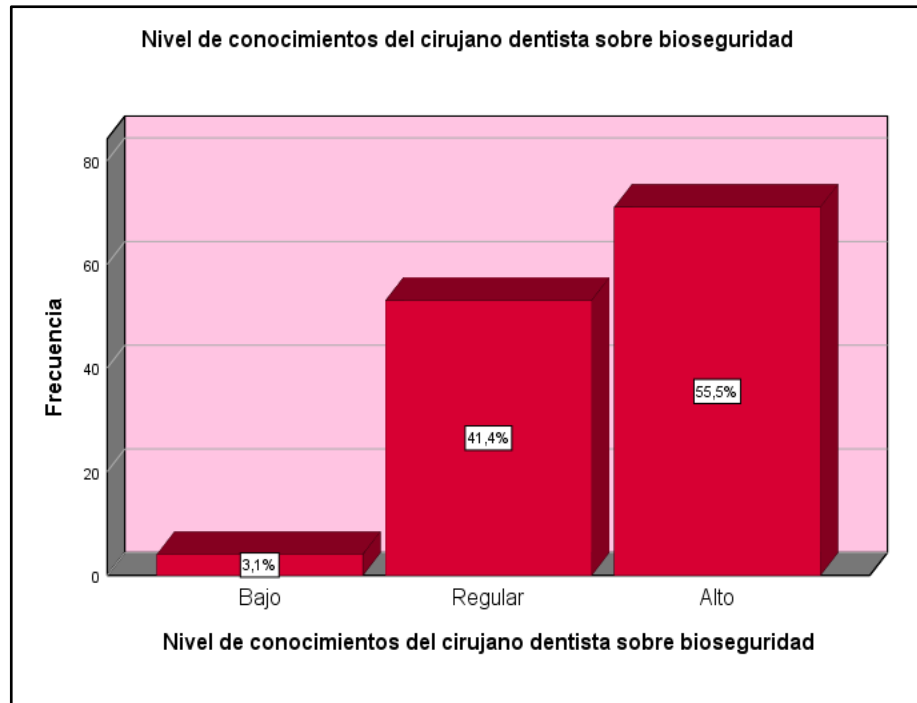
Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	3,1%
Regular	53	41,4%
Alto	71	55,5%
Total	128	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca

Interpretación:

En la Tabla 3, se exponen los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre bioseguridad en el manejo de pacientes portadores de VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Donde se concluye que, del total de encuestados, el 55.5% presenta un nivel alto, seguido del nivel regular con 41.4%. y un nivel bajo de 3.1% del 100%.

Grafico 3. Nivel de conocimientos sobre bioseguridad frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020



Fuente: Tabla N^o 03.



Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre protocolo de atención frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.

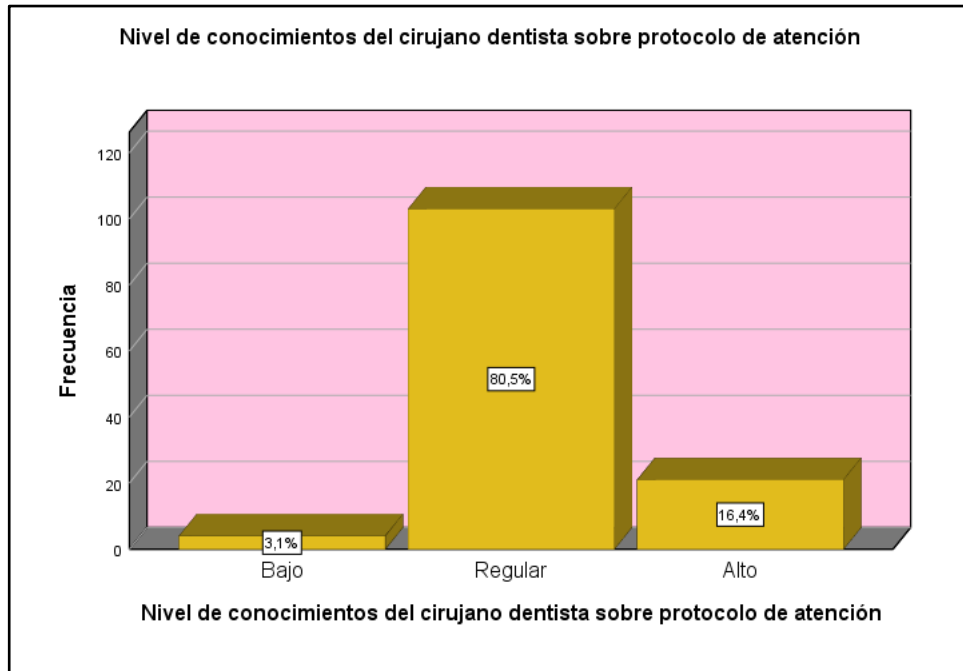
Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	3,1%
Regular	103	80,5%
Alto	21	16,4%
Total	128	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca

Interpretación:

En la Tabla 4, se exponen los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre protocolo de atención en el manejo de pacientes portadores de VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Donde se concluye que, del total de encuestados, el 80.5% presenta un nivel regular, seguido del nivel alto con 16.4%. y un nivel bajo de 3.1%.

Grafico 4. Nivel de conocimientos sobre protocolo de atención frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.



Fuente: Tabla N° 04.



Tabla 5. Actitud del cirujano dentista frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.

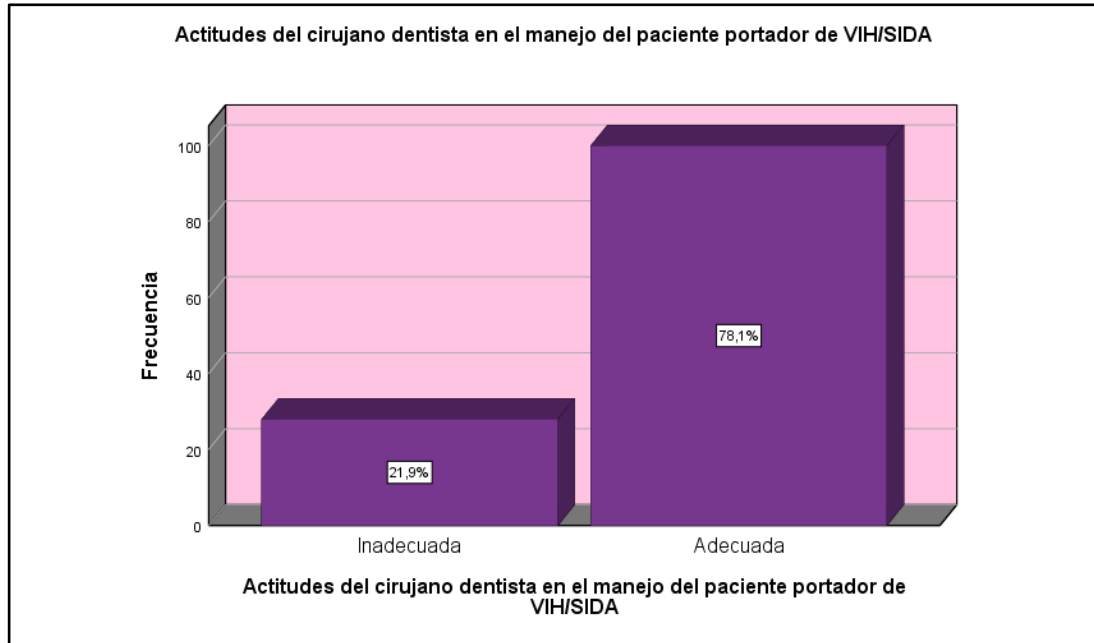
Actitud del cirujano dentista	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	28	21,9%
Adecuada	100	78,1%
Total	128	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca

Interpretación:

En la Tabla 5, se exponen los resultados sobre aactitud del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020. Donde se concluye que, del total de encuestados, el 78.1% presenta un nivel adecuado, seguido del nivel inadecuado con 21.9%.

**Grafico 5. Actitud del cirujano dentista frente al paciente portador de VIH-SIDA
atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.**



Fuente: Tabla N° 05.



Tabla 6. Nivel de conocimiento general frente al paciente portador de VIH-SIDA atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.

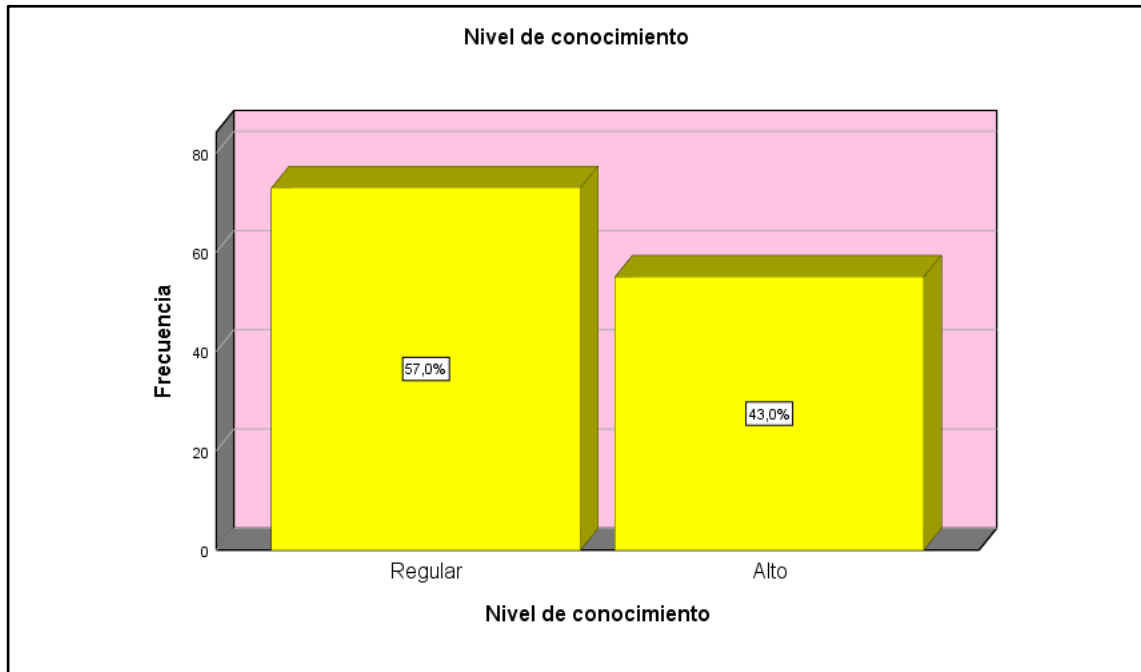
Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Regular	73	57,0%
Alto	55	43,0%
Total	128	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca

Interpretación:

En la Tabla 6, se exponen los resultados sobre nivel de conocimiento general de VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020. Donde se concluye que, del total de encuestados, el 57.0% presenta un nivel regular de conocimiento, seguido del nivel alto con 43.0%.

**Grafico 6. Nivel de conocimiento general frente al paciente portador de VIH-SIDA
atendido por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020.**



Fuente: Tabla N° 06.



4.2. DISCUSIÓN

Frente al presente estudio titulado: nivel de conocimiento y actitud frente al paciente portador de VIH-SIDA atendidos por consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020. Cuya muestra presento 128 participantes de las cuales se determinó que el nivel de conocimiento general de VIH-SIDA, predomino el nivel regular con 57.0%, seguido de un nivel alto con 43.0%. Respecto a la actitud fue favorable (78.1%). Estos resultados difieren por lo mostrado por Lee Garcés Y. (Guantánamo- Cuba 2018), que estudio el nivel de conocimiento sobre el manejo de paciente con VIH/sida en Estomatología en el personal técnico y profesional de la Clínica Estomatológica “Julio Antonio Mella”, cuya muestra estuvo constituido por 26 personas, en la que se concluyó que la minoría poseía un nivel de conocimiento medianamente suficiente. Predominó el conocimiento insuficiente (80.8 %) tanto en técnicos como en profesionales.(5)

Este resultado sea probablemente por el tamaño de muestra recogida por parte de este estudio y porque no fue exclusiva de estomatólogos. Al igual que este último, Saliba Garbín C. (Colombia 2018). El cual evaluó el conocimiento de las enfermedades y la existencia de actitudes discriminatorias de los académicos en odontología frente a la presencia del SIDA y Hepatitis B que realizó en una facultad pública de odontología, con una muestra compuesta por 462 (88 %) académicos. de la que se verificó que, aunque la mayoría de los académicos afirma tener conocimiento sobre el SIDA y la Hepatitis B, apenas el 58.9 % y el 55.8 %, respectivamente, acertaron en sus agentes etiológicos.(13)

Esto probablemente debido a que la muestra está constituida por estudiantes en plena formación académica. Respecto a las actitudes de los académicos frente al tratamiento odontológico de pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de Hepatitis B (VHB) 85,3 % y 91,8 %, respectivamente, afirmaron atender; sin embargo, el 66.0 % y 73.6 %, respectivamente creía en la existencia de



diferencias en los protocolos de atención a pacientes con VIH/SIDA y Hepatitis B y que si existe una actitud discriminatoria , lo que nos hace referencia el resultado es que existen lagunas en el conocimiento de los graduados con relación al SIDA y Hepatitis B.

Por otro lado, presentó mayor similitud con, Mantilla Rodríguez S. (Trujillo – Perú 2017) el cual investigó el nivel de conocimiento y la actitud del Cirujano Dentista en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA en la ciudad de Trujillo. este estudio incluyo un total de 145 Cirujanos Dentista de la que se obtuvo que el nivel de conocimiento regular con 50.0% con una actitud adecuada (60%) ,se consideró la edad de la que asimismo observó que al parecer conforme aumenta la edad el porcentaje de Cirujanos Dentista con actitud adecuada disminuye, según género se encontró que el sexo masculino en su mayoría presentan una actitud adecuada que los de sexo femenino, a su vez los cirujanos que tienen mayor tiempo de ejercicio profesional mostraron una actitud adecuada en su mayoría que de los que tienen menos de 5 años en la profesión y según centro de trabajo mostraron que los cirujanos dentistas de sector privado tienen actitud adecuada 59.0% y los que trabajan en ambas (privada y pública) presentaron actitud adecuada 65.2 %. De la que se concluyó que los Cirujanos Dentistas tienen actitud adecuada en el manejo del paciente portador de VIH/SIDA. (1) Esto ya que se consideró similar tamaño de muestra y exclusivamente a los cirujanos dentistas.

De acuerdo a los resultados de los antecedentes y de este estudio se determina que el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas es regular con una actitud que puede variar significativamente dependiendo del tiempo de ejercicio, ética profesional o prejuicio.



V. CONCLUSIONES

- Primero:** El nivel de conocimiento del Cirujano Dentista sobre la enfermedad del VIH-SIDA por consulta dental en la ciudad de Juliaca, concluyo que, del total de encuestados, el 51.6% presenta un nivel regular, seguido del nivel alto con 48.4 %.
- Segundo:** El nivel de conocimiento del Cirujano Dentista sobre formas de transmisión en el manejo de pacientes portadores de VIH-SIDA por consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Concluyo que, del total de encuestados, el 80.5% presenta un nivel alto, seguido del nivel regular con 19.5%.
- Tercero:** El nivel de conocimiento del Cirujano Dentista sobre bioseguridad en la atención de pacientes portadores de VIH-SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Resolvió que, del total de encuestados, el 55.5% presenta un nivel alto, seguido del nivel regular con 41.4%. y un nivel bajo de 3.1%.
- Cuarto:** El nivel de conocimiento del Cirujano Dentista sobre protocolo de atención en pacientes portadores de VIH-SIDA en la consulta dental en la ciudad de Juliaca ,2020. Resolvió que, del total de encuestados, el 80.5% presenta un nivel regular, seguido del nivel alto con 16.4%. y un nivel bajo de 3.1%.
- Quinto:** Respecto a la actitud del Cirujano Dentista en la atención de paciente portador de VIH/SIDA en consulta dental en la ciudad de Juliaca 2020. Indico que, del total de encuestados, el 78.1% presenta un nivel adecuado, seguido del nivel inadecuado con 21.9%.



Sexto: El nivel de conocimiento general de VIH-SIDA en la consulta dental en la ciudad de Juliaca, 2020. Determino que, del total de encuestados, el 57.0% presenta un nivel regular de conocimiento, seguido del nivel alto con 43.0%.



VI. RECOMENDACIONES

- Primero:** Se recomienda al Colegio Odontológico Región Puno seguir con su labor organizando cursos, seminarios y conferencias cíclicas destinadas a Cirujanos Dentistas, bachilleres y estudiantes a su vez Incorporar estrategias de educación con la finalidad de mejorar la atención profesional ya que se ha reportado un nivel de conocimiento regular y actitud adecuada no es suficiente para que los cirujanos dentistas traten personas portadoras de VIH/SIDA con eficiencia.
- Segundo:** Implantar cursos certificados en VIH -SIDA sobre manejo y bioseguridad para este tipo de pacientes debido al papel que juega el cirujano dentista en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la cavidad bucal, ya que por su condición el portador de VIH/SIDA sufre de infecciones oportunistas, y con un diagnóstico adecuado se mejoraría su calidad de vida.
- Tercero:** Continuar con el estudio relacionando las variables, tiempo de ejercicio profesional y centro de trabajo para mayor exactitud en resultados; así como incrementar los estudios al respecto desarrollando otras alternativas de instrumento de medición que corroboren los resultados obtenidos de la presente investigación con mayor precisión.
- Cuarto:** Se recomienda a los Cirujanos Dentistas de la ciudad de Juliaca, llevar a cabo auto instrucción, en tema de VIH- SIDA, así como enfermedades infectocontagiosas con el fin de asegurar su salud, mejorar su tratamiento y para afianzar su conocimiento para una óptima atención.



Quinto: Se recomienda a los cirujanos dentistas de la ciudad de Juliaca periódicamente hacerse análisis de ELISA.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mantilla S. Nivel de conocimiento y actitudes del cirujano dentista en el manejo del paciente portador de VIH-SIDA en la ciudad de trujillo [tesis de pregrado] Trujillo:Universidad privada antenor de orrego;2017.
2. Santa cruz C.Actitud del cirujano destista frente a los pacientes portadores de VIH-SIDA en la ciudad de chiclayo[tesis de pregrado]Chiclayo:Universidad señor de sipan;2017.
3. Campos M, Castro W, Torres Á. Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH – SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. Rev Médica Panacea. 2019;7(1):9–21.
4. Méndez J. Actitud y conocimiento del personal odontológico hacia pacientes VIH/SIDA. Una revisión sistemática. IADR. 2019;7(2):121-149.
5. Lee Y, García A. Nivel de conocimientos sobre manejo de pacientes con VIH/sida en Estomatología. Rev Inf Científica. 2017;96(3):445–453.
6. Grado TF De, Carpiano T, Ana A, Rosa D, Miguel J, Perete M. Facultad de Ciencias de la Salud. 2014;1–49.
7. Somavia J. El VIH / sida en el lugar de trabajo. Recomendaciones prácticas de la OIT 1.Rev Panam Salud Publica. 2002;11(3):210–215.
8. Indicadores para el seguimientode la declaracion politica de las naciones unidas para poner fin al SIDA [Internet]. 2016 .
http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf



9. Vergara T, Véliz E, Fica A, Dabanch J. Exposiciones a fluidos de riesgo en el personal de salud. Evaluación de gastos directos en su manejo. *Rev Chil infectología*. 2018;35(5):490–7.
10. Situacion epidemiologica del VIH sida en el peru [Internet]. 2020. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf
11. Quispe G. Condicionantes relacionados al riesgo de contraer ITS y VIH-SIDA en trabajadores sexuales en el CERITS del hospital carlos monge medrano Julica,mayo-julio[Tesis pregrado] Juliaca:Universidad andina nestor caceres velazquez;2017.
12. Garcés YL, Cuenca MG, Peña OT. Nivel de conocimientos sobre bioseguridad en Estomatología. *Rev Inf Científica*. 2017;96(2):232–40.
13. Saliba CA, Wakayama B, Saliba TA, Saliba O. Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y la Hepatitis B en la actitud de los académicos en odontología. *Rev Ciencias la Salud*. 2018;16(2):279.
14. Valle J. Nivel de conocimiento sobre bioseguridad en la atención odontológica a pacientes VIH/SIDA. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019.
15. Elizondo JE, Treviño AC, Violant D. La odontologia y el estigma asociado al VIH .*Rev Saude Publica*. 2015;49:1–11.
16. Gallardo R, Castillo K, Alegría P, Blackburn E. Manifestaciones Orales en pacientes VIH/SIDA del Hospital Base de Valdivia en Chile. *Rev.CES Odont*. 2016;29(2):12–19.
17. Gálvez JA, Huacon VR. El Sida y su connotación en la práctica odontológica.



Rev.Pol.Con. 2018;3(12):401-414

18. Villavicencio K. Nivel de conocimiento de los estudiantes de la unidad de atención odontológica UNIANDES sobre las manifestaciones orales del VIH-SIDA. [Pregrado]Ambato. Universidad regional autónoma de los andes; 2020.
19. Real J, González J, Irrazabal A, Ramírez J, Roby A, Hernández M. Conocimiento sobre el VIH/Sida en estudiantes de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Rev Educ Médica del Cent. 2017;9(4):6–18.
20. Cordova C. Actitud sobre el manejo de pacientes con VIH-SIDA en internos de estomatología [tesis pregrado] Lima: Universidad inca garcilaso de la vega; 2017. Available from: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/344>
21. Alarcon M. Percepción sobre la atención odontológica en pacientes portadores de VIH [tesis pregrado] Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2016.
22. Inofuente B. Nivel de conocimiento del VIH/SIDA y de normas de bioseguridad básicas de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la universidad nacional del Altiplano Puno 2016 [tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
23. Ramírez A V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med. 2009;70(3):217–24.
24. Zilles U. Fenomenología e teoría do conhecimento em Husserl. Rev Abord Gestalt. 2007;13(2):216–21.



25. Hessen J. Teoría del Conocimiento. La Esencia de la Filosofía. Teor del Conoc. 2006;22.
26. Pérez L, Rivero IC. Gestión del Conocimiento Científico, un acercamiento para su organización práctica en la Escuela Latinoamericana de Medicina. Panorama. Cuba y Salud. 2020;15(1):11-17
27. Fernandez R, Hueto A. Educación Ambiental. Ecosistemas .2003;12(2):1-18.
28. Ospina Rave BE, Sandoval J de J, Aristizábal Botero CA, Ramírez Gómez MC. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. Investig y Educ en Enfermería. 2005;23(1):14–29.
29. Mendoza N, Serrano Y, Forment Z, Fernández R. Algunas consideraciones teóricas sobre ITS/VIH/sida. Rev Inf Cient. 2015;90(2):362–73.
30. Tamí I, Agüero M, Estupiñán S. Estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(6):536–40.
31. Gurrola B. Manejo preventivo del paciente ante el riesgo de contagio en el consultorio dental. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 2018;1-37
32. Valle VAL Del, Moscol GBT, Landivar N del R, Vega MBG. Algunas consideraciones sobre el VIH / SIDA. Rev científica mundo la Investig y el Conoc. 2018;2(4):48–69.
33. Torruco U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan.: Discovery Service para Universidad de Antioquia. Rev la Fac Med la UNAM. 2016;36–41.



34. González M, Rosende RO, Krupp S, Rosales CA, Fernández ER. Manejo Clínico de la Infección Viral del Herpes Simple y Candidiasis Oral. Reporte de un Caso Clínico. Rev Digit FOUNNE. 2017;1(1).



ANEXOS

ANEXO A:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INTRODUCCIÓN.

Usted ha sido invitado(a) a participar del presente estudio titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL PACIENTE PORTADOR DE VIH-SIDA ATENDIDOS POR CONSULTA DENTAL ,2020”** dirigido a cirujanos dentistas.

La presente investigación es elaborada por Noemi Yesica Allca Huata, BACHILLER EN CIENCIAS DE LA ODONTOLOGÍA. De la Escuela Profesional de Odontología, de la Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo del presente estudio es: Determinar el **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL PACIENTE PORTADOR DE VIH-SIDA ATENDIDOS POR CONSULTA DENTAL ,2020”** por los cirujanos dentistas.

3. CONFIDENCIALIDAD.

La información recopilada es de carácter confidencial y no se dará a conocer con nombre propio. Los resultados obtenidos de la investigación se podrán publicar, sin embargo, su dato no es identificable.

Por lo tanto, brindo mi consentimiento en forma consciente y voluntaria para ser parte del mencionado estudio.

COP. _____

FIRMA _____

Juliaca, ____ de _____ del 2020



ANEXO B:

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES.

- El cuestionario tiene una duración de 20 minutos.
- Leer atentamente el cuestionario antes de ser respondido.
- Será realizado por el cirujano dentista.
- Marcar la respuesta correcta con x o círculo.

DATOS DEL CIRUJANO DENTISTA (MARCAR CON UNA X)

I. NIVEL DE CONOCIMIENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD.			
1.	Todo paciente debe ser considerado como portador potencial de VIH.	SI	NO
2.	En actividades cotidianas hay riesgo de transmisión del virus del sida.	SI	NO
3.	Ser portador del VIH es sinónimo de estar enfermo.	SI	NO
4.	La candidiasis oral es una de las infecciones más frecuentes en los portadores del VIH y enfermos del SIDA.	SI	NO
5.	El tratamiento adecuado para la candidiasis oral en enfermos de SIDA y portador del VIH es la NISTATINA.	SI	NO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FORMAS DE TRANSMISIÓN.			
6.	Las relaciones sexuales y transfusiones son las únicas maneras de contraer o infectarse con el virus del SIDA.	SI	NO
7.	El VIH puede ser transmitido de la madre al niño durante el embarazo y/o lactancia.	SI	NO
8.	El VIH, a diferencia de otros agentes infecciosos, solo se transmite de una persona a otra por contacto directo con sangre o secreciones infectadas.	SI	NO
9.	Se puede contraer VIH por salpicadura de saliva en el ojo o en una herida expuesta.	SI	NO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE BIOSEGURIDAD			
10.	Utiliza medidas de barrera (guantes, mascarilla, gafas) durante su atención odontológica.	SI	NO
11.	Se cambia los guantes entre paciente y paciente.	SI	NO
12.	Coloca los desechos en un recipiente adecuado.	SI	NO
13.	La solución clorada es una medida suficiente para la esterilización de materiales y equipos después de la atención odontológica a una persona portadora de VIH/SIDA.	SI	NO
14.	Es correcto esterilizar los instrumentos, dentro de una caja metálica cerrada en autoclave.	SI	NO



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.			
15.	Ha recibido algún tipo de entrenamiento para el manejo de pacientes con VIH.	SI	NO
16.	Brindar atención odontológica continua a pacientes portadores del virus del SIDA es sinónimo de contagio.	SI	NO
17.	El motivo de consulta odontológica de portadores del VIH y enfermos con SIDA es la caries.	SI	NO
18.	Las enfermedades de la cavidad bucal de los portadores de VIH y enfermos de SIDA deben ser tratadas por el odontólogo en su consulta.	SI	NO
19.	Al sufrir heridas o punciones accidentales se debe recibir Tratamiento profiláctico para el SIDA aun desconociendo el estado serológico del paciente.	SI	NO
20.	La conducta a seguir al sufrir una punción o cortadura accidental con un objeto utilizado con un enfermo de SIDA o portador de VIH, es el lavado cuidadoso con agua y jabón y buscar atención Especializada.	SI	NO

II. ACTITUD DEL CIRUJANO DENTISTA

1. Considera usted que los pacientes por VIH/SIDA son un riesgo inminente de contagio a pesar de todos los cuidados preventivos.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo.

2. Se siente usted capacitado para trabajar con pacientes infectados por VIH/SIDA.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

3. En su consulta se atiende a la persona, aunque se haya identificado como portador de VIH/SIDA.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

4. Si usted tiene un paciente portador con VIH/sida le daría la última cita para su tratamiento odontológico.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo



5. Usted le exigiría un certificado médico a un paciente que sospecha que tiene VIH/SIDA.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

6. Cree usted que la atención odontológica hacia el paciente infectado por VIH/SIDA debe ser igual que para el resto de las personas.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

7. Cree usted que las normas de bioseguridad deberían aplicarse con mayor severidad en los pacientes infectados por VIH/SIDA.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

8. Cree usted que perdería pacientes si se enteran que atiende a personas portadores con VIH/SIDA.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

9. Debería ser protocolizado en los servicios odontológicos públicos y privados solicitar al paciente la prueba de VIH.
 1. De acuerdo
 2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 3. En desacuerdo

10. Considera usted la necesidad de manejar una H.C que muestre a determinados pacientes de riesgo.
 - 1) De acuerdo
 - 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
 - 3) En desacuerdo



11. Cree usted que sería necesario un establecimiento odontológico para atender solo a portadores con VIH/SIDA.

1. De acuerdo
2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
3. En desacuerdo

12. Usted le realizaría todos los tratamientos odontológicos que requiera, al paciente portador con VIH/SIDA (incluyendo cirugías).

1. De acuerdo
2. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
3. En desacuerdo



ANEXO C

ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACION CARTA N° 004-2020-D-COP-RP. DIRIGIDO AL SR DECANO DEL COLEGIO ODONTOLOGICO DEL PERU – REGION PUNO.



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ
REGIÓN PUNO
Ley 15251 - Ley De Creación del Colegio Odontológico del Perú
Modificado por Ley 29016

"Año Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Puno, 18 de Mayo del 2021.

CARTA N° 004-2021-D-COP-RP.

SEÑOR:
NOEMI YESICA ALLCA HUATA

PRESENTE.-

Mediante el presente me dirijo ante usted, para saludarlo cordialmente, a nombre del Colegio Odontológico del Perú - Región Puno.

Atendiendo a su solicitud, se le **AUTORIZA** para que realice su Proyecto de Investigación Titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE AL PACIENTE PORTADOR DE VIH – SIDA ATENDIDOS POR CONSULTA DENTAL EN LA CIUDAD DE JULIACA, 2020", para lo cual se le facilita la información necesaria.

1. Cirujanos Dentistas Colegiados en la Región Puno – 1879.
2. Cirujanos Dentistas Registrados con dirección de la ciudad de Juliaca – 1018.
3. Cirujanos Dentistas Habilitados ciudad de Juliaca – 425.

c.c.
Año: 2021
DM/icha



Puno:
Jr. Alto de la Luna N° 265
Barrio San José
RPC: 945950084
Telf: 366346
E-mail: colegioodontologicodelperuregionpuno@gmail.com

Juliaca:
Jr. Cabana N° 462
Telefax 051 328932
RPM: 951919739
RPC: 982980390

ANEXO D

GALERÍA DE FOTOS



(FUENTE: Propia del investigador)



(FUENTE: Propia del investigador)

ANEXO E

GALERÍA DE FOTOS



(FUENTE: Propia del investigador)



(FUENTE: Propia del investigador)