



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCAL Y
MAXILOFACIAL**

**“PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE PERSONAS VIVIENDO CON
VIH ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PÚBLICA Y PRIVADA”**

Camila Lazo Matthies

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

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Francisca Donoso-Hofer

TUTORES ASOCIADOS

Dr. Marco Cornejo Ovalle

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 19/005
Santiago - Chile
2021**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCAL Y
MAXILOFACIAL**

**“PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN DE PERSONAS VIVIENDO CON
VIH FRENTE A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA”**

Camila Lazo Matthies

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

TUTOR PRINCIPAL

Dra. Francisca Donoso-Hofer

TUTORES ASOCIADOS

Dr. Marco Cornejo Ovalle

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO 19/005
Santiago - Chile
2021**

AGRADECIMIENTOS

Siempre las palabras quedaran pequeñas frente a todas las personas que cooperaron de una u otra forma a mi formación los años en que estuve en la Universidad.

En primer lugar, quisiera agradecer a mi tutora la Dra. Francisca Donoso-Hofer, quien siempre con buena disposición guío y resolvió mis dudas en torno al trabajo de investigación, aún en momentos de incertidumbre, como lo fue la pandemia por el virus COVID-19. Quisiera resaltar su calidad humana frente a escenarios difíciles, con altura de mira y motivación.

Agradecer al Dr. Marco Cornejo por aquellas sesiones de horas guiando el trabajo de investigación con la mejor disposición posible, aún estando en otro continente con horas de diferencia.

A todos aquellos profesores, que instruían con dedicación y cariño durante todos los años de formación. A todos los funcionarios que más de una vez, ayudaron a resolver dudas y problemas cotidianos siempre con una sonrisa de frente.

Gran parte de mi desarrollo fue en organizaciones como: el Centro de Alumnos, Trabajos Comunitarios de Odontología, Rama deportiva de básquetbol, Rama deportiva de natación y al Centro Científico de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile, quienes, en distintos momentos de mis años de formación, incluso a lo largo de toda mi permanencia en la Universidad me acompañaron, motivaron y enseñaron que la formación debe ser integral en todos aquellos aspectos en los que nos desarrollamos.

Sólo palabras de agradecimientos a mis amigas/os y compañeras/os que alentaron y acompañaron en el día a día, desde conversaciones, estudios, resolver dudas con agotamiento y cansancio en los ojos, pero siempre con la disposición de ayudarnos en esta misión.

Mi familia siempre acompañando y apoyando, desde confiar en ser los primeros pacientes que atendí, hasta aquellas noches de estudios interminables. A mis amigos de años y mis cercanos que con amor motivaron cada uno de mis desafíos. A mi compañero Sheep por acompañarme durante todas las noches de estudio, internado y tesis.

Al equipo que me acompañó durante el Internado Asistencial, quienes demostraron que la vocación que escogimos debemos defenderla y otórgala en todos los escenarios que se nos presenten.

Agradecer a todas esas circunstancias que permitieron que mis años de estadía en la facultad fueran amenas y constructivas para mi crecimiento.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 PANDEMIA	4
3.2 ENFERMEDAD	4
3.3 EPIDEMIOLOGÍA EN EL MUNDO Y CHILE	6
3.4 DISCRIMINACIÓN EN EL MUNDO Y CHILE	8
3.5 ESTUDIOS INTERNACIONALES	10
3.6 ESTUDIOS EN CHILE	11
3.6 DISCRIMINACIÓN EN CONTEXTO DE SALUD	11
3.7 VACÍO EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	13
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	14
4.1 HIPÓTESIS	14
4.2 OBJETIVO GENERAL	14
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. MATERIALES Y MÉTODOS	15
5.1 TIPO DE ESTUDIO	15
5.2 UNIVERSO Y MUESTRA	16
5.3 ENCUESTA	17
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	18
5.5 ANÁLISIS DE DATOS	18
6. RESULTADOS	19
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	20
6.2 PERCEPCIÓN DE PVVIH RESPECTO A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	22
6.3 PERCEPCIÓN PVVIH CON RELACIÓN AL ESTIGMA/DISCRIMINACIÓN ASOCIADAS AL VIH/SIDA EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	26
6.4 IDENTIFICAR LA PERCEPCIÓN DE LAS PVVI HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS	32

7. DISCUSIÓN	34
7.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA	35
7.2 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE PVVIH RESPECTO A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	37
7.3 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE PVVIH CON RELACIÓN AL ESTIGMA/DISCRIMINACIÓN ASOCIADAS AL VIH/SIDA EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	39
7.4 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS PVVIH HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS	42
7.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	44
	45
8. CONCLUSIÓN	
	46
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	46
10. ANEXOS	51
10.1 ANEXO 1	51
10.2 ANEXO 2	53

1. RESUMEN

Introducción: A cuatro décadas del comienzo de la pandemia por VIH, se ha instaurado como un problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Actualmente las personas viviendo con VIH (PVVIH) mediante el tratamiento antirretroviral, han alcanzado esperanza y calidad de vida similar al resto de la población. Sin embargo, estos avances no se reflejan en la percepción social, perpetuándose los estereotipos y prejuicios en torno a la enfermedad. Esta situación se extiende al equipo odontológico generando barreras de acceso o impedimentos para un adecuado tratamiento y control en el tiempo. El objetivo de este estudio es: Describir las percepciones de una población de PVVIH usuarias del Hospital San Juan de Dios que se atienden en el servicio odontológico metropolitano occidente y en centros odontológicos privados

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en PVVIH atendidas en el Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital San Juan de Dios entre los años 2013 y 2019. Se reclutó a pacientes con datos de contacto actualizados, capacidades cognitivas compatibles con la realización de una encuesta mediante llamada telefónica. Las preguntas eran cerradas y de selección múltiple y las variables del estudio son de carácter cualitativo, y se describieron mediante medidas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

Resultados: Se encuestó a 90 pacientes en donde el 80% no experimentó situaciones estigma y/o discriminación por parte del equipo odontológico. Existe un grupo minoritario que ha sido víctima de estas conductas principalmente por parte del odontólogo/a tratante. Estos factores influyen en la educación y cumplimiento de controles de las PVVIH. Así es como pudimos evidenciar una baja asistencia a controles, y en el caso de asistir era por una situación de urgencia odontológica irreversible.

Conclusiones: Las PVVIH reportan una baja tasa de actos estigmatizantes y/o discriminatorios en la atención odontológica, aunque en su mayoría no declaran su serodiagnóstico. Existe una baja asistencia a centros odontológicos, asociado a un desconocimiento sobre las repercusiones del VIH en la cavidad oral, barreras de acceso, entre otros. Este escenario se debe estudiar, correlacionando variables para ver su asociación con la ausencia/presencia de actos discriminatorios contra las PVVIH.

2. INTRODUCCIÓN

Históricamente nos hemos visto en una lucha constante con diversos problemas de salud y pandemias que ha conllevado resultados mortales, pero también incontables aprendizajes.

Tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) reportado por primera vez en la década de 1980, ocasionado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (Sharp y Hahn, 2011)

Actualmente según el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) 2021, 37.7 millones de personas viven con VIH alrededor del mundo (PVVIH). (ONUSIDA, 2021a). En Chile a pesar de los esfuerzos mediante campañas preventivas la cantidad de casos han aumentado (Subsecretaría de Salud Pública, 2020) persistiendo como un problema de salud pública.

Las necesidades en el ámbito odontológico que presentan las PVVIH no son muy distintas a las necesidades del resto de los pacientes, incluyendo enfermedades periodontales, infecciones odontogénicas, enfermedad de caries, etc. No obstante, existen manifestaciones orales por VIH de tipo: micóticas, virales, bacterianas, neoplasmas, entre otras. Estas manifestaciones pueden ser indicadores de variaciones en el sistema inmune, o en el ecosistema oral. (MINSAL,2007). También la salud oral está directamente relacionada con la calidad de vida pudiéndose afectar la nutrición, adherencia a la terapia antirretroviral y además generándose problemas psicológicos. (Ministerio de salud [MINSAL],2007)

Si bien las infecciones oportunistas y las patologías propias de las PVVIH se evidencian en todos los sistemas del organismo, en la cavidad oral su relevancia radica indicando progresión de enfermedad y también en la calidad de vida de cada paciente

Una falencia como profesionales de la salud clínicos, es que muchas veces nos enfocamos en las enfermedades desde una óptica acotada a nuestro quehacer profesional y especialidad; sin dimensionar ni asimilar los múltiples aspectos y variables que se deben considerar para poder otorgar una atención integral sin sesgos, prejuicios o discriminación valorando de igual forma los aspectos clínicos y psicológicos que afectan al paciente.

Debido a ello, se deben considerar siempre las implicancias psicológicas y emocionales a nivel personal y social de las PVVIH. La construcción de estereotipos, ligado a la desinformación genera actitudes estigmatizantes y cuadros discriminatorios. Esto desencadena situaciones que dificultan un correcto tratamiento y seguimiento de estos pacientes provocando preocupación, ansiedad y depresión, deteriorando así su calidad de vida. (Saucedo y cols, 2018) (Pantoja y Estrada, 2014).

En materia de salud oral existen pocos estudios internacionales que indaguen y profundicen sobre la salud oral y las percepciones vividas por las PVVIH en la atención odontológica. A nivel nacional esto es aun más crítico, ya que no existe evidencia.

Debido a la relevancia y prevalencia de este tema, es necesario ir construyendo una línea investigativa que responda a las implicancias y necesidades en salud oral de las PVVIH, para así tomar conciencia de la situación actual chilena en cuanto a la salud oral de las PVVIH y su percepción de discriminación de parte del equipo de salud odontológico, con el objetivo de poder en el futuro capacitar al equipo en cuanto a las necesidades y realidades de las PVVIH para otorgar una atención adecuada y pertinente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 PANDEMIA

Desde la década de 1980 empezaron a aparecer los primeros indicios de esta nueva entidad clínica; que se caracteriza por una infección adquirida provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este último genera una inmunosupresión severa, acompañada de infecciones oportunistas, neoplasias secundarias y manifestaciones neurológicas. La etapa SIDA, es la última etapa de esta patología, de carácter mortal por las implicancias que conlleva (Jiménez, 2012).

A la fecha 79,3 millones [55,9 millones- 110 millones] de personas contrajeron la infección por VIH, desde el comienzo de la pandemia (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2021a), y hoy en día sigue presentándose como una enfermedad latente en la sociedad con cifras sostenidas de nuevos contagios en los últimos años. Esto es un indicativo, de que, a pesar de las medidas de control, educación, diagnóstico y tratamiento, la transmisión no ha cesado y se ha mantenido en los últimos años. (ONUSIDA, 2021a)

3.2 ENFERMEDAD

La enfermedad puede ser originada por dos retrovirus VIH-1 y VIH-2, ambos virus son el resultado de múltiples transmisiones entre especies de primates (Sharp y Hahn, 2011). Se caracteriza por una intensa replicación viral que afecta principalmente a aquellas células que expresan la glucoproteína CD4 en su superficie celular (células CD4 +); abarca células T, macrófagos y células dendríticas (Balasubramaniam y cols, 2019). Cabe destacar la especial afinidad por los linfocitos T CD4+, por lo que sus niveles sanguíneos determinan el progreso de la enfermedad, junto con los niveles de carga viral o números de copias virales. (De la Maza, 2020)

En consecuencia, instaura una infección permanente que al comienzo puede ser contrarrestada por los mecanismos inmunológicos que neutralizan a los nuevos viriones, sin embargo, después de un tiempo este equilibrio se rompe, aumentando la carga viral (CV) y los recuentos de linfocitos T CD4+ declinan progresivamente. Este deterioro involucra la aparición de infecciones oportunistas y/o tumorales con lo que se llega al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o etapa SIDA, que sin un tratamiento adecuado y oportuno genera la muerte del portador. (Subsecretaría de salud pública, 2013)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la etapa SIDA se refiere a un estadio más avanzado de la infección por VIH, determinado por la presencia de alguna de las patologías asociadas a éste, dentro de las que existen más de 20 infecciones oportunistas y/o tumorales. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020)

Dentro de las vías de contagio encontramos: transmisión vertical madre-hijo durante embarazo, parto y lactancia; transfusión de sangre contaminada, uso compartido de agujas u otros elementos punzantes y por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (OMS, 2020). Siendo esta última la principal vía de contagio actual e históricamente. (Sharp y Hahn 2011)

Existen grupos de población con mayor riesgo de contagio como son aquellos hombres que tienen sexo con hombres, mujeres jóvenes que han sufrido violaciones o abusos, personas transgéneros, usuarios de drogas intravenosas y trabajadoras sexuales. (Ghosn y cols 2018)

Según la ONUSIDA, el riesgo de adquirir el VIH es 26 veces más alto entre hombres homosexuales y otros hombres que practican sexo con hombres, 29 veces más alto entre personas que se inyecta drogas, 30 veces más alto para trabajadores sexuales y 13 veces más alto para personas transgénero. (ONUSIDA, 2021b)

El tratamiento actual se basa en Terapia Antirretroviral (TARV), siendo estándar una combinación de al menos tres antirretrovirales (OMS, 2018). Este tratamiento suprime la replicación del virus y viremia, reduciendo también su transmisión, disminuyendo así su morbilidad y mortalidad. Sin embargo, no elimina el virus, protegiendo solamente contra nuevas infecciones y no a aquellas células ya infectadas. (Balasubramaniam y cols, 2019)

La TARV debe ser de por vida, ya que el cese de ésta desencadenaría una falla progresiva del sistema inmune y por último la muerte. Sin embargo, aún 30 años desde el comienzo de esta pandemia el acceso no es universal y existe un porcentaje de la población que desconoce su diagnóstico.

Debido a lo anterior, es que tenemos dentro de la población un grupo de pacientes con condiciones particulares de salud. Que nos obliga a tener en consideración al momento de la atención en los diversos escenarios clínicos probables.

3.3 EPIDEMIOLOGÍA MUNDO Y CHILE

Actualmente según el informe de la UNAIDS 2021, 37.7 millones [30.2 millones–45.1 millones] personas viven con VIH alrededor del mundo en 2020; 1.5 millones [1.0 millones – 2.0 millones] contrajeron la infección en 2020 y 680.000 [480.000-1.0 millones] fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en 2020. (ONUSIDA, 2021a)

En Chile el escenario es bastante complejo, debido al aumento de casos notificados de infección por VIH. El país presenta una epidemia de VIH concentrada, siendo la prevalencia superior al 5% en las subpoblaciones de mayor vulnerabilidad e inferior al 1% en la población general. (Subsecretaría de Salud Pública, 2020)

En concordancia con lo anterior, en el país se ha observado un alza que se le atribuye tanto a un sostenido contagio en la población, vigiladas por el registro diario del Instituto de Salud Pública (ISP), como por un aumento en la detección debido a un mayor acceso al examen (Gráfico 1). El cual pasó de 889.637 en el 2011 a 1.527.465 exámenes el año 2018. (Subsecretaría de Salud Pública, 2018-2019)

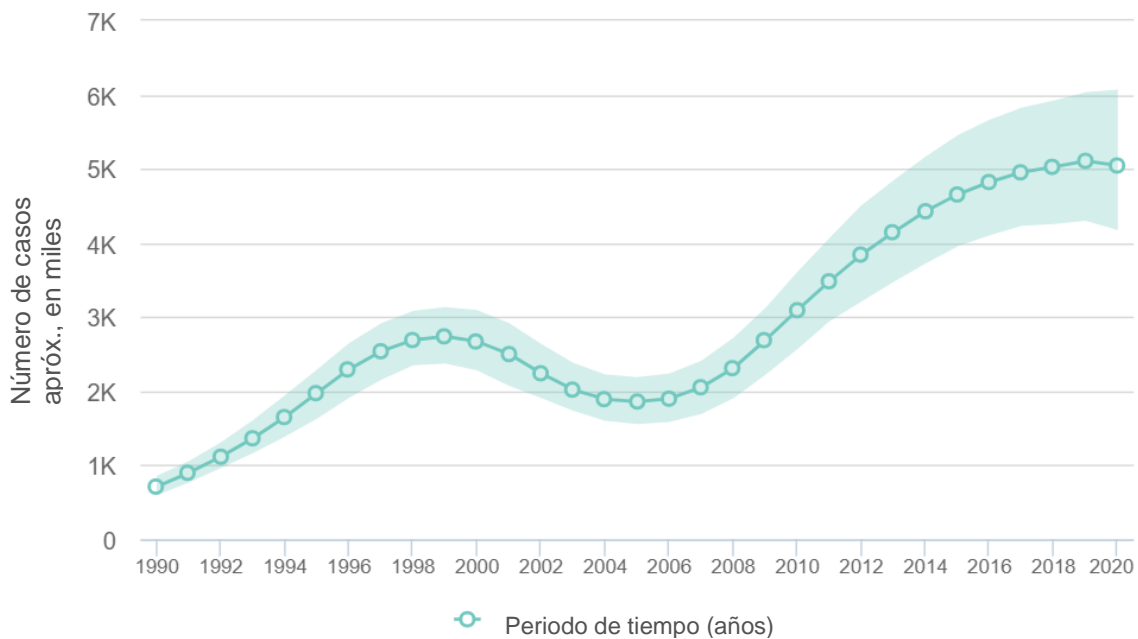


Gráfico 1: Tendencia de nuevas infecciones por VIH desde 1990 a 2020 en Chile. Desde el año 2010 al año 2020 se desencadenó un aumento del 63% de nuevas infecciones por VIH según datos del ONUSIDA. Obtenido de AIDSinfo- UNADIS 2021

El primer protocolo de prevención de transmisión de VIH se dio frente a la transmisión vertical en el año 1996 (MINSAL, 2014), y en el año 2005 a través de la Ley GES se incluye VIH/SIDA a las patologías priorizadas (Subsecretaría de Salud Pública, 2018-2019). Así el país ha combatido tanto la incidencia como la prevalencia de la enfermedad, incluyendo a los diversos grupos de riesgo ya planteados. En materia de salud oral, para las PVVIH no existe ningún tipo de cobertura odontológica a pesar de ser pacientes inmunosuprimidos lo que implica una falta de regulación y de preocupación por la salud oral de las PVVIH, y un caso omiso a las consecuencias que esto puede generar considerando que gran parte de la población de nuestro país tiene una gran prevalencia de caries y enfermedad periodontal, enfermedades infecciosas que en un paciente inmunosuprimido puede producir complejos cuadros sépticos.

En relación con nuevas estrategias a nivel mundial, ONUSIDA propone una nueva estrategia contra el SIDA 2021-2026. Enfocada en reducir desigualdades, respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos en respuesta contra el VIH, ubicando en el centro a las personas, en busca de acabar con el SIDA como una problemática de salud pública antes del 2030. Esto debido a que, reduciendo estas desigualdades, se busca cerrar brechas para la prevención,

pruebas diagnósticas, tratamiento y soporte para el SIDA antes del 2025. El objetivo es conseguir tres ceros: cero nuevas infecciones por VIH, cero muertes relacionadas con el SIDA y cero discriminaciones relacionadas con el VIH. (ONUSIDA, 2021b)

3.4 DISCRIMINACIÓN EN EL MUNDO Y CHILE

Con los avances en la terapia antirretroviral se ha logrado que esta infección, sea controlada como una enfermedad crónica, aumentando así la longevidad, calidad de vida y reducción de la tasa de mortalidad de las PVVIH. (Elizondo, 2015)

Sin embargo, el peso social y las creencias populares asociadas a esta enfermedad provocan una percepción social negativa. (Elizondo, 2015) que se contraponen y estanca el progreso en cuanto a supervivencia, aceptación social e inserción en la comunidad.

La construcción de estereotipos, en conjunto con la desinformación concibe actitudes estigmatizantes y cuadros discriminatorios frente a las PVVIH. Esto genera situaciones que entorpecen un correcto tratamiento y seguimiento de estos pacientes. (Pantoja y Estrada, 2011)

El estigma es la atribución de características indeseables a un individuo o grupo, que reduce su estatus a los ojos de la sociedad. No es necesariamente perceptible y evidente, pues aun cuando una persona sienta estigma hacia otra, puede decidir no comportarse de una manera que sea injusta o discriminatoria. (Quinto USAID/PASCA LMG, 2016)

La estigmatización es el proceso social por el cual las evaluaciones o etiquetas degradantes y las consecuentes respuestas emocionales y conductuales negativas se generan y se mantienen, dando origen y forma a la exclusión social. (Elizondo, 2015).

Por su parte, la discriminación es la manifestación objetiva del estigma. En cualquier forma de distinción negativa, excluyente o restrictiva. Manifestándose como un trato injusto. Esto se evidencia en la “I Encuesta de Calidad de vida de PVVIH en Chile”, donde se reportan diversos escenarios de discriminación: desde actividades sociales, agresión verbal o comentarios discriminatorios hasta negación de empleos, entre otras (Gráfico 2).

Experiencias de discriminación

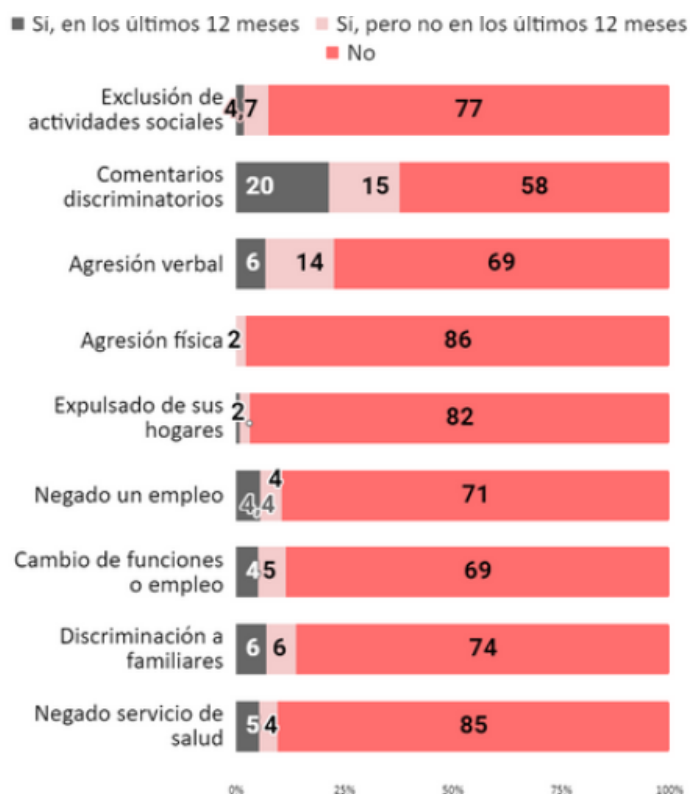


Gráfico 2: Caracterización de eventos discriminatorios enfrentados por PVVIH. Identificando si ocurrió en los últimos 12 meses o antes de dicho periodo. Obtenido de “I Encuesta Nacional de calidad de vida de PVVIH en Chile”, 2020.

Las conductas o comportamientos de estigma y discriminación frente las PVVIH y su entorno, son: trato injusto y excluyente, culpabilización, exclusión, evitación, abandono, acoso y violencia tanto física como verbal. (Quinto USAID/PASCA LMG, 2016)

Se han identificado distintas formas de estigmatización contra las PVVIH: la experimentación, la anticipación y la internalización. En primer lugar, la experimentación o vivencia del acto discriminatorio. El estigma anticipado es el temor o de las PVVIH de experimentar prejuicio o discriminación en el futuro, si es revelado su serodiagnóstico; puede surgir de la conciencia o percepción de la visión negativa de la sociedad frente a las PVVIH. Finalmente, el estigma internalizado ocurre cuando las PVVIH adoptan dentro de su autoconcepto los estereotipos prejuicios, generando emociones negativas, auto desvalorización y baja autoestima. (Earnshaw y cols, 2013) (Radusky y Mikulic, 2019)

3.5 ESTUDIOS INTERNACIONALES

Luego del estudio sobre la implementación de estrategia de ONUSIDA 2016-2021, para el nuevo periodo la ONUSIDA recabó pruebas y experiencias que demostraron que las desigualdades son una razón clave para no lograr los objetivos globales propuestos para el 2020. Esto debido a que la sistematización de determinadas conductas sustenta el estigma, la discriminación y la criminalización relacionada con el VIH; aumentando así la vulnerabilidad de las personas para adquirir el VIH y acrecientan las probabilidades de morir de enfermedades relacionadas con el SIDA. (ONUSIDA, 2021b)

A pesar de que en algunos países ha disminuido el estigma hacia las PVVIH, en otros persiste en niveles muy altos: más del 50% de las personas entre 15-49 años mostraron actitudes discriminatorias hacia PVVIH. Persiste además en algunos países la penalización de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y penalización a personas transgénero por su identidad y/o expresión de género. (ONUSIDA, 2020)

Las poblaciones claves enfrentan altas cifras de actitudes estigmatizantes y violencia, ya sea trabajadoras sexuales, hombres homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. (ONUSIDA, 2020)

En cuanto al contexto Latinoamericano, el año 2016 en Honduras se realizó una encuesta de opinión pública llamado “Estigma y discriminación asociados al VIH”, donde una de sus conclusiones fue que la población refleja bajas manifestaciones de inclusión hacia las PVVIH, además, de declaraciones a favor de implementación de políticas, programas y medidas nacionales en pro de las PVVIH, no necesariamente se acompaña de una actitud favorable hacia las PVVIH y sus necesidades. (Quinto y USAID, 2016)

3.6 ESTUDIOS EN CHILE

En diciembre del año 2020, se realizó la “I encuesta en calidad de vida de personas con VIH en Chile” y se analizaron distintos tópicos, como salud, sexualidad y discriminación. Este estudio reveló que las PVVIH aún se enfrentan a múltiples dificultades para lograr desarrollarse plenamente (Chile Positivo, 2020).

Una de las grandes barreras que afecta a esta población es el estigma social y discriminación, incluso en escenarios de atención sanitaria, donde por temor o vergüenza a cuadros discriminatorios por parte del público general asistente al centro de salud, de profesionales de la salud o del equipo de colaboración prefieren no revelar su serodiagnóstico, no adhieren al tratamiento antirretroviral o evitan las pruebas diagnósticas en caso de sospecha de contagio de VIH. (Chile Positivo, 2020).

3.7 DISCRMINACIÓN EN CONTEXTO DE SALUD

En el campo de atención sanitaria, esto se ve evidenciado en la negación de prestar los servicios requeridos, falta de privacidad y violación de confidencialidad, malos tratos, obligatoriedad de realizar pruebas de VIH sin consentimiento previo ni un adecuado asesoramiento, revelación del estado serológico del paciente a su entorno o al establecimiento de salud sin autorización previa, entre otros. (ONUSIDA, 2016).

Las conductas y comportamientos se caracterizan por discriminar a las PVVIH, desvalorizándolas a ellas y a su entorno; manifestándose como un trato injusto, culpabilización, exclusión, evitación, abandono, acoso y violencia tanto física como verbal. (Quinto y cols, 2016)

Estos comportamientos suceden desde el comienzo de la pandemia del VIH: al inicio los contagios eran principalmente en personas homosexuales y usuarios de drogas inyectables, siendo bautizada como “cáncer gay”. Actualmente aun teniendo total conocimiento de los modos de transmisión y las poblaciones clave, esto vive latente en la memoria de la sociedad, siendo fuertemente asociada a personas homosexuales, culpabilizándolas por el contagio, además de inferir que, por su orientación sexual, ya presentan la enfermedad. (Rosas y Gomes, 2008)

Otro de los grupos afectados por la desinformación y actitudes discriminatorias son las mujeres, debido a que se les considera no apta para ser madres o cuidar de sus propios hijos. Además de la recomendación de esterilización por parte del equipo de salud o la negación de atención. (Campillay y Monárdez, 2019)

Estas circunstancias acarrear episodios de auto-marginación, por temor al rechazo de su familia y el contexto que los rodea. Provocando en ocasiones cuadros de depresión, influyendo de forma negativa en su tratamiento lo que puede aumentar la severidad de los síntomas provocados por el progreso de la enfermedad (Campillay y Monárdez, 2019). Se ha reportado que actitudes estigmatizantes, tienen alto impacto negativo en la adherencia al tratamiento, asistencia regular a consultas, hasta el abandono del cuidado de su salud. (Pantoja y Estrada, 2014)

Los profesionales de la salud deben ser actores de apoyo para PVVIH, en el contexto médico y personal. Sus conocimientos deben ser adecuados para enfrentarse a estos pacientes, sin temores de contagios o mitos alrededor de la atención, promoviendo el respeto a los derechos y a la dignidad. (Pantoja y Estrada, 2014)

3.8 VACIO EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En cuanto al campo odontológico no es tratado dentro de los estudios existentes, no existe encuesta o estudio que recabe esta información en Chile, por lo que hay un desconocimiento de la percepción de las PVVIH y el impacto que tiene su condición en su salud dental.

Es relevante y atingente tener una imagen de la situación actual chilena en cuanto a la atención odontológica y las PVVIH. El conocimiento de las distintas implicancias y el efecto que tiene en los pacientes su diagnóstico y su relación con el equipo de salud que los rodea.

Por ello, este estudio pretende recabar las percepciones de las PVVIH con relación al servicio odontológico y la atención recibida, visibilizando la importancia de esta problemática como los primeros pasos para lograr otorgar una atención adecuada y digna para este grupo de pacientes

El objetivo de este estudio es describir las percepciones de una población de PVVIH pertenecientes al Hospital San Juan de Dios que se atienden en el servicio odontológico occidente y en centros odontológicos privados, al trato entregado por el odontólogo u odontóloga y el personal de colaboración. Además de pesquisar situaciones estigmatizantes vividas en el contexto de la atención, malos tratos o negación de esta.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1 HIPÓTESIS

En concordancia al objetivo del estudio, y al tratarse de un estudio preliminar, este estudio no presenta hipótesis, siendo de carácter descriptivo, para así lograr tener una idea clara del escenario que viven las PVVIH y las implicancias de vivir con esta enfermedad.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Describir las percepciones de una población de PVVIH pertenecientes al Hospital San Juan de Dios que se atienden en el servicio odontológico occidente y en centros odontológicos privados

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Identificar socio-demográficamente la población de estudio que se atiende en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios
- B) Identificar la percepción de las PVVIH respecto a la atención y el tratamiento en la consulta odontológica
- C) Identificar la percepción de las PVVIH en relación con el estigma y discriminación asociadas al VIH/SIDA en la atención odontológica
- D) Identificar la percepción de las PVVIH hacia los servicios de salud oral públicos y privados

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se enmarca en el PRI-ODO 19/005 (ANEXO 1) titulado "Manifestaciones bucomáxilofaciales y recuento de linfocitos T CD4+ en pacientes adultos VIH (+) atendidos en el Hospital San Juan de Dios", que ha estudiado a los pacientes desde el año 2013 hasta el año 2019. En el proyecto de investigación actual, se trabajó con la base de datos de dicha investigación, para acceder a los pacientes y poder realizar las encuestas.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo observacional descriptivo transversal, mediante encuesta telefónica estructurada (pregunta cerrada y alternativas múltiples), a pacientes adultos VIH/SIDA, en tratamiento en el Hospital San Juan de Dios derivados al Servicio de Cirugía Maxilofacial del mismo Hospital, en el período comprendido entre junio de 2013 y noviembre de 2019. La decisión de realizar una encuesta vía telefónica se enmarca en las políticas de salud pública que limitaban el aforo de los centros hospitalarios y sugerían evitar la circulación innecesaria para impedir la propagación del virus COVID- 19.

5.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El **universo** del estudio está constituido por aquellos pacientes incluidos en el PRI-ODO 19/005. La **muestra** se seleccionó de manera no probabilística por conveniencia quedando constituida por pacientes adultos VIH/SIDA atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios en el periodo comprendido entre junio 2013 y noviembre de 2019 con datos de contacto registrados y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión

- A) Número telefónico actualizado, debido a que se accederá a través de ello
- B) Pacientes vivos a la fecha de realización de la encuesta

Criterios de exclusión

- A) Pacientes a los que no se puede acceder por situaciones de vulnerabilidad social situación de calle o adicción a drogas
- B) Pacientes con estado de salud mental o cognitiva que imposibiliten la realización de la encuesta

5.3 ENCUESTA

La encuesta (ANEXO 2) de este trabajo se realizó a partir del estudio “*La odontología y el estigma asociado al VIH*” (Elizondo, 2015), que contenía preguntas relacionadas a la percepción de discriminación de las PVVIH frente a la atención odontológica, barreras y facilitadores percibidos. Se modificó el orden de las preguntas y adecuó el lenguaje a la realidad local, además se añadieron preguntas complementarias a los objetivos, como datos sociodemográficos. Se confeccionó un guion de diálogo estructurado para que la entrega de información y la realización de la encuesta fuese de manera estandarizada.

El cuestionario se compone de 4 secciones (I, II, III, IV):

La sección I, se compone de antecedentes sociodemográficos de la población de estudio. La sección II trata sobre la percepción de las PVVIH hacia la atención odontológica y su tratamiento en la consulta.

La sección III, se basa en la percepción de estigma y discriminación de las PVVIH en la atención odontológica. Como decisión metodológica y para evitar respuestas confudentes o nivel de compromiso en las respuestas de parte de los pacientes por atenderse en el Servio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, se decidió que al comienzo de la sección III, se les consultara a los participantes si fueron a otra atención dental aparte del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios. Si la respuesta es positiva, se continuó con las preguntas de la sección; en caso de que la respuesta fuese negativa, se avanzó a la sección siguiente (IV). Por lo que esta sección solamente fue realizada a aquellas PVVIH que habían asistido a otra consulta dental aparte del Servio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios.

Finalmente, la sección IV corresponde a la percepción de las PVVIH hacia los prestadores de servicios de salud oral tanto públicos como privados.

La encuesta se realizó de forma telefónica, de carácter anónimo y confidencial recabando las respuestas en la plataforma “Google Forms”, que permitió recolectar las respuestas y cuestionarios de cada individuo.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Los pacientes incluidos en el estudio presentan consentimiento informado aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, con fecha 03 de septiembre del año 2019, firmado por la obtención y registro en la base de datos para el PRI-ODO 19/005.

Enmarcados en el contexto actual de la pandemia provocada por el virus COVID-19, y la imposibilidad de obtener un nuevo documento físico. Debido a la restricción de aforo en salas de espera de los hospitales y el riesgo que involucra exponer a pacientes inmunosuprimidos a un ambiente de riesgo para ellos. Por ello, si el paciente asiente y decide responder la encuesta telefónica, es porque decide participar en el estudio y consiente la obtención de los nuevos datos.

5.5 ANÁLISIS DE DATOS

Para el manejo y estudio de los datos, los resultados fueron tabulados y estudiados en la plataforma Microsoft Excel. Al ser variables cualitativas, se describieron mediante las medidas: frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

Por ser el primer acercamiento de estas características a este grupo de PVVIH, se tomó la decisión de ser un estudio observacional descriptivo, así mismo el manejo de las variables. Para posteriormente, en otros estudios realizar correlaciones entre variables que nos puedan entregar información adicional, relevante en el manejo y conocimiento de la situación de las PVVIH y la atención odontológica.

6. RESULTADOS

En la base de datos del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios se encontraban registrados 240 pacientes pertenecientes al PRIO-ODO 19/005. De ellos, 236 pacientes tenían número telefónico de contacto, pero 128 no estaban vigentes o no existían y 9 pacientes habían fallecido. Estos 99 pacientes fueron contactados de manera telefónica: 4 de ellos no se pudo acceder por situación de vulnerabilidad, ya sea, situación de calle o adicción a drogas y 1 paciente que presentaba enfermedad neurodegenerativa (Alzheimer) que impedía la realización de la encuesta. Finalmente, la **muestra** del estudio se compuso de 90 pacientes, quienes al momento de ser contactados telefónicamente accedieron a responder la encuesta y a participar en el mismo.

Los resultados se presentan a continuación, en el orden que fueron presentados los objetivos específicos anteriormente:

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

En la distribución por género de los sujetos, se observa que la mayoría de la muestra es de género masculino (Tabla 1) y en cuanto a la edad de los sujetos el rango etario de mayor frecuencia es de 46-60 años, lo que representa al 44,4% de la muestra, seguido por el rango etario de 31-45 que equivale al 38,9% de la misma (Tabla 1).

En lo que concierne a la orientación sexual se da una situación más equitativa, 52,3% de la muestra es homosexual seguido de un 42,2% heterosexual (Tabla 1).

Con respecto al nivel de escolaridad 35 sujetos completaron la enseñanza media, representando a un 38,9%. Sin embargo, 6 (6,6%) sujetos presentan enseñanza básica incompleta o sin escolaridad (Tabla 1).

En relación con la ocupación de los pacientes un 43,3% de ellos trabaja con contrato, seguido de un 21,1% que se desempeñan de forma independiente (Tabla 1). En materia de previsión de salud la muestra principalmente presenta Fonasa, que corresponde a un 88,9% (Tabla 1).

TABLA 1: Descripción de variables en valor absoluto y “Edad” en rangos

VARIABLES	n	%
Género		
Femenino	15	16,7%
Masculino	74	82,2%
Mujer Trans	1	1,1%
Hombre Trans	0	0,0%
Edad		
18-30	5	5,6%
31-45	35	38,9%
46-60	40	44,4%
61 ≤	10	11,1%
Orientación sexual		
Heterosexual	38	42,2%
Homosexual	47	52,3%
Bisexual	3	3,3%
Otro/no responde	2	2,2%
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad/ básica incompleta	6	6,6%
Básica completa	7	7,8%
Media incompleta	8	8,9%
Media completa	35	38,9%
Superior incompleta	11	12,2%
Superior completa	23	25,6%
Ocupación		
Independiente	19	21,1%
Honorario	4	4,4%
Contratado	39	43,3%
Dueño/a de casa	5	5,6%
Estudiante	3	3,3%
No trabaja	20	22,3%
Previsión de salud		
Fonasa	80	88,9%
Isapre	2	2,2%
PRAIS	0	0,0%
Sin Previsión	8	8,9%

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

6.2 PERCEPCIÓN DE PVVIH RESPECTO A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Respecto a la percepción de los pacientes sobre la atención y tratamiento odontológico un 91,1% cree que el consultorio o clínica dental al que acude cumple con las normas de bioseguridad (Tabla 2).

En cuanto a la confidencialidad del detalle de su enfermedad fuera del Servicio de infectología, un 71,2% no presenta inconvenientes que se comparta con otros profesionales de la salud. Mientras un 94,5% cree que es importante que su odontólogo esté capacitado para brindarle una atención adecuada a su condición de salud. En el caso de la primera consulta con un odontólogo un 74,4% de los sujetos le informan al profesional que viven con VIH y un 82,2% considera que es importante decirle al odontólogo que vive con VIH. (Tabla 2).

A pesar de que las PVVIH consideran importante que el odontólogo esté en conocimiento de su condición un 96,7% está de acuerdo con que se encuentra en su derecho de no revelar su condición de PVVIH, por lo que no le informa al odontólogo y un 72,3% les preocupa que se le niegue la atención odontológica por vivir con VIH, razón por la que no le informan a su tratante (Tabla 2). Sin embargo, con relación a la frase: “Los odontólogos se rigen por la ética profesional y atienden a las PVVIH como a cualquier otro usuario” 93,3% de ellos afirma que es así (Tabla 2), por lo que existen contradicciones o declaraciones poco consistentes, en cuanto a la importancia de revelar su serodiagnóstico y realmente informárselo al equipo de salud.

TABLA 2: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	SÍ		NO	
	n	%	n	%
¿El consultorio o clínica dental al que acude es seguro, limpio y cuenta con las normas de control de infección?	82	91,1	8	8,9
¿Cree que la ficha en donde aparece el detalle de su enfermedad debe ser de uso exclusivo del servicio de infectología o cualquier profesional de la salud puede tener acceso?	64	71,2	26	28,8
¿Cree que sea importante que su odontólogo esté capacitado para brindar atención a personas que viven con VIH?	85	94,5	5	5,5
¿Cuándo usted acude por primera vez al dentista le informa que vive con VIH?	67	74,4	23	25,6
¿Considera que sea importante decirle a su odontólogo que vive con VIH?	74	82,2	16	17,8
Frente a la siguiente frase: Estoy en mi derecho de no revelar mi condición de persona que vive con VIH razón por la que no le informo al odontólogo	87	96,7	3	3,3
Frente a la siguiente frase: Me preocupa se me niegue la atención odontológica razón por la que no le informo al odontólogo que vivo con VIH	65	72,3	25	27,7
Frente a la siguiente frase: Me preocupan los inconvenientes que puedan surgir en el servicio odontológico razón por la que no le informo al odontólogo que vivo con VIH	59	65,5	31	34,5
Frente a la siguiente frase: En general los odontólogos(as) son profesionales de la salud que se rigen por la ética profesional y por consiguiente te atienden como a cualquier otro usuario independientemente de que viva con VIH	84	93,3	6	6,7

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

Respecto a conocimiento de los pacientes de su enfermedad y métodos de transmisión un 52,2% cree que posible que se transmita el VIH en la consulta dental, mientras el resto de la muestra no tiene claridad de si es posible o no (Tabla 3). Un 71,1% cree que el odontólogo no le puede transmitir el VIH en la atención dental, así mismo, un 84,5% cree que no es posible que las PVVIH transmitan el VIH a otras personas que acudan al recinto. En relación, a si los pacientes creen que es posible que se puede adquirir otra infección existe desconocimiento de ello (Tabla 3).

En cuanto a que, si los pacientes creen que las PVVIH deban atenderse en consultas exclusivas para ellos, un 82,2% cree que no es necesario, ya que deberían ser tratados al igual que todos los pacientes (Tabla 3).

La mayoría de las PVVIH afirman tener noción de que las enfermedades dentales influyen en su estado de salud general (Tabla 3).

TABLA 3: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	SÍ		NO		NO SÉ	
	n	%	n	%	n	%
¿Cree que el VIH/sida se pueda transmitir en el consultorio odontológico?	47	52,2	35	38,9	8	8,9
¿Cree que su odontólogo le puede transmitir el VIH mientras lo atiende?	21	23,3	64	71,1	5	5,6
¿Cree que pueda transmitirle el VIH al odontólogo mientras es atendido?	37	41,1	49	54,4	4	4,5
¿Cree que pueda transmitirle el VIH a otras personas que acudan al mismo consultorio o clínica odontológica en el que recibe atención?	10	11,1	76	84,5	4	4,4
¿Cree que pueda adquirir otra infección de la atención en el consultorio o clínica odontológica por vivir con VIH?	37	41,1	47	52,2	6	6,7
¿Cree que las personas que viven con VIH deban atenderse en consultorios o clínicas odontológicas en donde SÓLO se atiendan a personas con VIH?	14	15,6	74	82,2	2	2,2
¿Cree que las enfermedades dentales afectan su estado de salud general?	73	81,1	13	14,4	4	4,4

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

Si bien, las PVVIH están conscientes de la necesidad de tener control odontológico y que esto puede influenciar en su estado de salud general sólo un 31,1% considera su estado de salud dental bueno y un 2,2% excelente (Tabla 4).

TABLA 4: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		MALO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Cómo considera su estado de salud dental?	2	2,2	28	31,1	33	36,7	27	30

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

6.3 PERCEPCIÓN PVVIH CON RELACIÓN AL ESTIGMA/DISCRIMINACIÓN ASOCIADAS AL VIH/SIDA EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

De los 90 pacientes que aceptaron participar en el estudio, 64 (71,1%) de ellos habían asistido a otro dentista distinto al Servicio de Cirugía Maxilofacial de Hospital San Juan de Dios y 26 (28,9) de ellos respondió que no (Tabla 5).

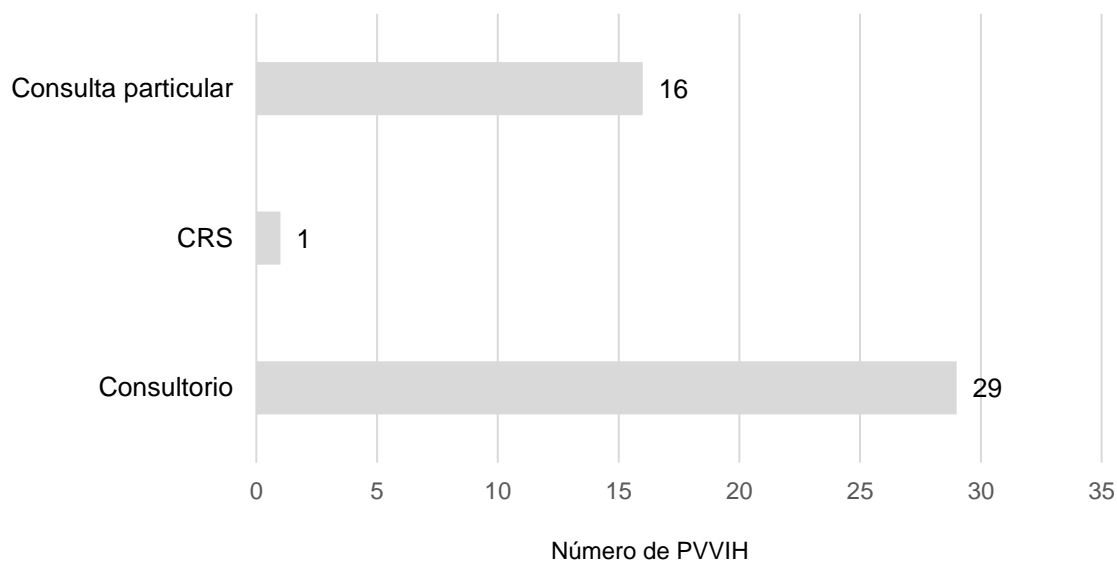
TABLA 5: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	SI		NO	
	n	%	n	%
Además del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital, ha asistido otro dentista	64	71,1	26	28,9

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

A los 64 pacientes que asistieron a otra consulta odontológica, además del Hospital San Juan de Dios, se les consultó a qué tipo de consulta había asistido, pudiendo seleccionar más de una alternativa. A lo que respondieron que 46 de ellos asistió a consulta particular, 1 asistió a un Centro de referencia de salud (CRS) y 29 de ellos a Consultorio/ CESFAM (Gráfico 3).

Gráfico 3: Atención dental en recinto distinto al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios



Por tanto, en la tabla siguiente el 100% de los sujetos corresponderá a n=64, que corresponde a aquellos pacientes que asistieron a otra consulta dental, además del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios (Tabla 6).

En primer lugar, frente a la pregunta: ¿Ha experimentado alguna situación de discriminación por parte de algún odontólogo por vivir con VIH? La mayoría (80%) nunca había percibido esto. Así mismo, un 95,3% indican que nunca se les ha negado la atención odontológica por vivir con VIH. Además, se les consultó si alguna vez al asistir a una consulta odontológica le han dado excusas para negarles el servicio por vivir con VIH; a lo que un 87,5% (56) respondió que nunca, un 7,8% (5) de vez en cuando y un 4,7% (3) indicaron que casi nunca (Tabla 6).

Un hecho frecuente es que a las PVVIH se les posponga la hora de atención a las últimas de la jornada, provocando largas esperas o menor oferta de horarios; un 85,9% indicó que nunca le había sucedido, sin embargo, si había sido percibido por el resto de los encuestados (Tabla 6).

Frente a si han realizado murmullos, miradas o risas por ser una PVVIH 53 (82,8%) pacientes respondieron que nunca, 4 (6,3%) que casi nunca y 7 (10,9%) indicaron que de vez cuando. Mientras a que, si se les ha descalificado, culpabilizado o deslegitimó por vivir con VIH 60 (93,8%) respondieron que nunca, 3 (4,7%) casi nunca y 1 (1,5%) de vez cuando (Tabla 6). Esto es relevante, debido a que significa que, si bien se les brinda la atención odontológica, no está exenta de actitudes estigmatizantes y/o discriminatorias.

En el caso de que, si opinaron negativamente sobre su vida y comportamiento sexual 93,8% manifestó que nunca. A la mayoría de ellos nunca los han atendido con disgusto, indiferencia o de manera despectiva, aunque un 4,7% indica que de vez en cuando (Tabla 6). En relación con que si han evitado contacto con su sudor o piel un 92,2% respondieron que nunca, 4,7% de vez en cuando y un 3,1% casi nunca (Tabla 6). En este sentido se les preguntó si al asistir a una consulta dental mostraron inseguridad o temor al realizar curaciones, suturas, inyecciones, u otros procedimientos odontológicos; un 87% de los pacientes respondieron que nunca y un 6,3% de vez en cuando (Tabla 6). Esto nos indica, que existe una conducta adecuada en gran parte de los equipos odontológicos, no obstante, aún existen este tipo de conductas en las consultas odontológicas.

Finalmente, se les preguntó si alguna vez posterior a la atención odontológica se habría solicitado que se desechen los materiales que utilizaron para la atención argumentando el alto riesgo que se tiene por ser una PVVIH; 94% (60) sujetos indicaron que nunca y un 4,7% (3) respondieron que de vez en cuando (Tabla 6).

TABLA 6: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	NUNCA		CASI NUNCA		DE VEZ EN CUANDO		A MENUDO		MUY A MENUDO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Ha experimentado alguna situación de discriminación por parte de algún odontólogo por vivir con VIH?	52	80	3	4,6	9	13,8	*	*	1	1,5
¿En los últimos 2 años? ¿Con qué frecuencia se le ha negado la atención odontológica debido a que vive con VIH?	61	95,3	1	1,6	2	3,1	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica dan o le dieron excusas para negar el servicio debido a que vive con VIH?	56	87,5	3	4,7	5	7,8	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica se demoran o han demorado más en atender que al resto de los usuarios?	55	85,9	2	3,1	6	9,4	1	1,6	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica realizan o han realizado murmullos, miradas o risas sobre su persona?	53	82,8	4	6,3	7	10,9	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica se le culpabilizó, deslegitimó, o calificó por vivir con VIH?	60	93,8	3	4,7	1	1,5	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica opinaron negativamente sobre su vida y comportamientos sexuales?	60	93,8	3	4,7	1	1,5	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica lo atendieron con disgusto, indiferencia o de manera despectiva?	53	82,8	8	12,5	3	4,7	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica evitaron el contacto con su sudor o con su piel?	59	92,2	2	3,1	3	4,7	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica mostraron temor o inseguridad al momento de realizarle curaciones, suturas, inyecciones y/u otros procedimientos odontológicos?	56	87,4	4	6,3	4	6,3	*	*	*	*
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica solicitaron que se desechen los materiales que utilizaron con usted, argumentando el alto riesgo que se tiene debido a que vive con VIH?	60	93,8	1	1,5	3	4,7	*	*	*	*

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

En referencia a si estos actos habían afectado la continuidad del tratamiento o cumplimiento de las indicaciones un 71,8% (45) indicó que no, mientras que un 28,2% (19) indicó que sí (Tabla 7). Así mismo, si la actitud del odontólogo tratante ha interferido en su relación con el profesional 75% (48) respondió que no y un 25% (16) respondió que sí (Tabla 7).

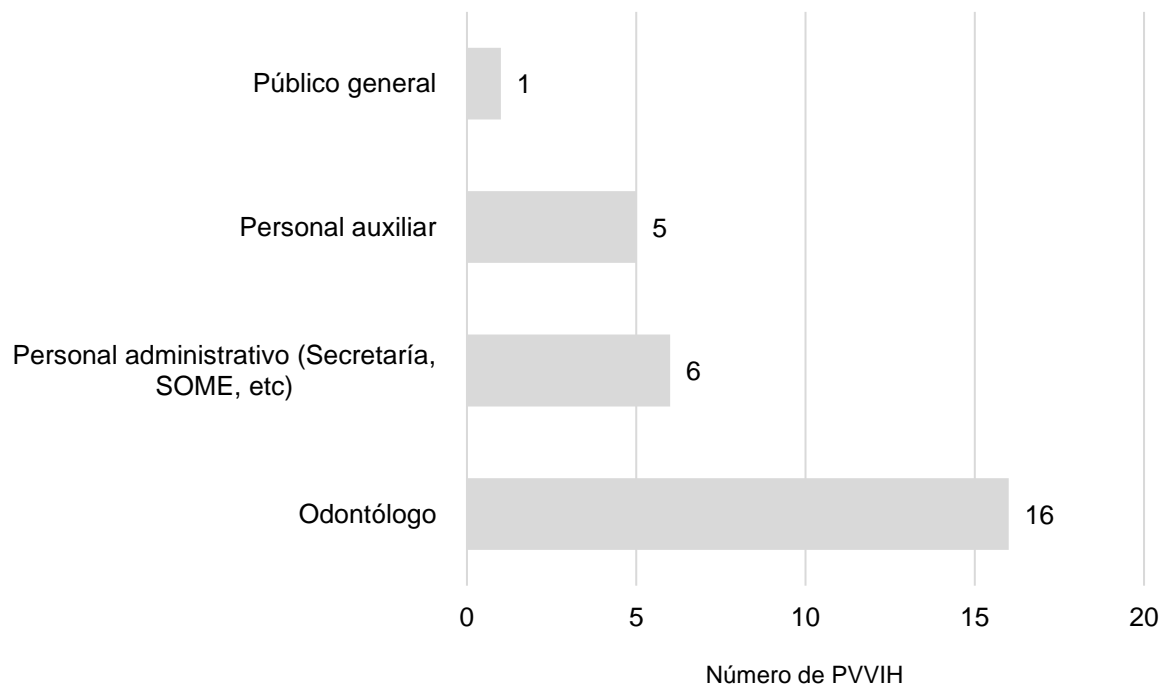
TABLA 7: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	SÍ		NO	
	n	%	n	%
Si alguna de las respuestas a las preguntas anteriores fue: De vez en cuando/ A menudo/ Muy a menudo. ¿Esto afectó la continuidad del tratamiento o cumplimiento de las indicaciones?	19	28,2	45	71,8
¿Cree que la actitud del odontólogo tratante en la atención ha interferido en su relación con el profesional?	16	25	48	75

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

Frente a las PVVIH que habían respondido en alguna de las preguntas anteriores: De vez en cuando/ A menudo/ Muy a menudo. Se les pidió que indicaran quién cometió el acto discriminator, pudiendo seleccionar más de una respuesta, obteniendo así las siguientes respuestas: 16 sujetos indicaron que fue el Odontólogo/a quien cometió el acto discriminator, 6 respondieron que fue el Personal administrativo (Secretaría, SOME, etc), 5 manifestaron que fue el Personal auxiliar y 1 paciente respondió que fue el Público general (Gráfico 4).

GRÁFICO 4: Caracterización de autor/es de actos discriminatorios



6.4 IDENTIFICAR LA PERCEPCIÓN DE LAS PVVIH HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS

En lo que refiere a la percepción de las PVVIH respecto a los servicios de salud oral en general, tanto públicos como privados los pacientes frente a la pregunta ¿Cuántas veces al año acude a una consulta odontológica?: respondieron en un 37,8% (34) que no asiste ninguna vez al año, mientras que una 34,4% (31) asiste dos o más veces al año, por último, un 27,8% (25) de ellos asisten una vez al año a una consulta odontológica (Tabla 8).

Existe más de un tercio de las PVVIH encuestadas, que no asiste a ningún control odontológico en el año, esto situación es preocupante y nos demuestra que la salud oral se posterga o es poco visibilizada. A pesar de ello, un 34,4% asiste dos o más veces al año, esta polaridad de resultados se debe estudiar y analizar.

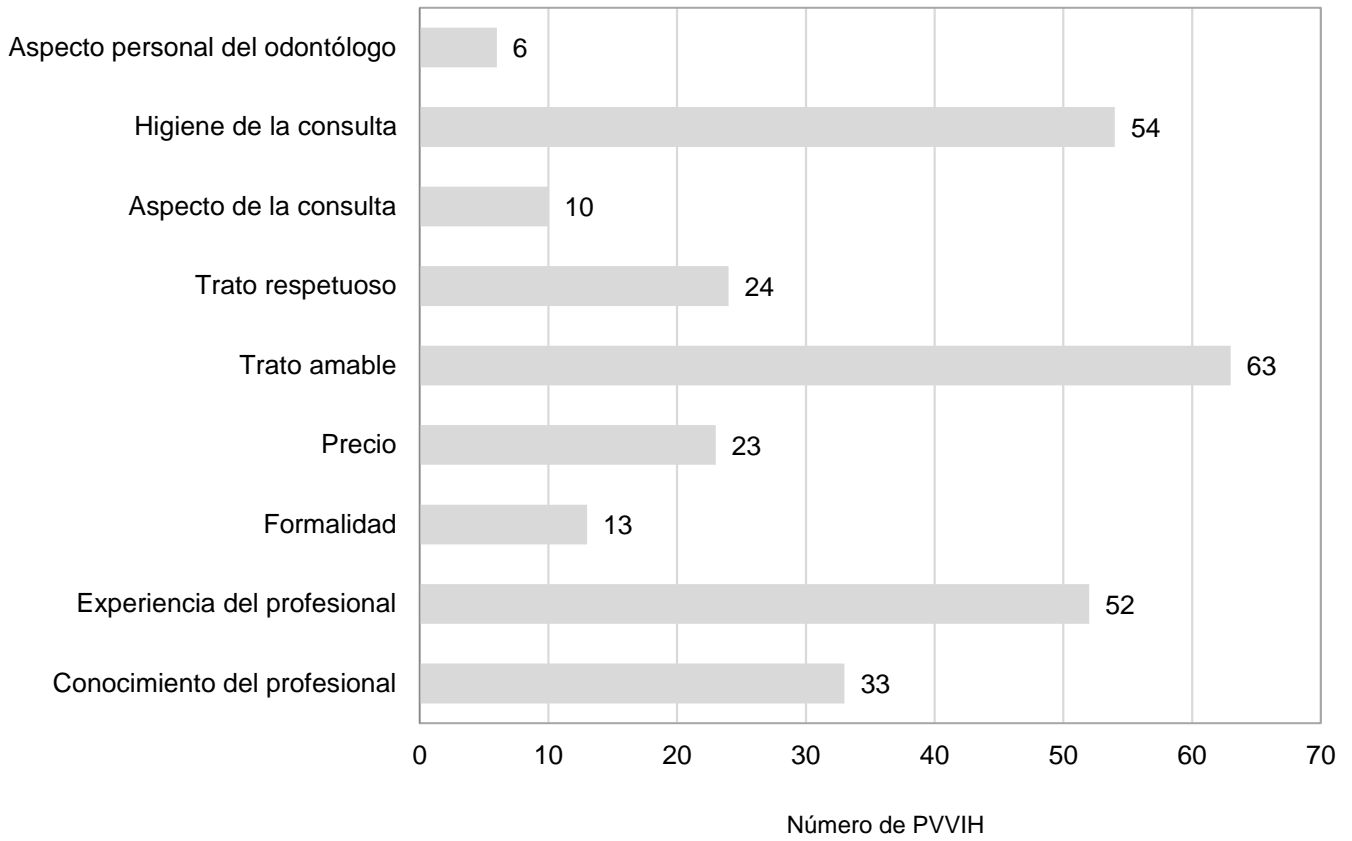
Tabla 8: Descripción de variables en frecuencia absoluta y relativa

VARIABLES	NINGUNA		UNA VEZ AL AÑO		DOS O MÁS VECES AL AÑO	
	n	%	n	%	n	%
¿Cuántas veces al año acude a una consulta odontológica?	34	37,8	25	27,8	31	34,4

n: Frecuencia absoluta; %: frecuencia relativa

En cuanto a que aspectos las PVVIH valoran más, o es más importante para ellos en la atención odontológica; pudiendo seleccionar más de una alternativa, de los 90 pacientes: la mayoría de las PVVIH se inclinaron por el trato amable que brinda el profesional en la atención, y en su minoría respondieron que prestaban atención el aspecto personal del odontólogo (Gráfico 5).

GRÁFICO 5: Caracterización de aspectos del odontólogo/a más relevantes para PVVIH



7. DISCUSIÓN

Desde su aparición el VIH ha arrastrado un estigma negativo importante, en cuanto a sus formas de transmisión y estereotipos alrededor de las personas afectadas, los prejuicios, el rechazo y discriminación además del miedo al contagio se deben principalmente a la falta de conocimiento de la población en general. (Pérez y cols, 2015) Esta problemática ha alcanzado al campo de la salud existiendo situaciones estigmatizantes y discriminatorias, convirtiéndose en una barrera incluso para iniciar o descontinuar el tratamiento antirretroviral (Chile Positivo, 2020)

Esto nos indica y demuestra la importancia de nuestro actuar como profesionales frente a un grupo que siempre ha estado expuesto a conductas estigmatizantes y discriminatorias, ya que juega un rol clave en la adherencia del tratamiento y seguimiento de indicaciones posterior a la atención odontológica.

Afortunadamente, en este estudio, la mayoría de las PVVIH (80%) manifestaron que no han experimentado situaciones de discriminación en la atención odontológica, además a gran parte de ellas nunca se le ha negado la atención odontológica, ni se les han dado excusas para negar la atención de salud oral. Si bien los episodios estigmatizantes y discriminatorios son una minoría, no significa que hayan desaparecido por completo de la conciencia social ni han sido erradicados por completo en los servicios de salud. Como profesionales debemos hacernos parte de la problemática en nuestro quehacer diario, desde la atención clínica hasta la educación que podemos brindarles a los pacientes.

Este es un estudio inédito en el campo odontológico en el país ya que, hasta la fecha, existía un desconocimiento de la presencia y frecuencia de actos de estigma y/o discriminación al momento de la atención y en los centros de salud respectivos.

Para la discusión se continuará en el mismo orden en cual se presentaron los objetivos específicos y resultados correspondientes.

7.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

En relación, a las características sociodemográficas de la muestra, tenemos en primer lugar la variable género. Donde podemos observar una predominancia del género masculino siendo un 82,2% (74) de la muestra.

Sexo asignado al nacer

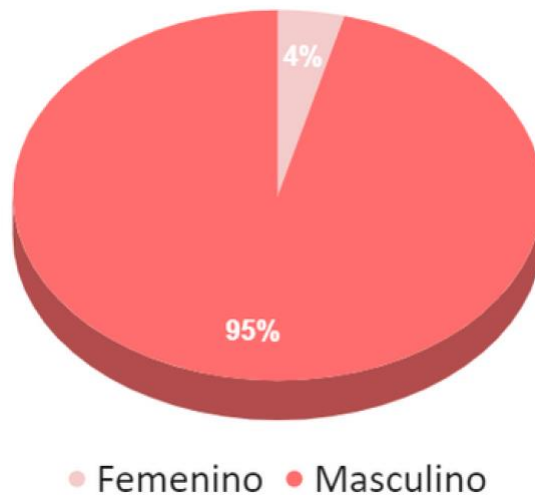


Gráfico 6: Caracterización de población de estudio, respecto al sexo asignado al nacer. Obtenido de “I Encuesta Nacional de calidad de vida de PVVIH en Chile”.

En el período de enero a diciembre del 2019 se observó un aumento de los casos notificados e ingresados a vigilancia, los cuales correspondieron en su mayor medida a hombres adultos jóvenes. La notificación de 5.160 casos por VIH/SIDA, se tradujo en una tasa de 27,1 por cien mil habitantes, cifra superior en un 30,9% respecto al 2018 a igual período. Los hombres concentraron cerca del 84% de las notificaciones, con una razón de tasas de 5,3 hombres por cada mujer. (Departamento de epidemiología MINSAL, 2019)

En el contexto internacional la ONUSIDA en su informe anual, declaró que, en el año 2020, los hombres que tienen sexo con hombres siguen siendo parte de los grupos de población clave, y representan el 65% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial. El riesgo de contraer VIH es 25 veces mayor entre hombres que tienen sexo con hombres (ONUSIDA, 2021a), esto se replica en varios estudios internacionales, debido a se observa una tendencia mayor a la infección por VIH por el género masculino, como se observa en estudios de Irán, México y Brasil. Una excepción, es la que se da en el territorio de África Sub-Sahariana, donde el género femenino predomina en la mayoría de los casos de infección por VIH. (De la Maza, 2020)

Así también, dentro de los grupos de población clave se encuentran las personas transgéneros, que muchas veces han sido invisibilizadas dentro de esta problemática. En nuestro estudio una PVVIH se declaró mujer trans, correspondiendo al 1,1% de la muestra. Sin embargo, este grupo a pesar de ser minoritario concentra altos niveles de nuevos contagios, el riesgo de adquirir el VIH es 13 veces más alto para personas transgénero. (ONUSIDA, 2021b)

Por otra parte, en cuanto a la temática de orientación sexual un 52,2% de la muestra declara ser homosexual, y un 42,2% de la muestra se declara heterosexual. Cabe destacar que dentro de este grupo se encuentran presentes los hombres que tienen sexo con hombres, además no por el hecho de ser heterosexual significa que no tiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo.

Con respecto a lo anterior, es importante recordar que al comienzo de esta pandemia la enfermedad fue bautizada como “cáncer gay, asociándose principalmente a este grupo. Las PVVIH homosexuales de sexo masculino son las que más sufren prejuicios en los servicios de salud, esto genera dificultad en el acceso a los tratamientos médicos y a los programas de prevención. (Rosas y Gomes, 2008)

A décadas de la aparición del VIH, la evidencia reporta que la población responsabiliza y culpa más a las PVVIH homosexuales, que a las PVVIH heterosexuales. Esto demuestra que el estigma asociado a PVVIH se construye sobre estigmas preexistentes relacionados con la orientación sexual, intensificando las consecuencias negativas; este fenómeno ha sido denominado estigma interseccional, múltiple o intensificado. (Radusky y Mikulic, 2019)

7.2 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE PVVIH RESPECTO A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

En primer lugar, cabe destacar que los pacientes declaran tener confianza en cuanto a la confidencialidad de su expediente médico fuera del Servicio de Infectología. Además de no tener inconvenientes en compartir la información con otros profesionales que lo atiendan fuera del servicio en el Hospital San Juan de Dios.

En cuanto, a notificar su serodiagnóstico gran parte de las PVVIH de este estudio prefiere no notificar su serodiagnóstico, apelando estar un su derecho de no revelar su condición (96,7%), preocupación a que se les niegue la atención (72,3%) o algún otro inconveniente relacionado con la atención (65,5%).

De manera similar, Elizondo y cols. en el 2015, reporta en su estudio “La odontología y el estigma asociado al VIH” que las PVVIH creen que es importante notificar al odontólogo/a su serodiagnóstico positivo. Así además creen y confían en la confidencialidad del expediente odontológico. Sin embargo, el grupo de estudio desiste en notificar al odontólogo/a su diagnóstico (Elizondo, 2015), situación similar a la que se reporta en este estudio.

No obstante, la discriminación en la atención de salud no está relacionada exclusivamente a la negación de la atención y/o de prestar servicios de salud. De manera similar, esta actitud se observa en la entrega de información errónea por parte del personal de salud, falta o poca privacidad en cuanto a su información personal y expediente médico, además, en este mismo sentido indican que se han incumplido las normas de privacidad de la PVVIH. (ONUSIDA, 2016)

El conocimiento del estado serológico del paciente, así como también la carga viral, está directamente relacionado con los riesgos durante la atención odontológica para el profesional de la salud, personal auxiliar y para el mismo paciente. No solamente debe disponerse de elementos de protección personal adecuados, sino que también un adecuado abastecimiento de profilaxis post-exposición en caso de que fuese necesario y la indicación de profilaxis antibiótica para un paciente inmunosuprimido que puede ser sometido a procedimientos odontológicos invasivos.

Este acto de omisión tiene como principal afectado a las PVVIH, y su salud debido a que el odontólogo/a no estará en conocimiento de su condición de salud de base y no podrá proporcionar un tratamiento clínico adecuado, incluso pudiendo prescribir un fármaco o terapia que afecte la efectividad de la terapia antirretroviral, ya sea potenciando o antagonizando su efecto. (Elizondo, 2015)

En la “I Encuesta de calidad de vida de personas con VIH en Chile”, 2020 las PVVIH expusieron como unas de las principales barreras para acceder a los servicios de salud en el país; el estigma social en un 57% fue reconocido como la principal problemática y el temor o vergüenza para atenderse en los servicios de salud. (Chile Positivo, 2020)

Respecto al estigma social y a las dificultades que viven a diario las PVVIH, se reportó que una de cada ocho PVVIH afirma que se les ha denegado el acceso a los servicios de salud. La estigmatización y la discriminación agravan las dificultades para acceder a los servicios de salud. Además, las personas que se han enfrentado a un trato discriminatorio en establecimientos de salud declaran tener presentarse más temerosa al momento de solicitud atención sanitaria respecto a aquellas que no han sufrido discriminación. (ONUSIDA, 2016)

7.3 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE PVVIH CON RELACIÓN AL ESTIGMA/DISCRIMINACIÓN ASOCIADAS AL VIH/SIDA EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En este estudio como se discutió anteriormente y al igual a lo reportado en la literatura, las PVVIH manifiestan confianza en la ética del odontólogo/a, además entienden la importancia de comunicar su diagnóstico. Pese a ello, deciden no informárselo al profesional al momento de la atención odontológica. Debido a esta situación es que los resultados sobre percepción de discriminación se ven empañados y puede generar falsas creencias respecto a la situación actual.

De la población de estudio la mayoría de las PVVIH manifestaron que no han experimentado situaciones de discriminación en la atención odontológica, además a gran parte de ellas nunca se le ha negado la atención odontológica, ni se les han dado excusas para negar la atención de salud oral. Si bien los episodios estigmatizantes y discriminatorios son una minoría, no significa que hayan desaparecido por completo de la conciencia social ni han sido erradicados por completo en los servicios de salud.

Esto quiere decir, que, si bien a las PVVIH se les otorga la atención odontológica, al momento de ésta solo a un grupo se les ha discriminado, han percibido murmullos, risas o comentarios por vivir con VIH. En cuanto a afirmaciones sobre su vida personal y comportamiento sexual están presentes hasta el día de hoy, en menor medida que años atrás

En contra posición, en la literatura encontramos que algunos trabajadores de la salud expresan actitudes estigmatizantes hacia las PVVIH, tales como juicios negativos sobre su moral, conductas irrespetuosas o hasta miedo a contagiarse; estos actos pueden influenciar, en la negación de revelar el estado serológico del paciente por temor a no ser atendido. (Rosas y Gomes, 2008)

En la base del estigma y discriminación, se encuentra la creencia en que las PVVIH han transgredido normas o valores sociales. Asimismo, se relaciona con la percepción de que su contagio es altamente controlable y prevenible, por lo que persiste la creencia de que las PVVIH presentan responsabilidad del contagio y su enfermedad. (Radusky y Mikulic, 2019).

No podemos como odontólogos/as seguir perpetuando este escenario, esto demuestra falencias que se extienden desde la formación profesional hasta las creencias sociales personales y estereotipos del mismo odontólogo/a. Esto es preocupante debido al rol del dentista en la identificación de lesiones orales sugerentes de que un individuo puede estar infectado con VIH y otras lesiones indicativas de pronóstico y progresión de la enfermedad. (Radusky y Mikulic, 2019)

Las actitudes estigmatizantes y discriminatorias por parte del personal de salud odontológico tienen efectos sobre la percepción de las PVVIH en relación con la atención, motivación y asistencia a controles, adherencia al tratamiento, cumplimiento de indicaciones y compromiso en general con mantener una adecuada salud oral. Estos actos obstaculizan el acceso a los servicios de salud y al modelo “Continuo del tratamiento del VIH”. Actualmente un 57% de las personas con VIH encuestadas en la “I Encuesta de calidad de vida de PVVIH en Chile” ve el estigma social, las creencias y mitos en torno al VIH y un 28% el temor o la vergüenza de atenderse en los servicios de salud, como las principales barreras para acceder a los servicios de salud. (Chile Positivo, 2020)

Es imperante la necesidad de lograr enfoques de no discriminación, reconociendo a las personas como sujetos de derechos, asegurando el acceso a servicios de salud de forma oportuna y adecuada, en los que se brinde un trato digno, se respete la cultura y las creencias de las personas evitando la discriminación arbitraria.

Sin embargo, se obtuvo como resultado que un grupo de odontólogos/as aún presentan inseguridades al realizar curaciones, suturas e inyecciones a las PVVIH. Así también cuando finalizan la atención, solicitan que se desechen los materiales que se utilizaron para la atención argumentando el alto riesgo que conlleva atender a una PVVIH. Esto es inaceptable debido a que los tratamientos odontológicos (endodónticos, protésicos, ortodónticos) no están contraindicados. Las intervenciones quirúrgicas deben ser realizados normalmente y el manejo de los efectos inflamatorios post quirúrgicos puede estar relacionados a un mayor riesgo de infección, considerando el factor de inmunosupresión bajo el cual se encuentran las PVVIH. (Radulky y Mikulic, 2019)

Por otra parte, se notificaron pocos casos de estigma y discriminación en la atención odontológica y al consultar a los pacientes de quien provenían estos actos la mayoría respondió que fueron por parte del odontólogo/a. Esto es totalmente inadecuado y alarmante, por quienes deberían ser facilitadores en el acceso y la atención en salud. Esta inquietante situación nos invita a reflexionar sobre la formación profesional de odontólogos/as en materia de respeto y entendimiento hacia las PVVIH y nuestro quehacer diario.

En segundo lugar, se encuentra el personal administrativo, donde las PVVIH reportan en más de una ocasión divulgación de su serodiagnóstico en la sala de espera, o en espacios donde está presente el público general vulnerando la confidencialidad del diagnóstico e información sensible contenida en la ficha del paciente.

Chong y cols, 2012, describen que las PVVIH asistentes a un hospital público, prefieren mantener oculto su serodiagnóstico por miedo al estigma de los profesionales de la salud, además de la comunidad y al entorno que pertenecen. (Chong, 2012)

7.4 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LAS PVVIH HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL PÚBLICOS Y PRIVADOS

En este estudio, todos los pacientes fueron atendidos en el Hospital San Juan de Dios, en el servicio de Cirugía Maxilofacial, derivados desde el Servicio de Infectología. En este establecimiento se les da seguimiento a las PVVIH: en caso de presentarse en condiciones óptimas de salud oral son citados dos veces al año (cada seis meses) a control odontológico; y cuando los pacientes presentan lesiones orales se les otorga atención resolutive desde el punto de vista quirúrgico y periodontal, siendo citados a control según la necesidad y el caso.

Por este motivo es preocupante la diferencia de resultados frente a la pregunta, ¿Cuántas veces al año acude a una consulta odontológica? Las respuestas se dividen en tres grupos principales, el primer grupo no acude ninguna vez al año, segundo grupo una vez al año y el tercero dos o más veces al año.

Estos resultados nos indican que existe una problemática desde la comprensión del paciente en cuanto a su enfermedad y las implicancias en salud oral que pueden existir. Asimismo, en relación, con la relevancia e importancia de mantenerse en control odontológico, manteniendo una adecuada salud oral que no interfiera en su condición de base y otorgando así una mejor calidad de vida.

Respecto a ello, y a la salud oral es importante la promoción de conductas saludables y prevención de otras patologías que se pueden ver exacerbadas por vivir con VIH. Además, que dimensionen la importancia de los controles, para pesquisar cualquier tipo de afección a tiempo, evitando así que afecte a su salud general.

Es esencial priorizar las acciones de promoción con relación a los abordajes invasivos, el tratamiento periodontal es fundamental seguido de los tratamientos restaurativos. El odontólogo/a puede desempeñar un papel esencial en el tratamiento de otras lesiones que son indicativos sobre el pronóstico para la progresión VIH. (Burgos y Cañarte, 2018). La educación, el conocimiento y el empoderamiento de las PVVIH frente a su situación de salud es clave, debido a que son los actores principales, en el cuidado y protección de su salud.

Como odontólogos/as no podemos quedar ajenos, ya que en gran parte es responsabilidad como profesión relevar la importancia y significancia de la salud oral en las PVVIH. Además de involucrarnos en el equipo de salud tratante de las PVVIH, entendiendo las diversas aristas que tiene esta patología y que el equipo de salud debe ser multidisciplinario.

Se percibe y describe alto nivel de desconocimiento en cuanto a las características de su enfermedad, implicancias, métodos de transmisión y riesgos frente a otras patologías por vivir con VIH. Además de la necesidad de controles odontológicos y seguimiento en el tiempo para educar y prevenir cualquier afección, que además pueda incidir en su salud general.

Por otro lado, existen diversos aspectos que inciden en la atención odontológica y la percepción de las PVVIH, siendo el atributo más escogido el trato amable por parte del profesional, como el aspecto más importante para las PVVIH en la atención odontológica.

Esto último invita a reflexionar y a entender que al momento de la atención odontológica nos enfrentamos a un paciente viviendo con VIH y todas las adversidades físicas, psicológicas y emocionales que conlleva esta enfermedad, además de padecer una patología bucomaxilofacial o un control odontológico. Un trato amable, cálido y respetuoso pueden significar una diferencia entre profesionales, y aún más importante la adherencia al tratamiento, o asistencia a controles, además del cumplimiento de las indicaciones entregadas por el odontólogo/a.

7.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

De modo similar a estudios internacionales en esta temática de estigma y/o discriminación a PVVIH, incluso con otros relacionados con el VIH (Elizondo, 2015), es el empleo de una muestra relativamente pequeña. Una de las causas es debido a que gran parte de las PVVIH no revela su estado serológico, dificultando así el acceso a una población más numerosa y representativa de este escenario. Sin embargo, los resultados obtenidos otorgan un panorama de las opiniones y perspectivas de los diversos problemas que enfrentan las PVVIH en la atención odontológica.

Por otro lado, para poder lograr una mejor comprensión y entendimiento de los episodios de estigma y discriminación hacia las PVVIH, se hace necesario continuar con la línea investigativa para poder correlacionar los datos obtenidos en busca de variables que incidan en la presencia/ausencia de estos actos. Uno de los puntos a trabajar es aumentar el número de participantes a estudiar, por lo que se sugiere realizar estudios multicéntricos con este objetivo. Además, de un mejoramiento de la encuesta que se ajuste más a la realidad local y nuestro sistema de salud, para ello debemos validar cuestionario propio que se ajuste a los objetivos.

8. CONCLUSIÓN

Frente al estigma y discriminación asociadas al VIH/SIDA en la atención odontológica las PVVIH declaran haber experimentado pocas experiencias de este tipo. Aunque esta baja tasa de episodios estigmatizantes y discriminatorios, están directamente relacionados con que las PVVIH prefieren y deciden en su mayoría no declarar su serodiagnóstico.

Uno de los temas a considerar en nuestro campo profesional, es el reporte de poca asistencia y concurrencias a centros odontológicos. Esto requiere diversos enfoques, desde el conocimiento de las PVVIH acerca de su salud oral y las implicancias de su diagnóstico, hasta las barreras de acceso con las que las PVVIH se pueden encontrar.

Finalmente, debemos entender que las PVVIH son un grupo presente en la sociedad chilena que requiere de nuestra preparación profesional y humana para una atención odontológica integral. Este estudio juega un papel pionero en busca de revelar y divulgar la situación actual que gira en torno a las PVVIH y la salud oral; para así poder actuar frente a falencias, errores o desconocimientos que no pueden ser permitidos en el equipo de salud, tanto oral como en general.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balasubramaniam, M. Pandhare, J. Dash, C. (2019). Immune Control of HIV. JoLS Vol. 1, No. 1, June 2019:4-37. Recuperado septiembre 2021 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6714987/>
- Burgos, A. Cañarte, D. (2018). El SIDA y su connotación en la práctica odontológica. Recuperado octubre 2021 de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD53158.pdf>
- Campillay, M. Monárdez, M. (2019) Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. Rev Bio y Der. 2019; 47: 93-107. Recuperado agosto 2021 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n47/1886-5887-bioetica-47-00093.pdf>
- Chile Positivo. (2020). I Encuesta calidad de vida de personas con VIH en Chile. Recuperado abril 2021 de: https://www.chilepositivo.org/sdm_downloads/informe-de-resultados-i-encuesta-nacional-sobre-calidad-de-vida-de-personas-viviendo-con-vih-en-chile/
- Chong, F. (2021). Estrategias de personas con vih para enfrentar el estigma asociado al vih/sida. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. Recuperado septiembre 2021 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612012000100002&script=sci_abstract
- De la Maza, J. (2020) Manifestaciones orales y recuento de linfocitos T CD4+ en pacientes adultos VIH (+) atendidos en el Hospital San Juan de Dios (Trabajo de investigación para optar al título de cirujano dentista). Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Santiago, Chile.

Departamento de epidemiología MINSAL. (2015). Evolución del VIH/SIDA Chile 2015. Recuperado julio 2021 de: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe_ejecutivo_VIH2015.pdf

Departamento de epidemiología, MINSAL. (2019). Boletín epidemiológico trimestral virus de la inmunodeficiencia humana. Recuperado octubre 2021 de: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/BET_VIH_2019.pdf

Elizondo, J. Treviño, A. Violant, D. (2015). La odontología y el estigma asociado al VIH. Recuperado marzo 2021 de: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/es_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005877.pdf

Ghosn, J. Babafemi, T. Seedat, S. Autran, B. Katlama, C. (2018) HIV. VOLUME 392, ISSUE 10148, P685-6976, 2018. Publicado. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31311-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31311-4)

HIVinfo.NIH.gov. (2021). El VIH y los hombres gay y bisexuales. Recuperado octubre 2021 de: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-los-hombres-gay-y-bisexuales>

Ministerio de la Salud. (2015). Guía clínica AUGE VIH/SIDA. Recuperado agosto de: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/497/VIH_SIDA-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de Salud (2007). Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH. Recuperado agosto 2021 de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Recomendaciones-para-la-Atenci%C3%B3n-Odontol%C3%B3gica-de-Personas-que-Viven-con-VIH-2007.pdf

ONUSIDA (2021a). Estadísticas mundiales sobre el VIH. www.unaids.org. Recuperado agosto 2021 de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

ONUSIDA (2021b). Estrategia mundial contra el SIDA 2021-2026 acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA. Recuperado junio 2021 de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

ONUSIDA. (2016). Eliminación de la discriminación en el sector sanitario. Recuperado junio 2021 de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-in-health-care_es.pdf

ONUSIDA. (2020). Evidence review: Implementation of the 2016-2021 UNAIDS strategy on the fasttrack to end AIDS. Recuperado agosto 2021 de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB47_CRP3_Evidence_Review_EN.pdf

Organización Mundial de la Salud (2020). VIH/SIDA. Recuperado agosto de 2021 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Tratamiento antirretrovírico. Recuperado agosto 2021 de: <https://www.who.int/hiv/topics/treatment/es/>

Pantoja, A. Estrada, John (2014). Discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH/SIDA: revisión de la literatura. Acta Odontológica Colombiana 4(1): 57-80. Recuperado abril 2021 de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

- Pérez, I. Morón, J. Cobos, D. (2015). Comportamientos y prejuicios de los jóvenes con relación al VIH/Sida: un estudio cualitativo con jóvenes universitarios nicaragüenses. Recuperado octubre 2021 de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012015000200004&lang=pt
- Jiménez, M. Fangb, L. Diaz, A. (2012). Perfil epidemiológico oral y necesidad de tratamiento odontológico de pacientes VIH/SIDA. Rev Clin Med Fam vol.5 no.2 Barcelona jun. 2012. Publicado. DOI: <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000200004>
- Subsecretaría de Salud Pública. (2019). Plan nacional de prevención y control del vih/sida e ITS 2018-2019. Recuperado junio 2021 de: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf
- Quinto, C. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica. (2016) Estigma y Discriminación asociados al VIH. Recuperado junio 2021 de https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00N15K.pdf
- Radusky, P. Mikulic, I. (2019). Experiencia y percepción de estigma relacionado con el VIH en varones con orientación homosexual. Rev. Científica UCN, vol. 10, núm. 2. Publicado. DOI: <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010>
- Rosas, A. Gomes, M. De Faria, V. (2008) Creencia en un Mundo Justo y Prejuicios: El Caso de los Homosexuales con VIH/SIDA. Interamerican Journal of Psychology, vol. 42, núm. 3, 2008, pp. 570-579. Recuperado septiembre 2021 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442317>

Saucedo, G. Huerta, M. Alcántar, M. Ruiz, M. Jiménez, V. y Avila, L. (2018) Estigmatización a personas con VIH-SIDA en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición, 17(3), 26-33. Publicado. DOI: <https://doi.org/10.29105/respyn17.3-4>

Sharp, P. y Hahn, B. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. Cold Spring Harb Perspect Med. Publicado. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>

Subsecretaría de salud pública (2013). Guía clínica AUGE Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Recuperado septiembre 2021 de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/VIH_SIDA.pdf

Subsecretaría de Salud Pública (2020). Directrices de la respuesta regional integrada para la prevención y control del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual 2020. Recuperado agosto 2021 de <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/DIRECTRICES-RRI-2020.pdf>

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1



Facultad de Odontología,
Universidad de Chile

Santiago, 28 de mayo de 2019

Ref.: Propuesta PRI-ODO.

Doctora

Francisca Donoso H.
IR. PRI-ODO


Departamento de Cirugía y
TBMF.Facultad de
Odontología PRESENTE

Estimada Dra. Donoso:

Junto a un cordial saludo tengo el agrado de dirigirme a usted para informarle que su Propuesta PRI-ODO titulada: "*Manifestaciones Buco Mójilo Faciales y Recuento de Linfocitos TCD4 en Pacientes Adultos VIH (*) Atendidos en el Hospital San Juan de Dios*", siendo usted la l nvestigadora Responsable y el ÍA: Dr. Marco Cornejo 0., se encuentra Aprobada por el Comité Revisor DlFO, sin observaciones.

Para asignar Código DIFO solicitamos a usted que nos haga llegar los siguientes documentos: Certificado de Aprobación del Comité de Ética Científico, pudiendo ser emitido por CEC de nuestra Facultad u otro Comité Externo Acreditado.

Agradeciendo su atención, se despide cordialmente,

 **DR.^c OLINA BERRÍOS**
Directora () de Investigación
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
O
! DE OO

A h1B'i car.

DIFO.- investiacionOdontologia.uchile.cl Teléfono. 229781845

Alameda 943, Independencia, Santiago, Chile / www.odontologia.uchile.cl / Contacto Facultad: (56-2) 2978 1715 / Contacto Clínica: (56-2) 2978 5040 - (56-2)

9.2 ANEXO 2

ENCUESTA

Buen día, mi nombre es Camila Lazo alumna de Odontología de la Universidad de Chile, junto con la Dra. Donoso del Hospital San Juan de Dios estamos haciendo un estudio sobre la percepción de PVVIH frente al servicio dental y la atención recibida. El objetivo es visibilizar las situaciones que viven día a día en la atención con el dentista y el servicio de salud.

Para ello me gustaría hacerle una pequeña encuesta anónima. Su participación es voluntaria y no interferirá en ningún modo en su tratamiento u atención. Las preguntas no durarán más de 10 minutos.

En la primera parte necesito unos datos generales:

I.- Características sociodemográficas de los participantes

Género (femenino, masculino, otro)	
Edad	
VIH (años de diagnóstico)	
Orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual, otro)	
Nivel de escolaridad (s/educación, básica, media, superior). Completo, incompleto.	
Trabajo (independiente, honorarios, a contrata, no trabaja)	
Previsión de salud (Fonasa, Isapre, s/previsión)	

II.- Percepción hacia la atención y tratamiento del VIH en la consulta odontológica

	Sí	No
¿El consultorio o clínica dental al que acude es seguro, limpio y cuenta con las normas de control de infección?		
¿Cree en la confidencialidad de las fichas clínicas odontológicas		
¿Cree que sea importante que su odontólogo esté capacitado para brindar atención a personas que viven con VIH?		
¿Le informó al odontólogo que vive con VIH?		
¿Considera que sea importante decirle a su odontólogo que vive con VIH?		

Frente a la siguiente frase: Estoy en mi derecho de no revelar mi condición de persona que vive con VIH razón por la que no le informo al odontólogo.					
Frente a la siguiente frase: Me preocupa se me niegue la atención odontológica razón por la que no le informo al odontólogo que vivo con VIH.					
Frente a la siguiente frase: Me preocupan los inconvenientes que puedan surgir en el servicio odontológico razón por la que no le informo al odontólogo que vivo con VIH.					
	Sí	No	No sé		
Frente a la siguiente frase: En general los odontólogos(as) son profesionales de la salud que se rigen por la ética profesional y por consiguiente te atienden como a cualquier otro usuario independientemente de que viva con VIH.					
¿Cree que el VIH/sida se pueda transmitir en el consultorio odontológico?					
¿Cree que su odontólogo le puede transmitir el VIH?					
¿Cree que pueda transmitirle el VIH al odontólogo?					
¿Cree que pueda transmitirle el VIH a otras personas que acudan al mismo consultorio o clínica odontológica en el que recibe atención?					
¿Cree que pueda adquirir otra infección de la atención en el consultorio o clínica odontológica por vivir con VIH?					
¿Cree que las personas que viven con VIH deban atenderse en consultorios o clínicas odontológicas en donde SOLO se atiendan a personas con VIH?					
¿Cree que las enfermedades dentales afectan su estado de salud general?					
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	No sé
¿Cómo considera su estado de salud dental?					

III.- Percepción del estigma y discriminación asociados al VIH y el sida

	Sí	No
1. Además del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital, ha asistido al dentista		
Si la respuesta es positiva, realizar las siguientes preguntas		
2. La atención odontológica ha sido en: (Puede marcar más de una opción)		
Consultorio/CESFAM		
Centro de Referencia de Salud		
Consultorio particular		

Para contextualizar la siguiente sección, quisiera definir el concepto de estigma y discriminación. El estigma es otorgar características negativas o despectivas a un grupo, provocando la exclusión social y la discriminación son hechos concretos como malos tratos, murmullos o trato injusto.

Las siguientes preguntas son con relación a la percepción del estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA. Las respuestas son de frecuencia; nunca/casi nunca/ de vez en cuando/ a menudo/ muy a menudo.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
¿Ha experimentado alguna situación de discriminación por parte de algún odontólogo por vivir con VIH?					
¿En los últimos 2 años? ¿Con qué frecuencia se le ha negado la atención odontológica debido a que vive con VIH?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica dan o le dieron excusas para negar el servicio debido a que vive con VIH?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica se demoran o han demorado más en atender que al resto de los usuarios?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica realizan o han realizado murmullos, miradas o risas sobre su persona?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica se le culpabilizó, deslegitimó, o calificó por vivir con VIH?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica opinaron negativamente sobre su vida y comportamientos sexuales?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica lo atendieron con disgusto, indiferencia o de manera despectiva?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica evitaron el contacto con su sudor o con su piel?					

¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica mostraron temor o inseguridad al momento de realizarle curaciones, suturas, inyecciones y/u otros procedimientos odontológicos?					
¿Cuándo ha asistido a un consultorio o clínica odontológica solicitaron que se desechen los materiales que utilizaron con usted, argumentando el alto riesgo que se tiene debido a que vive con VIH?					

	Odontólogo/a	Personal administrativo (secretaria, SOME, etc)	Personal auxiliar (asistente dental)
3. Si alguna de las respuestas a las preguntas anteriores fue: De vez en cuando/ A menudo/ Muy a menudo, me podría decir quién cometió el acto discriminator: (Puede marcar más de una respuesta)			
		Sí	No
4. Si alguna de las respuestas a las preguntas anteriores fue: De vez en cuando/ A menudo/ Muy a menudo. ¿Esto afectó la continuidad del tratamiento o cumplimiento de las indicaciones?			
5. ¿Cree que la actitud del odontólogo tratante en la atención ha interferido en su relación con el profesional?			

IV.- Percepción hacia los prestadores y servicios de salud oral públicos y privados.

1. ¿Cuántas veces al año acude a una consulta odontológica?	
Ninguna	
Una vez al año	
Dos o más veces al año	

2. ¿Qué aspecto valora más, o es más importante en la atención odontológica? (Escoger 3 más relevantes)	
Conocimiento del profesional	
Experiencia del profesional	
Formalidad	
Precio	
Trato amable	
Trato respetuoso	
Aspecto del consultorio	
Higiene del consultorio	
Aspecto personal del odontólogo	