



Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia

**EXPERIENCIA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH RESPECTO A LA
COMUNICACIÓN QUE SE ESTABLECE CON EL EQUIPO DE SALUD EN LA
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS COMUNAS DE CONCEPCIÓN Y
VALDIVIA.**

**POR: DIEGO MAX BARNAL CUZMAR, CATALINA FERNANDA CONTRERAS
VINET Y LUIS ALBERTO HERNÁNDEZ BURGOS.**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de Licenciado en Odontología.**

PROFESOR GUÍA:

Socióloga, INGRID GONZÁLEZ TORRES.

Noviembre, 2018

CONCEPCIÓN.

© Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Dedicado a profesionales y estudiantes de Odontología, para que tomemos conciencia del estigma que actualmente existe en las personas que viven con VIH, y los efectos adversos que tiene la discriminación en el cuidado y tratamiento de nuestros pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestro equipo de investigación, por su compromiso y esfuerzo en llevar a cabo este proyecto, especialmente a nuestra profesora guía Soc. Srta. Ingrid González Torres y a la profesora coordinadora de la asignatura E.U. Srta. Constanza Neira.

También agradecemos a nuestras familias, amigos y docentes de otras áreas, que apoyaron dando ánimo y buenas ideas para llevar a cabo este proyecto; el cual se aleja un poco de las investigaciones convencionales en el área clínica odontológica, pero resulta un tema importante para la salud pública y formación de nuevos profesionales en odontología de nuestro país.



“La falsa imaginación te enseña que cosas tales como la luz y la sombra, el largo y el alto, lo blanco y lo negro son diferentes y tienen que ser discriminadas; pero ellas no son independientes una de la otra; ellas son aspectos diferentes de la misma cosa, ellos son conceptos de relación, no la realidad”.

Buda Gautama.

TABLA DE CONTENIDOS

	Páginas
DEDICATORIA.	3
AGRADECIMIENTOS.	4
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.	6
1.- RESUMEN.	7
2.- INTRODUCCIÓN.	9
3.- MARCO TEÓRICO.	11
4.- OBJETIVOS.	33
5.- MATERIALES Y MÉTODOS.	34
6.- RESULTADOS.	41
7.- DISCUSIÓN.	62
8.- CONCLUSIONES.	68
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	71
10.- ANEXOS.	74

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA N° 1: Fármacos que se utilizan actualmente en la terapia antiretroviral (TARV) combinada con su mecanismo de acción y principales efectos adversos.

TABLA N° 2: Categorización de las variables.

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA N° 1: Casos confirmados de VIH en mayores de 13 años (inclusive) y tasas*, por año. Chile, 2010 – 2015.

FIGURA N° 2: Historia natural de la enfermedad y tiempo transcurrido (semanas / años) en relación al recuento de linfocitos TCD4 y copias de RNA del VIH/mL de plasma.

1.- RESUMEN

Introducción: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) sigue siendo un problema importante para la salud pública en el mundo. En Chile en los últimos años aumentó considerablemente la incidencia de la enfermedad. Las prácticas y actitudes discriminatorias hacia personas VIH(+) aún son frecuentes en nuestro país, manifestándose en atención sanitaria, pese a las políticas públicas e intentos de sensibilización que se han desarrollado. Así, en la atención odontológica se describen eventos de discriminación, principalmente por temor al contagio, conceptos erróneos, o desinformación acerca de las vías de transmisión y probabilidad de contagio del virus durante la consulta odontológica. **Objetivo:** Conocer la experiencia de personas que viven con VIH respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud en la atención odontológica en las comunas de Concepción y Valdivia. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación de tipo cualitativa, con enfoque fenomenológico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, en usuarios portadores de VIH mayores de 18 años, que recibieron atención odontológica, en establecimientos tanto públicos como privados dentro de las comunas de Concepción y Valdivia, previa firma de consentimiento informado. La cantidad de entrevistas a realizar se definió según el criterio de saturación del discurso, realizando finalmente un número de 8 entrevistas. Se resguardó la identidad del usuario y confidencialidad de la información. Con la información recolectada se realizó un análisis de contenido, para el cual se definieron categorías y subcategorías, las que se construyeron en base a los objetivos de investigación. **Resultados:** A partir de las categorías se analizó la percepción

de los usuarios previo a la atención odontológica, la cual se describió como satisfactoria, considerando como eje central la identificación del profesional y confianza establecida con anterioridad. La mayoría de los entrevistados describieron que siempre es oportuno entregar la información de portador al equipo de salud, sin embargo, esto se vio cuestionado por diversos factores: anamnesis deficiente, estadio de la enfermedad y problemas con la confidencialidad de la información entregada. La mayoría de los usuarios manifestaron no haber estado expuestos a situaciones de discriminación en la consulta odontológica, sin embargo, relataron silencios incómodos o medidas de bioseguridad exageradas; de forma contraria, en la atención médica, se describieron eventos discriminatorios tanto verbales como no verbales. **Conclusión:** La atención odontológica se describe como satisfactoria, pero con una comunicación deficiente, dos de los factores determinantes son la anamnesis precaria y el no uso del consentimiento informado, considerando que son de vital importancia para lograr confianza y empatía. Es importante el impacto que este tipo de investigaciones tiene en el área odontológica, considerando que aspectos psicosociales en pacientes VIH se plantean muy poco en investigaciones a nivel nacional. Conocer la percepción, expectativas y condiciones que el usuario describe en su encuentro con el odontólogo, nos ayuda a crear o mejorar estrategias para realizar una anamnesis efectiva, mejorar diagnósticos, adherencia a tratamientos y finalmente entregar una atención satisfactoria.

PALABRAS CLAVES: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Comunicación Efectiva, Discriminación, Estigmatización, Atención Odontológica.

2.- INTRODUCCIÓN

El primer caso diagnosticado de VIH/SIDA en el mundo fue en el año 1959, en Chile fue en el año 1984, desde ahí en adelante se ha visto un aumento considerablemente en la incidencia de la enfermedad.

Es por esto que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) sigue siendo un problema importante para la salud pública en el mundo, dónde no solo constituye una enfermedad física, sino también una enfermedad social y moral (Contardo, 2011), lo anterior basado en las reacciones, juicios y prejuicios a los que se ven enfrentados tanto los usuarios portadores, como la población considerada de alto riesgo para adquirir la patología. Estos eventos discriminatorios, además de darse en situaciones cotidianas del día a día, también se pueden ver en situaciones de salud (Vidal et al, 2005), donde muchas veces los profesionales pertenecientes a los distintos grupos multidisciplinarios destinados a tratar la enfermedad, en lugar de velar por el bien del paciente, se transforman en protagonistas de dicha discriminación.

Es así como se evidencia que las prácticas y actitudes discriminatorias hacia personas VIH(+) aún son frecuentes en nuestro país, manifestándose en atención sanitaria, pese a las políticas públicas e intentos de sensibilización que se han desarrollado. Así, en la atención odontológica se describen eventos de discriminación, principalmente por temor al contagio, conceptos erróneos, o desinformación acerca de las vías de transmisión y probabilidad de contagio del virus durante la consulta odontológica.

En cuanto a la insatisfacción y discriminación percibida por los usuarios portadores de VIH, en las distintas situaciones de salud, se encuentra como causa principal de éstas el gran desconocimiento y falta de instrucción por parte de profesionales y equipos de salud en general, en temas cruciales como los son los aspectos éticos y legales basados en un contexto social y emocional (Vidal et al, 2005).

En cuanto a la importancia del estudio, se destaca fundamentalmente la necesidad de instaurar una educación verdaderamente integral para los profesionales de la salud, basada principalmente en un modelo biopsicosocial, que le otorgue las herramientas necesarias al profesional para lograr una comunicación efectiva con el usuario, además de que le permita ser consciente de los distintos eventos discriminatorios existentes en salud, para así erradicar o al menos disminuir dicha discriminación en usuarios portadores de VIH.

3.- MARCO TEÓRICO

3.1.- HISTORIA Y EVOLUCION DEL VIH/SIDA EN CHILE Y EL MUNDO.

El primer caso de VIH diagnosticado en el mundo corresponde al de un individuo de sexo masculino proveniente del Congo en 1959. Desde entonces el VIH/SIDA, enfermedad definida como “infecto- contagiosa” por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2016), o más bien “infecto-transmisible”, e extendió rápidamente a través de la población mundial, generando una de las pandemias más representativas de nuestra época, y para la cual aún no existe cura definitiva.

Es en 1981, veintidós años después se descubre y describe por primera vez, en la Universidad de California (EE. UU) el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En 1984 recién se identifica el virus responsable de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), un retrovirus al que llamaron “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” (VIH) (Arriagada, Tejos, Navarrete, 2014).

El primer caso diagnosticado en Chile fue el del profesor Edmundo Rodríguez Ramírez de 38 años, el diagnóstico, se notificó en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile en 1984, por los médicos Dr. Fernando Figueroa y Dr. Guillermo Acuña. Desde ahí se registraron prontamente (en el mismo año) casos en las regiones de Valparaíso, Biobío y Metropolitana. Edmundo Rodríguez Ramírez fallece de SIDA el 22 de agosto de 1984 (Robles, 2016).

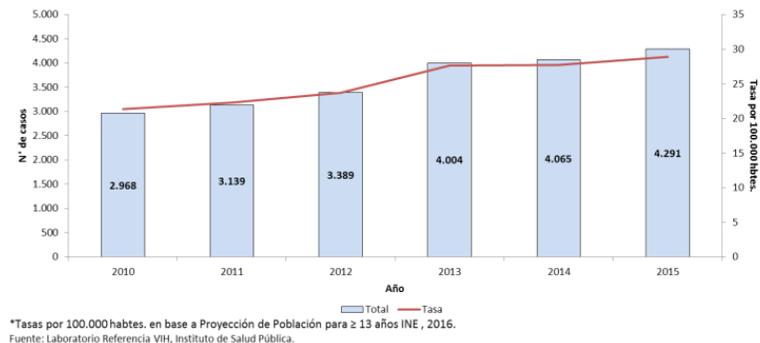
Hoy en día el VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. Es por eso que la OMS (2016) ha publicado una serie de directrices normativas, además de ayudar a los países a formular y aplicar políticas y programas destinados a mejorar y ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesitan.

A mediados de 2016, 18,2 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 46% [43-50%] de los 36,7 millones de personas que viven con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2015 a nivel mundial.

Según datos del Ministerio de Salud, en Chile entre 1990 y 2011 han muerto 67.842 personas por SIDA y se han notificado 29.092 casos de VIH/SIDA hasta el 2012.

La población portadora de VIH/SIDA hasta el 2015 alcanzaban los 4.291 en Chile, aumentando un 45% en solo 5 años, según el último boletín de vigilancia de dicha enfermedad elaborado en noviembre del 2016 por el Instituto de Salud Pública (ISP) del Ministerio de Salud. Las regiones donde se encuentran las tasas más altas son Arica y Parinacota, Tarapacá, y la Región Metropolitana, debido al tipo de demografía que poseen.

**FIGURA N° 1: Casos confirmados de VIH en mayores de 13 años (inclusive) y tasas*, por año.
Chile, 2010 – 2015.**



Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.

En Chile, esta patología corresponde a una enfermedad sometida a vigilancia sanitaria y de notificación obligatoria; todas las muestras positivas al tamizaje local deben ser referidas al Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) para confirmación, donde se mantiene además un programa especial para el estudio y seguimiento de hijos de madres VIH positivas (ISP, 2016).

3.2.- FISIOPATOLOGÍA Y TRANSMISIÓN DEL VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). “Este virus infecta a células portadoras de la molécula CD4 y permanece latente en ellas, siendo las más importantes la subpoblación de linfocitos T CD4 (LTCD4)” (Afani, Roessler, 2013). “El VIH se transmite sobre todo por contacto (homosexuales y heterosexuales); con la sangre y los hemoderivados, y por contagio de la madre infectada a su hijo durante el parto, el periodo perinatal o a través de la leche materna” (Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, 2016).

El VIH pertenece a la familia Retroviridae, subfamilia lentivirus, existiendo dos tipos: VIH-1 y VIH-2. Ambos tipos de VIH se dividen en grupos y subtipos, siendo el VIH-1, grupo M, subtipo B el más común en Chile y países desarrollados, a diferencia del subtipo C predominante a nivel mundial sobretodo en África (Afani, Roessler, 2013).

El VIH ingresa al organismo ya sea directamente a través del torrente sanguíneo, o a través de mucosas, pudiendo ingresar como virus libre o en células infectadas. La integración del virus al genoma celular hace que la principal vía de transmisión sean las células infectadas. Éstas, pueden corresponder tanto a células del sistema inmune ubicadas en submucosas (macrófagos, células dendríticas (CD)) como a células de la mucosa vaginal o anal (Afani, Roessler,2013).

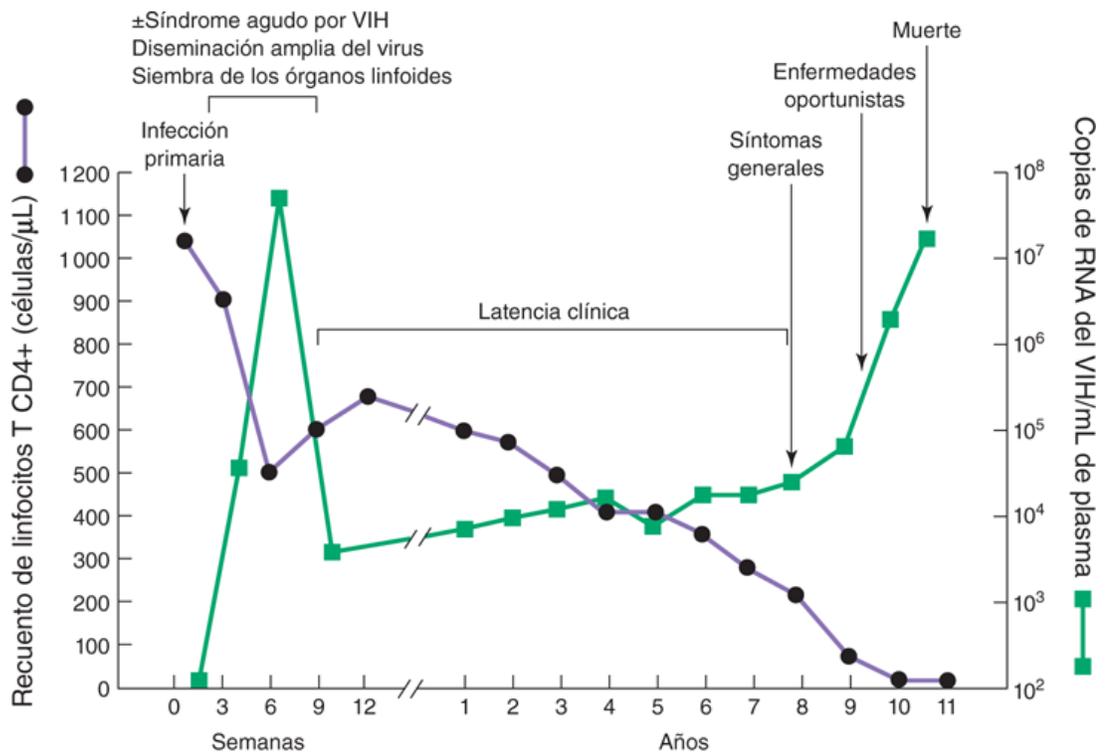
Los linfocitos T colaboradores se definen fenotípicamente por tener la molécula CD4 en su superficie. Esta molécula funciona como principal receptor celular del VIH. Además, para permitir la fusión y penetración del virus en las células diana, debe haber también un correceptor. (Kasper et al., 2016). “El VIH utiliza dos correceptores, CCR5 y CXCR4, fundamentales para la fusión y la entrada; estos correceptores también son receptores fundamentales para ciertas citocinas de atracción química denominadas *quimiocinas (...)*” (Kasper et al., 2016).

Se han demostrado *in vitro* varios mecanismos que ocasionan la disfunción inmunitaria de los linfocitos T CD4+ y la reducción en el número de los mismos; éstos incluyen infección directa y destrucción de dichas células por VIH y la eliminación de células infectadas por el sistema inmunitario, así como los efectos indirectos, como el

agotamiento inmunitario por la activación celular aberrante y la activación de la muerte celular inducida (Kasper et al., 2016).

Los pacientes con disminución de linfocitos T CD4+ bajo ciertos valores se encuentran en riesgo de desarrollar varias enfermedades oportunistas, en particular las infecciones y neoplasias que definen al SIDA.

FIGURA N° 2: Historia natural de la enfermedad y tiempo transcurrido (semanas / años) en relación al recuento de linfocitos TCD4 y copias de RNA del VIH/mL de plasma.



Fuente: Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo: Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e: www.accessmedicina.com Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

La infección por el VIH es relativamente única en el marco de las infecciones virales humanas por el hecho de que, a pesar de las enérgicas respuestas de la inmunidad humoral y celular que se desencadenan tras la infección primaria, el virus no es eliminado

totalmente del organismo, por el contrario, parece desarrollarse mejor gracias a la activación inmunitaria.

En cambio, se desarrolla una infección crónica que se mantiene con diversos grados de replicación del virus durante una mediana de aproximadamente 10 años antes de que el sujeto manifieste una enfermedad clínica. Es este estado crónico de la infección lo que resulta característico de la enfermedad por el VIH (Kasper et al., 2016).

Los mecanismos inmunológicos permiten neutralizar los nuevos viriones y regenerar las células inmunes que se destruyen aceleradamente, lográndose un equilibrio entre la cantidad de virus circulante, carga viral (CV) y el sistema inmunológico, medido habitualmente como recuento de linfocitos CD4. De esta manera la persona infectada se mantiene asintomática, etapa A, sin embargo, después de un periodo variable de tiempo se rompe este equilibrio, la CV comienza a aumentar y los recuentos CD4 declinan progresivamente. El deterioro inmunológico permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a las etapas B y C (SIDA) y a la muerte en un tiempo variable de no mediar tratamiento (MINSAL, 2013).

3.3.- TERAPIA FARMACOLÓGICA ANTIRRETROVIRAL

Es posible inhibir el VIH mediante tratamientos en los que se combinan tres o más fármacos antirretrovíricos. Aunque el TAR no cura la infección, frena la replicación del virus en el organismo y permite que el sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para combatir las infecciones (OMS, 2018).

Se recomienda proporcionar TAR de por vida a todas las personas infectadas, incluidos los niños, adolescentes y adultos, y las mujeres embarazadas y que amamantan, con independencia de su estado clínico y de su recuento de CD4. Hasta julio de 2017 habían adoptado esta recomendación 122 países, que abarcan el 90% de las personas infectadas por el virus (OMS, 2018).

“Los fármacos utilizados actualmente: dolutegravir y efavirenz a dosis bajas como tratamiento de elección, y raltegravir y darunavir/ritonavir como segunda elección” (OMS, 2018).

TABLA N° 1: Farmacos que se utilizan actualmente en la terapia antiretroviral (TARV) combinada con su mecanismo de acción y principales efectos adversos.

Clase	Nombre genérico	Mecanismos de acción	Efectos adversos
Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos (ITRN)	Abacavir (ABC), Didanosina (ddl), Estavudina (d4T), Lamivudina (3TC), Zidovudina (AZT) Tenofovir (TDF)*	Impiden la infección aguda de las células, ya que actúan sobre la transcriptasa reversa, impidiendo que el RNA viral se transforme en DNA complementario	toxicidad mitocondrial; toxicidad hepática, lipoatrofia, anemia, miopatía, neuropatía periférica, pancreatitis
Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No-Análogos de Nucleósidos (ITRNN)	Efavirenz (EFZ), Nevirapina (NVP), delavirdina		Elevación de las enzimas hepáticas, dislipidemia, exantema y síndrome de Stevens-Johnson.
Inhibidor de Proteasa	Fosamprenavir (FPV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV), Indinavir (IDV), Lopinavir (LPV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV)	Actúan impidiendo la clivaje de la proteasa del polipéptido precursor viral y bloquea la maduración del virus	Toxicidad metabólica; lipodistrofia, dislipidemia, hiperglicemia, resistencia a insulina, diabetes, intolerancia gastrointestinal, toxicidad hepática
Inhibidores de la entrada del VIH		Impiden la entrada del material genético viral por su acción en el mismo local de la entrada del VIH en la célula que expresa receptor CD4	Reacciones de Hipersensibilidad, principalmente local, o, más raramente sistémica
Inhibidor de fusión	Enfuvirtida (T-20)		

*análogo de nucleotídeo.

3.4.- EL INICIO CHILENO DE UNA ENFERMEDAD MORAL.

El 30 de mayo de 1984 fue internado en el hospital clínico de la Universidad Católica de Chile “Edmundo”, paciente homosexual, quién fue la primera persona diagnosticada por VIH en Chile. Atendido por el Dr. Andrés Palacios (becado de la especialidad de

gastroenterología de dicha universidad), realizó el diagnóstico junto a su docente el Dr. Guillermo Acuña, quien había realizado sus estudios de infectología en la Universidad de California (UCLA), entre los años 1979 – 1982, donde participó en forma indirecta en diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH justo en el lugar y años donde fue descubierta la enfermedad. La información formal respecto al caso y a la enfermedad fue entregada en las “Primeras Jornadas Médicas del Hospital Paula Jaraquemada” en agosto del año 1984. En aquella época en Chile se tenía muy poco conocimiento de la enfermedad, solo se hablaba de manera informal de la *epidemia rosa* que había sido descubierta en EE. UU, pero desde ese momento y luego cuando en 1986 murió la primera mujer con VIH en la ciudad de Valparaíso estalló una histeria colectiva; así el SIDA se tradujo en una epidemia que estaba relacionada con conductas sexuales inapropiadas (propia de grupos de homosexuales), la marginalidad de ciertos sectores y un temor desmedido a ser contagiado.

En lo que se refiere a la época y en relación a la atención en salud, el temor al contagio se manifestó incluso entre profesionales médicos y personal de salud, como se relata en “Raro; una historia gay de Chile”:

“La alarma ocurrió incluso entre los médicos, según relata Guillermo Acuña, quienes a pesar de contar con la información de que se trataba de una enfermedad que se contagiaba solo por contacto directo con la sangre del

infectado, reaccionaron como si se trataba de un tipo de epidemia distinto” (Contardo, 2011).

Al mencionar al SIDA como una *enfermedad moral* nos referimos a que esta enfermedad no solo afecta a la sociedad desde el punto de vista sanitario, sino que también cava en dilemas éticos relacionados con grupos de alto riesgo de ser portadores y que han sido estigmatizados socialmente a través de la historia. Esta enfermedad moral, junto con el miedo que genera el contagio por una patología que no tiene cura y es sinónimo de muerte, son los dos factores principales que se conjugan en el fenómeno de la discriminación.

3.5.- DISCRIMINACIÓN, AMBIENTE SANITARIO Y REFORMA EN SALUD.

El tema de la discriminación en el ambiente sanitario respecto a pacientes portadores se ha estudiado bastante, múltiples autores concuerdan con que la acción de las políticas públicas y la formación de nuevas generaciones de profesionales han fomentado el conocimiento colectivo de la enfermedad y así ha disminuido considerablemente la discriminación en salud. Esta mejora incluso la menciona Wolff (1996), considerando los pocos años transcurridos desde que llegó la pandemia a Chile.

Con la reforma en salud y la instauración del GES que originalmente era el plan AUGE, comenzaron a estar en palestra temas bioéticos relacionados con la discriminación, libre elección de profesionales y firma del consentimiento informado, entre otros. La igualdad de oportunidades en la atención de salud como garantía, toca tácitamente la no discriminación como un principio, colocando a la equidad como un valor fundamental (Rosselot, 2003).

A medida que avanza la reforma con los años e incorporado el VIH como patología GES, cubriendo de garantías tanto en el sector público como privado, se establece la igualdad y oportunidades para todos los usuarios, teniendo acceso a terapias de alto costo, asistencia, tecnología y disponibilidad de equipos especializados.

3.6.- EN RELACIÓN A REVELAR EL ESTADO DE PORTADOR Y CONFIDENCIALIDAD EN ATENCIÓN MÉDICA Y DENTAL – CONTROVERSIAS AL RESPECTO.

Entre los aspectos éticos atinentes en la atención clínica de usuarios con VIH SIDA se encuentran el derecho de los pacientes a ser atendidos, las condiciones requeridas para la atención, el derecho de los pacientes sobre decidir informar o no sobre su estado y la confidencialidad sobre su condición de portador, por parte del profesional, entre otros (Wolff 1996). Estos dos últimos puntos han generado bastante controversia desde el punto de vista bioético, abarcando publicaciones relacionadas con el área odontológica.

Hay autores que mencionan el tema y refieren principalmente a la notificación a terceros (personas que han tenido contacto con el usuario portador) y la información revelada desde el usuario al profesional tratante.

La Comisión Nacional del SIDA estipula entre sus “principios éticos, el derecho a la vida, la decisión en conciencia libre e informada, la privacidad y la confidencialidad; respeto por los valores, creencias y dignidad de las personas; defensa de la solidaridad y rechazo a la discriminación”. Es así como con posterioridad a la constitución de la comisión, el

Decreto Ley Garantías Explícitas en Salud (GES) incluye a las personas con VIH+ y a los enfermos de SIDA en el acceso a tratamiento antirretroviral (MINSAL, 2005).

M. Verónica Anguita, perteneciente al Centro de Bioética de la Universidad del Desarrollo expone que estos principios éticos dejan desprotegida a la sociedad, pues no exige informar a quienes están susceptibles a ser contagiados o al médico tratante y menciona que:

“es así como se ha elaborado una ley que no sanciona la omisión de datos tan relevantes para la salud individual como publica”; refiere que el amparo legal va contra su propio objetivo y que no se trata de romper la debida reserva de las personas, sino solo cuando la persona infectada no está dispuesta a revelar la verdad y con ello hace correr serios riesgos a los demás” (Anguita, 2008).

Es una línea muy fina en este dilema ético en que entran en contradicción los enfoques individuales y sanitarios, ya que el paciente tiene derecho a reclamar secreto profesional, amparado por la ley y por otra parte se menciona que guardar la información va en contra de un bien social.

En el libro *Ética y Odontología* de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, menciona desde un punto de vista bioético la relación que se establece entre el odontólogo y el usuario VIH (+). Menciona nuevamente el manejo de la información y el consentimiento informado y la diferencia de basarse en un criterio uniliterarista, donde aplicando el principio de beneficencia hacia terceros, puede justificar el quebrantamiento

de la confidencialidad y por el contrario la posición de una ética deontológica, donde se debe mantener el respeto absoluto a la autonomía del paciente y a su confidencialidad (Cardozo, Rodríguez, Lolas, Quezada, 2006). Por este motivo el consentimiento informado juega un rol fundamental que respeta la participación voluntaria del paciente en tratamiento y estudios, donde la responsabilidad queda establecida entre el usuario y el profesional, así como la individualidad en el manejo de la información.

Respecto al profesional odontólogo expuesto en la práctica clínica, existen las normas de bioseguridad que se encuentran establecidas en el código sanitario. Estas normas se utilizan para minimizar el peligro de seroconversión y es necesario un estricto cumplimiento y aplicación de medidas de protección. Este aspecto introduce nuevas variables de interés, sobre todo si consideramos que no siempre el profesional conoce el estado serológico del paciente quien, contra cualquier apariencia, puede ser seropositivo. Es parte de la conciencia moral del usuario informar sobre su condición de portador al dentista tratante, pero muchas veces no lo realiza por distintos motivos dejando al profesional expuesto a algún tipo de infección (Cardozo et al., 2006).

Desde el punto de vista odontológico, se puede notar bastante controversial debido a las normas de bioseguridad aplicadas en clínica. Las “Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH” establecen normas claras al respecto y se refieren principalmente al manejo del material, considerando solo las normas generales de bioseguridad. La esterilización del instrumental, equipo rotatorio y manejo del aerosol y protección de salpicaduras, uso de uniformes, entre otros son puntos importantes a

considerar (MINSAL, 2007) aunque no se debieran salir del margen a considerar con cualquier paciente, tomando en cuenta que no en todos los casos los usuarios, pudiese tener conocimiento de su condición de portador de VIH o alguna otra enfermedad infecto contagiosa.

Es importante mencionar que la anamnesis es la instancia en que se puede preguntar al usuario sobre su estado de portador. Esta etapa de la atención médica y odontológica es de vital importancia para lograr confianza y empatía con el usuario, para así obtener toda la información necesaria para un diagnóstico preciso y un adecuado tratamiento, así menciona Cuenca (2014), que en la historia clínica es donde los conocimientos, la destreza y la experiencia del personal médico-estomatológico suelen ser puestos a prueba y con más rigor. La información contenida en esta puede obtenerse por diferentes vías, a través del método clínico y del trabajo semiológico.⁴ La anamnesis constituye la recolección de la información de la entrevista médica y es la más poderosa herramienta diagnóstica del médico (Cuenca et al.,2014).

La historia clínica tradicional ha tenido casi siempre un carácter biológico, ya que descuida los aspectos psicológicos y sociales del paciente, los cuales quedan incluidos en el concepto o definición de entrevista médica. Es necesario lograr tres objetivos esenciales: conocer la historia clínica, a la persona durante el proceso y establecer con ella una relación positiva. Esta es la estrategia, pero la táctica (cómo hacerlo) deberá ser flexible con cada paciente.⁹Se impone la capacidad del profesional de la salud de lograr establecer el *rapport* entre médico y paciente, para conseguir que brinde toda la

información necesaria. Esta es la base para el comienzo de la integración del pensamiento médico en la atención al paciente (Cuenca et al.,2014).

3.7.- GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD Y VIH/SIDA.

El VIH/SIDA se encuentra dentro del programa de Garantías Explícitas de Salud (GES), que tiene como objetivo dar garantía de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad a los usuarios que posean una de las 80 patologías incluidas en este programa (MINSAL, 2013).

Al momento de hablar de garantías, es importante destacar la calidad, puesto a que ésta última no es solo un ítem aislado, sino que es un conjunto de propiedades, elementos y circunstancias percibidas por el usuario y que permite caracterizarla y valorarla como superior, respecto a otras de su especie (MINSAL, 2005).

Si bien comprende elementos como: un buen nivel científico-técnico, costo mínimo de recursos (eficacia), menor riesgo posible (seguridad hacia el usuario), y máximo grado de satisfacción para el usuario (MINSAL 2007), es el último el que determinara la definición de calidad por parte del usuario, puesto que engloba a la mayoría de los elementos anteriormente mencionados además de agregar aquellos mas subjetivos como lo son la amabilidad y disponibilidad de profesionales para ayudar al usuario, apoyo físico y emocional del usuario como de la familia en relación a expectativas, empatía, confianza, calidez y humanización del personal, los aspectos ya mencionados son de real valor para los usuarios, debido a que hoy en día el concepto de satisfacción considera la percepción

del usuario respecto a la atención, pero también valora sus expectativas en el “como debiera ser atendido” y a su vez, otras dimensiones que se extrapolan más allá de sanar su enfermedad o solucionar su problema de salud.

A demás de ser un indicador de calidad, la satisfacción en los usuarios de salud portadores de VIH/SIDA es importante, debido a que por su condición de portadores se encuentran constantemente expuestos a desinformación, y prejuicio por parte del personal y de profesionales indebidamente capacitados. También cobra importancia al considerar que el usuario seropositivo acude constantemente a los distintos servicios de salud.

Uno de los servicios que juega un papel importante en la salud integral de un usuario portador de VIH/SIDA es el odontológico, ya que durante este servicio es posible pesquisar lesiones características que nos podrían orientar hacia un diagnostico positivo. Además de también ayudar a prevenir las infecciones y enfermedades oportunistas invitadas por la inmunosupresión del paciente (MINSAL, 2007).

Durante la consulta odontológica se debe procurar resguardar la salud tanto del usuario como la del profesional, para esto existe una serie de protocolos a seguir en los que se detalla y especifica como operar (MINSAL, 2007). Se debe procurar también generar un ambiente grato de confianza y tranquilidad entre usuario y operador, entendiendo que el paciente es un ser que no solo vive un ámbito biológico, sino que uno biopsicosocial y que el profesional debe intentar satisfacer los tres ámbitos mientras sea posible.

3.8.- DISCRIMINACIÓN, VIH Y ATENCION DENTAL.

En la investigación *Discriminación por VIH/SIDA, cambios y continuidades 2002-2005* de la Universidad Arcis, Vivo positivo y FACSIO Chile, se desarrolló el tema de discriminación en la atención médica mencionando en forma específica la atención odontológica.

Describe casos paradigmáticos de la atención dental, recogiendo testimonios de usuarios que no fueron atendidos en el sistema público, debido a que la mayoría de las veces el policlínico no recibe interconsultas o derivaciones, teniendo que acceder al sistema privado de salud.

Relacionado con lo anterior, manifiestan discriminación en las largas horas que deben esperar para ser atendidos ya que abiertamente les informan que por su condición deben ser atendidos al final. En la publicación también mencionan casos de discriminación en que se les obligó a usar guantes para firmar documentos y que las medidas de bioseguridad eran realmente excesivas al llevar a cabo la atención dental (Vidal, Carrasco, Santana, 2005).

En términos generales la mayoría de los usuarios entrevistados mencionan que existe una importante falta de conocimiento de los odontólogos respecto al tema y que faltan especialistas preparados en la atención de usuarios con VIH/SIDA. Por otra, mencionan que este tipo de situaciones a llevado a usuarios a ocultar su condición de seropositivos para evitar muestras de discriminación (Vidal et al., 2006).

Esta investigación fue realizada hace bastantes años y sin duda las condiciones respecto a la información manejada por funcionarios de salud y a la formación de profesionales jóvenes ha ido cambiando de manera positiva en el tiempo.

En una investigación llevada a cabo el año 2015 titulada: *La odontología y el estigma asociado al VIH*, se analizó mediante una encuesta a una población de 134 usuarios seropositivos en la localidad de Nuevo León, México que habían asistido a consultas odontológicas. Como resultado arrojó 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 (Elizondo, Treviño, & Violant, 2015).

Respecto al nivel académico, la formación de profesionales de odontología y el tema del VIH/SIDA en el país no hay muchas publicaciones. En Colombia el año 2011 se publicó en la revista de bioética un artículo titulado: *Actitud de los estudiantes de tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH*. Los resultados mencionaron que existe bastante temor por parte de los estudiantes al enfrentarse a la situación de atender a un paciente portador y faltan herramientas tanto técnicas como psicosociales; hace la comparación que los resultantes son bastante coincidentes con investigaciones realizadas en Países Americanos e Irlanda. (Acosta de Velásquez, Perez-

Then, Mueses, Pinzón, 2011).

3.9.- ESTIGMATIZACION DE PACIENTES PORTADORES CON VIH/SIDA

En salud el estigma se define como un proceso social caracterizado por exclusión, rechazo, culpa o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o anticipación razonable de un juzgamiento social adverso sobre una persona o grupo; es un “prejuicio, desprestigio, discriminación dirigida a las personas que se percibe tienen VIH/SIDA y los individuos, grupos y comunidades con las que están asociadas” (Estrada, Pantoja, Sanchez-Alfaro, 2014).

Los temores irracionales a la infección por el VIH, así como las actitudes y juicios negativos hacia las personas que viven con el VIH persisten a pesar de décadas de campañas de información pública y otros esfuerzos de sensibilización. Las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH enfrentan altos niveles de estigma debido, entre otras cosas, a su género, orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o comercio sexual (ONUSIDA, 2017).

Los estudios sobre el estigma y la discriminación, así como el comportamiento de demanda de atención de salud, muestran que las personas que viven con el VIH que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la inscripción en la atención médica hasta que están muy enfermas (ONUSIDA, 2017).

Según ONUSIDA (2017), el estigma en cuanto al SIDA está asociado a la perversión y a un comportamiento inmoral, asociado al temor e ignorancia acerca de los mecanismos de transmisión. La enfermedad tiene una implicación ética y moral que transgrede la identidad de las personas: intimidad, orientaciones o preferencias, relaciones interpersonales, formación, valores y creencias.

Por lo tanto, como menciona Estrada (2014), el estigma es un atributo que desacredita y arruina la identidad, generando efectos indeseables en la condición humana.

Las desfiguraciones o marcas de una enfermedad estigmatizan debido a que rompen las convenciones culturales sobre lo aceptable en apariencia y comportamiento. El VIH/SIDA es una enfermedad altamente estigmatizante, percibida como fatal (...) El estigma por VIH/SIDA como proceso multidimensional está relacionado con creencias culturales hegemónicas que vinculan a las personas etiquetadas a características indeseables o estereotipos negativos y pérdida de estatus social (Estrada et al., 2014).

La estigmatización ha sido reconocida como una influencia mayor en el tratamiento y el cuidado de personas y grupos enfermos; las manifestaciones físicas de una enfermedad en estado avanzado son consideradas indicadores de conducta inmoral y pueden marcar a alguien que debe ser evitado. Este problema no está separado del contexto habitado por el individuo; cuando las personas son marcadas como diferentes, “son reducidas de personas normales y completas, a contaminadas, descartables”; es decir, estigmatizados y discriminados (Estrada et al., 2014).

La violencia que experimentan las personas que viven con el VIH debido a su estado serológico con respecto del VIH es alarmantemente prevalente en gran parte del mundo. La violencia perjudica directamente a las personas que viven con el VIH, y la amenaza de la violencia los desalienta a revelar su estado serológico con respecto del VIH a sus parejas, familiares, trabajadores de la salud y la comunidad. Ocultar el estado VIH-positivo limita las oportunidades para recibir apoyo y atención vitales, los cuales son particularmente cruciales para el inicio del tratamiento y su cumplimiento (ONUSIDA, 2017).

El VIH SIDA sigue siendo todavía hoy incurable, pero, actualmente –por lo menos donde lo hace posible un sistema sanitario que funcione–, la calidad de vida de los infectados con el virus puede mantenerse durante largos años a través de una atención terapéutica intensiva, de modo que la equiparación VIH = SIDA = MUERTE que se había instalado al principio en la mente de muchas personas ha sido descartada con toda razón gracias los éxitos de la medicina. Los conocimientos médicos han podido contribuir asimismo a que el SIDA haya perdido su carácter mítico y a que, hoy en día, pueda considerarse en primer término como lo que es: una enfermedad infecciosa que pone en peligro la vida –nada más, pero también nada menos (Sanders, 2007).

3.10.- COMUNICACIÓN EFECTIVA

La calidad de la comunicación médico-paciente es fundamental en el éxito de cualquier entrevista clínica. “Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de

un buen médico y, por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica” (Moore, Gómez, Kurtz, Vargas, 2010).

Según Robbins (2004), la comunicación puede resumirse como la transferencia y comprensión de significados. “En efecto, el proceso de comunicación comienza con la transmisión de una idea, pero para que este proceso sea efectivo se requiere de una adecuada comprensión por parte del receptor del significado del mensaje y que exista, una retroalimentación” (Moreno, 2009).

Así se establece que la comunicación efectiva es imprescindible para construir una relación médico – paciente.

Según Otero (2008), cuando nos comunicamos, lo hacemos desde nuestros afectos, desde nuestro conocimiento, nuestra inteligencia, nuestros valores, y desde toda nuestra personalidad. Podemos aseverar entonces, que la personalidad del comunicador influye en los efectos de su mensaje. Por eso afirmamos que es imposible hablar de comunicación en Medicina si no hablamos de compasión, respeto, solidaridad y otros valores.

Debemos recordar que la comunicación no es solo a través de palabras. La comunicación no verbal, como la mirada, el tono de voz, la ropa que usamos, la manera de usar el cabello, los gestos, la postura de nuestro cuerpo, la distancia a la que estamos de nuestro interlocutor y hasta el silencio, forma parte fundamental de la manera en que nos comunicamos (...). El respeto por las diferencias entre costumbres, creencias y tradiciones es parte de la comunicación eficaz (Otero, 2008).

El tiempo asignado a cada paciente es otro factor importante. Una vez que las habilidades comunicacionales son manejadas adecuadamente, el tiempo empleado no toma mucho mas que el habitual al momento de la atención clínica (Moore et al., 2010).

Por lo tanto, las mejoras que entrega fortalecer las habilidades de comunicación por parte del equipo de salud, son sustanciales. Dentro de estas encontramos: lograr entrevistas más efectivas con respecto a la precisión y a la base común, a la eficiencia, al apoyo y a la colaboración; Reducir los conflictos y los reclamos de los pacientes; y, Mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos (Moore et al., 2010).

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer la experiencia de personas que viven con VIH respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud en la atención odontológica en las comunas de Concepción y Valdivia.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las expectativas de personas que viven con VIH respecto a su comunicación con el equipo de salud, después de haber recibido su diagnóstico de portador de VIH y previo a la atención odontológica.
- Identificar la información solicitada por el profesional en la anamnesis y entregada por el usuario portador de VIH, relacionado a su condición de portador, durante la atención odontológica.
- Describir la percepción del usuario respecto a la empatía y atención por el profesional, al conocer su condición de portador, durante la atención odontológica por el equipo de salud.
- Identificar eventos de discriminación y percepción por parte del usuario que vive con VIH durante el proceso de atención médica y/o odontológica.

5.- MATERIALES Y MÉTODO

5.1.- TIPO DE ESTUDIO: CUALITATIVO, CON ENFOQUE FENOMENOLÓGICO.

El estudio con metodología cualitativa se basa en la recolección de información descrita a partir de la observación constante de comportamientos naturales, discursos y respuestas abiertas, con el objetivo de analizar e interpretar cada una de estas situaciones relacionadas con el comportamiento de las personas. Mientras que el enfoque fenomenológico estudia fenómenos tal como son experimentados y percibidos por el hombre, al mismo tiempo que intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas. Razón por la cual constituyen el tipo de estudio adecuado para lograr los objetivos de nuestra investigación, debido a que nos otorgan información variada acerca de una situación concreta descrita a través de distintas experiencias personales.

5.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Usuarios portadores de VIH mayores de 18 años, que recibieron atención odontológica, en establecimientos tanto públicos como privados dentro de las comunas de Concepción y Valdivia, dispuestos a compartir su experiencia respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud durante la atención odontológica en relación a su condición de portadores de VIH.

5.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

5.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas de ambos géneros, que hayan sido diagnosticados como portadores VIH(+).
- Las personas que recibieron atención odontológica, tanto en el sistema de salud público o privado, después de haber sido diagnosticados como usuarios portadores VIH(+).
- Personas mayores de edad (sobre 18 años), que se encuentren en condiciones físicas y emocionales para decidir libremente participar de la investigación, previa firma del consentimiento informado.
- Personas que se encontraron con actual residencia dentro de las comunas de Concepción y Valdivia.
- Personas que pudieron o no pertenecer a organizaciones o movimientos de apoyo.

5.3.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personas cuya última atención dental ocurrió antes de ser diagnosticados con VIH y sin conocimiento del diagnóstico.
- Personas que no permitan que la información entregada sea utilizada en el estudio.
- Personas menores de edad, que no cuenten con consentimiento de un tutor o apoderado.
- Personas con capacidades diferentes que difieren de voluntad para participar en el estudio libremente.

5.4.- METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, MATERIAL Y DISEÑO MUESTRAL.

1. Se identificó la población de estudio, mediante la gestión con organizaciones relacionadas con usuarios portadores de VIH y usuarios individuales que accedan a dar la entrevista tanto en la comuna de Concepción y Valdivia.
2. Se contactó por vía telefónica a los usuarios para agendar reunión, explicar objetivos, explicar metodología del estudio y entregar el consentimiento informado acompañado del guión de preguntas.
3. Se realizó la entrevista según pauta de preguntas (entrevista semiestructurada), previa firma de consentimiento informado, y con una duración de 40-60 minutos aproximadamente. Las entrevistas fueron grabadas con smartphone.
4. Terminada la entrevista se llevó a cabo el cierre y se solicitó al entrevistado que refiera a otro usuario conocido, que haya tenido una experiencia similar, recopilando información necesaria y suficiente para establecer un contacto informal. Lo anterior evidencia la técnica de muestro por bola de nieve lineal.
5. La entrevista fue traspasada a escrito por los investigadores en formato digital Word para su posterior análisis. El número de entrevistas se definió a partir de la saturación del discurso.
6. Luego se recopilaron todas las entrevistas realizadas y fueron ordenadas para el análisis. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 8 entrevistas.

7. Se realizó el análisis del discurso, según la metodología empleada en este tipo de investigación y se elaboró el documento con las entrevistas realizadas y análisis metodológico, considerando discusión y conclusiones.
8. El documento fue entregado a la universidad para posterior evaluación, exposición y publicación.

5.5.- TECNICA DE MUESTREO:

Se utilizó el muestreo en bola de nieve lineal, en usuarios independientes que accedieron a dar la entrevista y actuando como informante clave ayudaron a contactar a otro usuario que accedió a participar.

5.6.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

5.6.1.- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Como es propio de la investigación cualitativa, el instrumento para recolección de datos fue el de una entrevista grabada, semiestructurada, donde se confeccionó una pauta con preguntas abiertas relacionadas a los temas y objetivos de la investigación.

Las preguntas plantearon los temas, según un orden en el curso de la entrevista, dando flexibilidad en relación a otros temas que pueden surgir y nuevas preguntas en función a lo que menciona el entrevistado.

Se utilizó este tipo de entrevista debido a que el tema a tratar es en relación a la opinión de carácter subjetivo sobre expectativas y sensaciones del entrevistado respecto a su comunicación con el profesional, la experiencia y percepción de elementos presentes en

el momento de la atención, logrando una narrativa fluida, abierta a otras características y situaciones que pueden aparecer en el curso de la conversación.

5.6.2.- CANTIDAD DE ENTREVISTAS A REALIZAR:

SATURACIÓN DEL DISCURSO.

La cantidad de entrevistas a realizar se definió según el criterio de saturación del discurso en la medida en que se fueron realizando las entrevistas. Se entiende por saturación del discurso el punto en el cual se ha escuchado una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos para realizar un análisis.

Los elementos que vayan apareciendo en las entrevistas pueden ser atingentes a las variables a las que se enfoca esta investigación, pero pueden existir nuevos, los cuales sin duda enriquecerán aún más la discusión y conclusiones.

5.7.- ASPECTOS ÉTICOS:

- Se resguardó la identidad del usuario y confidencialidad de la información.
- Todos los usuarios firmaron el consentimiento informado y manifestaron verbalmente su consentimiento en la grabación, previa lectura de la pauta de la entrevista.
- Previo a comenzar la entrevista se dio lectura a la “pauta de la entrevista”, informando el título, integrantes del grupo de investigación, objetivos, metodología para el análisis de contenidos, aspectos éticos como resguardo de la identidad de los

participantes y finalmente metodología para presentar la investigación a la universidad.

- Todos los datos y nombres que fueron mencionados en la entrevista se manejaron con la mayor confidencialidad y los datos de identificación NO fueron incluidos en el informe final.
- Las entrevistas solo fueron escuchadas y analizadas por los investigadores responsables y en caso de cualquier duda o consulta técnica o metodológica fueron analizadas por el docente a cargo de la investigación.
- En el documento final o informe no se identificaron a los usuarios que fueron entrevistados por su nombre real, se emplearon códigos o nombres ficticios.

5.7.1.- DECLARACION DE HELSINKI

Los aspectos éticos de nuestro estudio se basan en la Declaración de Helsinki, llevada a cabo en 2008.

La investigación médica tiene como objetivo generar nuevos conocimientos para lograr un avance y se basa inevitablemente en estudios sobre seres humanos. El objetivo de estos estudios comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). (Declaración Helsinki, 2008)

La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los

conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación. (Declaración Helsinki, 2008)

En este caso, la investigación se desarrolló con una población vulnerable en los tres aspectos biopsicosociales, donde hay que resguardar su integridad, principalmente protegiendo la identidad de los usuarios y haciendo un adecuado uso de la información para su análisis.

Como se mencionó con anterioridad, hay dos elementos que podemos destacar, dentro de los aspectos éticos de la investigación: uno es el resguardo de la identidad y el otro es el uso del consentimiento informado.

La autorización y firma del consentimiento informado debe ser voluntaria y cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, afiliación a instituciones del investigador beneficios calculados, riesgos e incomodidades, estipulaciones post estudios y todo aspecto pertinente de la investigación (Declaración Helsinki, 2008).

El participante potencial debe ser informado que dentro de sus derechos está el retirar su consentimiento en cualquier etapa de la investigación, sin exponerse a represalias.

Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información (Declaración Helsinki, 2008).

6.- RESULTADOS

6.1.- MALLA TEMATICA.

TABLA N° 2: Categorización de las variables.

Categorías	Subcategorías
Expectativas respecto a la comunicación con el equipo de salud, después que el usuario de ha enterado de su condición de portador y antes de asistir a la consulta odontológica.	<ol style="list-style-type: none">1. Expectativas de la atención odontológica respecto a la comunicación con el equipo de salud, antes de asistir a la consulta.2. Circunstancias relacionadas con el profesional, que condicionaron las expectativas del usuario respecto a la atención.
Información solicitada por el profesional y entregada por el usuario en la anamnesis, relacionado a su condición de portador.	<ol style="list-style-type: none">3. Información solicitada por el odontólogo en la anamnesis respecto a patologías concomitantes y la condición de portador.4. Necesidad descrita por el usuario, respecto a dar a conocer su condición de portador.
Percepción del usuario respecto a empatía y atención por el profesional, al conocer su condición de portador.	<ol style="list-style-type: none">5. Percepción de la reacción inicial del equipo de salud, al conocer el estado de portador.
Percepción del usuario respecto a eventos de discriminación presentes en la atención odontológica y médica.	<ol style="list-style-type: none">6. Percepción del usuario respecto a eventos de discriminación presentes en la atención odontológica.7. Percepción del usuario respecto a eventos de discriminación presentes en la atención médica.

6.2.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Considerando los objetivos de investigación, la malla temática para el análisis del discurso considera cuatro categorías de análisis con las respectivas subcategorías que se plantean en el cuadro del ítem anterior.

6.2.1.- Expectativas respecto a la comunicación con el equipo de salud, después de haber conocido el estado de portador, antes de asistir al dentista.

Las expectativas respecto a la comunicación con el dentista se relacionaron con las percepciones, ideas y emociones que experimentaron los usuarios en su calidad de portador, antes de interactuar con el equipo de salud y el profesional odontólogo en la atención dental. Estas percepciones se contextualizaron bajo conceptos preconcebidos y tienen relación con experiencias anteriores de atención médica o dental, estado de salud en que se encontró el usuario portador, proceso del usuario en asumir su condición, etc.

- Percepción de la atención odontológica respecto a la comunicación con el equipo de salud y expectativas del usuario antes de asistir a la consulta odontológica.

La percepción previa a la atención, en primera instancia, se relacionó de forma positiva con la identificación del profesional cuando este ya conocía la condición de portador:

“Estoy más tranquila si el dentista sabe desde antes sobre mi condición de portadora” E6, M, 43 años.

Este conocimiento previo de la condición, se describió como tranquilidad en la atención si existe confianza con el profesional:

“Las expectativas siempre las mejores, porque es mi odontólogo de “cabecera” por lo que ya hay una relación de confianza” E2, H, 28 años.

Otro testimonio refirió miedo a la discriminación y ansiedad, ya que no conocía al profesional que le iba a prestar atención, pero finalmente la atención fue satisfactoria:

“Después de saber que era portadora yo era un poco paranoica, porque pensaba que me iban a decir algo, que no me iban a tratar, o que me iban a decir venga más tarde u otro día, pero la verdad es que no, la primera vez que se lo tuve que decir a mi dentista (no la conocía, no era mi dentista de cabecera). E6, M, 43 años.

En otro testimonio el usuario mencionó que la previa percepción de la comunicación con el dentista tiene relación con el tiempo de haber recibido el diagnóstico y esto debido al proceso de asumir, acostumbrarse o asimilar la condición:

“la sensación previa la describiría como miedo, debido a que en ese momento me había enterado hace poco de mi condición de portador, por lo que me daba miedo comentárselo al odontólogo, además de que tenía que vivir todo el proceso de acostumbrarme o asimilar lo que me estaba pasando” E2, H, 28 años.

Se encontró que previo a la atención, otros usuarios describieron haber sentido ansiedad, pero relacionado a la atención odontológica principalmente y no a la condición de portador:

“en cuanto a la sensación siempre me he sentido ansiosa, pero por un tema de que no me gusta ir, no por como vaya a reaccionar el profesional” E5, M, 24 años.

Otro usuario relató que no tenía expectativas, en relación a su condición de portador, ya que no lo hace diferente a otro usuario y no tiene importancia para él:

“ni se pasó por la mente esa expectativa” E3, H, 29 años.

La razón de tener alguna reacción diferente a la descrita anteriormente se debió a la estabilidad del usuario con su tratamiento farmacológico y al encontrarse indetectable:

“porque como no es tema para mí, como estoy indetectable hace tanto tiempo, no le doy la importancia”. E3, H, 29 años.

Es importante destacar en el testimonio que el tiempo transcurrido desde haber conocido el diagnóstico y estar familiarizado con la condición de portador cobró importancia al enfrentarse a este tipo de situaciones.

- **Circunstancias relacionadas con el profesional que condicionaron las expectativas y la comunicación en la atención.**

Los usuarios conociendo la condición de portador, tuvieron buenas expectativas respecto a los procedimientos clínicos, pero respecto a la calidad de la comunicación con el profesional, ésta se vio condicionada debido a la poca preparación del equipo de salud en tema de VIH. Se percibió una desconformidad e inseguridad frente a la futura atención:

“me siento insegura antes de la consulta, porque siento que la preparación de profesionales de odontología no es buena en el tema del VIH”. E2, M, 23 años.

Usuario describieron una limitada formación por parte del profesional percibido en situaciones anteriores, cuestionando la calidad del diagnóstico relacionado a patologías que tienen relación con el VIH, lo que condiciona las expectativas que tiene en la atención posterior:

“Esperaba que el profesional que me fuera a atender estuviese más preparado para afrontar la situación con un paciente portador, eso me causa inseguridad frente a cualquier cosa que me vaya a encontrar” E3, H. 29 años.

En otra situación el usuario cuestionó la formación de los profesionales en el tema del VIH; uno de los factores que se mencionó es relacionado con la edad del profesional, planteando que los profesionales más jóvenes pueden tener mejor formación, pero refiere temor antes de la atención debido a que puede percibir discriminación por el equipo de salud, porque el VIH es una enfermedad social:

“Ahora igual encuentro que los profesionales en general no están bien preparados para manejar esta situación, quizá los profesionales más jóvenes sí, pero en general está bastante arraigado el tema de la discriminación, o del tabú social en general”. E7, M, 49 años.

En forma contraria, en otra entrevista, el usuario cuestionó la información que le puede entregar al dentista en la segunda atención dental, después de haber conocido el diagnóstico, debido a que la atención se contextualiza en una institución universitaria y la alumna que, al ser muy joven, según el usuario no tiene el criterio suficiente para resguardar la información:

“Si le comentaba a la dra (tutora de clínica) mi diagnóstico reciente, la Dra. por fuerza mayor hubiese tenido que hablar con la alumna, y preguntarle a la alumna si tomaba las precauciones necesarias conmigo y simplemente haberle señalado ese tipo de situación, la alumna iba a sospechar algo, iba a preguntar y resulta que es una alumna, una niña de 19 años, que todavía no tiene los criterios bien establecidos pudo haber dejado “la escoba” en el sentido de divulgarlo” E1, H, 38 años.

6.2.2.- Información solicitada por el profesional y entregada por el paciente en la anamnesis, respecto a su condición de portador.

La información solicitada por el profesional y entregada por el paciente, se relacionó principalmente con la anamnesis, que es el proceso en que el profesional obtiene

información del usuario mediante un dialogo, para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento certero.

En este proceso de interacción, la información debe ser por una parte solicitada y por otra parte entregada por el usuario, aquí interfieren, entre otros factores, la confianza y empatía que muestre el profesional y que sea percibida por el usuario.

La anamnesis debe contener ciertos elementos como son la identificación del usuario, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares; historia de la enfermedad y expectativas del procedimiento o atención.

Relacionado con antecedentes personales, se encuentran las patologías concomitantes y en este caso el estado de portador del usuario que solicita atención odontológica, en el que se describen diversas situaciones.

- **Información solicitada por el odontólogo en la anamnesis respecto a patologías concomitantes y la condición de portador del usuario.**
- En relación a la información solicitada por el profesional sobre patologías o eventos importantes, se describió como precaria. El profesional no solicitó información suficiente, solo información básica:

“Solo me preguntó el nombre, tampoco me preguntaron nada más y no me hicieron firmar ningún documento”. E3, H, 29 años.

En otra situación el usuario describió que solo le preguntaron por los medicamentos que él utilizaba de forma habitual, por lo tanto, al entregar esta información, se dio por entendido la enfermedad en cuestión:

“siempre te preguntan por los medicamentos que tomas y si tienes alguna complicación de salud, y yo creo que cuando uno dice los medicamentos ellos se dan cuenta, por lo que no tiene mucho sentido ocultarlo”. E8, H, 50 años.

Se percibió incomodidad por parte del usuario al dar a conocer su situación de portador y solo se entregó de forma indirecta esta información al detallar el consumo de medicamentos, sin embargo, el profesional no hizo referencia a preguntar en forma directa sobre el estado de portador del usuario.

- Necesidad descrita por usuario, respecto a dar a conocer su condición de portador.

El usuario refirió que siempre es necesario entregar la mayor cantidad de información y entre eso su condición de portador, pero esta información se vio condicionada por factores como la etapa de la enfermedad en que se encuentra al llevar a cabo la consulta (VIH – SIDA), el proceso de haber asumido su condición de portador y el tiempo transcurrido desde haber conocido el diagnóstico de la enfermedad.

El usuario relató que es necesario entregar la información respecto a su estado de portador, pero no lo hace por un tema de confidencialidad:

“Encontré que era necesario entregarla la información, pero que no me atreví por miedo principalmente a que la alumna pudiera divulgar la información (al criterio que ella pudiera tener), no tanto al docente profesional”. E1, H, 38 años.

Esta situación se produjo en el contexto de atención universitaria, donde el usuario mencionó que, por tratarse de un alumno, no tiene la experiencia necesaria para manejar este tipo de información:

“no lo mencione en la clínica de la universidad solo porque la tratante era alumna, no tenía la experiencia necesaria y estaba en juego mi integridad social”. E1, H, 38 años.

La información entregada por el usuario se vio condicionada debido a instrucciones de confidencialidad entregada por profesionales tratantes y que trabajan en la institución donde se lleva a cabo el tratamiento de la enfermedad:

“He ido al dentista, pero nunca he dicho nada sobre mi condición, porque en el hospital siempre se nos ha dicho que no tenemos por qué decir nuestra condición, porque todos los profesionales deberían cumplir con el protocolo para evitar el contagio; pero aun así yo considero que es importante decirlo por un tema de resguardo tanto para uno como para el profesional”. E7, M, 49 años.

Otro entrevistado mencionó que siempre es necesario entregar la información acerca de su condición de portador. Por el contrario, este mencionó que el riesgo de contagio en procedimientos odontológicos es bajo, cuestionando en cierta forma la necesidad de revelar su condición.

“En todas, aunque sé que a los dentistas generalmente el riesgo de contagio es bajo al hacer tratamientos dentales, pero aun así yo creo que es súper importante entregar la información, porque así ellos pueden recetar algún medicamento, etc.”. E4, H, 26 años.

Usuarios mencionaron que es necesario entregar la mayor cantidad de información, debido a que es importante para salvaguardar la seguridad del profesional que presta la atención:

“para mi es necesario siempre entregar toda la información, tanto para que él se resguarde y para que tú también no sientas que estas ocultando información. De hecho, yo hasta al oftalmólogo se lo dije”. E6, M, 43 años.

Y además para mejorar la calidad de la atención prestada por el profesional:

“Ahora considero que es necesario entregar toda la información posible, en el fondo toda la información que ayude al tratante a atenderte de la mejor forma”. E2, H, 28 años.

Otro motivo para entregar la mayor cantidad de información se relacionó con la adhesión del usuario a la terapia antirretroviral y abandono de ésta.

“Yo entrego toda la información, digo que soy portadora, si estoy o no con medicamentos, porque igual ha ocurrido que he dejado el tratamiento por largos periodos de tiempo y obvio que en esas ocasiones no soy indetectable, entonces trato de decir absolutamente todo, el tema es ser precavido por uno y por la persona que te está tratando”. E5, M, 24 años.

Mencionó también que entregar toda la información se relaciona con seguridad en el procedimiento, tanto para el usuario como para el profesional.

Usuarios refirieron que, al decir su condición de portador, se hace necesario no revelar otro tipo de información como, por ejemplo: lugar de trabajo, familia, etc., por temor a discriminación y porque la información no pueda ser confidencial:

“solo le di información sobre mi condición, pero no le di más información personal fuera de mi nombre, porque me puede perjudicar si alguien más lo sabe”. E1, H, 38 años.

6.2.3.- Percepción del usuario respecto a empatía en la atención por el profesional y equipo de salud, al conocer su condición de portador.

La empatía puede definirse como la capacidad de comprender las emociones de otra persona y hacerlo evidente en la relación, de forma verbal o no verbal, no realizando un juicio de valor; así el profesional logra identificarse en el proceso de salud enfermedad, percibir el estado emocional y recursos con que cuenta el usuario para vivir este proceso.

El objetivo principal de esta interacción entre el profesional y el usuario busca establecer una relación de confianza que llevará a una atención satisfactoria, pero que puede ser transgredida por diferentes factores como son reacciones no verbales y comentarios descontextualizados al llevar a cabo la asistencia odontológica.

- **Percepción de la reacción inicial del profesional y equipo de salud, al conocer el estado de portador.**

La percepción del usuario respecto a la atención del profesional, al tener conocimiento del diagnóstico, en la mayoría de los casos se manifiesto como buena, a pesar que en algunos casos la reacción inicial pudiese ser cuestionable o poco empática:

“Primero hubo un silencio incómodo, pero luego de eso fue todo súper normal, cero problemas la atención durante y después del tratamiento”. E4, H, 26 años.

En otra entrevista hizo mención a la misma actitud inicial:

“Siempre buena, a pesar de las reacciones iniciales, he tenido la suerte de que finalmente me atienden súper bien”. E5, M, 24 años.

Al continuar con el tratamiento, en las sesiones siguientes, la atención del equipo de salud percibida por el usuario fue siempre buena, logrando una relación de confianza y atención satisfactoria.

Se hizo mención a las reacciones iniciales, pero sin problemas posteriores:

“Pero cuando fui al policlínico y supieron sobre mi condición se “alarmaron” y tomaron más precauciones, igual se notó más en la asistente que en el odontólogo. Se notó en su reacción, su cara y en como miro al dentista. Y la actitud del equipo en general cambio radicalmente, pero no para mal, sino que fueron muchos más simpáticos”. E6, M, 43 años.

En relación a la reacción inicial fue percibida por el usuario respecto a el equipo de salud, considerando a asistentes y a profesionales, se relacionaron con silencios incomodos, expresiones no verbales y “percepciones de alarma”, respecto a protocolos en la atención.

En otra entrevista se catalogó a la reacción inicial como normal y empática, incluso mostrando agradecimiento por el profesional al entregar una información que es necesaria para lograr una satisfactoria atención:

“fue bastante normal, le dije: hola soy XXX, se me cayó una corona y necesito tratarme, pero antes de eso tengo que decirte que soy portadora de VIH y me dijo que no había ningún problema, de hecho, la Dra. me dijo que para ella problema hubiese sido que yo fuera portadora de hepatitis, igual muchas gracias por decirme, pero la verdad es que no va a influir en nada. Y me pareció bien, nunca tuve ningún problema, me hicieron limpieza y todo eso, obviamente sangré e igual me daba un poco de miedo porque igual sangraba harto, después me explicaron que en verdad se necesitaban hartos c/c de sangre para poder contagiar y además yo ya estaba indetectable así que menos

posibilidades había, pero de todos modos ella andaba con sus guantes, son todo su equipo así que no pasaba nada”. E6, M, 43 años.

Es importante mencionar la instancia en que el profesional utilizó para entregar información respecto al procedimiento, formas de contagio y riesgo, entregando tranquilidad al usuario. De forma contraria, y en otras ocasiones, algunos usuarios sintieron la necesidad de que el profesional debió entregar más información respecto a la patología:

“las veces que he ido al dentista y revelo mi condición nunca me dijeron que tuviera más cuidado con tal y cual cosa, solo se preocupan de las cosas puntuales, pero no nos informan más allá”. E7, M, 49 años.

En otra entrevista se mostró la misma situación de acogida y entrega de información, pero en el contexto de atención clínica universitaria:

“Ahora estoy yendo a la Universidad del Desarrollo para realizarme un implante, y también le dije al dentista, y él al igual que la Dra. me dio las gracias por informárselo y me dijo que no influía en el tratamiento; ahora él si me pidió exámenes, pero no de mi carga viral, sino para ver temas de cicatrización, en el fondo exámenes que tienen que ver con la cirugía más que nada”. E6, M, 43 años.

Usuarios hicieron referencia a que se sintieron protegidos y no rechazados o discriminados:

“Cuando fui a la universidad me sentí bien acogida, no me sentí discriminada, al contrario, me siento como cuidada y ahí también me di cuenta de que es importante que uno lo informe”. E7, M, 49 años.

Se mencionó la necesidad de que profesionales de odontología participen en programas de salud de pacientes portadores de VIH, con adecuada formación en el tema, para programar tratamientos pertinentes al caso y que no sea un problema mencionar la condición de portador:

“Es necesario que un dentista pertenezca al programa, para que se genere la confianza suficiente para nosotros atenderlos informando al dentista de nuestra condición y para saber también que se van a tomar todos los resguardos necesarios para que el siguiente paciente no se contagie”. E7, M, 49 años.

Percepciones iniciales negativas, en otras oportunidades se relacionaron a comentarios realizados por el profesional:

“Igual una vez revele que era portador en un SAR a una Dra. y ella hizo un comentario que me hizo sentir incómodo. Era una Dra. joven y siento que me juzgo por mi condición, y considero que eso no debiera ser así, menos al ser un profesional joven, no corresponde que tenga ese tipo de estigmas”. E4, H, 26 años.

Se mencionó que un profesional joven debería tener otra reacción al conocer el diagnóstico, debido a que su formación profesional está contextualizada en que el VIH ya no se considera un estigma social como era hace unas décadas atrás.

6.2.4.- Percepción del usuario respecto a eventos de discriminación presentes en la atención médica y odontológica.

La discriminación es un comportamiento social que va en contra de un trato igualitario, promoviendo la formación de grupos a partir de criterios determinados y la limitación de recursos a estos grupos que son catalogados como inadecuados para quienes están ejerciendo este comportamiento.

Los usuarios con VIH han sido durante décadas víctimas de situaciones de discriminación en diferentes aspectos de su vida, tanto en ambiente laboral y familiar, considerando al VIH no solo como una enfermedad fisiopatológica, sino como una enfermedad social.

En el ambiente sanitario y relacionado con usuarios portadores de VIH; a pesar que profesionales se encuentran preparados con una formación ética y moral para deshacerse de prejuicios y ejercer una buena atención, se observaron comportamientos que son percibidos por el usuario como actos discriminatorios.

- **Percepción del usuario respecto a eventos de discriminación presentes en la atención odontológica.**

Usuarios manifestaron no haber tenido complicaciones o estar expuestos a situaciones de discriminación, nuevamente lo relacionaron con la red de contactos por la cual llegaron al profesional, quién ya conocía el diagnóstico:

“nunca jamás me he sentido discriminado, ni esa vez en el dentista ni en todos los otros tratamientos que he seguido. Igual los otros médicos que me tratan me los recomendó mi Dra. de infectología, entonces fue por red de contactos y nunca me han tratado mal”. E3, H, 29 años.

En otra entrevista el usuario reveló no haberse sentido discriminado, sin embargo, este percibió que falta formación de profesionales respecto al tema:

“No, además de la incomodidad que comente anteriormente, jamás me he sentido discriminado, a pesar de que aún existe mucha desinformación por parte de los profesionales de la salud de todas las áreas acerca del VIH”. E4, H, 26 años.

Respecto a eventos de discriminación, en una entrevista el usuario percibió que la asistente tomó medidas extremas de bioseguridad en la atención, que ella en otras ocasiones no las había visto, pero no le queda muy claro que su percepción haya sido la correcta:

“la vez que fui al policlínico, después de que les dije que era portadora la asistente se puso guantes y la verdad es que nunca antes había visto que una

asistente lo hiciera, no sé si ese se podría tomar como un signo de discriminación porque si bien me llamo la atención, no me sentí mal, además tampoco sé si era parte del protocolo o no” E5, M, 24 años.

Por otra parte, se mencionó que algunos usuarios portadores son más agudos en el análisis de las acciones y el discurso desarrollado por el profesional:

“la verdad es que a veces siento que nosotros como portadores también andamos más a la defensiva y cosas que para otras personas pueden ser insignificantes nosotros las tomamos como discriminación”. E5, M, 24 años.

- **Percepción del usuario respecto a eventos de discriminación presentes en la atención médica.**

Percepción de situaciones de discriminación se contextualizaron más en la atención médica, no odontológica, donde profesionales cambiaron completamente su actitud después de haber conocido el diagnóstico, como es el caso de una usuaria en atención ginecológica:

“cuando supimos mi diagnostico con mi ginecólogo el cambio su cara, yo tenía que operarme de miomas que tenía y él me dijo que no lo hiciera, que para qué, me derivo al hospital, me dijo que me hiciera todo en el hospital, que me iba a salir más barato, etc. Después de la operación regrese donde él porque tenía una infección, él me cambio el tto. y esa fue la última vez que lo vi, porque yo ahora estoy completamente en el CAIS, y además porque no me sentía cómoda con él”. E6, M, 43 años.

Una situación similar se describió el año 2016 en una atención de la especialidad de gastroenterología, en el sistema público, donde se percibió la discriminación como un cambio de actitud agresivo y despectivo por parte del profesional al conocer el estado de portador del usuario:

“También me pasó una vez con un gastroenterólogo, me atendió súper bien hasta que le informe sobre mi condición, ahí cambio su actitud, me quedo mirando, hizo algunas anotaciones y me atendió de forma muy brusca. Después poco menos me tiro el papel con la información que me tenía que dar, fue despectivo; me sentí disminuido y menospreciado”. E8, H, 50 años.

En otros casos los usuarios percibieron discriminación por parte del profesional en relación a falta de empatía por parte de este, relatando que se intentó tener el mínimo contacto físico, además de cuidados excesivos:

“Ahora igual he ido donde otros médicos, también en el centro médico XXX y al decirles sobre mi condición me han mirado raro, tratan de tocarme lo menos posible, o sea igual puede ser mi percepción, pero en general sentí eso con ese médico en particular, sentí un cuidado excesivo que me incómodo”. E7, M, 49 años.

La discriminación se manifestó verbalmente por el profesional médico, siendo agresivo con preguntas y comentarios descalificativos, relacionados con la tendencia sexual del usuario y con el estado de portador:

“Una vez con una Dra. de una clínica privada, apenas entre sentí cierta agresividad en su forma de preguntar, dentro de la entrevista me pregunto “¿Cuándo usted decidió ser homosexual?” yo no le respondí al tiro y le dije que encontraba irrelevante lo que me estaba preguntando, a lo que ella responde “cállese y responda lo que le estoy preguntando”, y yo le dije que ella no tenía ningún derecho de hablarme de la forma en que lo estaba haciendo, y que tampoco estaba obligado a contestar, después le pregunté que ella con todo los estudios que tenía creía que yo lo hubiera tomado como opción, porque nadie está dispuesto a que lo humillen, maltraten e insulten como usted ahora lo está haciendo, y que me retiraba, ella dijo que me volviera a sentar porque si no emitiría un informe que me perjudicaría, a lo que yo le respondí que ella no era quien para ordenarme si sentarme o pararme y que podía hacer lo que quisiera con el informe. Me pareció terrible, muy agresiva y prepotente, más aún siendo Dra. debió preguntar de otra forma, de hecho, si hubiese preguntado de otra forma yo creo que le hubiese respondido; aun así, no tenía por qué preguntarme sobre mi homosexualidad, ella nunca tocó el tema del VIH”. E8, H, 50 años.

La atención se llevó a cabo en un centro de atención privada, el año 2017. Es importante destacar lo agresiva que se tornó la entrevista de la profesional, cayendo incluso en actitudes y verbalizaciones que el usuario percibió como amenazas.

La situación fue descrita en atención primaria de salud el año 2017 en el programa atención de enfermos crónicos:

“estaba en mi control crónico el médico me preguntó que desde cuando tenía VIH, yo me puse a pensar y mientras pensaba el médico me dijo “le hice una pregunta”, y yo le contesté que estaba pensando porque no lo tenía claro. Después comenzó a hacer anotaciones y a murmurar, así que yo le dije que por favor me hablara más alto porque no alcanzaba a entenderle, a lo que él responde ¿acaso es sordo? ¿o los retrovirales lo dejaron sordo? Y yo le dije que no me hablara de esa forma porque no se lo voy a permitir, después de eso escribió una receta con una letra ilegible”. E8, H, 50 años.

El profesional nuevamente se mostró con una postura discriminatoria, aludiendo a la incapacidad del usuario de escuchar por los medicamentos de la terapia antirretroviral.

La percepción de discriminación en el área odontológica se relacionó más con actitudes y acciones, como “silencios incómodos” o medidas de bioseguridad que fueron percibidas como exageradas por el usuario, sin embargo, no se describieron como formas de discriminación ni reacciones agresivas. Por otro lado, en la atención médica se describieron actitudes, comentarios y acciones discriminatorias relacionadas con evitar el contacto físico, recriminación por la tendencia sexual y agresividad del profesional.

7.- DISCUSIÓN

Dentro de los resultados más relevantes, destacan: Los pacientes describieron en su gran mayoría que siempre es oportuno entregar la información de portador al equipo de salud, sin embargo, esto se vio cuestionado por factores como una anamnesis deficiente, la etapa de la enfermedad en que se encuentren y problemas con la confidencialidad de la información entregada al profesional. La mayoría de los usuarios manifestaron no haber tenido complicaciones o estar expuestos a situaciones de discriminación en la consulta odontológica, sin embargo, relataron silencios incómodos o medidas de bioseguridad exageradas. No así en la atención médica, donde se describieron eventos de discriminación tanto verbales como no verbales.

Dentro de la atención odontológica, nuestros resultados concordaron con lo planteado por Wolff (1996), donde “La acción de políticas públicas y la formación de nuevos profesionales han fomentado el conocimiento colectivo de la enfermedad y así ha disminuido en forma considerable la discriminación”.

Respecto a los silencios “incómodos” por parte del equipo de salud que describieron los usuarios, Otero (2008) menciona que “Debemos recordar que esta reacción inicial, se puede considerar como evento de discriminación e interrumpe el proceso de comunicación efectiva, ya que la comunicación no es solo a través de palabras, sino que la comunicación no verbal también es importante, así las miradas, tono de voz, gestos, posturas y el silencio son parte fundamental de la forma en que nos comunicamos”.

Por consiguiente, estas situaciones podemos considerarlas como “formas indirectas de discriminación” y sin duda afectan la relación odontólogo - paciente, la confianza y empatía percibida por el usuario y por ende la percepción de este sobre la atención odontológica en general. Esta situación, evidentemente condicionará al usuario a futuras experiencias negativas al momento de revelar su serodiagnóstico.

En términos generales, los usuarios manifestaron que siempre es oportuno entregar su información de portador al odontólogo, sin embargo, esta comunicación odontólogo – paciente se vio afectada por los factores mencionados anteriormente. De igual forma, y en avenencia con los resultados obtenidos, Elizondo (2015) describe que “La causa de que personas con VIH no revelan al odontólogo su serodiagnóstico, es por miedo al rechazo, debido principalmente a experiencias de estigma y discriminación anteriores en la consulta odontológica y sentimientos de preocupación por la actitud del odontólogo o del personal hacia el serodiagnóstico del paciente”. La investigación concuerda con estos resultados, a pesar de que el usuario se encuentra dispuesto a entregar la información, pero se ve limitado por temor y miedo al rechazo. Esto plantea un riesgo tanto para el odontólogo y el equipo, como para el usuario.

Respecto al manejo de la información, Cardozo (2006) refiere que un “Rol fundamental juega el consentimiento informado como documento que respeta la participación voluntaria de pacientes en tratamientos, donde la responsabilidad queda establecida entre el usuario y el profesional, así como la individualidad en el resguardo de la información...”, sin embargo, a los usuarios entrevistados no se les explicó e hizo firmar

consentimiento al comenzar con el tratamiento, por lo que dejó de ocuparse una herramienta importante para entregar seguridad tanto al usuario como al profesional en el manejo de la información.

Según Cardozo (2006) “Existe una delgada línea en un aspecto bioético entre enfoques individuales y sanitarios, debido a que se considera un derecho o un deber del usuario el decidir revelar o no, su estado de portador”.

En este ámbito, se plantea que esta protección va en contra de su propio objetivo, y que no se trata de romper la debida reserva de las personas, pero cuando la persona infectada no está dispuesta a revelar la verdad, hace correr serios riesgos a los demás (Anguita, 2015).

En las recomendaciones de la atención odontológica de pacientes que viven con VIH del MINSAL (2007), se plantean “cuidados especiales en el manejo de salpicaduras, equipo rotatorio, manejo de aerosol y especialmente en tratamientos periodontales”.

Por lo tanto, en estos puntos se genera una situación controversial, ¿Es siempre necesario revelar la información de portador?, si no es así, ¿En qué casos SÍ es necesario revelar la condición de portador?, ¿En qué casos NO es necesario?, ¿El profesional debería tratar a todos los pacientes como posibles portadores de VIH? Si se toman en consideración estas preguntas, se genera el espacio para un amplio debate respecto al tema y un abordaje extenso de este.

Respecto a circunstancias relacionadas con el profesional, principalmente enfocadas a su formación y conocimiento de patologías asociadas al VIH, se encontró inconformidad por parte del usuario. Así mismo, describen investigaciones de Vidal et al. (2005), “existe una importante falta de conocimiento de odontólogos respecto al tema y faltan especialistas preparados en la atención de usuarios VIH”.

En relación a la crítica por parte de los usuarios respecto a la confidencialidad de su condición, principalmente por parte de odontólogos en proceso de formación, coincide con investigaciones de Acosta de Velásquez (2011) donde “La percepción del usuario resulta ser muy subjetiva, pero muestra la deficiente habilidad del profesional en formación para asegurar confidencialidad y seguridad en la atención”. Haciendo referencia a este punto, pero desde otra perspectiva, Acosta de Velásquez (2011) describe que “Dentro de la formación universitaria se menciona que existe bastante temor por parte de estudiantes al enfrentarse a pacientes con VIH, faltando tanto herramientas como técnicas psicosociales”.

Por otro lado, donde se observaron la mayoría de eventos de discriminación, fue durante la atención médica. El comportamiento de algunos profesionales cambió al conocer el estado de portador del usuario, describiendo una actitud despectiva y agresiva, que hizo sentir al paciente “disminuido y menospreciado”.

En testimonios donde se describieron discriminación y agresividad, de forma verbal y no verbal, éstas se originaron no solo por el estado de portador, sino que hicieron referencia a la orientación sexual del paciente, realizando preguntas e increpando al usuario por su

homosexualidad. En relación a esto, ONUSIDA (2017), describe que “Podemos observar que las poblaciones con mayor riesgo de infección por VIH enfrentan altos niveles de estigma debido, entre otras cosas, a su género, orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o comercio sexual”.

Por consiguiente, la formación profesional no se debe centrar solo en aspectos clínicos, sino también en generar un ambiente grato de confianza y tranquilidad entre el usuario y el profesional, entendiendo que el usuario no solo consta de un ámbito biológico, sino uno biopsicosocial. Por lo tanto, el profesional debe procurar entregar una atención integral en los tres aspectos, biológico, social y psicológico.

Es importante el impacto que este tipo de investigaciones tiene en el área odontológica, considerando que aspectos psicosociales en pacientes VIH han sido planteados en muy pocas oportunidades en investigaciones a nivel nacional.

Conocer la percepción, expectativas y condiciones que el usuario plantea en su encuentro con el odontólogo, nos ayuda a crear o mejorar estrategias para realizar una anamnesis efectiva, mejorar diagnósticos, adherencia a tratamientos y finalmente entregar una atención satisfactoria.

Considerar la percepción del usuario sobre eventos de discriminación percibidos en la atención odontológica, ayuda indudablemente a conocer que elementos verbales y/o no verbales son los que se identifican como discriminatorios, dificultan la comunicación y limitan la confianza entre usuario y el profesional.

El tema tiene también importancia a nivel de políticas públicas, para incluir la atención odontológica en programas de VIH, como una necesidad planteada por los mismos usuarios en el contexto de una atención integral.

8.- CONCLUSIÓN.

El VIH se considera una patología con un número importante de componentes sociales involucrados, debido estigmatizaciones que sufren los portadores; estigmas que han traspasado incluso murallas de centros de atención de salud, volviendo a profesionales responsables de entregar cuidados, protagonistas de situaciones discriminatorias.

Este estudio tuvo como objetivo principal buscar las experiencias relacionadas a la comunicación con profesionales en la atención odontológica, con la finalidad de reconocer cómo usuarios han percibido la relación que se establece con el profesional en esta disciplina médica, pesquisando así, elementos que pudiesen modificar la comunicación efectiva con el portador de esta enfermedad.

La atención odontológica se describe como satisfactoria, pero con una comunicación deficiente. Uno de los factores que influyó esencialmente fue la anamnesis precaria, considerando que la entrevista al comenzar con la atención en salud es de vital importancia para lograr confianza y empatía con el usuario, y contar con toda la información necesaria para un diagnóstico preciso y un adecuado tratamiento.

En una entrevista bien estructurada y con capacidades bien desarrolladas por parte del profesional, se debe dar la instancia para limitar otro de los factores que dificultan la comunicación con el usuario, que es el rechazo y la discriminación.

Un elemento que sin duda debe estar presente para lograr una efectiva empatía, confianza y seguridad, es el consentimiento informado. Este documento respeta la participación

voluntaria de pacientes en el tratamiento, donde la responsabilidad queda establecida entre el usuario y el profesional, así como la individualidad en el resguardo de la información. Este último punto es de importancia para el usuario portador, debido a que le entrega seguridad y protagonismo en el diagnóstico y tratamiento a seguir.

En la consulta odontológica, la comunicación se ve interrumpida por silencios incómodos, en que la percepción del usuario es ambigua, pero no lo asume como un evento discriminatorio. Sin embargo, teniendo una mirada objetiva, se podría interpretar como discriminación no verbal; donde la experiencia y formación de profesionales, comprendiendo la incomodidad del paciente, podría ayudar a evitar esta situación, logrando así potenciar una efectiva y satisfactoria comunicación.

La experiencia y formación de profesionales en patologías orales relacionadas con el VIH, es mencionada por los usuarios como una necesidad debido a que les da mayor seguridad en la atención, refiriéndose solo a aspectos clínicos. No obstante, desde una perspectiva biopsicosocial esto carece de sentido, por lo que la formación de profesionales debe ser propuesta de forma más integral abarcando también aspectos que fomenten la comunicación con usuarios que socialmente sean más vulnerables. Así es indiscutible contar con odontólogos, con formación suficiente que estén incluidos en programas de prevención y tratamiento de usuarios VIH (+).

Situaciones de discriminación directas y evidentes se relataron durante la atención médica, principalmente considerando que este último punto, se aleja de la atención odontológica,

pero por la información entregada en las entrevistas fue indudablemente necesario integrarlo.

Se relataron eventos paradigmáticos, que son completamente cuestionables para profesionales de salud con una formación dentro de normas éticas que se establecen actualmente en la educación universitaria de nuestro país.

Es importante el impacto que este tipo de investigaciones tiene en el área odontológica, considerando que aspectos psicosociales en pacientes VIH han sido planteados en muy pocas oportunidades en investigaciones a nivel nacional.

Conocer la percepción, expectativas y condiciones que el usuario describe en su encuentro con el profesional de odontología, nos ayuda a crear o mejorar estrategias para realizar una anamnesis efectiva, mejorar diagnósticos, adherencia a tratamientos y finalmente entregar una atención satisfactoria.

Considerar la percepción del usuario sobre eventos de discriminación percibidos en la atención odontológica, ayuda indudablemente para conocer cuales elementos verbales o no verbales son los que se identifican como discriminatorios, dificultan la comunicación y limitan la confianza entre el usuario y profesional.

El tema tiene también importancia a nivel de políticas públicas, para incluir la atención odontológica en programas de VIH, como una necesidad planteada por los mismos usuarios en el contexto de una atención integral y satisfactoria.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Acosta de Velásquez B. Perez-Then E. Mueses H. Pinzón E. (2011). Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. *Acta Bioethica*. Vol. 17. N° 2: 265 – 271.

Afani, A., & Roessler, P. (2013). *Bases de la medicina clínica*. Obtenido de <http://www.basesmedicina.cl>

Anguita V. (2008). Ley de SIDA: ¿derecho a la confidencialidad o bien común? Centro de Bioética. Facultad de Medicina C.A.S. Universidad del Desarrollo. Fecha: 16 de mayo 2017. D. Electrónica: <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/Ley-de-Sida.pdf>

Aramini, M. (2014). Introducción a la Bioética. *San Pablo*.

Arriagada K., Tejos B. y Navarrete M. (2014). Percepción de los pacientes viviendo con VIH acerca de las implicaciones éticas involucradas en la atención en salud en el S.S. Valdivia. Tesis de grado no publicada, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

Cardozo C. Rodríguez E. Lolas F. Quezada A. (2006). Ética y Odontología: una introducción. 1era edición. Santiago de Chile. CIEB, Universidad de Chile.

Contardo, O. (2011). *Raro: Una historia gay de Chile*. 1era Edición. Santiago de Chile. Planeta.

Cuenca, K. Rodríguez, M. Soto, A. O, Rodríguez. (2014). La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Rev. Cub. de Med. Mil.* vol.43 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic.

Dávila M. Mujica M. Ugel E. (2010). Experiencia y opinión de las personas que viven con VIH/SIDA sobre la atención odontológica. *Revista Odontológica de los Andes*. Vol. 5. N° 1: 5 – 12.

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) Puntos 6 – 8 – 20 – 25 – 25.

Elizondo J. Treviño A. Violant D. (2015). La Odontología y el estigma asociado al VIH. *Revista de Salud Pública*. Vol. 10: 49 – 79. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005877

Estrada, J., Pantoja, A., & Sanchez-Alfaro, L. (2014). Estigma hacia personas viviendo con VIH/SIDA en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia: Una reflexión útil en odontología y bioética. *Acta Odontológica Colombiana*, 59-78.

- Instituto de Salud Pública. (2016). *Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010 – 2015; Boletín vigilancia de laboratorio*. Vol. 6 N°11. Santiago de Chile.
- Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, & Loscalzo. (2016). *Harrison. Principios de Medicina Interna*. McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- Kramer, A. S., Lazzarotto, A. R., Sprinz, E., & Waldomiro, C. M. (2008). alteraciones metabólicas, terapia antirretroviral y enfermedad cardiovascular en adultos mayores portadores de VIH. *Sociedad Brasileira de cardiología*, 549-556.
- MINSAL (2005). *Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA*. 1st Ed. Santiago de Chile.
- MINSAL (2007). *Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH/SIDA*. 1st Ed. Santiago de Chile.
- MINSAL. (2013). Guía clínica AUGE "Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA". Santiago.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*, 1047-1054.
- Moreno Espinoza, L. Á. (2009). Comunicación Efectiva para el Logro de una Visión Compartida. *Culcyt*, 1-19. OMS. (2018). *who.int*. Obtenido de <http://www.who.int>.
- ONUSIDA. (2017). *Hacer frente a la discriminación; Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH*. Obtenido de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting.
- Otero Martínez, H. (2008). HACIA UNA COMUNICACION EFECTIVA Y HUMANISTA EN AMBITOS DE SALUD. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. vol. 7.
- Robles. V. (2016). A 32 años de la muerte del primer diagnosticado con VIH: Edmundo Rodríguez, el inicio de una historia. TheClinic. Fecha: 20 de Mayo 2017. D. Electrónica: <http://www.theclinic.cl/2016/08/22/32/-anos-vih-edmundo-rodriguez/>
- Rodríguez R. (2013). Nivel de conocimiento sobre la atención de personas con el VIH/SIDA en estudiantes del quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Tesis de grado no publicada, Universidad de Carabobo, Valencia.
- Rosselot, E. (2003). Aspectos bioéticos en la reforma de la atención de salud en Chile. II. Discriminación, libre elección y consentimiento informado. *Revista médica de Chile*. Vol. 131 n° 11: 1329 – 1336.
- Sanders, F. (2007). SIDA ¿CASTIGO DE DIOS? Sobre la sobrecarga metafísica de un fenómeno biológico. *Concilium*.

Vidal F. Carrasco M. Santana P. (2005). Discriminación por VIH/SIDA en Chile: cambios y continuidades 2002 – 2005. Santiago de Chile. FLACSO-Chile.

Wolff, M. (1996) Infección por VIH: Algunas consideraciones éticas. *Cuadernos médicos sociales*, vol. XXXVII, 4, 5 – 12.

10.- ANEXOS:

PAUTA DE LA ENTREVISTA.

Proyecto de Investigación:

“Experiencia de personas que viven con VIH respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud en la atención odontológica en las regiones del Bio Bio y los Ríos”.

Preámbulo:

Estimado/a esta entrevista forma parte de la investigación titulada “Experiencia de personas que viven con VIH respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud en la atención odontológica en las comunas de Concepción y Valdivia, que constituye nuestra tesis para optar al grado académico de licenciado en Odontología y está siendo realizada Diego Barna Cuzmar, Catalina Contreras Vinet y Luis Hernández Burgos.

Esta entrevista en particular busca conocer su apreciación con respecto al proceso antes descrito, motivo por el cual solicito su participación de esta investigación.

Si usted no tiene inconvenientes, le solicito el permiso para poder grabar el audio de esta entrevista, para luego poder transcribir la información que conversemos con mayor facilidad, en este proceso se omitirán los datos personales que puedan surgir durante la entrevista. Todos los datos y nombres serán tratados con la mayor confidencialidad. Si usted tiene alguna duda en relación a la Investigación puede consultarme. La duración de la entrevista será de alrededor de 40 minutos.

Para el desarrollo de este estudio es de gran importancia conocer sus apreciaciones más sinceras en relación al tema, ya que éstas constituirán una parte central de la investigación.

Tópicos a tratar:

- 1.- ¿Qué sensación y expectativas tenías respecto a la comunicación con el dentista o con el equipo de salud, antes de asistir a la consulta y en relación a tu condición de portador?
- 2.- ¿Qué información consideraste que fue necesario entregar al dentista o al equipo de salud previo a la atención odontológica?
- 3.- ¿En qué situaciones crees que es necesario mencionar la condición de portador?
- 4.- En caso que el diagnóstico fue conocido por el equipo de salud, ¿Cómo percibiste el trato por parte del equipo y del profesional?

5.- ¿Como consideraste que fue la atención por parte del equipo de salud?

6.- ¿Consideras que existieron elementos durante la atención odontológica como signos de discriminación? ¿Cuáles y por qué?

Cierre de la Entrevista: *“Muchas gracias por su colaboración con este estudio, le agradecemos su tiempo y sin duda la información que usted nos dio será de gran importancia para esta investigación”.*

ANEXO 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estimado/a:

Estamos realizando esta entrevista como parte de la investigación **“Experiencia de personas que viven con VIH respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud en la atención odontológica en la regiones del Bio Bio y los Ríos”**.

Los objetivos de este proyecto de investigación son:

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la experiencia de personas que viven con VIH respecto a la comunicación que se establece con el equipo de salud en la atención odontológica en las comunas de Concepción y Valdivia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las expectativas de personas que viven con VIH respecto a su comunicación con el equipo de salud, después de haber recibido su diagnóstico de portador de VIH y previo a la atención odontológica.
- Identificar la información solicitada por el profesional en la anamnesis y entregada por el usuario portador de VIH, relacionado a su condición de portador, durante la atención odontológica.
- Describir la percepción del usuario respecto a la empatía y atención por el profesional, al conocer su condición de portador, durante la atención odontológica por el equipo de salud.
- Eventos de discriminación y percepción por parte del usuario que vive con VIH durante el proceso de atención médica y/o odontológica.

Para recopilar la información de esta entrevista tendremos que grabar la conversación que luego será digitalizada para confeccionar el informe que será presentado en la universidad.

Esta entrevista es totalmente confidencial, esto quiere decir que su nombre no será registrado y que nadie sabrá que usted fue quién realizó alguna determinada denuncia. Las entrevistas serán ordenadas y/o clasificadas por códigos para guardar un orden en los archivos al elaborar el documento.

La entrevista es completamente voluntaria, usted no está obligado a participar de este estudio. No se pagará dinero por responderla.

Si usted no quiere contestarla eso no afectará su participación en algún tipo de agrupaciones o instituciones relacionadas con el tema; tampoco afectará su acceso a atención medica u odontológica en algún establecimiento de salud.

Si usted no quiere contestar alguno de los temas propuestos a ser tratados, tiene todo el derecho de no contestar.

No obstante, lo anterior, requiere que cada persona se haga responsable de las situaciones que está relatando y ser precisos en señalar cuál es su experiencia y la situación que ocurrió, en qué momento del tiempo y quienes se vieron involucrados.

Para nosotros su colaboración es de gran valor y le agradecemos de antemano su buena voluntad.

Si requiere mayor información dirigirse a Diego Barna Cuzmar, Catalina Contreras Vinet o Luis Hernández Burgos, alumnos de la carrera de Odontología de la Universidad del Desarrollo, correo electrónico, dbarnac@udd.cl, cacontrerasv@udd.cl y lhernandezb@udd.cl, respectivamente.

Nombre y firma de la persona encuestada, que conoce y acepta los términos de realización de esta entrevista: _____

Nombre del investigador y firma: _____

Fecha de realización de la entrevista: _____

El presente documento fue confeccionado en base al consentimiento informado de la investigación “Discriminación por VIH/SIDA en Chile; cambios y continuidades 2002 – 2005”, realizado por el Sr. Francisco Vidal, Srta. Marina Carrasco y Srta. Paula Santana, publicado por la Universidad Arcis en Santiago de Chile el año 2005. Citado en las referencias bibliográficas de esta investigación.