

**PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE PACIENTES CONVIVIENTES
CON VIH/SIDA SOBRE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

**LEONARDO BUITRAGO LIÉVANO
MARÍA TERESA HERNÁNDEZ FUENTES
ELI JOSÉ MORATTO DÍAZ**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
SANTA MARTA D.T.C.H.**

2015

**PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE PACIENTES CONVIVIENTES
CON VIH/SIDA SOBRE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

**LEONARDO BUITRAGO LIÉVANO
MARÍA TERESA HERNÁNDEZ FUENTES
ELI JOSÉ MORATTO DÍAZ**

Trabajo de grado para optar el título de Odontólogo

Presidente

DR. LUIS ARMANDO VILA

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
SANTA MARTA D.T.C.H.**

2015

Nota de aceptación

Firma del presidente de jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

AGRADECIMIENTOS

Los Autores afectuosamente agradecen a las personas que con su apoyo y dedicación colaboraron con la ejecución exitosa de este proyecto de investigación:

AL DR. LUIS ARMANDO VILA por su ayuda y colaboración en la formulación de la propuesta y asesoría especializada para lograr su ejecución y por el tesón con que acogió esta propuesta de investigación.

AL DR. ALFREDO LLINAS, DRA. MÓNICA PÉREZ Y DR. UBALDO RODRÍGUEZ docentes expertos para la validación y mejora del instrumento de recolección de datos de este proyecto.

AL DR. LUIS FERNANDO BORDA, Director del Programa de Odontología, que con su apoyo se logró presentar el proyecto ante la Universidad del Magdalena.

A LOS JURADOS EVALUADORES, por su apoyo y dedicación.

A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, AL DR HERNANDO ESTRADA Y SU EQUIPO DE TRABAJO por su colaboración al brindar las condiciones necesarias para realizar la toma de datos y autorización de ejecución de este proyecto en sus instalaciones.

A NUESTRA ALMA MATER, LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, así como todos mis triunfos y éxitos:

*A **DIOS**, por darme las fuerzas y el entendimiento para estudiar esta carrera, porque siempre ha sido lo más importante en mi vida, por acompañarme cada instante que pase durante esta carrera y que su mano me sustentó.*

*A **MI MAMÁ Y MI PAPÁ**, por su incondicional apoyo en los momentos difíciles, que con sus oraciones le pedían a Dios su dirección para mi vida, por ese amor que me brindan cada día.*

***MI TÍA EILEEN, A MIS HERMANAS, Y MI ABUELA MARÍA DÍAZ** que siempre me tenía en sus oraciones*

*A **MIS COMPAÑEROS Y PROFESORES** de quienes aprendí mucho y me ayudaron a ser mejor persona.*

*A **TODOS** los que de una u otra manera aportaron su granito de arena para que lograra alcanzar este triunfo.*

ELI JOSÉ MORATTO DÍAZ

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, así como todos mis triunfos y éxitos:

*A **DIOS**, por ayudarme a seguir adelante en esta profesión y permitir poder llegar a esta etapa de la vida.*

*A **MI MAMÁ LUZ MILA LIEVANO**, por acompañarme y guiarme a lo largo de esta carrera profesional y ser fortaleza en momentos débiles.*

*A **MIS HERMANOS SOHAN, BELISARIO Y NATALY** por brindarme una vida llena de experiencias, sabiduría, humildad y amor a mi profesión.*

*A **MI NOVIA MARY LUZ CARRILLO** “mi cielito” por ser un pilar importante en mi vida, a su familia por haberme apoyado en las malas y en las buenas sobre todo por su paciencia y amor incondicional.*

*A **MIS COLEGAS** María Teresa Hernández, Eli Moratto por ser excelentes compañeros de tesis por haberme tenido la paciencia necesaria y motivarme en momentos de desesperación y sobre todo por hacer de su familia, una familia para mí.*

*A **MIS PROFESORES Y AMIGOS** por haber compartido sus conocimientos, amistad y por darnos la oportunidad de crecer profesionalmente aprendiendo nuevas cosas.*

LEONARDO BUITRAGO LIÉVANO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, así como todos mis triunfos y éxitos:

A DIOS, por ser el fundamento de mi vida, por sostenerme durante toda esta carrera y por su amor incondicional, por nunca desampararme y mostrarme que siempre está a mi lado formando un carácter en mí, el cual permite que hoy pueda cumplir el sueño de ser una odontóloga.

A MI ABUELA LOLA, quien fue mi madre y amiga, por enseñarme que el amor trasciende, que nunca termina y brindarme ese mismo amor de forma que la convirtió en el ángel que Dios puso en mi camino para que hoy este sueño sea una realidad.

A MI ESPOSO LUIS ALBERTO quien ha sido mi apoyo, mi compañía en momentos difíciles, y que con su amor y presencia en mi vida alegra cada instante de ella, por ayudarme a ser mejor persona cada día.

A MIS HIJOS JUAN PABLO Y FIORELLA por ser el motor que genera las ganas de seguir adelante, por llenar mi vida de luz, esperanza y regalarme el tiempo para culminar mi carrera.

A MIS FAMILIARES por estar ahí cuando los he necesitado, y por cada una de las veces que estuve presente en sus oraciones.

A MIS PROFESORES Y AMIGOS por ayudarme a superar cada reto y gestionar en mí el deseo de aprender cada día algo nuevo.

MARÍA TERESA HERNANDEZ FUENTES

RESUMEN

La atención odontológica oportuna e incluyente tiene un papel importante en las personas que viven con VIH/SIDA, debido a que de esta forma se pueden prevenir y darle tratamiento a las múltiples lesiones orales que acompañan a la enfermedad de base de estos paciente, mejorando así la calidad de vida de esta población, por lo que esta investigación tiene como objetivo determinar la percepción y experiencia de pacientes convivientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica.

Para lo que se realiza una investigación descriptiva y transversal en la cual participaron 65 pacientes convivientes con VIH/SIDA de una IPS de la ciudad de santa marta, quienes diligenciaron un instrumento de recolección de datos diseñado para la investigación, dando como resultado que los pacientes que viven con VIH/SIDA en la ciudad de Santa Marta han experimentado una atención odontológica buena en un 68%, aunque el 28% considera que es regular, el 5% la califica como mala, por último el 35% afirma que siempre percibe rechazo por parte del entorno. Lo que nos permite concluir que la atención odontológica prestada a pacientes que viven con VIH/SIDA en cada región está determinada por el hecho que la atención se preste en una entidad especializada en estos pacientes o no, debido a que una clínica dedicada a la atención de estos pacientes la percepción de rechazo disminuye notoriamente, como es el caso de esta investigación.

Palabras clave: VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), percepción, odontólogo, atención odontológica.

ABSTRACT

The timely and inclusive dental care plays an important role in people living with HIV / AIDS, because this way you can prevent and treat you to the many oral lesions that accompany the basic disease of these patients, thus improving the quality of life of the population, so this research is to determine the perception and experience of cohabiting patients with HIV / AIDS on the dental office.

For which a descriptive and cross-sectional research in which 65 patients participated cohabiting with HIV / AIDS from an IPS city of Santa Marta, who filled out an information collection instrument designed for research is carried out, resulting in the patients living with HIV / AIDS in the city of Santa Marta have experienced a good dental care by 68%, while 28% believe that it is fair, and 5% qualifies as poor, while 35% say they always perceived rejection by the environment. It is allowing us to conclude that the dental care provided to patients living with HIV / AIDS in each region is determined by the fact that care is provided in a specialized in these patients or entity, because a clinic dedicated to the care of these patients' perceptions of rejection decreases noticeably, as is the case of this research.

Keywords: HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), perception, dentist, dental care.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	5
4. ESTADO DE DESARROLLO O ANTECEDENTES.....	7
5. OBJETIVOS	9
5.1 Objetivo general.	9
Ø Determinar la percepción y la experiencia de pacientes convivientes con VIH/SIDA Sobre la consulta odontológica.....	9
5.2 Objetivos específicos.	9
Ø Caracterizar socio-demográficamente la población atendida en una IPS de la ciudad de Santa Marta según: Sexo, edad, ocupación	9
Ø Identificar la percepción que tiene los pacientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica	9
Ø Describir la experiencia de los pacientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica.....	9
6. MARCO TEÓRICO	10
6.1 Infección Aguda por VIH.....	12
6.2 Infección Crónica por VIH.....	12
6.3 SIDA	12
6.4 Vías de Transmisión	13
6.4.1 Transmisión Sexual	13
6.4.3 Transmisión por sangre y derivados sanguíneos	13
6.4.4 Transmisión ocupacional: trabajadores de la salud y laboratorio	13
6.4.5 Transmisión madre – hijo	14

6.4.6 Transmisión por líquidos corporales.....	14
6.5 Manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA.....	14
6.5.1 Candidiasis Oral	15
6.5.1.2 La Candidiasis Eritematosa (CE).....	15
6.5.1.3 La Candidiasis Pseudomembranosa (CP)	15
6.5.1 Ulceras Orales	16
6.5.2 Leucoplasia Pilosa Oral	16
6.5.3 Lesiones Gingivales y Periodontales	16
6.5.4 Sarcoma de Kaposi	17
6.5.5 Linfoma No Hodgkin.....	17
6.5.6 Enfermedad de las Glándulas Salivales	17
6.5.7 Verrugas Orales	18
6.5.8 Xerostomía o boca seca.....	18
6.6 Bioseguridad en el consultorio odontológico.....	18
6.7 Factores que influyen en la percepción de personas	21
7. MARCO NORMATIVO.....	23
7.1 Marco Normativo internacional en VIH-SIDA.....	23
7.2 Marco Normativo Nacional En VIH SIDA.....	24
7.2.1 Decreto 1543 de 1997.....	24
7.2.2 La Resolución 3442 de 2006.....	24
7.2.3 El Plan Nacional de Respuesta al VIH del 2008 al 2011.....	25
8. DISEÑO METODOLOGICO	26
8.1. Área de estudio	26
8.1.1. Ubicación	26
8.2.1 Metodología	26
8.2.2 Tipo de Investigación: Descriptivo.....	27

8.2.3 Universo	27
8.2.4 Población.....	28
8.2.5 Muestra.....	28
8.2.6. Criterios de inclusión	28
8.2.7. Criterios de Exclusión.....	28
8.2.8. Determinación del espacio Temporal	29
8.2.9. Formas de observar la Población	29
8.3. Técnicas e Instrumentos utilizados en la recolección de la Información	29
8.3.1 Fuentes Primarias.....	29
8.3.2 Fuentes Secundarias	30
8.3.3 Materiales y métodos	30
8.3.4 Instrumento de Recolección de Datos	31
8.3.5 Variables	32
8.3.6 Técnicas y procedimientos de Análisis	33
9. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	34
10. DISCUSIÓN.....	68
11. CONCLUSIÓN	71
12. RECOMENDACIONES	73
13. LISTA DE REFERENCIAS	74
14. ANEXOS	78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Frecuencia de caracterización por sexo	34
Tabla 2 Frecuencia de caracterización por edad	35
Tabla 3 Frecuencia de caracterización por ocupación.....	36
Tabla 4 Motivo de consulta	37
Tabla 5 Informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA	38
Tabla 6 Ha sentido rechazo por parte del odontólogo	39
Tabla 7 Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica	40
Tabla 8 Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+	41
Tabla 9 No lo atiende después de informar su condición serológica	42
Tabla 10 Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+	43
Tabla 11 Calificación de la consulta odontológica.....	44
Tabla 12 Actitud del odontólogo durante la consulta.....	45
Tabla 13 Rechazo hacia los pacientes con VIH/SIDA	46
Tabla 14 Consultas especiales para pacientes con VIH/SIDA.....	47
Tabla 15 Sexo * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir Con VIH/SIDA?	48
Tabla 16 Sexo * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo Por parte del odontólogo?	49
Tabla 17 Sexo * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?	50

Tabla 18 Sexo * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	51
Tabla 19 Sexo * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?	52
Tabla 20 Sexo * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?	53
Tabla 21 Sexo * ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?.....	54
Tabla 22 Sexo * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante La consulta odontológica?.....	55
Tabla 23 Sexo * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?	56
Tabla 24 Sexo * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?.....	57
Tabla 25 Edad * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?	58
Tabla 26 Edad * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?.....	59
Tabla 27 Edad * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?.....	60
Tabla 28 Edad * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	61
Tabla 29 Edad * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición	

de vivir con VIH/SIDA?	62
Tabla 30 Edad * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?	63
Tabla 31 Edad * ¿Según su experiencia como calificaría la atención Odontológica recibida?.....	64
Tabla 32 Edad * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?.....	65
Tabla 33 Edad * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?	66
Tabla 34 Edad * ¿Considera usted que deben implementarse consultas Especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?	67

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Frecuencia de caracterización por sexo	34
Gráfica 2 Frecuencia de caracterización por edad	35
Gráfica 3 Frecuencia de caracterización por ocupación	36
Gráfica 4 Motivo de consulta	37
Gráfica 5 Informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA	38
Gráfica 6 Ha sentido rechazo por parte del odontólogo	39
Gráfica 7 Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica	40
Gráfica 8 Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+	41
Gráfica 9 No lo atiende después de informar su condición serológica	42
Gráfica 10 Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+	43
Gráfica 11 Calificación de la consulta odontológica.....	44
Gráfica 12 Actitud del odontólogo durante la consulta	45
Gráfica 13 Rechazo hacia los pacientes con VIH/SIDA	46
Gráfica14 Consultas especiales para pacientes con VIH/SIDA	47
Gráfica 15 Sexo * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir Con VIH/SIDA?.....	48
Gráfica 16 Sexo * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?	49
Gráfica 17 Sexo * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?.....	50

Gráfica 18 Sexo * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	51
Gráfica 19 Sexo * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?	52
Gráfica 20 Sexo * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?	53
Gráfica 21 Sexo * ¿Según su experiencia como calificaría la atención Odontológica recibida?	54
Gráfica 22 Sexo * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?.....	55
Gráfica 23 Sexo * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?	56
Gráfica 24 Sexo * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?.....	57
Gráfica 25 Edad * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?	58
Gráfica 26 Edad * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?	59
Gráfica 27 Edad * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?.....	60
Gráfica 28 Edad * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	61
Gráfica 29 Edad * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?.....	62

Gráfica 30 Edad * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?..... 63

Gráfica 31 Edad * ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?..... 64

Gráfica 32 Edad * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica? 65

Gráfica 33 Edad * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados? 66

Gráfica 34 Edad * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA? 67

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace más de dos décadas el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida fue anunciado como una enfermedad de origen viral, con la capacidad de transmitirse y que afecta al sistema inmune del ser humano, que hasta el día de hoy es una patología mortal e incurable.

Si bien es cierto que al principio de la aparición de la misma esta parecía estar restringida a grupos homosexuales, en la actualidad se encuentra distribuida en la población general, afectando tanto a hombre como mujeres y niños.

Puede ser que la apreciación inicial de la entidad y al saber que es una enfermedad mortal y sin cura hasta la fecha, se establezca cierto rechazo hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Es por esta razón que el odontólogo como parte de un grupo multidisciplinario enfocado en mejorar la calidad de vida de estos pacientes, requiere cierta formación profesional que permita una atención adecuada e igualitaria; ya que como profesionales de la salud estamos enfrentados a tratar estos pacientes que pueden o no conocer su condición serológica, y que en mucho de los casos aun conociendo su estado de vivir con VIH/ SIDA omiten la información por miedo a la discriminación.

La capacitación de los profesionales de salud oral debe ser permanente para reconocer no sólo las condiciones específicas de salud oral de estas personas, las manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas, sino también, y de forma prioritaria para conocer e implementar condiciones de bioseguridad para la atención de los pacientes. Esto último, de fundamental importancia pues deben estar siempre presentes en la asistencia a la salud como forma de asegurar la calidad de la atención y mecanismo de prevención para los pacientes y los profesionales (Moraglio, 2006).

En este proyecto de investigación se ahondara en cuál es la problemática que se está presentando en el entorno, la importancia de este estudio y la pertinencia del mismo, lo cual se lograra a través de una revisión bibliográfica y documentación acerca del tema, teniendo conocimiento de las normas legales que rigen a este tipo de investigaciones y las que se encuentran inherentes a lo investigado, para poder estructurar el proyecto y darle respuesta a los objetivos planteados al inicio del estudio, para obtener unos resultados que analizados y discutidos con investigaciones similares, permitirán dar unas recomendaciones acerca del tema investigado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH, es una enfermedad crónica que ha aumentado la necesidad de la sociedad en requerir servicios de salud optimizados, incluyendo el servicio odontológico. El uso de medidas de bioseguridad minimiza el riesgo de contraer éste virus, pero todavía siguen presentándose situaciones éticas basadas en el rechazo de algunos profesionales desinformados a proveer la atención odontológica a personas que tienen ésta condición de salud (STOPVIH, 2013).

Paradójicamente, el riesgo de transmisión del VIH entre los trabajadores de la salud es muy bajo; se ha calculado en sólo un 0.32% por heridas percutáneas con objetos corto punzantes. Gerberding (como se citó en Esquivel, Fernández, Magis. 2000)

El reporte del año 2010 de ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida) muestra que las nuevas infecciones de VIH han disminuido en casi 20% en la última década y las muertes relacionadas con el sida han bajado alrededor de un sexto en cinco años. Sin embargo, Peixoto (2010) refiere que la percepción social negativa de la enfermedad dista mucho de la normalización que sería deseable, como respuesta el estigma que acompaña al paciente que vive con VIH/SIDA.

Acosta (2006) refiere que la atención odontológica a pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana y con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), según los niveles de atención y el grado de complejidad, tiene carácter obligatorio, de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia (Decreto 1543 de 1997). Se regulan las actividades diagnósticas, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad respecto de los pacientes infectados o enfermos. En este contexto, el (la) odontólogo(a), además de su función clínico-asistencial, debe garantizar la seguridad tanto para el paciente como para sí mismo.

La atención odontológica integral incluye un manejo oportuno de las infecciones orales presentes en cavidad oral, aspecto que es secundario al adecuado control de la enfermedad Arango (como se citó en Bedoya, 2010).

No obstante estudios sobre la actitud de profesionales de salud oral han informado que entre 15 y 35% de profesionales y/o estudiantes de odontología tienen una actitud negativa para dar atención a pacientes VIH+; Una de las razones principales obedece a la percepción de peligro, dado que es una enfermedad mortal y se puede transmitir por accidente biológico (Dávila y Gil, 2007).

Con base a lo anterior relevante resaltar la importancia que representa para la población estudio un servicio odontológico oportuno y con condiciones igualitaria, permitiendo de este modo que surja el siguiente interrogante: **¿Cuál es la percepción y experiencia de pacientes convivientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica?**, cuya respuesta permitirá brindar elementos para la toma de decisiones en temas de prestación de servicios oportunos e incluyentes mejorando así la calidad de vida de la población que vive con VIH/SIDA en la ciudad de Santa Marta.

3. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación tienen como objeto aportar información concerniente a la percepción y experiencia que tienen los pacientes convivientes con VIH/SIDA sobre las consultas odontológicas, teniendo como referente que la salud oral hace parte fundamental de la salud integral del paciente que vive con VIH/SIDA por lo cual un tratamiento odontológico adecuado y eficaz mejorar la calidad de vida de esta población.

En estudios realizados en diferentes países, se ha documentado que aún existe falta de disposición de los odontólogos para tratar pacientes infectados, incluso, se han desarrollado modelos que identifican las variables que influyen en la aceptación o rechazo de los profesionales frente a estos pacientes Sadowsky y Kunzel (como cito Ramírez, López, Anaya y Lara 2008).

Igualmente, se han descrito algunas barreras que inhiben la demanda y uso de servicios odontológicos como parte del tratamiento integral de los pacientes con VIH/SIDA, algunas de ellas relacionadas con limitaciones económicas, falta de servicios disponibles, el temor a ser rechazados y la falta de confidencialidad acerca de su enfermedad McCarthy (como cito Ramírez et al., 2008).

Por lo anterior este proyecto de investigación es oportuno ya que en la ciudad de Santa Marta las investigaciones previas se han basado al estudio de la prevalencia de las lesiones orales en pacientes con VIH/SIDA, además en el país pocos estudios han abordado la atención desde la perspectiva del paciente por lo que la presente investigación se lleva a cabo en la institución prestadora de servicios de salud para estos pacientes con mayor cobertura en la ciudad de Santa Marta

Por todo lo anteriormente expuesto y teniendo claridad del papel que el odontólogo debe jugar en la atención de estas personas, ya que una buena actitud frente a ellas condiciona la favorabilidad de la atención en salud oral, para lo cual se necesita sensibilizarse con el tema y lograr como objeto primario en la atención odontológica de estos pacientes que viven con VIH/SIDA el mejorar la calidad de vida a través de tratamientos oportunos y eficaces dentro del marco del respeto.

4. ESTADO DE DESARROLLO O ANTECEDENTES.

De acuerdo a la revisión bibliográfica pertinente previa al desarrollo de esta investigación se encontraron los siguientes estudios antecedentes:

A nivel internacional, en España Hernández (2012) en su tesis de grado atención estomatológica no discriminatoria a personas con VIH/SIDA concluyó que existe un alto nivel de aceptación para trabajar con personas con VIH/SIDA, siendo poco el rechazo, además también se ha visualizado que los encuestados consideran no contar con los conocimientos necesarios para trabajar con tales personas o identificar los aspectos clínicos que conlleva la infección por VIH, ya que estos se pueden confundir con aspectos comunes de higiene deficiente. En contraste, en Washington Cesar y Lacerda (2001) afirman en su artículo científico el cuidado dental de VIH positivo: el miedo, el prejuicio y la ética profesional determino que todavía hay prejuicios y la ignorancia sobre el riesgo de infección por VIH y el SIDA, tanto por los odontólogos como de otros pacientes en la ciudad de Washington.

En Latinoamérica, los aportes más significativos corresponden en primera medida a los estudios realizados en Venezuela por Dávila, Mujica y Ugel (2010) en su artículo científico experiencia y opinión de las personas que viven con VIH/SIDA sobre la atención odontológica en la cual se concluyó Con relación a la variable experiencia que el 76,7% de los participantes reportan haber tenido experiencia “negativa” con relación a la atención odontológica. Por otra parte, la opinión reportada por las PVVS hacia la atención odontológica refleja que más de la mitad (67,4%) de los participantes tienen una opinión regular. De igual manera Dávila, Cábre y Mujica (2012) en su artículo científico experiencias estigmatizantes de las personas que viven con VIH/SIDA en el contexto de la consulta odontológica tiene como resultados encontrados en

las experiencias narradas de las PVVS y los cuales se observan en las cinco (5) categorías analizadas, se puede concluir que existe la necesidad urgente de desarrollar programas de educación dirigido a la sociedad en general, a los familiares de las personas que viven con VIH/SIDA y a los profesionales de la salud, con el propósito de modificar ciertas conductas discriminatorias que influyen en la salud general y bucal de estas personas.

En México Ramírez et al. (2008) en su artículo científico Experiencias de pacientes con VIH/SIDA y respuestas de odontólogos ante el tratamiento dental en la Ciudad de México dieron como resultados El 54.5% de los 400 odontólogos no aceptaron atender pacientes con VIH/SIDA, argumentando entre otras razones, sentirse en riesgo, falta de equipo y tiempo. De los pacientes que solicitaron servicio dental privado, 36.7% no informaron al dentista sobre su condición serológica, mientras que en los servicios públicos no informaron en un 4%. Los motivos más frecuentes fueron: temor al rechazo, no considerarlo necesario y confidencialidad. De igual manera Esquivel, Fernández, Magis (2000) en su artículo científico actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica afirma A pesar del bajo riesgo ocupacional de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre el personal de salud, el gremio odontológico ha mostrado un rechazo hacia el paciente con infección por el VIH, debido principalmente a un temor de contagio del VIH durante los procedimientos.

En Colombia García et al. (2008) En su artículo científico Percepción de personas VIH/SIDA sobre la atención odontológica encontraron omisión y discriminación en la atención odontológica a personas con VIH/SIDA por el temor de los odontólogos al contagio por conceptos erróneos o falta de información acerca de los verdaderos medios de transmisión de la enfermedad y la probabilidad de contagio durante la consulta odontológica aun reconociendo la presencia y uso de las medidas de bioseguridad.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general.

Determinar la percepción y la experiencia de pacientes convivientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica.

5.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar socio-demográficamente la población atendida en una Ips de la ciudad de santa Marta según: Género, edad, ocupación.
- Identificar la percepción que tiene los pacientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica.
- Describir la experiencia de los pacientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica.

6. MARCO TEÓRICO

El sida, como entidad clínica, fue descrito en 1981, en pacientes que consultaban por neumonías agudas por un parasito poco frecuente en la época, el *Pneumocistis carini*. Estos casos tenían en común la presencia de una inmunodeficiencia adquirida. La evidencia serológica con bancos de sueros muestra que esta infección ya estaba en la población africana desde 1959. Cálculos matemáticos, basados en la tasa de mutación genética y comparando los genomas de diferentes aislados tomados en épocas diferentes de la epidemia, infieren que este virus inicio la epidemia en humanos alrededor de 1930. El virus se considera que fue de origen simiano (*chimpancé pantrogloditis trogloditis* y otros) y que infecto a humanos en contacto con sangre de estos animales. El agente aislado inicialmente por un grupo de científicos franceses correspondía a un virus con actividad de transcriptasa inversa.

Existen dos tipos serológicos de virus bien definidos, que poseen diferencias en sus proteínas características antigénicas y virulencia. El VIH 1 fue el agente inicialmente identificado, produce cuadros de síndrome de inmunodeficiencia adquirida en la mayoría de los sitios del globo; el VIH 2 produce cuadros indiferenciados del VIH 1 aunque, por lo general, se asocia a cuadros de más lenta evolución y menor virulencia (Vargas, 2002).

La replicación viral tiene como característica principal ser imperfecta, la transcriptasa inversa, que es la enzima que produce copias del material genético viral, comete un error de copia en cada genoma que lee, de tal manera que a través de los múltiples ciclos se generan poblaciones virales semejantes pero a su vez diferentes de sus ancestros. Las nuevas variantes virales pueden tener características distintas:

1. Cambiar su tropismo (afinidad por grupos celulares específicos) diseminando la infección a otras poblaciones celulares.
2. Cambiar su antigenicidad, escapando de la vigilancia y del control del sistema inmune.
3. Originar variantes resistentes a medicamentos antirretrovirales.
4. Ser no infectantes (defectuosas), de tal manera que desaparecen al no poder replicarse (Uribe, 2002).

Muchas personas con infección por VIH permanecen asintomáticas durante años, incluso sin tratamiento antirretroviral, por un tiempo promedio aproximado de 10 años entre la exposición y el desarrollo del SIDA. Una vez que aparecen los síntomas estos pueden ser variados e inespecíficos. Como todos los hallazgos pueden presentarse con otras enfermedades, una combinación de ellos resulta más sugerente de la infección por VIH que cualquier otro síntoma por sí solo.

El examen físico llega a ser normal. Los hallazgos anormales van desde los completamente inespecíficos hasta los muy específicos para la infección por VIH. Entre los que resultan pronosticadores de ésta, se encuentran la Leucoplasia pilosa de la lengua, el sarcoma de Kaposi (Hollander y Katz 2004).

Sin tratamiento, la infección por el VIH evoluciona en fases y empeora con el transcurso del tiempo. El VIH destruye gradualmente el sistema inmunitario y, a la larga, causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). No hay cura para esta infección, pero los medicamentos contra el VIH (llamados medicamentos antirretrovirales) pueden evitar que evolucione a SIDA. Esos medicamentos ayudan a las personas seropositivas a tener una vida más larga y sana; además, reducen el riesgo de transmisión del virus a otras personas.

6.1 Infección aguda por VIH

La infección aguda es la fase inicial de infección por el VIH. Suele manifestarse de 2 a 4 semanas después de que una persona ha contraído la infección por ese virus. Durante esta fase, muchas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el organismo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. El VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda.

6.2 Infección crónica por el VIH

La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas. Aunque muchas personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos antirretrovirales, la infección crónica evoluciona al SIDA en un lapso de 10 a 12 años

6.3 SIDA

El SIDA es la fase final de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (La neumonía y la tuberculosis son ejemplos de infecciones oportunistas.) Se diagnostica el SIDA cuando una persona con el VIH tiene un recuento de linfocitos CD4 inferior a $200/\text{mm}^3$ o una o más infecciones oportunistas o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años (INFOSIDA, 2014).

6.4 Vías de Transmisión

6.4.1 Transmisión sexual

La infección del VIH es una enfermedad transmitida sexualmente, el VIH se ha identificado en los fluidos seminales, en mayor concentración en los que contienen elevado número de linfocitos y monocitos, como en los casos inflamatorios (uretritis y epididimitis), el virus también ha sido identificado en muestras de líquidos vaginales y el cérvix.

6.4.2 Transmisión por sangre y derivados sanguíneos

Este puede ser transmitido a través de vías sanguíneas por sujetos que comparten materiales contaminados (agujas y jeringas), durante la inyección de drogas y aquellos que reciben transfusiones de sangre y sus derivados.

6.4.3 Transmisión ocupacional: trabajadores de la salud y laboratorio

Existe un pequeño pero establecido porcentaje de transmisiones en los trabajadores de la salud, personal de laboratorio y otros que trabajan con individuos infectados. Estudios multiinstitucionales han indicado que el riesgo de transmisión por VIH por una exposición de una aguja u objetos cortantes contaminado con sangre infectada aproximadamente es de un 0.3%. El riesgo aumenta con el aumento de sangre expuesta, estadio del paciente del que proviene la sangre contaminada y virulencia del virus.

6.4.5 Transmisión madre – hijo

El VIH puede ser transmitido de una madre infectada a su feto durante el embarazo o durante el parto. La transmisión postnatal ha sido documentada e implica el calostro y la leche materna, como vehículo de transmisión del virus.

6.4.6 Transmisión por líquidos corporales

No existe evidencia conveniente que explique que la saliva pueda transmitir el VIH, ya sea por besar u otras exposiciones, como ocupacionales. A pesar de que el VIH si puede ser aislado de la saliva, esto solo ha sido logrado en un pequeño número de individuos afectados. Además, una proteína dentro de la saliva llamada Inhibidor secretorio de la proteasa leucocítica, ha sido demostrada de tener propiedades anti-VIH (Hernández, 2012).

En la actualidad el VIH/SIDA es una enfermedad de salud pública y como tal requiere de la atención de un equipo multidisciplinario en el que el odontólogo ejerce un papel importante debido a la presencia de lesiones orales asociadas a la patología y las cuales repercuten directamente en la salud general de estos pacientes.

6.6 Manifestaciones orales en pacientes con VIH/SIDA

La cavidad bucal es frecuentemente uno de los primeros sitios donde ocurren manifestaciones por enfermedad de VIH/SIDA.

- Más del 40% de las personas con VIH y más del 90% con SIDA tienen algún dato clínico en la cavidad bucal, por lo que es imperativo revisar la boca siempre que se haga una consulta clínica en un paciente con VIH/SIDA.

- Existen muchas lesiones bucales en pacientes con VIH/SIDA. Su diagnóstico específico se puede hacer por la presentación clínica y las características microscópicas, pero también se pueden hacer frotis o cultivos. (Perera, 2009)

6.5.1 Candidiasis Oral

La infección micótica más común vista en asociación con la infección VIH es la Candidiasis Oro faríngea. Hay tres formas de Candidiasis Oral observadas más frecuentemente: La Candidiasis Eritematosa, la Candidiasis Pseudomembranosa y la Queilitis Angular. En sus primeras etapas son habitualmente asintomáticas (Naidoo, 2001).

6.5.1.1 La Candidiasis Eritematosa (CE)

Se presenta como una lesión sutil roja y plana, bien sea en la cara dorsal de la lengua y/o en el paladar blando o duro. La CE tiende a ser sintomática, donde los pacientes se quejan de sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, y más frecuentemente cuando ingieren comidas saladas o picantes o cuando toman bebidas ácidas. El diagnóstico clínico se basa en la apariencia de la lesión, tomando en cuenta el historial médico y el estatus viral del paciente (Letelier et al., 2007).

6.5.1.2 La Candidiasis Pseudomembranosa (CP)

Es la lesión oral más común. Naidoo (2001) Se presenta como placas blancas con apariencia de cuajada o requesón en la mucosa bucal, lengua y otras superficies mucosas; y que cuando se remueven dejan una superficie roja o sangrante. (Letelier et al., 2007).

La presentación clínica de la Queilitis Angular (QA), es como eritema y/o fisuras de los ángulos de la boca. La QA puede ocurrir con o sin la presencia de CE o CP. La Queilitis Angular puede existir por un largo período de tiempo si no se le trata.

6.5.1.3 Ulceras Orales

La infección por Virus Herpes Simples –1 (HSV-1) está muy extendida, siendo muy común encontrar manifestaciones orales de lesiones por herpes. Además, se ha observado que en los pacientes con VIH tiende a recurrir (dos o más episodios en un año). El herpes intra oral recurrente simple comienza como una pequeña aglomeración de vesículas que se rompen para producir pequeñas y dolorosas ulceraciones. Se pueden ubicar en las encías, paladar duro, el borde bermellón de los labios y la piel adyacente. En las personas infectadas con VIH esta infección puede avanzar rápidamente causando un compromiso mucocutáneo (Letelier et al., 2007).

6.5.2 Leucoplasia Pilosa Oral

La Leucoplasia Velloso Oral (LVO), es causada por el virus de Epstein-Barr y se presenta como una lesión corrugada, no removible, generalmente en los bordes laterales de la lengua. Esta condición es normalmente asintomática y no requiere tratamiento a menos que haya compromiso estético grave. Los pacientes que presentan esta patología mientras están en terapia HAART, pueden estar experimentando una falla en su actual régimen antirretroviral (Letelier et al., 2007).

6.5.3 Lesiones Gingivales y Periodontales

Eritema Gingival Lineal (EGL). Se trata de una enfermedad periodontal que se presenta como una banda roja a lo largo del margen gingival, que puede estar o no acompañada por sangrado ocasional e incomodidad. El EGL se ve más frecuentemente asociado a los dientes

anteriores, pero comúnmente se extiende a los dientes posteriores. Se puede presentar también en la encía adherida y no adherida como lesiones parecidas a petequias (Letelier et al., 2007).

6.5.4 Sarcoma de Kaposi

La apariencia clínica del SK puede ser macular, nodular, o elevada y ulcerada. El color puede variar desde el rojo al púrpura. Las lesiones tempranas tienden a ser planas, rojas y asintomáticas; y el color se va volviendo más oscuro con el paso del tiempo cuando va aumentando el tiempo de la lesión. Con el progreso de la lesión, esta puede interferir con las funciones normales de la cavidad oral y se vuelve sintomática, secundaria a trauma o infección (Letelier et al., 2007).

6.5.5 Linfoma No Hodgkin

El Linfoma No-Hodgkin es una condición definitoria de SIDA que, ocasionalmente, se presenta en la cavidad oral. Esta lesión tiende a presentarse como una masa ulcerada, grande y dolorosa en el paladar o el tejido gingival (Letelier et al., 2007).

6.5.6 Enfermedad de las Glándulas Salivales

La enfermedad de las Glándulas Salivales se hace aparente clínicamente por un incremento en el tamaño de las glándulas salivales mayores y más notablemente las parótidas. La biopsia de parótidas, sospechosamente agrandadas, ha revelado un incremento en el infiltrado linfocítico, y más específicamente de células CD8 (Letelier et al., 2007).

6.5.7 Verrugas Orales

Las verrugas orales pueden tener apariencia de coliflor, pediculadas o levantadas con superficie plana. El tratamiento, que puede involucrar cirugía, cirugía láser o crioterapia; es problemático, ya que estas lesiones tienden a recurrir, dependiendo del recuento de CD4 (Letelier et al., 2007).

6.5.8 Xerostomía o boca seca

La boca seca es una molestia común en personas con HIV+ y debe ser manejada agresivamente para prevenir caries dentales y problemas periodontales. Esta manifestación puede deberse a problemas en la glándulas salivales o a los medicamentos usados en gente con SIDA (Letelier et al., 2007).

Debido a esto al transformarse el VIH/SIDA en una enfermedad crónica, aumenta la necesidad de estas personas en requerir el servicio odontológico. El uso de normas o medidas de bioseguridad minimizan el riesgo de contraer esta enfermedad, pero todavía siguen presentándose situaciones o dilemas éticos basados en la negativa o rechazo de algunos profesionales a proveer servicio odontológico a personas que viven con VIH/SIDA Godin, Naccache, Brodeur Y Alary (como se citó en Tovar, Guerra, Araujo e Ibarra 2008).

6.6 Bioseguridad en el consultorio odontológico

La bioseguridad comprende un conjunto de medidas y disposiciones, algunas de las cuales son suficientes como para ser materia de una ley, las que tienen como principal objetivo la protección humana, animal, vegetal y ambiental (Conicyt, 2008).

Acosta (2006) se refiere que la contaminación disminuye de manera importante con la utilización de barreras, tales como:

- Desinfectar escupideras y superficies con bactericidas.
- Cubrir las superficies con plástico (pre y pos limpieza).
- Desinfectar batas, mandiles o desechables.
- Usar tapaboca, anteojos o máscara.
- Usar guantes, teniendo en cuenta lavar las manos con agua y jabón antes y después de la atención.

- Esterilizar o desinfectar el instrumental

Instrumentos crítico (esterilizar) Son aquellos que entran en contacto con los tejidos de los pacientes o con la sangre, pueden ingresar a espacios biológicos habitualmente estériles; **instrumentos semi-críticos** (esterilizar o desinfectar) Son aquellos que no penetran en tejidos del paciente y/o no están en contacto con sangre, pero tocan la mucosa o saliva del paciente; **instrumentos no críticos** (desinfectar) Son aquellos que no establecen contacto directo con la sangre o saliva de los pacientes, pero que pueden ser contaminados por ellos a través de las manos del operador, por contacto con elementos ya contaminados o por la piel del paciente y el profesional o el personal. Otero y Otero (2002)

El protocolo de riesgo biológico incluye, igualmente, el esquema de vacunación previo a la atención de cualquier paciente contra VHB, influenza, sarampión, rubéola, tétano y tuberculosis (TBC).

El manejo de la herida secundaria a un accidente de trabajo, incluye la limpieza con agua y jabón (no se debe utilizar cepillo ni hipoclorito de sodio por el riesgo de excoiación), la utilización de un antiséptico local y el tratamiento antirretroviral (Acosta, 2006)

Por todo lo anteriormente expuesto y fundamentado teóricamente se llega a la conclusión de la importancia que representa que el paciente que vive con VIH/SIDA asista a las consulta

odontología para que de este modo pueda mejorar el estado de la salud oral y por ende su calidad de vida, por lo que es necesario para este estudio explorar la percepción que tienen los pacientes que viven con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica, la construcción de la percepción está marcada por las experiencias, sensaciones, momentos de confrontación con la realidad, el imaginario de los y las participantes no logra avanzar contundentemente con construcciones teóricas de fenómenos como los del estigma, la discriminación y la omisión de una situación compleja e importante, como lo es la atención con calidad en los servicios de salud y no sólo de la salud bucal. (García 2008); Entendiendo como percepción que tanto en nuestro ambiente social como de nuestro ambiente físico, va a implicar la selección y codificación de gran cantidad de datos que nos llegan del exterior, reduciendo así su complejidad para que sea más fácil su almacenamiento y recuperación posterior. Sin embargo, también supone la base para la elaboración de inferencias que nos permitan realizar predicciones sobre los acontecimientos futuros.

Este proceso de percepción comprende los siguientes tres aspectos: Reconocimiento emocional, en el sentido de que tanto nuestras expresiones verbales como las no verbales comunican nuestro estado de ánimo. De hecho, la manifestación física de ciertas emociones como la ansiedad (a través de la sensibilización de mucosas, micro expresiones faciales, la vasodilatación capilar, facial, etc.), es muy utilizada en la detección de testimonio falsos (Baron y Byrne, 1998).

Formación de impresiones, proceso mediante el cual nos formamos imágenes relativamente coherentes de los otros a partir de la multiplicidad informativa recibida. Estas impresiones pueden estar más o menos elaboradas, como veremos más adelante.

Atribuciones causales, mecanismo mediante el cual explicamos la causa de las conductas que observamos en los demás a partir de la información que nos proporciona el contexto, el conocimiento de la persona percibida y nuestra propia experiencia. (Marín Martínez, 2012)

Factores que influyen en la percepción de personas

Los procesos de percepción de personas y de objetos están sujetos a variables de caracteres biológicos y sociales. Como muestra de esto, un reciente estudio (Waggoner, Smith y Collins, 2009) demuestra cómo la administración de oxitocina (neuropéptido implicado en el desarrollo y mantenimiento de conductas de apego en los seres humanos) aumentaron los juicios sobre confiabilidad y atractivo de personas de ambos sexos. Pero también es evidente que el proceso de percepción no ocurre en el vacío social, sino que se desarrolla en un contexto dinámico de interacción. De este modo podemos afirmar que percepción social e interacción son inseparables.

La psicología social de las relaciones intergrupales estudia las causas y consecuencias de las acciones y percepciones que tienen los individuos sobre sí mismos y los otros como miembros de diferentes grupos sociales (Smith, 2006). Incluye aspectos tan clásicos como los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Si estereotipos y prejuicios se refieren a percepciones y sentimientos respectivamente, la discriminación ha de entenderse como una conducta —en principio negativa— dirigida hacia los miembros de un exo grupo con el que mantenemos ideas prejuiciosas. Es el tratamiento diferencial injusto (salvo en el caso de la llamada discriminación positiva) que damos a una persona por no pertenecer a nuestra misma categoría social. Es un proceso bastante complejo y no se produce de manera automática, ya que nuestro comportamiento depende de nuestras

convicciones personales y de las circunstancias externas que pueden escapar de nuestro control personal (Marín Martínez, 2012).

Por lo anterior se podría decir que la percepción que tiene el paciente de la consulta odontológica está formado a partir de la construcción de una impresión que va a estar guiada no solo por el ámbito biológico como sino que va amarrado a un comportamiento social, que a su vez tiene unas bases en la preconcepción de conceptos acerca de un objeto estudio que sería los vivir con VIH/SIDA, el cual va a segar una atención igualitaria debido al mismo estigma social que ha acompañado a esta patología desde sus inicios.

7. MARCO NORMATIVO

El Ministerio de la Protección Social de Colombia (2009) dispone:

6.1 Marco Normativo internacional en VIH-SIDA

Dentro del marco normativo internacional para el tema del VIH-SIDA se resaltan tres documentos la CIPD, ODM y UNGASS. La CIPD plantea la necesidad de prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH /SIDA, reduciendo su incidencia, procediendo al acceso a tratamiento.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), derivados de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en 2000 por 189 Estados Miembros incluyendo Colombia. Ofrecen un nuevo marco institucional para evaluar los progresos realizados hacia el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza.

De los ocho Objetivos, tres plantean - mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades – y están directamente vinculados con la salud reproductiva y sexual, mientras que otros cuatro - erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente – guardan una estrecha relación con la salud, incluida la salud reproductiva.

El (UNGASS) sobre el VIH/SIDA celebrado en junio de 2001, adoptado en la

Asamblea General de las Naciones Unidas, con relación a la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, hace eco del consenso mundial dentro de un amplio marco para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener y empezar a invertir el curso de la epidemia de VIH/SIDA para el 2015. El propósito fundamental del acuerdo es proporcionar a los actores fundamentales que participan en la respuesta nacional al SIDA información

esencial sobre los indicadores básicos que miden la eficacia de dicha respuesta. Estas directrices ayudarán también a asegurar la transparencia y sistematización del proceso que sigan los gobiernos nacionales.

7.2 Marco Normativo Nacional en VIH/SIDA

7.2.1 Decreto 1543 de 1997

Continúa vigente,” por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el VIH/SIDA y las otras infecciones de transmisión sexual (ETS)”. Define la terminología y se regulan las actividades diagnósticas, de atención integral, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad respecto de los pacientes con VIH/SIDA; se establece la normatividad de investigación en concordancia con la Resolución 84/30 de 1993; se fijan los mecanismos de organización y coordinación del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS y SIDA, y se crea el Consejo Nacional del SIDA y sus dependencias. Igualmente, se estipulan los derechos y deberes de pacientes y de los prestadores de los servicios de salud; además, el decreto brinda el marco de referencia frente a las posibles sanciones por incumplimiento de la legislación, tanto de parte de los pacientes como del personal de salud.

7.2.2 La Resolución 3442 de 2006

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica y recomienda el modelo de gestión programática en VIH/SIDA.

7.2.3 El Plan Nacional de Respuesta al VIH del 2008 al 2011

En el cual se dispuso como ejes principales: Coordinación interinstitucional e intersectorial, monitoreo y evaluación, promoción y prevención, y atención integral y como ejes transversales los Derechos Humanos y la Equidad de Género. A través del Plan se “pretende superar la brecha de cobertura de servicios preventivos, de atención en salud y comunitarios para siete grupos de población que se han elegido y priorizado precisamente por su alta vulnerabilidad” entre los que se encuentran miembros uniformados y no uniformados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Con ello se espera que la implementación de las acciones permita contener la epidemia mediante promoción y prevención de la Salud Sexual y Reproductiva, prevención de la infección por VIH y atención a grupos de mayor vulnerabilidad y control de riesgo biológico y seguridad, garantizar el acceso para la detección temprana de la infección por VIH mediante la movilización social para aumentar la demanda de asesoría y pruebas voluntarias y prevenir la exclusión social de las personas viviendo con VIH/SIDA y el manejo integral de la población.

Toda la normativa en general destaca la obligatoriedad en la atención integral en VIH/SIDA, según asignación de responsabilidad, por nivel de atención y grado de complejidad. También, la prohibición de solicitar pruebas de VIH para que el paciente acceda a los servicios de salud, vinculación a actividades laborales o educativas, la necesidad de la asesoría pre y post, el consentimiento informado, la confidencialidad en el resultado de la prueba, el deber de impartir promoción, prevención y educación en salud al personal a su cargo, además de pacientes y familiares del paciente con el fin de que puedan disfrutar una comunicación plena y clara con el equipo de salud.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Área de estudio

8.1.1. Ubicación

Esta investigación tendrá como espacio geográfico de estudio el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, capital del Departamento del Magdalena, Republica de Colombia. Sus coordenadas geográficas son 11° 13' 45" Latitud Oeste. Se encuentra a tan solo cuatro metros sobre el nivel el mar, con una temperatura de 28°C. Limita al norte con el mar Caribe, al Oriente con el Departamento de la Guajira, al sur con los municipios de Aracataca y Ciénaga, al Occidente con el Mar Caribe. Esta bañada por los ríos Gaira, Manzanares, Piedras, Mendihuaca, Guachaca, Buritaca, Don Diego y Palomino. Cuenta con bahías importantes como Gaira, Santa Marta y Taganga. La Ecología se constituye en uno de los principales atractivos de esta ciudad, custodiada por la Sierra Nevada de Santa Marta la cual cuenta con una diversidad de paisajes, así como la flora y la fauna, que la convierten en un sitio obligado para los amantes de la naturaleza. (Plan de Ordenamiento Territorial 2000-2009 “Jate Matuna” Acuerdo N° 005 DEL 2000).

8.2 Metodología

Este estudio es una investigación descriptiva de tipo transversal, debido a que corresponde a un procedimiento epidemiológico no experimental, donde una comunidad o una muestra representativa de esta son estudiadas en un momento dado, es decir hay ausencia de seguimiento, cada individuo se evalúa solo una vez. También se les denomina estudios de prevalencia o de “corte”, debido a que es como si dieran un corte en el tiempo y se escogiera solo un punto en el cual se realizara (García, 2010).

Tipo de investigación: Descriptivo

Según Tamayo (1993) Comprende la descripción, registro y análisis de la naturaleza actual del problema y la composición y procesos de los fenómenos. Este enfoque se hace sobre las conclusiones dominantes sobre como un grupo se comporta o funciona en el presente para detallar sus características y generar nuevos conocimientos en una temática poco estudiada y que permita el planteamiento de teorías acerca del problema planteado y posibles futuras investigaciones a fin de conocer de forma profunda los aspectos que rodean la realidad del objeto de estudio.

Los principales aportes de este tipo descriptivo es que tiene como centro la recolección y el análisis de los datos y para ello se deben definir previamente las características a describir para que la investigación posea en la elaboración de instrumentos parámetros definidos que permitan la validez del mismo.

Este tipo de investigación se adapta al objetivo del presente así como el alcance que tendrá el estudio que se plantea en la presente investigación el cual consiste en determinar la percepción y la experiencia que tiene los pacientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica.

8.2.1 Universo.

El universo de esta investigación está conformado por todos los pacientes con VIH/SIDA que están adscritos a una IPS de la ciudad de Santa Marta de los cuales según la institución a mayo del 2014 ascienden a 311.

8.2.2 Población

La población objeto de la investigación estará constituida 65 pacientes adscritos a una IPS de la ciudad de Santa Marta los cuales cumplen con los criterios de inclusión de ser mayor de 18 años, no encontrarse en estado terminal por la enfermedad, y haber acudido a la consulta odontológica durante el último año, periodo comprendido entre mayo del 2014 a mayo del 2015.

8.2.3 Muestra

Debido al tamaño de la población se decide tomar toda la población como muestra para así de esta forma darle más validez a la investigación y hacer más representativo al estudio, por lo que no se requiere el uso de fórmulas estadísticas para determinar la muestra sino que esta es de los 65 pacientes que conforman la población.

8.2.4 Criterios de inclusión

- Persona mayor de 18 años
- Diagnosticada con VIH/SIDA y en período de latencia, que no se encontrara en estado terminal
- Que haya asistido a consulta odontológica en el último año.

8.2.5 Criterios de exclusión.

- Persona menor de 18 años
- Paciente en estado terminal de la enfermedad
- Que no haya asistido a consulta odontológica en el último año.

8.2.6 Determinación del Espacio temporal

Esta investigación se realizará durante el año 2015, el tiempo previsto para la finalización de esta investigación es de 6 meses aproximadamente, comenzando con las actividades iniciales a partir del mes de abril y finalizando en el mes de octubre, tiempo necesario para la recolección y posterior análisis de los datos de estudio de este trabajo investigativo.

8.2.7 Formas de Observar la Población

La información necesaria para la investigación se obtendrá directamente de los pacientes con VIH/SIDA atendidos una IPS en la ciudad de Santa Marta, que asistieron a consulta odontológica durante el último año. Para ello se utilizara el instrumento diseñado en forma de encuesta por los autores para tal efecto.

8.3 Técnicas e Instrumentos utilizados en la recolección de la Información

Para la recolección de la información necesaria para el desarrollo de esta investigación se utilizaran dos fuentes de información: Fuentes Primarias y Fuentes Secundarias.

8.3.1 Fuentes Primarias

Las fuentes primarias o directas son las que proporcionan datos originales o la misma información que se obtiene directamente del sujeto que la produce (Hurtado 2009). Por lo que para la presente investigación las fuentes primarias fueron:

Los pacientes que viven con VIH/SIDA que asisten a la institución y cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, la información se obtuvo a través del desarrollo de una encuesta, previamente se expuso el tema de investigación con el representante legal de la institución, el cual autoriza la realizar la encuesta a los pacientes para la recolección de la

información aplicando el instrumento diseñado para el mismo, solicitando mantener la confidencialidad de los datos. Toda la información solo fue recogida dentro de dicha institución y posteriormente se consolidaron los datos, para el análisis de las variables de estudio.

8.3.2 Fuentes Secundarias

Comprende toda la consulta bibliográfica de libros, revistas especializadas, publicaciones y documentos, así como la consulta a través del Internet, base de datos electrónicas, documentos de foros y/o seminarios, cuyos contenidos poseen información de importancia para el desarrollo de este trabajo.

8.3.3 Materiales y método:

Con el objeto de determinar la percepción y la experiencia de los pacientes los convivientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica se realizó una investigación de tipo descriptiva transversal, mediante la aplicación de una encuesta que previamente había sido validada a través de la revisión por parte de tres expertos en el tema.

En el estudio participaron 65 pacientes que viven con VIH/SIDA los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, que se encuentran adscritos a una IPS de la ciudad de Santa Marta; Con previa autorización del representante legal de la institución y por parte de los pacientes los cuales a través de un consentimiento informado aceptaron participar de forma voluntaria, confidencial, y anónima, luego de esto se procede a la aplicación del instrumento para la recolección de los datos el cual consta de 3 partes, la primera es la de la caracterización sociodemográfica de los paciente, la segunda por las preguntas que desarrollan la variable percepción y la tercera por la que exploran la variable experiencia, para el instrumento en la parte que iba a medir las variables percepción y experiencia se construyó una escala de Likert con

cinco (5) categorías, en función de medir la frecuencia de los sucesos la puntuación que se les dio fue del 1 al 5 así : nunca, casi nunca, a veces, casi siempre , siempre.

El trabajo de campo se realizó en el mes de septiembre del año 2015. A los pacientes se les explicaba el propósito de la investigación y a los que aceptaban participar voluntariamente se les entregaba el consentimiento informado para que lo leyeran y posteriormente lo firmaran, una vez realizado esto se les entregaba la encuesta la cual era auto diligenciada dentro de los horarios en los cuales los pacientes asistían a sus citas de control en la institución.

Esta investigación fue aprobada por el consejo académico de la facultad de la salud de la Universidad del Magdalena, de acuerdo con la resolución 8.430 de 1993 esta investigación fue clasificada sin riesgos.

Para el análisis de los resultados los datos que se obtuvieron fueron digitados en el programa Microsoft Excel 2010, bajo el sistema operativo de Windows XP, y se realizó el análisis con el paquete estadístico SPSS versión 20, utilizando como medidas estadísticas; promedio, desviación estándar, porcentajes, y el test de χ^2 para determinar la significancia estadística que fue de 0.05.

8.3.4 Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue una encuesta que se diseñó por los autores y el asesor, el cual fue validado a través de la consulta a un grupo de expertos que estaba conformado por un odontólogo estomatólogo, un psicólogo y una experta en validación de instrumentos; la encuesta diseñada para este estudio contenía las siguientes variables.

8.3.5 Variables

Variable persona: Definida como las condiciones particulares que caracterizan a cada individuo y lo constituyen en un ser único en la sociedad. Los factores de riesgo están en la persona, en el agente, en el medio físico y social (Batista, 2007).

Sexo: Definida por la Real Academia Española como “la condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas”. Algunos eventos (enfermedad, muerte) ocurren más en un sexo que en otro, sea por diferencias biológicas o por factores sociales. (Batista, 2007).

Edad: Representada en años, se define como el tiempo en que ha vivido una persona u otro ser vivo (Real Academia Española). La edad puede condicionar a riesgos de mayor o menor mortalidad y morbilidad, ya sea sola o asociada a otros factores. (Batista, 2007)

Percepción: Percepción de personas como el proceso mediante el cual los humanos llegamos a conocer a los demás y a concebir sus características, cualidades y estados interiores. Esto incluye todos los procesos cognitivos mediante los cuales elaboramos juicios relativamente elementales acerca de otras personas, sobre la base de nuestra propia experiencia o también a partir de las informaciones que nos proporcionan otras personas. (Grau y Agut, 2002).

Experiencia: Del latín *experientia*, es el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. La experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones. (Real Academia Española)

8.3.6 Técnicas y Procedimientos de Análisis

La información recolectada se ordenara y procesara, en una base de datos en Excel 2010, que luego se enviara al paquete estadístico SPSS, donde se realiza la elaboración de las tablas, gráficos y su análisis.

9. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACION

En el presente estudio se evaluaron 65 pacientes atendidos en una IPS de la ciudad de Santa Marta los cuales tenían edades comprendidas entre los 18 y los 72 años.

9.1 Descripción de la comunidad

Caracterización por Sexo

Tabla 1

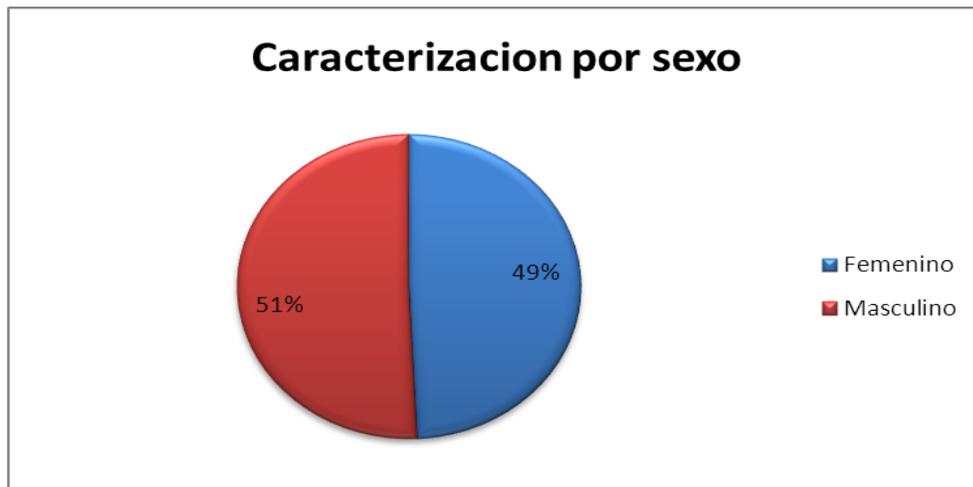
Frecuencia de caracterización por sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	49%
Masculino	33	51%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 1

Frecuencia de caracterización por sexo.



Nota: fuente los autores

Del gráfico 1 podemos interpretar que los encuestados del sexo masculino son el 51%, mientras que el sexo femenino corresponde al 49% de la muestra estudio.

Caracterización por edad

Tabla 2

Frecuencia de caracterización por edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 30 años	24	37%
De 31 a 40 años	14	22%
De 41 a 61 años	26	40%
De 62 a 72 años	1	2%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 2

Frecuencia de caracterización por edad.



Nota: fuente los autores

La mayoría de los participantes de este estudio se encuentran en el rango de edad de 41 – 61 años, sin diferencia entre sexo con un total del 40%, seguidamente el rango de 18 – 30 años con un 37%, en este orden descendente sigue el rango de 31 - 40 años con el 22%, y en el último lugar encontramos que la edad menos frecuente se encuentra dentro del rango de los 62 – 72 años que está representado por el 1% de la muestra.

Caracterización según su ocupación

Tabla 3

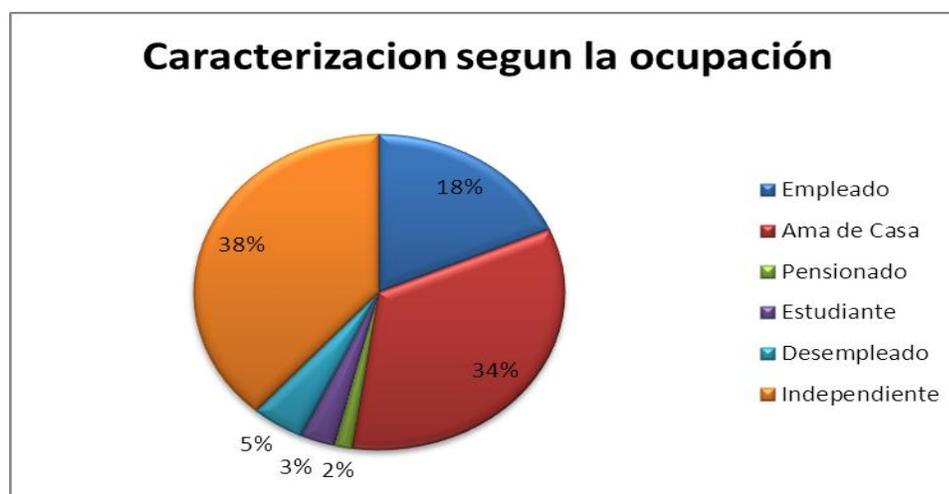
Frecuencia de caracterización por ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	12	18%
Ama de Casa	22	34%
Pensionado	1	2%
Estudiante	2	3%
Desempleado	3	5%
Independiente	25	38%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 3

Frecuencia de caracterización por ocupación.



Nota: fuente los autores

Se determinó la ocupación de las personas que viven con VIH/SIDA y se obtuvo que la ocupación más frecuente es independientes con el 38% de los participantes, seguida de esta encontramos al grupo de amas de casa que conforman el 34% de la muestra, en un orden descendente encontramos a los empleados en un porcentaje del 18%, seguida de estos están los desempleados con un 5% de los pacientes encuestados, le sigue la ocupación de estudiantes los cuales constituyen al 3% de los participantes, finalizando con el grupo de pensionados que representa el 2% de la muestra.

¿Cuándo asistió a su última cita odontológica cual fue el motivo de consulta?

Tabla 4

Motivo de consulta

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Dolor dental	17	26%
Cita de Control	6	9%
Sangrado de encías	4	6%
Calza dental	16	25%
limpieza oral	22	34%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 4

Motivo de consulta



Nota: fuente los autores

Con base en el gráfico 4 se determinó que el motivo de consulta con mayor frecuencia corresponde a limpieza oral con un 34%, seguido por el dolor dental con un 26%, posteriormente encontramos a la calza dental con un 25% y con una frecuencia menor encontramos a cita de control con un 9% y por último al sangrado de las encías con un 6%.

¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?

Tabla 5

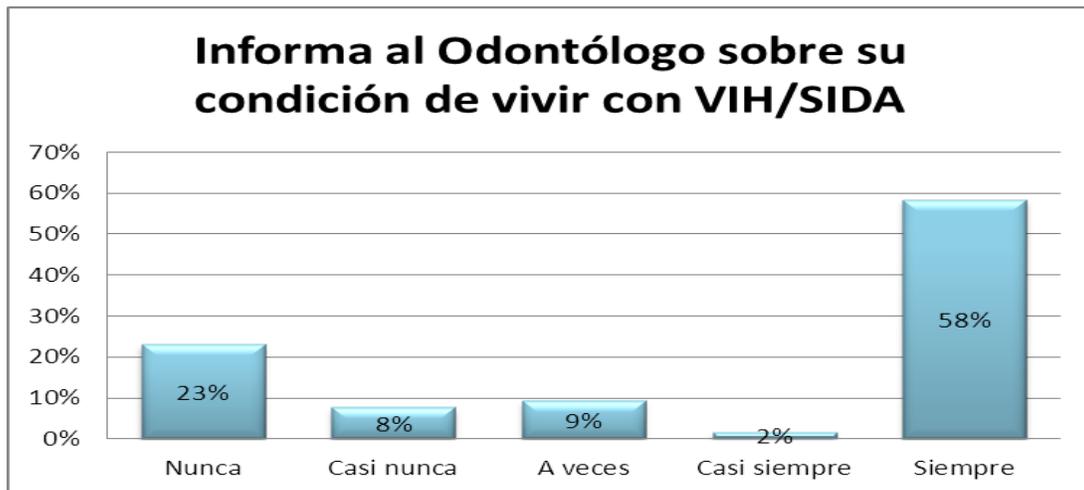
Informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	15	23%
Casi nunca	5	8%
A veces	6	9%
Casi siempre	1	2%
Siempre	38	58%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 5

Informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA



Nota: fuente los autores

Se observa que el 58% de las personas encuestadas respondieron que siempre le informan al odontólogo acerca de su condición serológica, contrario al 26% de la muestra que respondió que nunca le informa al odontólogo sobre su patología, el 8% de los participantes indicó que casi nunca lo hace, mientras que el 9% refiere hacerlo a veces, por último el 2% comentó casi siempre informar sobre su condición de vivir con VIH/SIDA.

¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?

Tabla 6

Ha sentido rechazo por parte del odontólogo

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	43	66%
Casi nunca	5	8%
A veces	10	15%
Casi siempre	1	2%
Siempre	6	9%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 6

Ha sentido rechazo por parte del odontólogo



Nota: fuente los autores

Como se pudo apreciar anteriormente el 63% de los participantes expresan nunca haber sentido rechazo por parte del odontólogo, mientras que el 15% corresponde al grupo que contestó que a veces ha sentido rechazo durante la consulta odontológica, contrario a esto el 9% de la muestra afirma haber experimentado rechazo al momento de recibir la atención, mientras que el 8% de los encuestados expresan casi nunca haberlo experimentado, por último el 2% de los participantes comentan que casi siempre se sienten rechazados en la consulta odontológica.

¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?

Tabla 7

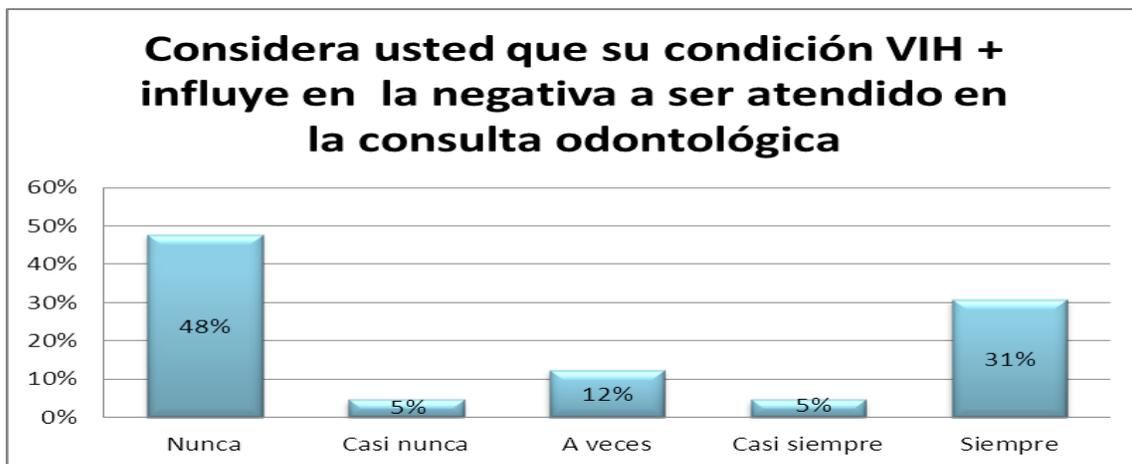
Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	31	48%
Casi nunca	3	5%
A veces	8	12%
Casi siempre	3	5%
Siempre	20	31%
	Total	65

Nota: fuente los autores

Gráfico 7

Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica



Nota: fuente los autores

En el gráfico 7, se puede apreciar que el 48% de los encuestados refiere que ser VIH + nunca incide en que se niegue la atención odontológica, el 31% refiere que siempre es determinante su condición de vivir con VIH/SIDA en la negativa de brindar la atención, el 12% de los encuestados expreso que a veces se les niega la atención debido a su enfermedad, mientras que el 5% afirma que casi siempre y otro 5% casi nunca.

¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?

Tabla 8

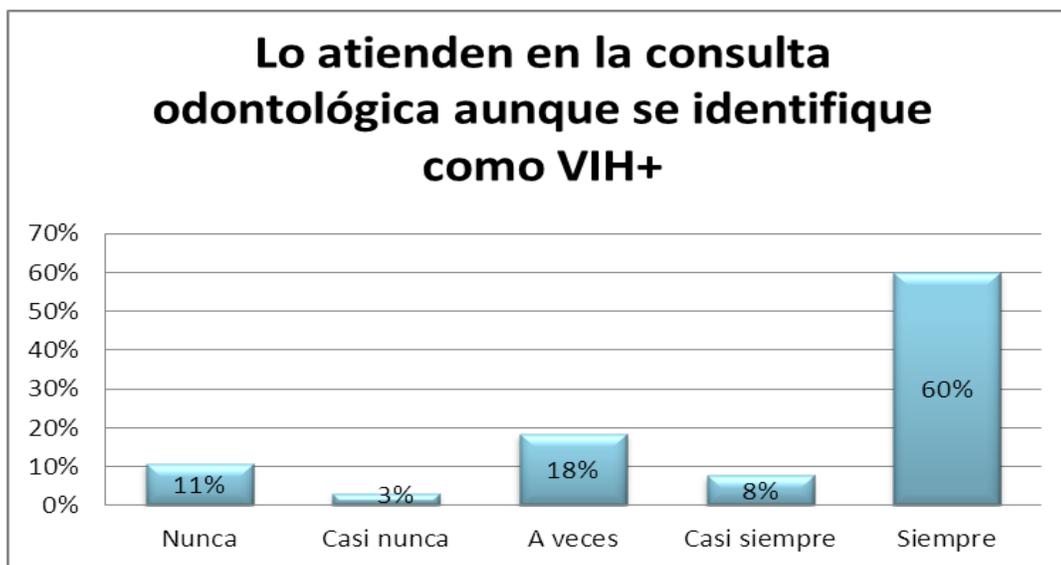
Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	11%
Casi nunca	2	3%
A veces	12	18%
Casi siempre	5	8%
Siempre	39	60%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 8

Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+



Nota: fuente los autores

El 60% de los encuestados afirma que siempre recibe atención odontológica aunque se identifique como VIH+, mientras que el 18% expresa que a veces lo atienden en la consulta odontológica si comenta ser VIH+, contrario al 11% que expresó que nunca recibe atención luego de comentar su condición serológica, mientras que el 8% dice que casi siempre y el 3% que casi nunca.

¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?

Tabla 9

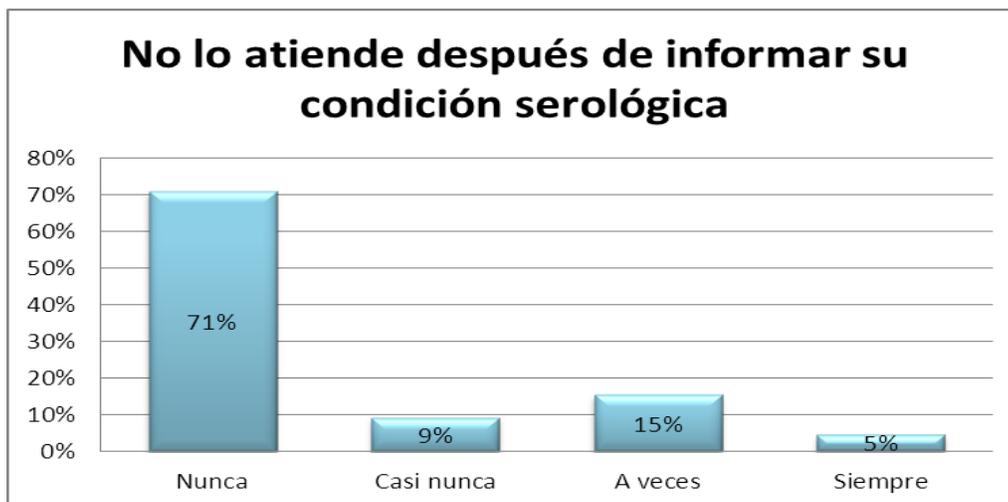
No lo atiende después de informar su condición serológica

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	46	71%
Casi nunca	6	9%
A veces	10	15%
Siempre	3	5%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 9

No lo atiende después de informar su condición serológica



Nota: fuente los autores

El 71% de la muestra expresa que nunca le han negado la atención después de comentar que vive con VIH/SIDA, el 15% comenta que a veces le han negado la atención posteriormente al expresar su condición serológica, el 9% de los encuestados dice que casi nunca, y el 5% afirma que siempre.

¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?

Tabla 10

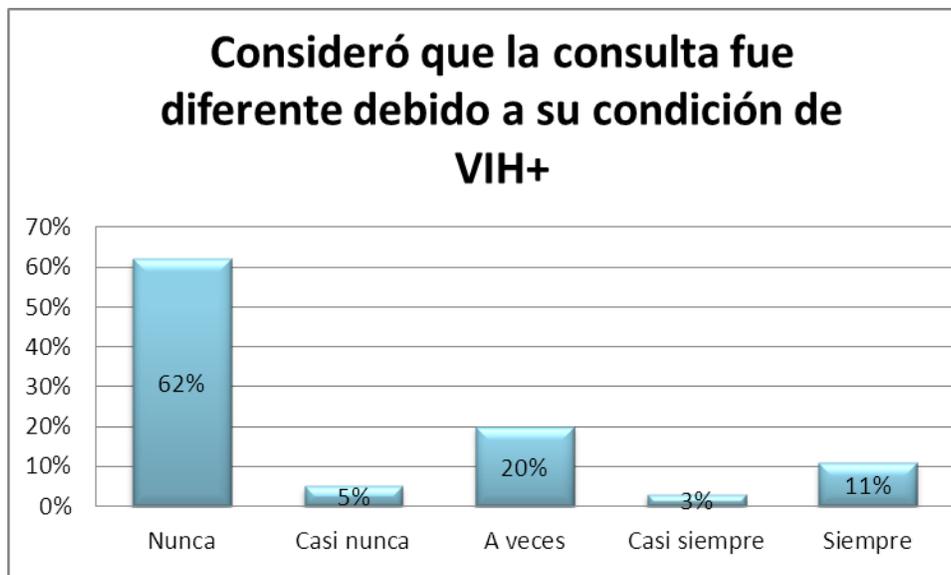
Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	40	62%
Casi nunca	3	5%
A veces	13	20%
Casi siempre	2	3%
Siempre	7	11%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 10

Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+



Nota: fuente los autores

De la gráfica 10 se puede inferir que el 62% de los encuestados dicen que nunca han sentido que la atención odontológica es distinta debido a su condición de VIH+, el 20% expresó que a veces, el 5% que casi nunca y el 3% casi siempre han sentido que la consulta es distinta debido a su condición serológica.

¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?

Tabla 11

Calificación de la consulta odontológica

Items	Frecuencia	Porcentaje
Buena	44	68%
Regular	18	28%
Mala	3	5%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 11

Calificación de la consulta odontológica



Nota: fuente los autores

Analizando la gráfica 11 podemos concluir que el 68% de la muestra considera que la atención odontológica recibida fue buena, mientras que el 28% lo calificaría como regular, contrario al 5% que expresó que la atención odontológica recibida fue mala.

¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?

Tabla 12

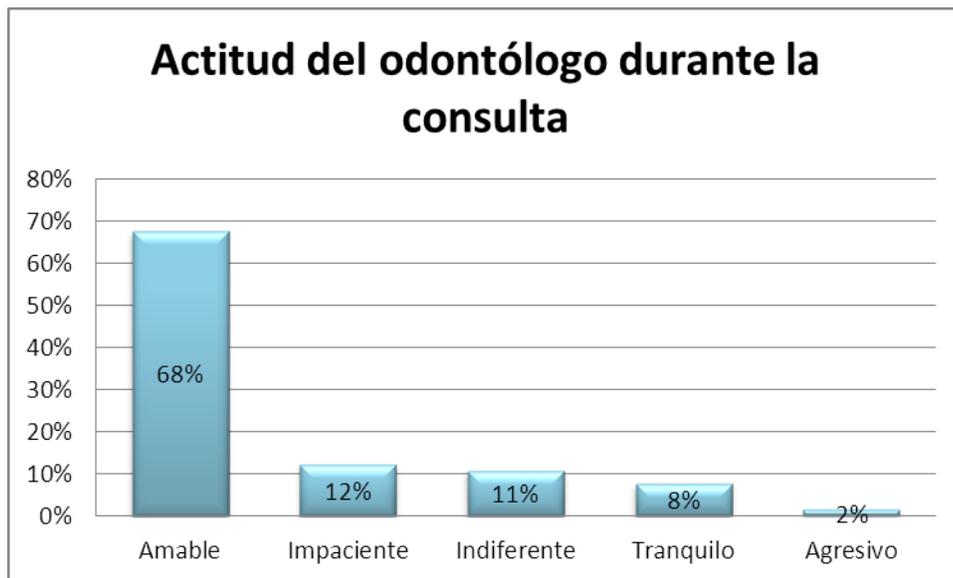
Actitud del odontólogo durante la consulta

Items	Frecuencia	Porcentaje
Amable	44	68%
Impaciente	8	12%
Indiferente	7	11%
Tranquilo	5	8%
Agresivo	1	2%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 12

Actitud del odontólogo durante la consulta



Nota: fuente los autores

El 68% de los participantes dicen que la actitud del odontólogo fue amable durante la consulta, el 12% que fue impaciente, el 11% percibió una actitud indiferente y el 8% que fue tranquilo, por último el 2% dice que la actitud del odontólogo fue agresivo durante la atención en la consulta odontológica.

¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?

Tabla 13

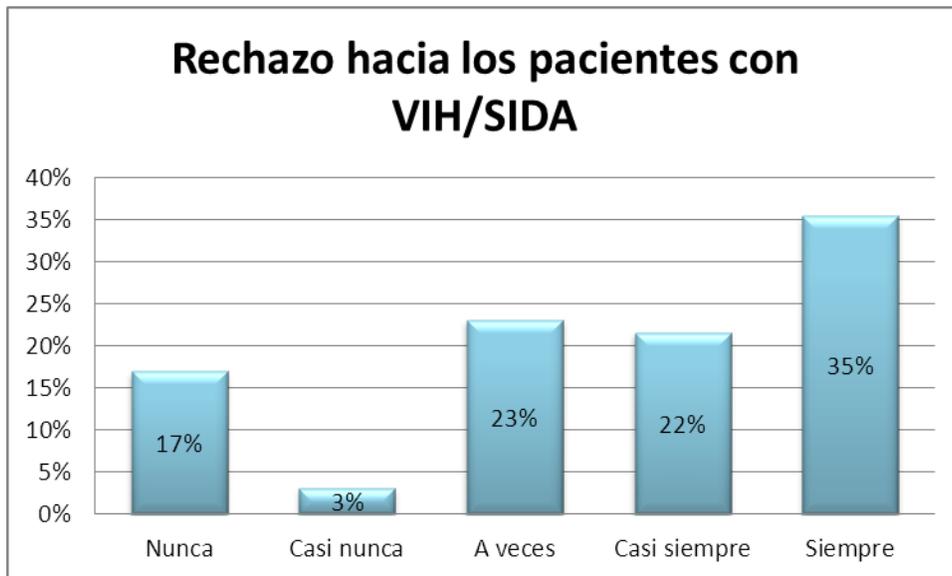
Rechazo hacia los pacientes con VIH/SIDA

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	17%
Casi nunca	2	3%
A veces	15	23%
Casi siempre	14	22%
Siempre	23	35%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 13

Rechazo hacia los pacientes con VIH/SIDA



Nota: fuente los autores

El 35% de los encuestados perciben que los pacientes con VIH/SIDA son rechazados en su entorno, el 22% que casi siempre, el 23% que a veces, mientras que el 17% refiere que nunca los pacientes VIH+ son rechazados, por último el 3% expresó que casi nunca.

¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?

Tabla 14

Consultas especiales para pacientes con VIH/SIDA

Items	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	17	26%
Casi nunca	1	2%
A veces	3	5%
Casi siempre	6	9%
Siempre	38	58%
Total	65	100

Nota: fuente los autores

Gráfico 14

Consultas especiales para pacientes con VIH/SIDA



Nota: fuente los autores

A partir del análisis de la grafica 14 se puede inferir que el 58% de los participantes expresan que siempre deben implementarse consultas odontológicas solo para personas convivientes con VIH/SIDA, contrario al 26% que expresa que nunca, mientras que el 9% dice que casi siempre y el 5% que a veces, por último el 2% de la muestra refiere que casi nunca deben existir consultas odontológicas solo para pacientes con VIH/SIDA.

Sexo * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?

Tabla de contingencia N° 15

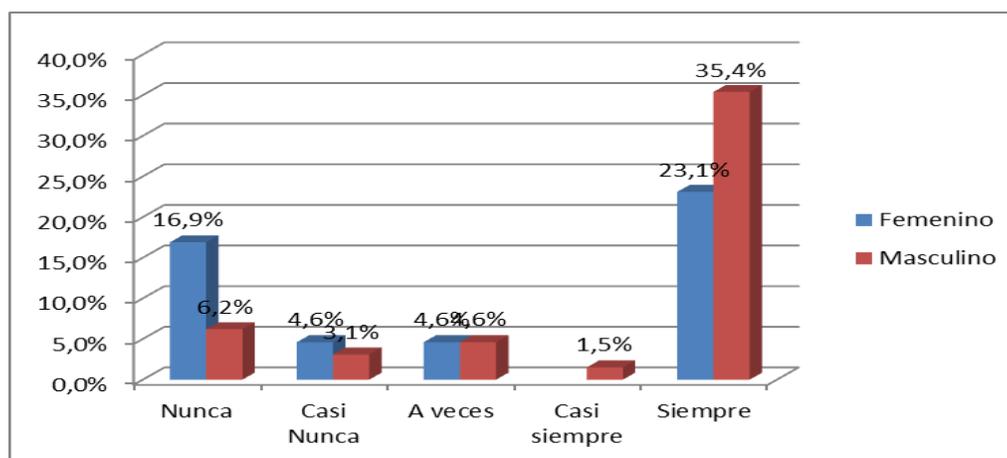
		¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?					Total
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Sexo	Femenino	16,9%	4,6%	4,6%		23,1%	49,2%
	Masculino	6,2%	3,1%	4,6%	1,5%	35,4%	50,8%
Total		23,1%	7,7%	9,2%	1,5%	58,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,137 ^a	4	,189
Razón de verosimilitudes	6,666	4	,155
N de casos válidos	65		

Gráfica 15

Sexo * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la pregunta ¿informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA, evidenciando que el sexo no se relaciona con esta determinación que toma el paciente. No se observó diferencia estadísticamente significativa.

Sexo * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?

Tabla de contingencia n° 16

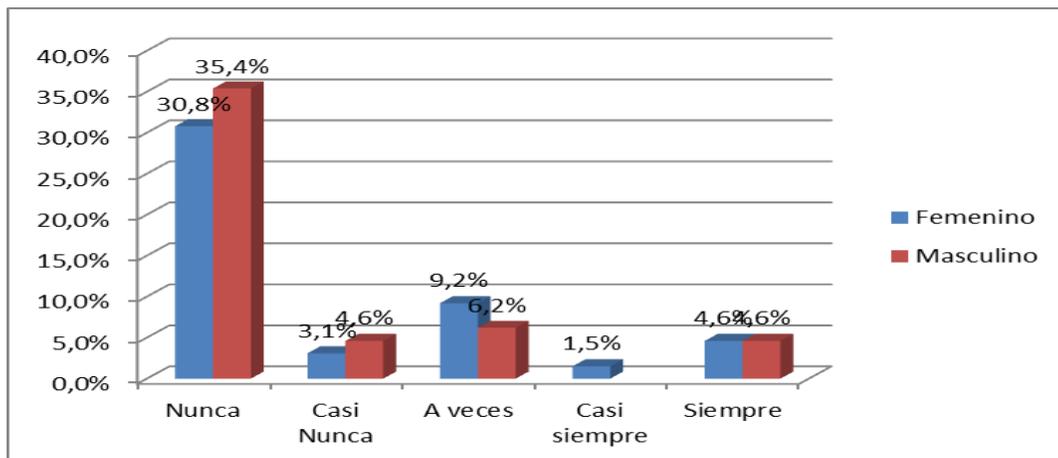
		¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?					Total
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Sexo	Femenino	30,8%	3,1%	9,2%	1,5%	4,6%	49,2%
	Masculino	35,4%	4,6%	6,2%		4,6%	50,8%
Total		66,2%	7,7%	15,4%	1,5%	9,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,794 ^a	4	,774
Razón de verosimilitudes	2,184	4	,702
N de casos válidos	65		

Gráfica 16

Sexo * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la pregunta ha sentido rechazo por parte del odontólogo, evidenciando que no hay correlación entre ellas, por lo que no se observó diferencia estadísticamente significativa.

Sexo * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?

Tabla de contingencia N° 17

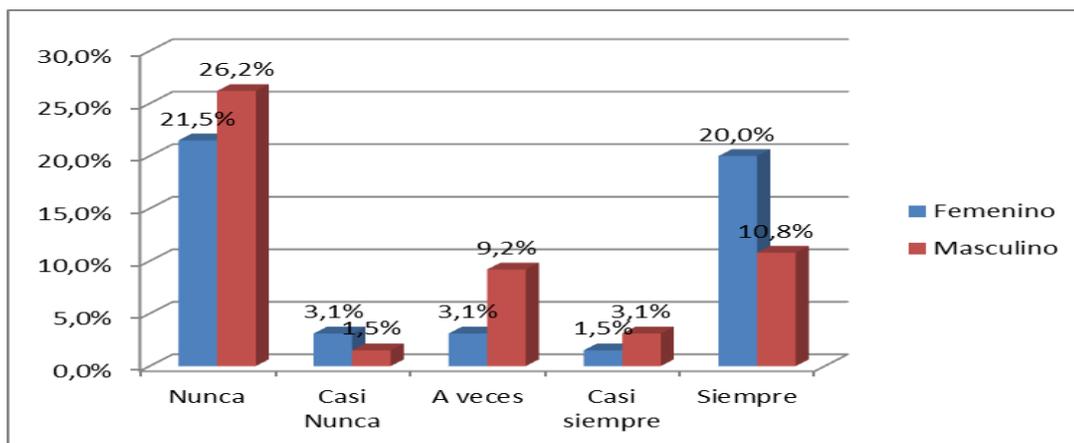
		¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?					Total
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Sexo	Femenino	21,5%	3,1%	3,1%	1,5%	20,0%	49,2%
	Masculino	26,2%	1,5%	9,2%	3,1%	10,8%	50,8%
Total		47,7%	4,6%	12,3%	4,6%	30,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,743 ^a	4	,315
Razón de verosimilitudes	4,876	4	,300
N de casos válidos	65		

Gráfica 17

Sexo * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la pregunta Considera que la condición de VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica, dando como resultado que no hay correlación, por lo que no se observó diferencia estadísticamente significativa.

Sexo * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?

Tabla de contingencia N° 18

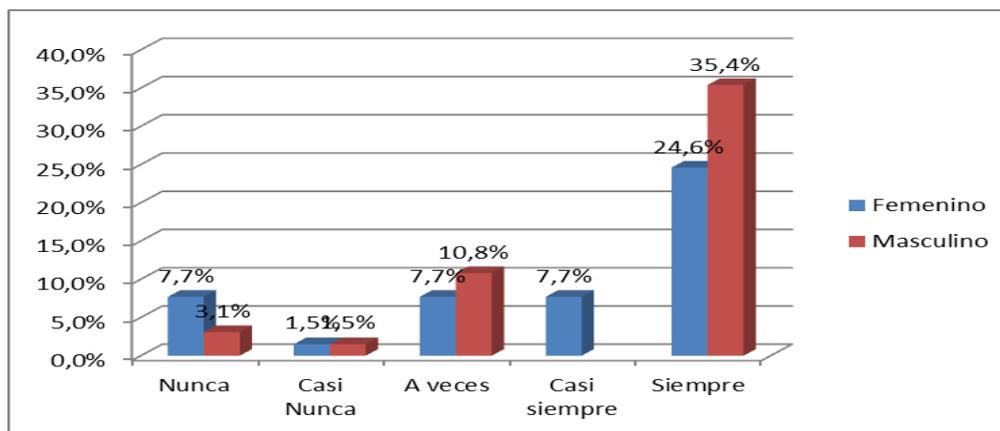
		¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?					Total
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Sexo	Femenino	7,7%	1,5%	7,7%	7,7%	24,6%	49,2%
	Masculino	3,1%	1,5%	10,8%		35,4%	50,8%
Total		10,8%	3,1%	18,5%	7,7%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,862 ^a	4	,097
Razón de verosimilitudes	9,843	4	,043
N de casos válidos	65		

Gráfica 18

Sexo * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la pregunta lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+, teniendo como resultado que no hay relación, por lo que no se observó diferencia estadísticamente significativa.

Sexo * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?

Tabla de contingencia N° 19

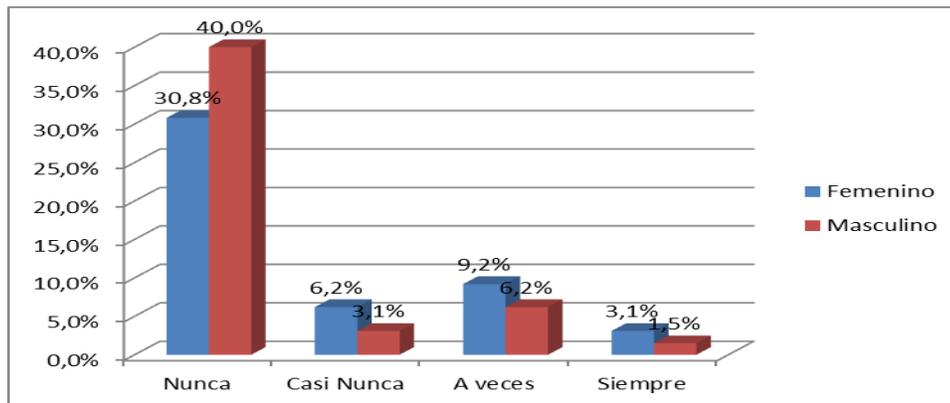
		¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?				Total
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Siempre	
Sexo	Femenino	30,80%	6,20%	9,20%	3,10%	49,20%
	Masculino	40,00%	3,10%	6,20%	1,50%	50,80%
Total		70,80%	9,20%	15,40%	4,60%	100,00%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,168 ^a	3	0,538
Razón de verosimilitudes	2,192	3	0,534
N de casos válidos	65		

Gráfica 19

Sexo * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?



Nota: fuente los autores

No se observó diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.05$) entre el sexo y la pregunta le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA.

Sexo * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?

Tabla de contingencia N° 20

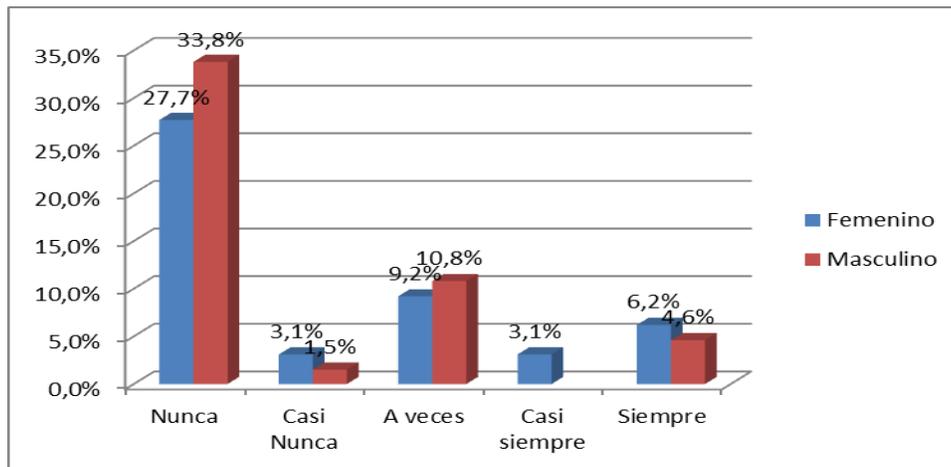
	¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?					Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Femenino	27,7%	3,1%	9,2%	3,1%	6,2%	49,2%
Masculino	33,8%	1,5%	10,8%		4,6%	50,8%
Total	61,5%	4,6%	20,0%	3,1%	10,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,938 ^a	4	,568
Razón de verosimilitudes	3,718	4	,446
N de casos válidos	65		

Gráfica 20

Sexo * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la pregunta ¿consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+, dando como resultado que no hay una relación entre ellas, por lo que no hay significancia estadística.

Sexo * ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?

Tabla de contingencia N° 21

% del total

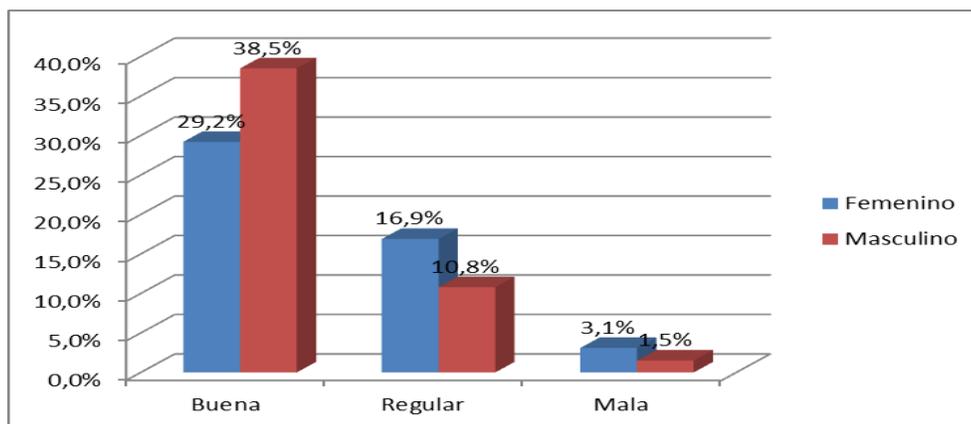
		¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?			Total
		Buena	Regular	Mala	
Sexo	Femenino	29,2%	16,9%	3,1%	49,2%
	Masculino	38,5%	10,8%	1,5%	50,8%
Total		67,7%	27,7%	4,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,025 ^a	2	,363
Razón de verosimilitudes	2,042	2	,360
N de casos válidos	65		

Gráfica 21

Sexo * ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?



Nota: fuente los autores

No se apreció diferencia estadísticamente significativa entre sexo y la pregunta según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida.

Sexo * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?

Tabla de contingencia N° 22

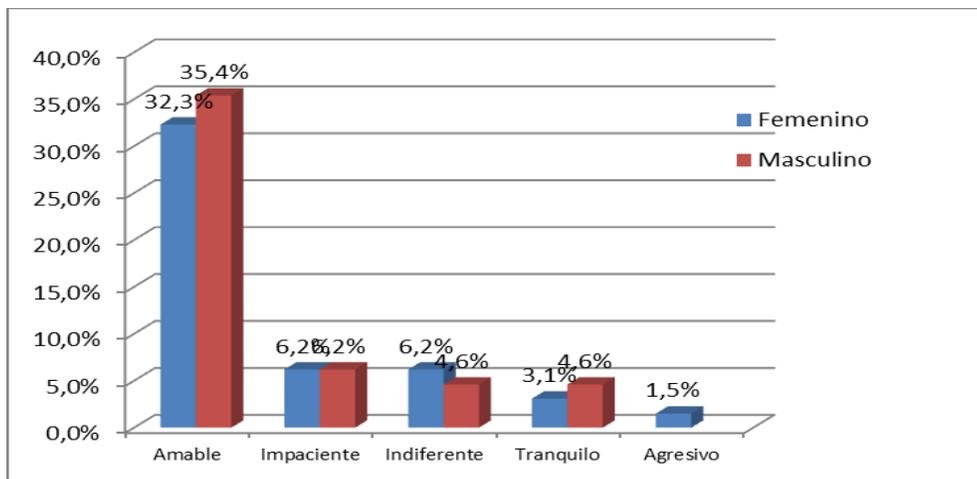
	¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?					Total
	Amable	Impaciente	Indiferente	Tranquilo	Agresivo	
Femenino	32,3%	6,2%	6,2%	3,1%	1,5%	49,2%
Masculino	35,4%	6,2%	4,6%	4,6%		50,8%
Total	67,7%	12,3%	10,8%	7,7%	1,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,419 ^a	4	,841
Razón de verosimilitudes	1,807	4	,771
N de casos válidos	65		

Gráfica 22

Sexo * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la actitud del odontólogo dando como resultado que no se relacionan entre sí. Por lo que no hay una significancia estadística.

Sexo * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?

Tabla de contingencia N° 23

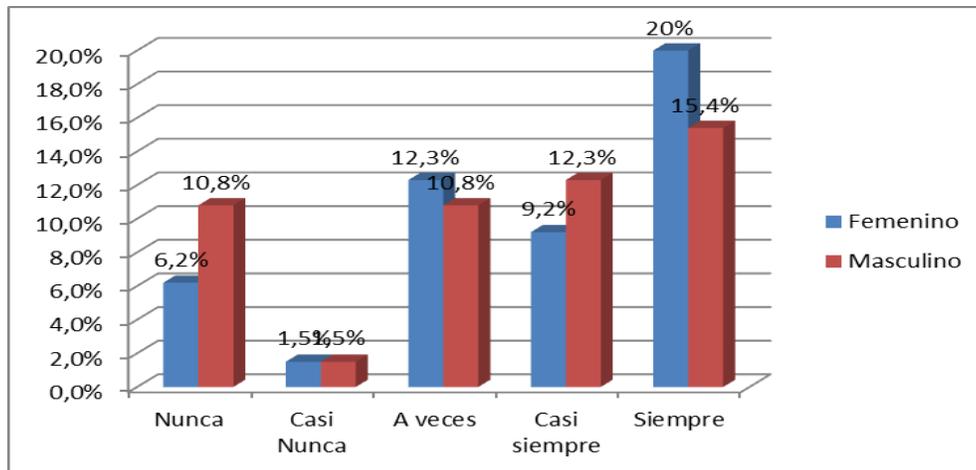
		¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?					Total
		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Sexo	Femenino	6,2%	1,5%	12,3%	9,2%	20,0%	49,2%
	Masculino	10,8%	1,5%	10,8%	12,3%	15,4%	50,8%
Total		16,9%	3,1%	23,1%	21,5%	35,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,547 ^a	4	,818
Razón de verosimilitudes	1,559	4	,816
N de casos válidos	65		

Gráfico 23

Sexo * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?



Nota: fuente los autores

Se relacionó el sexo con la pregunta Considera si los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados y no se apreció significancia estadística.

Sexo * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?

Tabla de contingencia N° 24

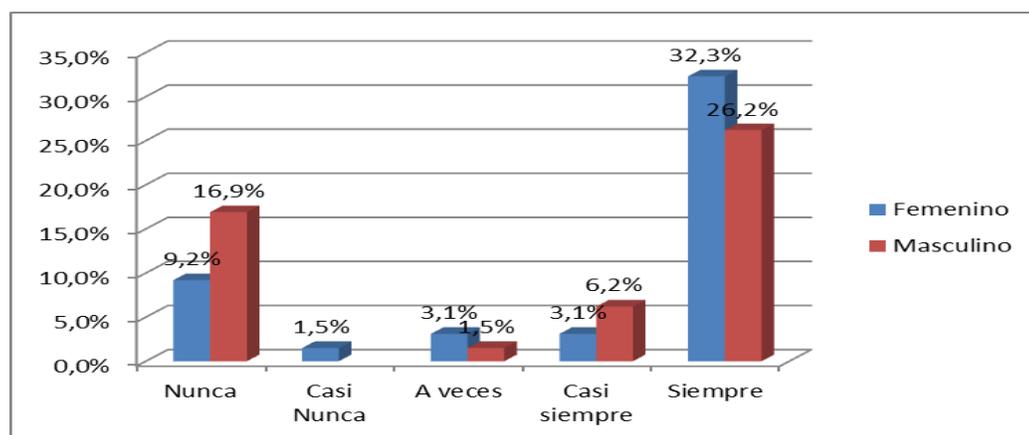
	¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?					Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
Femenino	9,2%	1,5%	3,1%	3,1%	32,3%	49,2%
Masculino	16,9%		1,5%	6,2%	26,2%	50,8%
Total	26,2%	1,5%	4,6%	9,2%	58,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,877 ^a	4	,423
Razón de verosimilitudes	4,305	4	,366
N de casos válidos	65		

Gráfico 24

Sexo * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?



Nota: fuente los autores

No se observó significancia estadística entre el sexo y la pregunta Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA.

Edad * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?

Tabla de contingencia N° 25

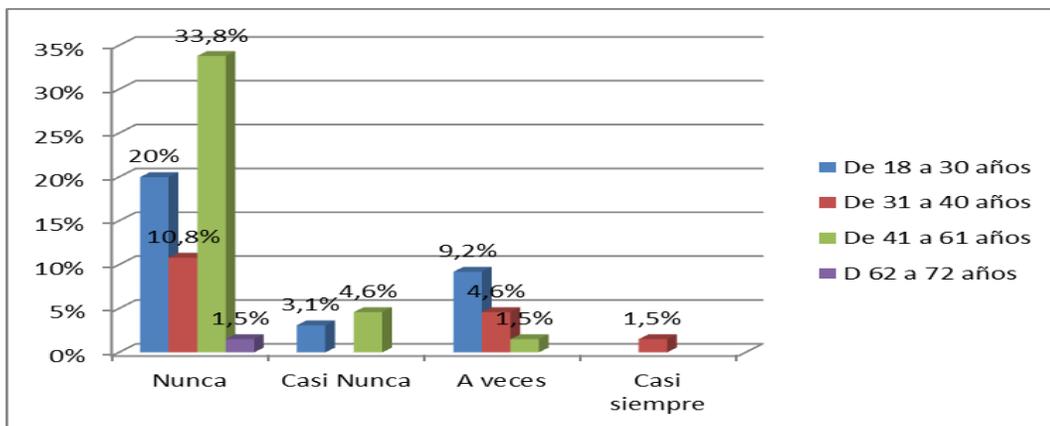
Edad	¿Ha sentido rechazo por parte del odontólogo?				Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
De 18 a 30 años	20,0%	3,1%	9,2%		36,9%
De 31 a 40 años	10,8%		4,6%	1,5%	21,5%
De 41 a 61 años	33,8%	4,6%	1,5%		40,0%
De 62 a 72 años	1,5%				1,5%
Total	66,2%	7,7%	15,4%	1,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	17,101 ^a	12	,146
Razón de verosimilitudes	20,276	12	,062
N de casos válidos	65		

Gráfico 25

Edad * ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?



Nota: fuente los autores

Al relacionar la edad con la pregunta ha sentido rechazo por parte del odontólogo, no se observa relación, por lo que no hay significancia estadística.

Edad * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?

Tabla de contingencia N° 26

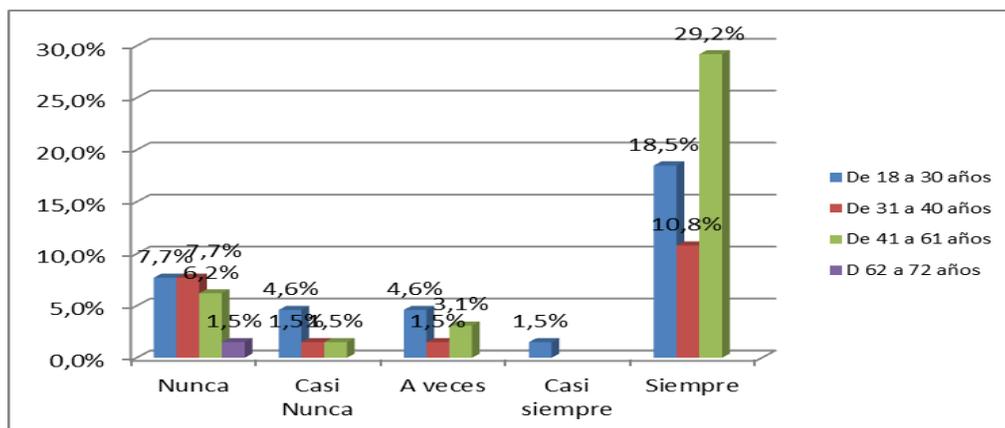
Edad	¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?					Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
De 18 a 30 años	7,7%	4,6%	4,6%	1,5%	18,5%	36,9%
De 31 a 40 años	7,7%	1,5%	1,5%		10,8%	21,5%
De 41 a 61 años	6,2%	1,5%	3,1%		29,2%	40,0%
De 62 a 72 años	1,5%					1,5%
Total	23,1%	7,7%	9,2%	1,5%	58,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,767 ^a	12	,636
Razón de verosimilitudes	9,520	12	,658
N de casos válidos	65		

Gráfico 26

Edad * ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?



Nota: fuente los autores

No se aprecia relación entre la edad e informar al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA, por lo que no hay significancia estadística.

Edad * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?

Tabla de contingencia N° 27

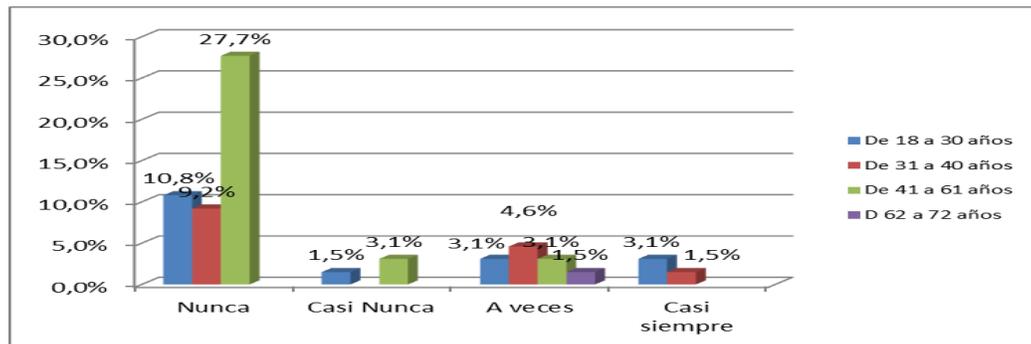
Edad	¿Considera que su condición influye en la negativa de la atención?				Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
De 18 a 30 años	10,8%	1,5%	3,1%	3,1%	36,9%
De 31 a 40 años	9,2%		4,6%	1,5%	21,5%
De 41 a 61 años	27,7%	3,1%	3,1%		40,0%
De 62 a 72 años			1,5%		1,5%
Total	47,7%	4,6%	12,3%	4,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,363 ^a	12	,045
Razón de verosimilitudes	19,916	12	,069
N de casos válidos	65		

Gráfico 27

Edad * ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?



Nota: fuente los autores

Al cruzar la edad con la pregunta considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica, se observa una relación, por lo que el 27.7% de los encuestados del rango de edad de 41-61 años nunca consideran que su condición influye en la negativa de la atención.

Edad * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?

Tabla de contingencia N° 28

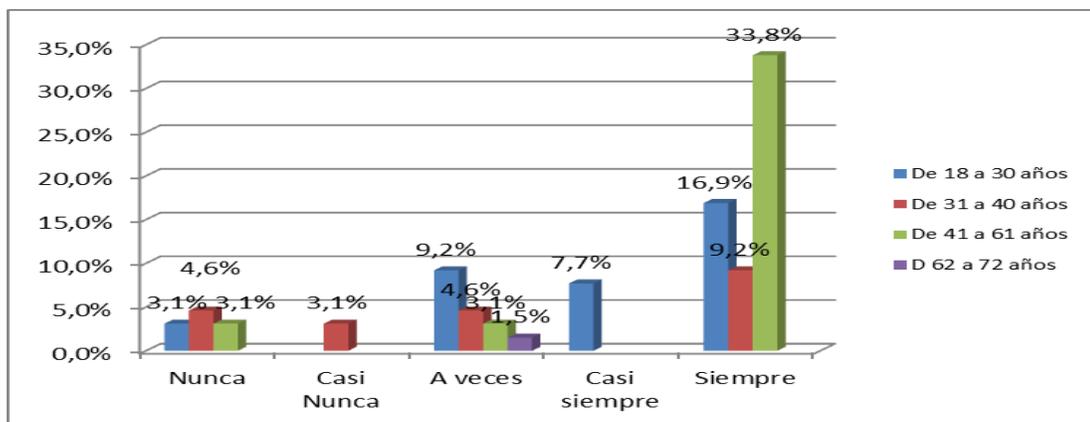
Edad	¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?					Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
De 18 a 30 años	3,1%		9,2%	7,7%	16,9%	36,9%
De 31 a 40 años	4,6%	3,1%	4,6%		9,2%	21,5%
De 41 a 61 años	3,1%		3,1%		33,8%	40,0%
De 62 a 72 años			1,5%			1,5%
Total	10,8%	3,1%	18,5%	7,7%	60,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,344 ^a	12	,005
Razón de verosimilitudes	27,434	12	,007
N de casos válidos	65		

Gráfico 28

Edad * ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?



Nota: fuente los autores

Al relacionar la edad con la pregunta lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+, se aprecia una asociación, debido a que el 33.8% de los pacientes del rango de edad de 41-61 años refiere que siempre lo atienden aunque se identifique como VIH+.

Edad * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?

Tabla de contingencia N° 29

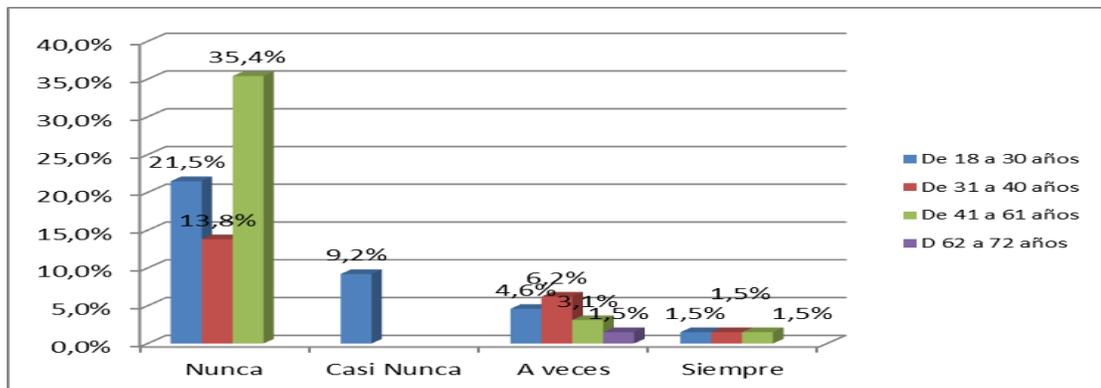
Edad	¿No le han atendido luego de informar que vive con VIH/SIDA?				Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Siempre	
De 18 a 30 años	21,5%	9,2%	4,6%	1,5%	36,9%
De 31 a 40 años	13,8%		6,2%	1,5%	21,5%
De 41 a 61 años	35,4%		3,1%	1,5%	40,0%
De 62 a 72 años			1,5%		1,5%
Total	70,8%	9,2%	15,4%	4,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,36 ^a	9	,016
Razón de verosimilitudes	20,062	9	,018
N de casos válidos	65		

Gráfico 29

Edad * ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?



Nota: fuente los autores

Al relacionar la edad con la pregunta le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA, se observó asociación, por lo que se aprecia significancia estadística. Debido a que 35.4% de la muestra ubicada entre los 41-61 años nunca le han negado la atención luego de informar que vive con VIH/SIDA.

Edad * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?

Tabla de contingencia N° 30

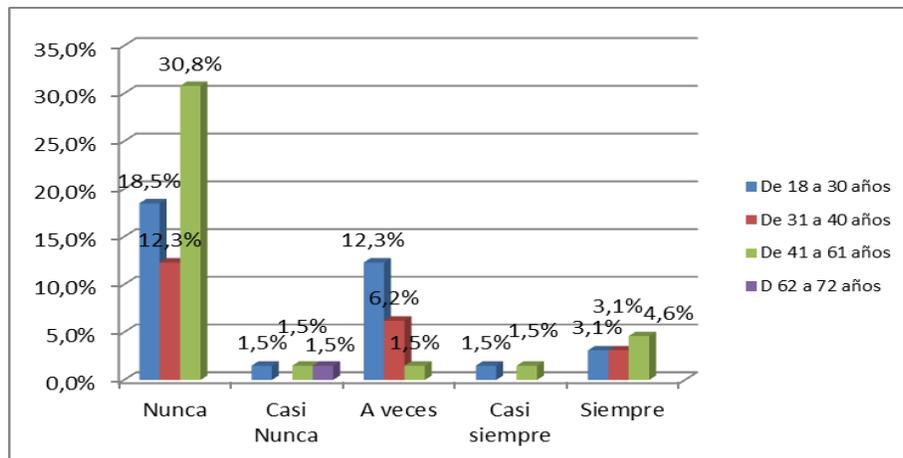
Edad	¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?					Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
De 18 a 30 años	18,5%	1,5%	12,3%	1,5%	3,1%	36,9%
De 31 a 40 años	12,3%		6,2%		3,1%	21,5%
De 41 a 61 años	30,8%	1,5%	1,5%	1,5%	4,6%	40,0%
De 62 a 72 años		1,5%				1,5%
Total	61,5%	4,6%	20,0%	3,1%	10,8%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,840 ^a	12	,003
Razón de verosimilitudes	17,639	12	,127
N de casos válidos	65		

Gráfico 30

Edad * ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?



Nota: fuente los autores

Al relacionar la edad con la pregunta consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+, se encontró relación, por lo que se aprecia significancia estadística. Ya que el 30.8% de los encuestados del rango de edad de 41-61 años, nunca ha considerado que la consulta odontológica sea distinta debido a su condición.

Edad * ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?

Tabla de contingencia N° 31

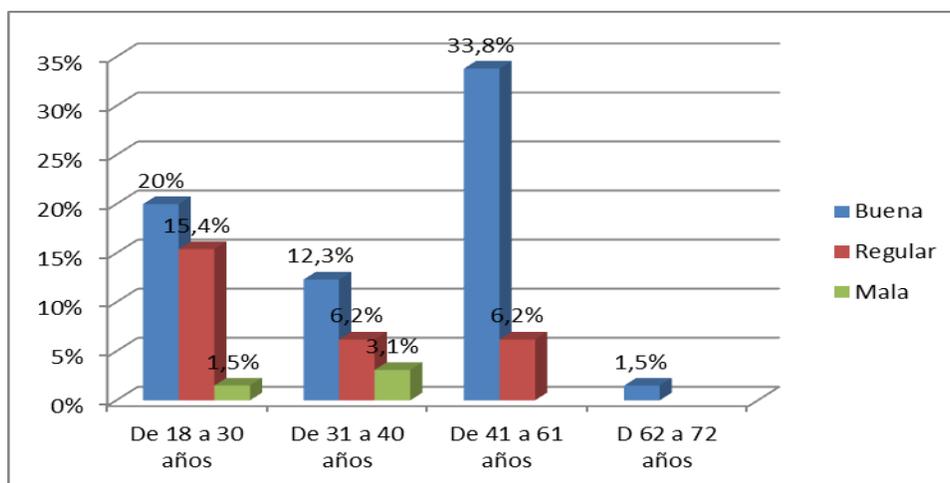
Edad	¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?			Total
	Buena	Regular	Mala	
De 18 a 30 años	20,0%	15,4%	1,5%	36,9%
De 31 a 40 años	12,3%	6,2%	3,1%	21,5%
De 41 a 61 años	33,8%	6,2%		40,0%
De 62 a 72 años	1,5%			1,5%
Total	67,7%	27,7%	4,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,622 ^a	6	,142
Razón de verosimilitudes	10,126	6	,119
N de casos válidos	65		

Gráfico 31

Edad * ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?



Nota: fuente los autores

Al relacionar la edad con la pregunta según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida, no se encontró relación, por lo que no hay significancia estadística.

Edad * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?

Tabla de contingencia N° 32

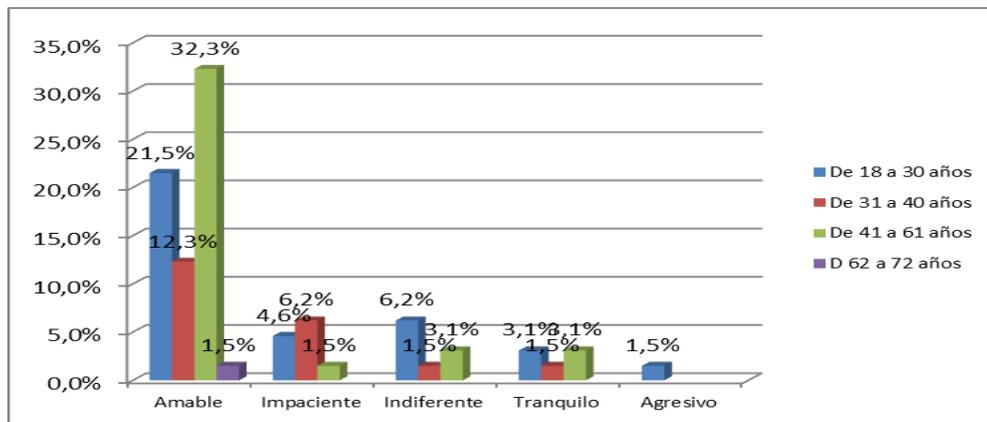
Edad	¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?					Total
	Amable	Impaciente	Indiferente	Tranquilo	Agresivo	
De 18 a 30 años	21,5%	4,6%	6,2%	3,1%	1,5%	36,9%
De 31 a 40 años	12,3%	6,2%	1,5%	1,5%		21,5%
De 41 a 61 años	32,3%	1,5%	3,1%	3,1%		40,0%
De 62 a 72 años	1,5%					1,5%
Total	67,7%	12,3%	10,8%	7,7%	1,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,083 ^a	12	,696
Razón de verosimilitudes	9,317	12	,676
N de casos válidos	65		

Gráfico 32

Edad * ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?



Nota: fuente los autores

Al relacionar la edad con la pregunta cómo fue la actitud del odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica no se encontró relación entre estas, por lo que no hay significancia estadística.

Edad * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?

Tabla de contingencia N° 33

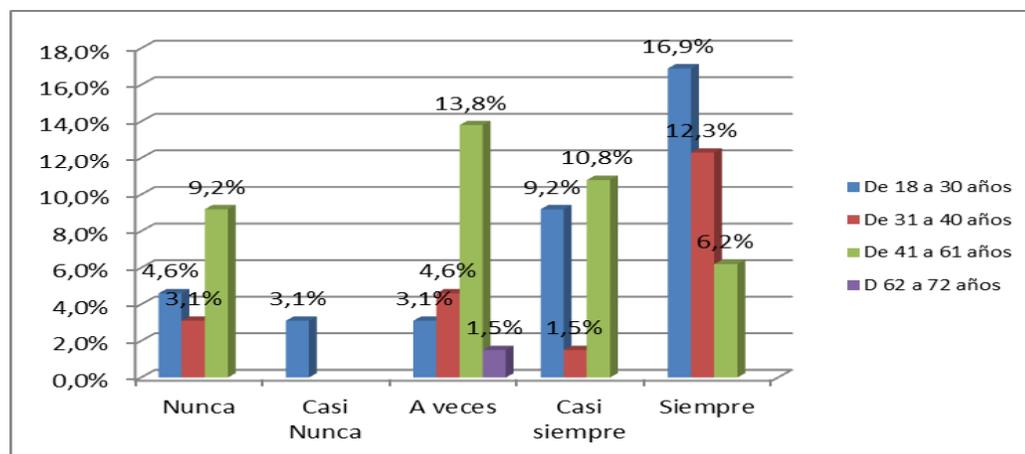
Edad	¿Considera rechazo hacia los pacientes con VIH/SIDA?					Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	
De 18 a 30 años	4,6%	3,1%	3,1%	9,2%	16,9%	36,9%
De 31 a 40 años	3,1%		4,6%	1,5%	12,3%	21,5%
De 41 a 61 años	9,2%		13,8%	10,8%	6,2%	40,0%
De 62 a 72 años			1,5%			1,5%
Total	16,9%	3,1%	23,1%	21,5%	35,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,796 ^a	12	,094
Razón de verosimilitudes	20,326	12	,061
N de casos válidos	65		

Gráfico 33

Edad * ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?



Nota: fuente los autores

No se observó significancia estadística al relacionar edad con la pregunta considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados.

Edad * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?

Tabla de contingencia N° 34

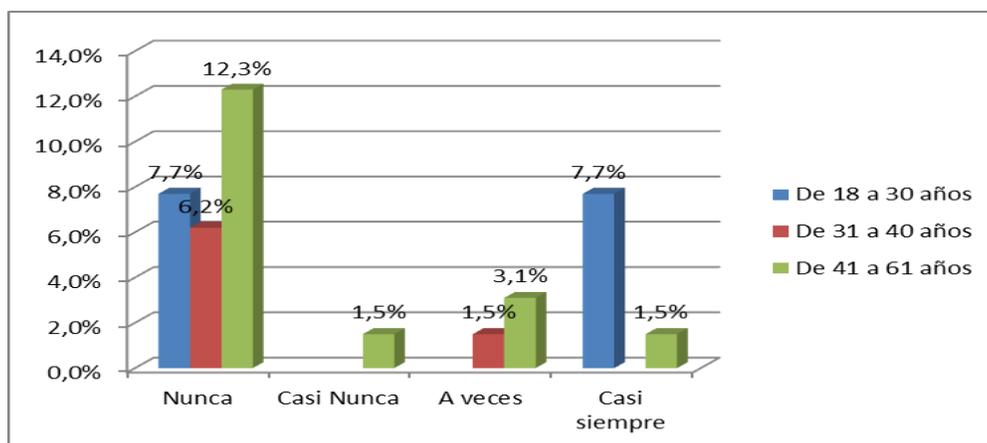
Edad	¿Deben implementarse consultas solo para personas con VIH/SIDA				Total
	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
De 18 a 30 años	7,7%			7,7%	36,9%
De 31 a 40 años	6,2%		1,5%		21,5%
De 41 a 61 años	12,3%	1,5%	3,1%	1,5%	40,0%
De 62 a 72 años				1,5%	1,5%
Total	26,2%	1,5%	4,6%	9,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,318 ^a	12	,588
Razón de verosimilitudes	12,591	12	,399
N de casos válidos	65		

Gráfica 34

Edad * ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?



Nota: fuente los autores

No se observó significancia estadística al relacionar edad con la pregunta considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA.

10. DISCUSIÓN

La salud oral tiene un papel fundamental en las personas que viven con VIH/SIDA, por lo que es necesario que los Odontólogos estén incluidos en el grupo interdisciplinar que atiende a esta población, no solo en el cuidado de la patología sino en la promoción y prevención debido a las múltiples lesiones orales que se asocian a esta entidad clínica.

En los últimos años esta enfermedad se ha distribuido a la población en general, la cual cada día requiere más de la atención odontológica, por lo cual se hace pertinente determinar cuál es la percepción y experiencia de los pacientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica en la ciudad de Santa Marta, con el cual se aportara información relevante a la situación estudio.

Resultados de investigaciones previas para determinar cuál es el motivo de consulta para solicitar la cita odontológica y la proporción de pacientes que informan al odontólogo seropositividad al VIH, se encontró que Ramírez et al. (2008) afirma en su investigación que el motivo de consulta más frecuente es problemas dentario con un 46.6%, seguido del dolor dental con un 25%; mientras que la proporción de pacientes que refieren ser VIH+ fue de 64.3% en la consulta privada y 97.3% en la consulta pública; lo que permite compararlo con este estudio debido a que el motivo de consulta más frecuente fue de Limpieza Oral con un 34% seguido de dolor dental con un 26% y en cuanto al informar al odontólogo acerca de su condición serológica los pacientes encuestados afirman que un 58% siempre le dicen al odontólogo sobre su patología, mientras que el 23% refiere que nunca lo hace; lo que demuestra que aunque el paciente cada vez se siente más cómodo en el marco de la consulta odontológica, informando sobre su condición, aún persiste en la población estudio una percepción de rechazo evidenciada en ese pequeño grupo que miente sobre su condición serológica.

García (2008) en su investigación para determinar la percepción de pacientes con VIH/SIDA sobre la atención odontológica, ha reportado que esta población presenta dificultades para acceder a la consulta odontológica y perciben discriminación por parte del odontólogo prestándoles una atención inadecuada, contrario a los resultados encontrados en este estudio, los pacientes convivientes con VIH/SIDA prefieren en un 66% nunca sentir rechazo por parte del odontólogo durante su visita, lo cual se explica debido a que en la ciudad de Santa Marta estos pacientes al ser notificados de su condición, son adscritos a una IPS específica, la cual le suministra los servicios médicos y odontológicos, por lo que la atención es diseñada pensando en ellos; no obstante un grupo de los participantes de este estudio, equivalentes a un 26% refiere que por lo menos en una ocasión ha sentido rechazo durante el marco de la consulta odontológica.

Al evaluar la experiencia de los pacientes con VIH/SIDA, los datos mostraron que el 60% de los participantes de este estudio refieren que siempre lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifiquen como VIH+, el 71% expresó que nunca le han informado que no puede ser atendido luego de comentar acerca de su enfermedad, el 62% considera que nunca la atención ha sido diferente debido a su condición; lo que contrasta con el resultado del estudio de Dávila, Mujica y Ugel (2010) sobre experiencia y opinión de personas que viven con esta enfermedad, donde el 76.7% de los encuestados reportaron haber tenido experiencias negativas con relación a la consulta odontológica. De lo anterior podemos inferir que el acceso al servicio odontológico en los diferentes lugares del mundo prestado a los pacientes que conviven con VIH/SIDA varía dependiendo de si el servicio es prestado en clínicas especializadas a la atención de estos pacientes o no, por lo que al ser atendidos en estas clínicas la probabilidad de rechazo disminuye notoriamente, como es el caso de esta investigación.

La actitud a la prestación de servicios odontológicos a personas que viven con VIH/SIDA de algunos profesionales de la salud, específicamente de los Odontólogos fue descrita por Dávila y Gil (2007) quien afirma que no se evidenció diferencias entre el número de odontólogos que presentaban una actitud favorable hacia los pacientes con una 41.7% y una actitud desfavorable con un 43.8% e indiferente un 14.6%, sin embargo este estudio revela que un 68% de la muestra expresa que la actitud del odontólogo fue amable, un 12% impaciente, un 11% indiferente, un 8% tranquilo y un 2% agresivo; de lo cual se puede concluir que en términos generales la actitud del odontólogo es favorable hacia el paciente, pero aún sigue persistiendo en menor escala una desfavorabilidad al momento de recibir la atención.

11. CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados del presente estudio y su discusión, se concluye lo siguiente:

- Al caracterizar a la población demográficamente encontramos el sexo masculino fue quien presento la mayor frecuencia en la investigación, teniendo como rango de edades para los participantes del estudio desde los 18 hasta los 72 años, con una moda del rango de 41-61 años, la ocupación más encontrada fue el grupo de los independientes, aunque las amas de casa están casi al mismo nivel porcentual, infiriendo de ello que esta enfermedad no presenta predilección por sexo, edad, y mucho menos por la ocupación, sino que por el contrario todos somos vulnerables al contagio
- Después de analizar los resultados obtenidos en esta investigación, podemos afirmar que los pacientes que viven con VIH/SIDA en la ciudad de santa marta han tenido experiencias positivas en las consultas odontológicas, por lo que refieren que la atención ha sido buena y la actitud del odontólogo amable, sin embargo hay que decir que una pequeña porción de la muestra comento que ha experimentado rechazo durante sus citas odontológicas, lo cual nos indica que la atención en la ciudad es en términos generales favorable para los pacientes, pero es necesario seguir con las campañas de sensibilización para los profesionales de la salud específicamente al odontólogo para lograr un servicio más incluyente.

- De acuerdo a los resultados del estudio podemos concluir que la mayoría de los pacientes convivientes con VIH/SIDA afirman que no perciben rechazo por parte del odontólogo, debido a que estos pacientes expresan que aun cuando ellos se identifican como VIH+ al momento de recibir la atención odontológica nunca les han negado este servicio, ni les han informado que no pueden ser atendidos por su condición, sin embargo un porcentaje menor afirmo que si ha percibido rechazo durante estas citas, esto lo podemos sustentar debido a que el servicio odontológico que se les presta a estos pacientes generalmente está conformado por un personal entrenado y concientizado en la atención de esta población, aunque esto no elimine por completo los prejuicios que lleva sobre sus hombros el hecho de vivir con VIH/SIDA en nuestra sociedad.

- Sin embargo se concluye que los pacientes con VIH/SIDA siguen teniendo una percepción de rechazo en su entorno, lo cual lo argumenta el 35% de la muestra que afirma sentir rechazo por su enfermedad, por lo que estos `pacientes afirman sentirse más cómodos en las consultas odontológicas especializadas en la atención de ellos.

- Se relacionó el sexo con las preguntas que desarrollan la variable percepción y no se encontró significancia estadística, por lo que no hay una relación entre estas dos variables, al igual que con la experiencia; mientras que el cruce de variables de edad con las preguntas que relacionan a la variable percepción y experiencia si mostro una correlación entre estas, en consecuencia se puede inferir que la percepción y la experiencia están influenciadas por la edad cronológica en la que el individuo se encuentra.

12. RECOMENDACIONES

Los autores recomiendan lo siguiente:

- Llevar a cabo una investigación donde se midan conjuntamente la percepción y experiencia tanto de pacientes con VIH/SIDA y Odontólogos con el fin de tener una visión completa de la situación estudio.
- Implementar cátedras para sensibilizar a los profesionales de la salud, acerca del manejo no solo clínico sino social que tiene esta enfermedad.
- Ejecutar un programa de sensibilización para el paciente con VIH/SIDA sobre la importancia de asistir a la consulta odontológica para el cuidado y bienestar de su salud oral como parte fundamental de su salud integral.
- Integrar al grupo interdisciplinar de la IPS un odontólogo estomatólogo, el cual es indispensable para el manejo de las múltiples afecciones orales que padecen estos pacientes.

13. LISTA DE REFERENCIAS

- Acosta, B. (2006) Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia. *Acta Bioethica*. 12 (1), p. 23-28
- Barón, R. A. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. Madrid, España. Prentice Hall.
- Batista, R. (2007). *Epidemiología aplicada a la salud de trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*.
- Cesar, J. y Lacerda, E. (2001). El cuidado dental de VIH positivo: el miedo, el prejuicio y la ética profesional. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 9 (4).
- Conicyt. (2008). *Manual de normas de bioseguridad*. (2). Recuperado de <http://www.conicyt.cl/fonis/files/2013/03/Manual-de-Normas-de-Bioseguridad.pdf>
- Dávila, M. Cábre, S. y Mujica, M. (2012) Experiencias estigmatizantes de las personas que viven con VIH/SIDA en el contexto de la consulta odontológica. *Investigación arbitraria*. 16(55), p. 355-360
- Dávila, M. Mujica, M. y Eugel, E. (2010). Experiencia y opinión de las personas que viven con VIH/SIDA sobre la atención odontológica. *Revista odontológica de los andes*. 5 (1), p. 4-12.
- Dávila, M. y Gil, M. (2007) Nivel de conocimiento y actitud de los odontólogos hacia portadores de VIH/SIDA. *Acta Odontológica Venezolana*. 45 (2), p. 1-9
- Esquivel, L. Fernández, L. y Magis, C. (2000). Actitudes de rechazo hacia el paciente infectado por el VIH, en la práctica odontológica. *Revista ADM*. 57(6), p. 214-217.
- García Domingo, B., & Quintanal Díaz, J. (Octubre de 2010). *Métodos de Investigación y Diagnóstico en la Educación*. Recuperado de <http://brayebbran.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf>

García, C. Sierra, J. Vidal, Y. Contreras, D. Martínez, E. y Agudelo, A. (2008). Percepción de personas VIH sida sobre la atención odontológica. *Revista Cubana de Estomatología*; 45 (1), p. 1-8.

Grau, R. y Agut, S. (2002). Percepción de personas y atribución causal. En M. Marín, R. Grau y S. Yubero (eds.), *Procesos psicosociales en los contextos educativos*. Madrid: Pirámide.

Hernández, A. (2012). Atención estomatológica no discriminatoria a personas con VIH/SIDA. (Tesis especialización). Universidad Veracruzana. México.

Hollander H, Mitchell K. (2004). *Infeccción por VIH*. En Tierney L, McPhee M, Papadakis M. (32ª Ed.), *Diagnóstico clínico y tratamiento*. (p. 1241). México D. México. Editorial El Manual Moderno.

Hurtado, J. (2009). Fuentes primarias y secundarias en la construcción del conocimiento histórico. Recuperado de <http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/comunidades/historia/recursos/Fuentes%20Primarias%20Hurtado.pdf>

InfoSIDA. (2015). Fármacos que combaten el VIH-1. [En línea]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos.

Letelier, M. et al (2007). *Recomendaciones para la atención odontológica de personas que viven con VIH*. Recuperado de [file:///C:/Documents%20and%20Settings/MARIA%20TE/Mis%20documentos/Downloads/Dental%20VIH%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/MARIA%20TE/Mis%20documentos/Downloads/Dental%20VIH%20(1).pdf)

Marín, M. y Guerra, J. (2012). La interacción comunicativa en los grupos. En M. Marín Sánchez Y. Troyano (coords.). *Psicología social de los procesos grupales*. Madrid: Pirámide

Ministerio de la Protección Social. (2009). Comisión séptima del senado de la Republica de Colombia. Recuperado de

[http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20DECRETOS%20HIPERVI
NCULADOS%20DESDE%201990%20AL%202009.pdf](http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20DECRETOS%20HIPERVI
NCULADOS%20DESDE%201990%20AL%202009.pdf)

Moraglio, O. et al. (2006). Asistencia a la salud bucal a pacientes con enfermedades sistémicas.

En VIH/SIDA en la atención de la salud bucal. Recuperado de
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INTERIOR%20Salud%20Bucal%20pacientes%
20con%20enfer%20sistemicas.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INTERIOR%20Salud%20Bucal%20pacientes%
20con%20enfer%20sistemicas.pdf)

Naidoo, S. (2001). Common Oral Lesions in Children with HIV/AIDS. South Africa. University
of Stellenbosch. Recuperado de

<https://www.mah.se/upload/FAKULTETER/OD/Avdelningar/who/HIV/hivchart3.pdf>.

Otero, J. y Otero, J. (1999). *Manual Básico de Normas de Bioseguridad*. Lima, Perú. Promotora
de Servicios Odontológicos E.P.S.O. POLIEDRO

Peixoto, J. (2008) Estigma y discriminación laboral por VIH/sida: Un problema de salud pública.
Ponencia presentada durante el IX Congreso Virtual HIV/AIDS. 2010

Perera, D. (2009). Manejo estomatológico de pacientes con VIH. *Dentista y Paciente* (9), p. 13-
15.

Ramírez, V. López, V. Anaya, G. y Lara, N. (2008). Experiencias de pacientes con VIH/SIDA y
respuestas de odontólogos ante el tratamiento dental en la Ciudad de México. *Revista
ADM*. LXV(3), p 133-140

Smith, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis.
Actualidades en Psicología, 20, 45-71.

STOPVIH. (2013). Cuidados odontológicos en personas con VIH. Recuperado de [http://
www.stopvih.org/noticias/cuidados-odontologicos-en-personas-con-vih/](http://www.stopvih.org/noticias/cuidados-odontologicos-en-personas-con-vih/)

Tamayo M. (1993). *El Proceso de la Investigación Científica*. México: LIMUSA.

- Tovar, V. Guerra M. Araujo, A. Ibarra, G. (2008) Asistencia odontológica a personas VIH/SIDA en el centro de atención a personas con enfermedades infecciosas. Acta odontológica Venezolana. 46 (3).
- Uribe, Z. y De León, R. Guía para la atención medica de paciente con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. México D.F, México. CONASIDA. p. 27-28
- Vargas, M. (2002). *Virología Médica*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. p. 185-186.
- Waggoner, A. S., Smith, E. R. y Collins, E. C. (2009). Person perception by active versus passive perceivers. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), p. 1028-1031

ANEXOS

ANEXO 1. Carta de autorización para realizar recolección de datos en la IPS.

Santa Marta, 29 de Abril de 2015

Doctor

HERNANDO ESTRADA

Representante legal

HERES SALUD E.U

La Ciudad

Cordial Saludo

Asunto: SOLICITUD DE APROBACION PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACION EN LA ENTIDAD

Por medio de la presente remitimos la Propuesta de Investigación para realizar la recolección de datos en su entidad, a través de la realización de encuestas a los pacientes adscritos a la IPS, como opción de grado para optar el título de Odontólogo de los estudiantes Leonardo Buitrago, María Teresa Hernández y Eli José Moratto; para su análisis y aprobación la cual lleva como Título **PERCEPCION Y EXPERIENCIA DE PACIENTES CONVIVIENTES CON VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA**, Teniendo plena claridad de la confidencialidad del estudio y que se requiere la firma del consentimiento informado por parte de los pacientes.

Agradecemos su pronta y positiva respuesta.

Cordialmente,



Eli José Moratto.

Leonardo Buitrago,

María Teresa Hernández,

Estudiantes de grado de Odontología

Universidad del Magdalena

ANEXO 2. Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN DE PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE PACIENTES CONVIVIENTES CON VIH/SIDA SOBRE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por María Teresa Hernández, Eli José Moratto, Leonardo Buitrago, estudiantes de grado de la Universidad del Magdalena. La meta de este estudio es determinar percepción y experiencia de pacientes convivientes con VIH/SIDA sobre la consulta odontológica

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta. Esto tomará aproximadamente 12 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por María Teresa Hernández, Eli José Moratto, Leonardo Buitrago, He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar percepción y experiencia de pacientes convivientes con VIH/SIDA ante la consulta odontológica

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario lo cual tomará aproximadamente 12 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 3. Instrumento de recolección de datos.



Universidad del Magdalena
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Odontología

La presente encuesta se realiza como parte de la investigación PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE PACIENTES CONVIVIENTES CON VIH/SIDA SOBRE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA, por lo que se le pide que conteste de la manera más sincera, los datos recabados en la misma son de carácter confidencial estadístico e informativo.

Sexo _____ Edad _____ Ocupación _____

1. ¿Cuándo asistió a su última cita odontológica cual fue el motivo de consulta?
 - a. Dolor dental
 - b. Cita de Control
 - c. Sangrado de encías
 - d. Calza dental
 - e. limpieza oral

2. ¿Le informa al Odontólogo sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

3. ¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

4. ¿Considera usted que su condición VIH + influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

5. ¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

6. ¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

7. ¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

8. ¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?
 - a. Buena
 - b. Regular
 - c. Mala

9. ¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?
 - a. amable
 - b. Impaciente
 - c. Indiferente
 - d. Tranquilo
 - e. agresivo

10. ¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

11. ¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para personas que viven con VIH/SIDA?
 - a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. A veces
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre

Muchas gracias por su Colaboración

ANEXO 4. Validación del Instrumento de recolección de datos.

Doctor Alfredo Llinas – Odontólogo Estomatólogo.

ENCUESTA

Sexo Masculino Edad 38 años Ocupación Docente



EVALUACIÓN CUANTITATIVA

Para cada criterio indique su calificación de 1 al 5 para cada pregunta de acuerdo a lo siguiente:

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

PREGUNTAS	ACTUALIDAD	PERTINENCIA	LENGUAJE	PRECISIÓN	METODOLOGÍA	CALIDAD
¿Cuándo asistió a su última cita odontológica cual fue el motivo de consulta?	4	4	4	4	4	4
¿Le informa al Odontólogo sobre su condición serológica?	4	4	4	4	4	4
¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?	4	5	5	5	4	5
¿Considera usted que su condición de portador del VIH influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?	5	4	4	4	4	4
¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	3	4	4	4	4	4
¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?	4	4	4	4	4	4
¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?	4	4	4	4	5	4
¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?	4	4	4	4	4	4
¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?	4	4	4	4	4	4
¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?	5	5	4	4	5	5
¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para portadores VIH/SIDA?	5	5	5	5	5	5

ANEXO 5. Validación del Instrumento de recolección de datos.

Doctor Ubaldo Rodríguez – Psicólogo.

ENCUESTA

Sexo _____ Edad _____ Ocupación _____



EVALUACIÓN CUANTITATIVA

Para cada criterio indique su calificación de 1 al 5 para cada pregunta de acuerdo a lo siguiente:

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

PREGUNTAS	ACTUALIDAD	PERTINENCIA	LENGUAJE	PRECISIÓN	METODOLOGÍA	CALIDAD
¿Cuándo asistió a su última cita odontológica cual fue el motivo de consulta?	4	3	3	4	3	3
¿Le informa al Odontólogo sobre su condición serológica?	4	4	4	4	3	3
¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?	4	4	3	3	4	4
¿Considera usted que su condición de portador del VIH influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?	4	4	4	4	4	4
¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	4	3	4	3	4	4
¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?	4	3	4	3	3	3
¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?	4	4	4	4	4	4
¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?	4	4	4	4	4	4
¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?	4	3	4	4	4	4
¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?	4	4	4	4	4	4
¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para portadores VIH/SIDA?	4	4		4	4	4

ANEXO 5. Validación del Instrumento de recolección de datos.

Doctora Mónica Pérez – Experta en validación de Instrumentos.

ENCUESTA

Sexo _____ Edad _____ Ocupación _____



EVALUACIÓN CUANTITATIVA

Para cada criterio indique su calificación de 1 al 5 para cada pregunta de acuerdo a lo siguiente:

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

PREGUNTAS	ACTUALIDAD	PERTINENCIA	LENGUAJE	PRECISIÓN	METODOLOGÍA	CALIDAD
¿Cuándo asistió a su última cita odontológica cual fue el motivo de consulta?	4	4	4	4	4	4
¿Cuándo acude a la consulta le informa al Odontólogo sobre su condición serológica?	5	5	4	4	4	4
¿Al asistir a la consulta odontológica ha sentido rechazo por parte del odontólogo?	4	5	4	4	4	4
¿Considera usted que su condición de portador del VIH influye en la negativa a ser atendido en la consulta odontológica?	4	5	4	4	4	4
¿Lo atienden en la consulta odontológica aunque se identifique como VIH+?	4	4	4	4	4	4
¿Le han informado en la consulta odontológica que no puede ser atendido después de haber informado usted sobre su condición de vivir con VIH/SIDA?	4	5	4	4	4	4
¿Consideró que la consulta fue diferente debido a su condición de VIH+?	5	5	4	4	4	4
¿Según su experiencia como calificaría la atención odontológica recibida?	3	4	4	4	4	4
¿Cómo fue la actitud odontólogo hacia usted durante la consulta odontológica?	4	4	4	4	4	4
¿Considera usted que los pacientes que viven con el VIH/SIDA son rechazados?	4	4	4	4	4	4
¿Considera usted que deben implementarse consultas especiales solo para portadores VIH/SIDA?	4	5	4	4	4	4