

Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y la Hepatitis B en la actitud de los académicos en odontología

Discrimination and Prejudice. The Influence
of HIV/AIDS and Hepatitis B in the Attitude of
Dentistry Academics

Discriminação e preconceito. A influência de
HIV/SIDA e Hepatite B na atitude dos acadêmicos
em odontologia

Clea Adas Saliba Garbin, PhD¹;

Bruno Wakayama, MSc*¹;

Tania Adas Saliba, PhD¹;

Orlando Saliba, PhD¹;

Artenio Jose Ispier Garbin, PhD¹

Recibido: 20 de septiembre de 2017 / **Aprobado:** 8 de marzo de 2018

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6770>

Para citar este artículo: Garbin SCA, Wakayama B, Saliba TA, Saliba O, Garbin IAJ. Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y Hepatitis B en la actitud de los académicos en odontología. Rev Cienc Salud. 2018;16(2):279-293. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6770>

Resumen

Introducción: la Hepatitis B y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son enfermedades virales de destaque en salud pública, debido a sus elevados índices epidemiológicos. La representación de ellas genera actitudes discriminatorias y prejuiciosas, principalmente en el acceso a servicios de salud. El objetivo es evaluar el conocimiento de las enfermedades y la existencia de actitudes discriminatorias de los académicos en odontología frente a la presencia del SIDA y Hepatitis B. **Materiales y métodos:** estudio exploratorio de corte transversal realizado en una facultad pública de odontología, con una muestra compuesta por 462 (88%) académicos que aceptaron participar de la investigación. Para recolectar los datos, se utilizó un cuestionario semiestructurado autoaplicable, creado para este estudio; para su análisis, se usó el test chi-cuadrado de proporciones, con nivel de significancia de 5%. **Resultados:** se verificó que, aunque la mayoría de los académicos afirma tener conocimiento sobre el SIDA y la Hepatitis B, apenas el 58.9% y el

¹ Facultad de Odontología de Araçatuba, Departamento de Odontología Infantil y Social, Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - FOA/UNESP, Brasil.

* Autor de correspondencia: brunowakayama@gmail.com

55.8%, respectivamente, acertaron sus agentes etiológicos. Sobre las actitudes de los académicos frente al tratamiento odontológico de pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de Hepatitis B (VHB) 85,3% y 91,8%, respectivamente, afirman atender; sin embargo, parte considerable de los alumnos piensa que existen diferencias en conductas clínicas a seguir. *Conclusión:* existen lagunas en el conocimiento de los graduados con relación al SIDA y Hepatitis B. Las actitudes de los alumnos, en la atención odontológica de pacientes infectados, fueron consideradas discriminatorias, con mayor expresividad en el recelo en ser atendido por un profesional infectado, en lugar de tratar pacientes enfermos.

Palabras clave: discriminación, VIH, estudiantes de odontología.

Abstract

Introduction: Hepatitis B and the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) are viral diseases of great public health importance due to their high epidemiological indexes. The representation of these diseases generates discriminatory and prejudiced attitudes, mainly in the access to health services. The objective is to assess the current knowledge and the existence of discrimination by the attitudes of dentistry academics when facing HIV/AIDS and hepatitis. *Materials and methods:* This is an exploratory cross-sectional study conducted in a public college of dentistry. The sample consisted of 462 (88%) academics who agreed to participate. In data collection, we used a semi-structured questionnaire, created for this study. In the data analysis, we used the chi-square test of proportions, the significance level was 5%. *Results:* It was found that, although the majority of the students affirm that they knew or have had some information about aids and Hepatitis B, only 58.9% and 55.8%, respectively, actually had some knowledge on etiological agents. On the attitudes of students in dental treatment practice asked if they would accept treating patients infected with HIV and HBV, the acceptance of treatment performance reached 85.3% and 91.8%, respectively. However, a considerable part of the students believed that there are differences in clinical procedures to be followed. *Conclusion:* There are students' knowledge gaps in relation to AIDS and Hepatitis B. The attitudes of students, contrasted to the given dental care for patients infected, were considered discriminatory; in addition, there was a greater fear of being assisted by an infected professional, instead of having this infected professional treat sick dentistry patients.

Keywords: discrimination, HIV, dentistry students.

Resumo

Introdução: a Hepatite B e o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) são doenças virais de destaque em saúde pública, devido a seus elevados índices epidemiológicos. A representação delas gera atitudes discriminatórias e preconceituosas, principalmente no acesso a serviços de saúde. O objetivo é avaliar o conhecimento das doenças e existência de atitudes discriminatórias dos acadêmicos em odontologia frente à representação do SIDA e Hepatite B. *Materiais e métodos:* estudo exploratório de corte transversal realizado em uma faculdade pública de odontologia, com amostra composta por 462 (88%) acadêmicos que aceitaram participar da pesquisa. Para recolher os dados foi utilizado um questionário semiestruturado autoaplicável, criado para este estudo. Para analisar os dados se utilizou o teste qui-quadrado de proporções, com nível de significância de 5%. *Resultados:* verificou-se que, ainda que a maioria dos acadêmicos afirma ter conhecimento sobre o SIDA e a Hepatite B, apenas 58.9% e 55.8% respectivamente, acertaram seus agentes etiológicos. Sobre as atitudes dos acadêmicos frente ao tratamento odontológico de pacientes infetados pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e de Hepatite B (VHB) 85.3% e 91.8%, respectivamente, afirmam atender, no entanto, parte considerável dos alunos considera que existem diferenças em condutas clínicas a seguir. *Conclusão:* existem lacunas no conhecimento dos formados com relação ao SIDA e à Hepatite B. As atitudes dos alunos na atenção odontológica de pacientes infetados, foram consideradas discriminatórias com maior expressividade no receio em ser atendidos por um profissional infetado, em vez de tratar pacientes doentes.

Palavras-chave: discriminação, HIV, estudantes de odontologia.

Introducción

La discriminación social es un fenómeno de gran impacto para el individuo, que debido a sus características fuera de los patrones morales, por su estereotipo negativo, ocasionan la pérdida de su individualidad y el rompimiento de los derechos humanos (1). La jerarquía de los sectores y grupos sociales, étnicos, religiosos y de orientación sexual colabora para la creación de lazos represores a los sujetos vulnerables, lo que fortalece los actos discriminatorios y de estigma, a la vez que corrompe los principios éticos y humanos de la dignidad y justicia social (2-4).

El acto discriminatorio en el acceso a los servicios de salud está atribuido, en la mayoría de las veces, a un enfoque injusto, desvalorizado y prejuicioso del paciente, lo que culmina en el rechazo, negligencia o imprudencia en la atención a la persona infectada (5). Históricamente, el estereotipo creado al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de la Hepatitis B (VHB), debido al desconocimiento de sus formas de transmisión, estigmatizan a los individuos infectados, ponderando valores negativos de control social y marginalizándolos ante los atributos moralmente desvalorizables (6).

El deseo de mantenerse en la invisibilidad y en el aislamiento social, para encubrir su identidad discriminada y estigmatizada, favorece al surgimiento de sentimientos como la angustia, la inseguridad y el sufrimiento, lo que lleva al comprometimiento de su autoestima y calidad de vida (6, 7). Además, existe el obstáculo de que, principalmente, esos grupos minoritarios sean enfrentados a la dificultad en el tratamiento odontológico, la carencia de información sobre los cuidados con la salud bucal y la manifestación de enfermedades bucales, lo que es una cuestión de gran relevancia en salud pública (8).

El profesional de salud, en las interacciones sociales en la enfermedad, tiene una representatividad capaz de romper las características moralmente adquiridas, ya que son los principales actores sociales que pueden modificar el patrón comportamental de la sociedad y de pacientes infectados. Por lo tanto, la preparación profesional y el conocimiento de la temática de ese fenómeno son fundamentales para que se pueda interrumpir la diseminación de esa enfermedad y contribuir en la calidad de vida de estos individuos (9).

En este contexto, debe ser valorizado, en la enseñanza odontológica, el debate sobre las principales enfermedades epidémicas y pandémicas de expresividad en la salud pública, para la mejor preparación profesional en la atención a esos individuos, pues, el desconocimiento sobre las principales formas de prevención e infección del VIH y VHB contribuye para el recelo del tratamiento odontológico, lo que conlleva al rechazo del paciente. El estigma asociado con la persona con SIDA ha demostrado ser superior a otras enfermedades como la Hepatitis B y la Hepatitis C, debido al miedo, al recelo y a la falta de intereses de los académicos en odontología en atender un paciente inmunocomprometido, aun sabiendo que la infectividad y la virulencia del VHB es mayor que el VIH (10, 11).

A causa del miedo de no ser atendido, muchos pacientes no informan u omiten su estado de salud en la anamnesis. En los Estados Unidos de América, esa actitud coincide con los parámetros de la Americans With Disabilities Act (ADA), entidad que le garantiza al individuo el derecho de no revelar su estado inmunológico. Además de eso, las directrices de la American Dental Association (Principles) establecen que el tratamiento odontológico no puede ser rechazado o interrumpido, dado el comprometimiento inmunológico del paciente (12, 13). En Brasil, el Código de Ética Odontológica define, como uno de los deberes fundamentales del cirujano-dentista, velar por la salud y dignidad del paciente. En este mismo documento queda expuesto en el Artículo 11, como causa de infracción ética, discriminar al paciente bajo cualquier pretexto, abandonar al paciente salvo por motivos justificables y dejar de atender/prestar atención en casos de urgencia (14).

Teniendo en cuenta la importancia de la conducta ética y de la responsabilidad profesional de los cirujanos dentistas en la atención a todos los pacientes, independientemente de su estado de salud y considerando la existencia del estigma de las enfermedades virales, el objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de las enfermedades y existencia de actitudes discriminatorias de los académicos en odontología frente a la representación del SIDA y Hepatitis B.

Materiales y métodos

Caracterización del estudio

Se trata de un estudio epidemiológico transversal cuantitativo de tipo descriptivo, realizado con alumnos de grado de la Facultad de Odontología de Araçatuba (FOA-UNESP).

Selección de la muestra

La población de estudio fueron todos los alumnos de grado (1.º al 5.º año), regularmente matriculados en la institución (n = 525). De ese total, formaron parte de la muestra 462 (88%) académicos que aceptaron participar en la investigación. Como criterio de exclusión, no formaron parte del estudio aquellos que faltaron o estaban suspendidos el día de la recolección de datos, menores de 18 años sin el formulario de consentimiento firmado por los dos responsables y los que llenaron incorrectamente al cuestionario.

Recolección de datos

El instrumento de la investigación fue una encuesta semiestructurada, autoadministrada y construida exclusivamente para este estudio. Fueron abordadas variables sobre el tema VIH/SIDA y Hepatitis B, destinadas de manera amplia y objetiva, para verificar la existencia de

la discriminación hacia las personas infectadas por los virus, por medio del conocimiento y de las actitudes presentadas por los participantes de la investigación. Previamente, la conducción del estudio fue realizada por el test-piloto con un 20 % de individuos de la misma población, de otra institución, que no fueron incluidos en la muestra a fin de averiguar el contenido de los datos y los posibles ajustes.

La recolección de los datos fue hecha, dentro de las salas de aula, por dos investigadores previamente calibrados, en horarios marcados y cedidos por los docentes de la disciplina.

Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación em Seres Humanos de la Facultad de Odontología de Araçatuba/Unesp (Parecer nº CAAE: 54227416.0.0000.54201.552.870). Fueron seguidas las normas reguladoras de investigaciones, que involucran seres humanos, en conformidad con la resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS) del Ministerio de Salud – Brasil.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva con números absolutos y porcentuales para la caracterización de la muestra, siendo los resultados explicados por gráficos y tablas. Para verificar la diferencia en los porcentuales presentados, entre las variables del estudio y el nivel académico (variable dependiente) fue utilizado el test chi-cuadrado para proporciones. El nivel de significancia adoptado fue de 5 % (0,050). Para todos los análisis fue empleado el paquete estadístico spss versión 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultado

Se verificó que la media de edad de los participantes del estudio ($n = 462$) fue entre 20 y 21 años ($DP \pm 2.64$). En relación con la caracterización del perfil de los estudiantes, la mayoría (71.9%) era del sexo femenino y de piel blanca (85.3%) (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra: números absolutos y porcentuales

VARIABLES	n	%
Sexo		
Femenino	332	71.9
Masculino	130	28.1
Color de la piel		
Blanco	394	85.3
Negro	11	2.4
Pardo	37	8.0
Amarilla	17	3.7
Sin información	3	0.6
Estado civil		
Soltero	457	98.9
Casado / Unión estable	5	1.1
Año		
1º	96	20.8
2º	101	21.9
3º	81	17.5
4º	93	20.1
5º	91	19.7
Tiempo de clínica		
No tengo	145	31.4
Menos de 1 año	84	18.2
Entre 1 a 2 años	98	21.2
3 años o más	130	28.1
Sin información	5	1.1
Total	462	100

De acuerdo con los resultados, se verificó que, aunque el 85.5 % y el 88.7 % de los académicos afirmaran conocer o ya haber tenido alguna información sobre SIDA y Hepatitis B, apenas el 58.9 % y el 55.8 %, respectivamente, acertaron sus agentes etiológicos. Las diferencias estadísticas encontradas en relación con el conocimiento sobre SIDA y Hepatitis B y el acierto del agente etiológico del SIDA fueron evidentes conforme se aumentó el nivel de graduación. Sin embargo, el acierto de la etiología de la Hepatitis B tuvo asociaciones significativas en el inicio del curso.

En cuanto al tratamiento odontológico de pacientes infectados por el virus del VIH y VHB, el 85.3% y el 91.8% de los alumnos, respectivamente, afirmaron que los atenderían en sus consultorios. Sin embargo, gran parte de los alumnos (66.0% y 73.6%, respectivamente) creía en la existencia de diferencias en los protocolos clínicos de atención a pacientes con VIH/SIDA y Hepatitis B, lo que hizo que se presentaran diferencias estadísticas para las respuestas de los académicos de los ingresos recientes en la universidad (tabla 2). Las citaciones más frecuentes en la percepción de los alumnos con respecto a las medidas que deberían seguir en el tratamiento de pacientes infectados, fueron: “Refuerzo en la protección” con la utilización duplicada de equipamientos de protección individual y “Mayor cautela y cuidado en la atención” figura 1.

Tabla 2. Análisis porcentual entre las variables de estudio y el periodo académico de los participantes del estudio

Variables	Año										Total	
	1.º n = 96		2.º n = 101		3.º n = 81		4.º n = 93		5.º n = 91			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Usted conoce o ya tuvo alguna información sobre el VIH?												
Sí	45	46.9 _a	96	95.0 _b	77	95.1 _b	90	96.8 _b	87	95.6 _b	395	85.5
No	51	53.1 _a	5	5.0 _b	4	4.9 _b	3	3.2 _b	4	4.4 _b	67	14.5
¿Usted conoce o ya tuvo algún tipo de información sobre la Hepatitis B?												
Sí	67	69.8 _a	97	96.0 _b	78	96.3 _b	87	93.5 _b	81	89.0 _b	410	88.7
No	29	30.2 _a	4	4.0 _b	3	3.7 _b	6	6.5 _b	10	11.0 _b	52	11.3
¿Acertó el agente etiológico del SIDA?												
Sí	8	8.3 _a	28	27.7 _b	71	87.7 _c	86	92.5 _c	79	86.8 _c	272	58.9
No	88	91.7 _a	73	72.3 _b	10	12.3 _c	7	7.5 _c	12	13.2 _c	190	41.1
¿Acertó el agente etiológico de la Hepatitis B?												
Sí	64	65.6 _a	86	85.1 _b	42	52.5 _{a,c}	41	44.1 _{c,d}	26	28.9 _d	259	55.8
No	34	34.4 _a	15	14.9 _b	38	47.5 _{a,c}	52	55.9 _{c,d}	64	71.1 _d	203	44.2

(continúa)

¿Cuál es el riesgo de infectarse por el VIH?												
Alto	71	74.0 _a	84	84.0 _a	64	81.0 _a	71	80.7 _a	72	79.1 _a	362	79.7
Medio	18	18.8 _a	13	13.0 _a	9	11.4 _a	16	18.2 _a	19	20.9 _a	75	16.6
Bajo	7	7.3 _a	3	3.0 _a	6	7.6 _a	1	1.1 _a	-	-	17	3.7
¿Cuál es el riesgo de infectarse por el VHB?												
Alto	5	62.5 _a	90	89.1 _b	57	72.2 _a	66	74.2 _{a,b}	65	71.4 _a	338	74.1
Medio	29	30.2 _a	10	9.9 _b	17	21.5 _{a,b}	21	23.6 _{a,b}	20	22.0 _{a,b}	97	21.3
Bajo	7	7.3 _a	1	1.0 _a	5	6.3 _a	2	2.2 _a	6	6.6 _a	21	4.6
¿Cuál es su recelo en atender un paciente con VIH?												
Alto	59	61.5 _a	58	57.4 _a	55	67.9 _a	61	65.6 _a	62	68.1 _a	295	63.9
Medio	23	24.0 _a	23	22.8 _a	14	17.3 _a	23	24.7 _a	12	13.2 _a	95	20.5
Bajo	14	14.6 _a	20	19.8 _a	12	14.8 _a	9	9.7 _a	17	18.7 _a	72	15.6
¿Cuál es su recelo en atender un paciente con Hepatitis b?												
Alto	31	32.3 _a	42	41.6 _a	36	45.6 _a	47	50.5 _a	38	41.8 _a	194	42.1
Medio	39	40.6 _a	38	37.6 _a	24	30.4 _a	31	33.3 _a	32	35.2 _a	164	35.6
Bajo	26	27.1 _a	21	20.8 _a	19	24.1 _a	15	16.1 _a	21	23.1 _a	102	22.3
¿En su consultorio usted atendería un paciente con VIH?												
Si	87	90.6 _a	84	83.2 _a	65	80.2 _a	75	81.5 _a	83	93.3 _a	394	85.8
No	9	9.4 _a	17	16.8 _a	16	19.8 _a	17	18.5 _a	6	6.7 _a	65	14.2
¿En su consultorio usted atendería un paciente con Hepatitis B?												
Sí	92	94.8 _a	89	88.1 _a	73	90.1 _a	83	90.2 _a	87	96.7 _a	424	91.8
No	6	5.2 _a	12	11.9 _a	8	9.9 _a	9	9.8 _a	3	3.3 _a	38	8.2

(continúa)

¿Existen diferencias clínicas en la atención del paciente con VIH?												
Sí	88	91.7 _a	69	68.3 _{b,c}	65	80.2 _{a,b}	46	49.5 _{c,d}	37	40.7 _d	305	66.0
No	8	8.3 _a	32	31.7 _{b,c}	16	19.8 _{a,b}	47	50.5 _{c,d}	54	59.3 _d	157	34.0
¿Existen diferencias clínicas en la atención del paciente con Hepatitis B?												
Sí	93	96.9 _a	84	83.2 _b	66	81.5 _b	50	53.8 _c	47	51.6 _c	340	73.6
No	3	3.1 _a	17	16.8 _b	15	18.5 _b	43	46.2 _c	44	48.4 _c	122	26.4
Si el cirujano-dentista fuera VIH positivo, ¿él necesita avisar al paciente?												
Sí	39	40.6 _a	53	52.5 _a	30	37.0 _a	32	34.4 _a	36	39.6 _a	190	41.1
No	57	59.4 _a	48	47.5 _a	51	63.0 _a	61	65.6 _a	55	60.4 _a	272	59.9
Si el cirujano-dentista estuviera con Hepatitis B, ¿él necesita avisar al paciente?												
Sí	32	33.3 _{a,b}	50	49.5 _a	23	27.8 _b	27	28.3 _{b,c}	34	38.2 _{a,b}	166	36.1
No	64	66.7 _{a,b}	51	50.5 _a	59	72.2 _b	67	71.7 _{b,c}	55	61.8 _{a,b}	296	63.9
¿Usted aceptaría ser atendido por un dentista con VIH?												
Sí	33	34.4 _a	33	32.7 _a	24	29.6 _a	22	23.7 _a	33	36.3 _a	145	31.4
No	63	65.6 _a	68	67.3 _a	57	70.4 _a	71	76.3 _a	58	63.7 _a	317	68.6
¿Usted aceptaría ser atendido por un dentista con Hepatitis B?												
Sí	42	43.8 _{a,b}	34	33.7 _{a,b}	34	42.0 _{a,b}	25	26.9 _a	44	48.4 _b	179	38.7
No	54	56.3 _{a,b}	67	66.3 _{a,b}	47	58.0 _{a,b}	68	73.1 _a	47	51.6 _b	283	61.3

Letras diferentes denotan diferencias estadísticamente significativas entre los porcentuales (p-valor < 0,050).

En cuanto al caso de que el profesional de salud sea el portador del SIDA o Hepatitis B, el 59.9% y el 63.9% de los participantes del estudio, respectivamente, creían que el cirujano-dentista no necesita informar a su paciente sobre su condición de salud. Cuando los alumnos fueron indagados por si ellos aceptarían ser atendidos por un cirujano-dentista con SIDA o Hepatitis B, apenas el 31.4% y el 38.7%, respectivamente, consideraron que sí. Se observó diferencia estadística en la variable Hepatitis B en relación con los alumnos del último año (tabla 2) (figura 1).

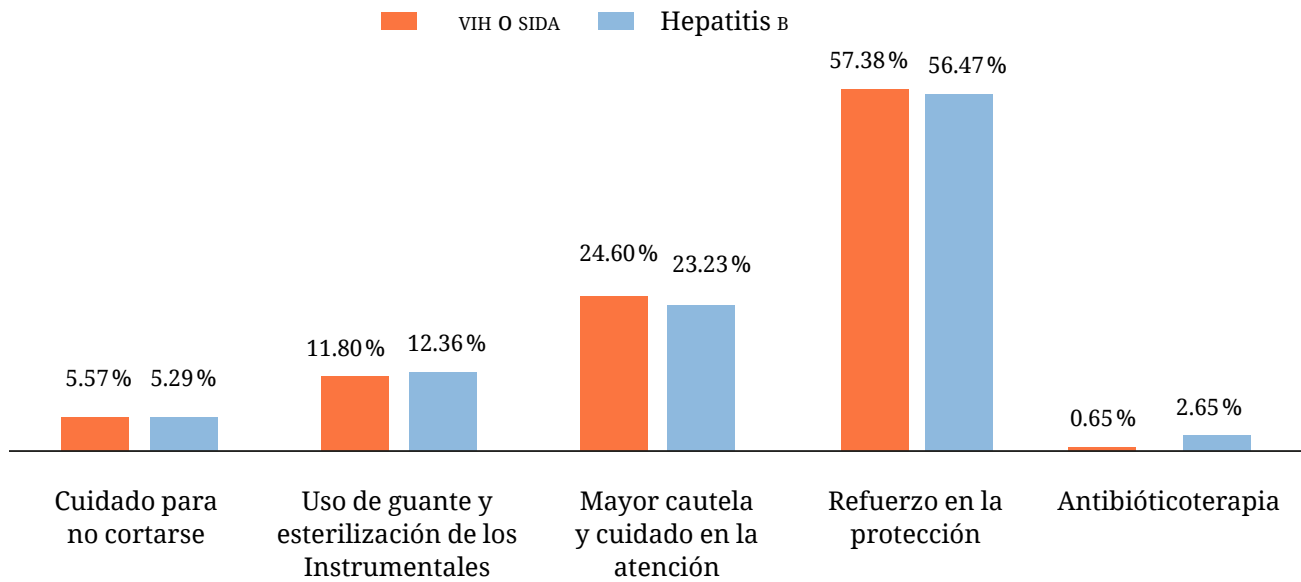


Figura 1. Principales diferencias de conductas clínicas para la atención de un paciente con SIDA o Hepatitis B, según relatos de los académicos de odontología

Discusión

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la Hepatitis B son enfermedades virales que generan grandes impactos a la estructura epidemiológica, debido a sus elevados índices de letalidad, así como por el estigma asociado con el individuo infectado, quien, inevitablemente, es objeto de discriminación y prejuicio. La ocurrencia de la coinfección entre el virus de inmunodeficiencia humana y el virus de la Hepatitis B es altamente estimada, pues las formas de infección para ambas enfermedades son iguales, dentro de ellas la vía sexual, vertical, parenteral y percutánea (15). Por tanto, el conocimiento sobre esas enfermedades virales es fundamental para la práctica odontológica consciente, segura y sin prejuicios.

En el presente estudio, se evidenció que, aunque gran parte de los académicos afirma conocer o haber tenido informaciones sobre el SIDA y la Hepatitis B, apenas poco más de la mitad de los académicos acertó el agente etiológico de las enfermedades. Ese análisis del conocimiento es semejante al de otros estudios realizados en China, Kuwait, Iraq, India, lo que demuestra que, aunque el asunto esté presente en los cursos de graduación, todavía existen lagunas sobre el tema que deben ser discutidas (16-19).

Además de eso, se constató que hubo diferencias estadísticas en relación con el conocimiento, conforme se elevó el nivel académico de los graduandos. Sin embargo, en las cuestiones relacionadas con la Hepatitis B, sobre el conocimiento del agente etiológico y el grado de

riesgo de la infección por los VHB, tuvieron diferencias porcentuales en los primeros años de graduación. Esos datos están en concordancia con el estudio de Alavian et al., en el que se determinó que los alumnos de periodos superiores tienen menos conocimiento sobre VHB (20). Por esto, se necesitan estrategias que enfatizan la complejidad de esa enfermedad y la importancia del control de infección en el escenario odontológico. En virtud de la enseñanza odontológica en Brasil de ser fragmentada en disciplinas anuales o semestrales aisladas, es esencial que el enfoque y el debate de este asunto sean retomados en las disciplinas clínicas, pues, ya que esta temática tiene implicaciones inherentes a esas actividades, la reaproximación de estos contenidos con problemáticas reales favorecen la sedimentación del conocimiento y la comprensión de la relevancia de sus actitudes profesionales.

En este estudio, al analizar las actitudes de los académicos en la atención de pacientes infectados por el VIH y por el VHB, se verificó que, aun cuando gran parte de los participantes del estudio afirmaron que los atenderían, el recelo y la discriminación estaban presentes de forma silenciada en sus comportamientos. Esto está relacionado con las menciones que fueron hechas por los alumnos, al relatar diferencias clínicas en la atención odontológica a esos individuos, principalmente por aquellos que cursan el primer periodo, en el cual tuvo un valor porcentual significativo.

El estigma creado sobre enfermedades virales, principalmente el SIDA y la Hepatitis B, todavía se refleja sobre el comportamiento y actitudes de los profesionales de la salud en la atención al paciente enfermo. Esas características están intrínsecamente ligadas a los valores culturales y moralistas, encubiertos en actitudes discriminatorias y prejuiciosas hacia esos individuos, principalmente en el ambiente odontológico, con la utilización duplicada de equipamientos de protección individual (21-23). Siendo así, es necesario que se implementen disciplinas que valoricen la humanización, el acogimiento y la bioética desde el primer año de graduación, a fin de estimular la consciencia social y la responsabilidad profesional del futuro cirujano-dentista para la valoración de su deber con la salud bucal (24-26).

En relación con el recelo de la atención odontológica a pacientes con Hepatitis B, se verificaron elevados índices de ese comportamiento entre los cirujanos-dentistas de la Arabia Saudita, en el cual una inexpresable parte de estos profesionales estaba dispuesta a realizar esa atención, incluso con su mayoría inmunizada. El principal motivo relatado fue el riesgo de la infección cruzada (27). En las cuestiones enfocadas al VIH/SIDA Natto et al. encontraron asociaciones positivas en la actitud de los alumnos, los cuales se sintieron más cómodos al atender pacientes vulnerables después de su participación en el programa de tratamiento a grupos de riesgo para VIH/SIDA (28). Tamayo Zuluaga et al. y Major et al. obtuvieron resultados semejantes al analizar los cambios de comportamiento de los graduandos en odontología, en la disposición en atender pacientes con VIH/SIDA, conforme fue aumentando el nivel académico, y considerando también la intervención de los profesores como una acción impactante para el cambio de esa perspectiva (29, 30). De esa forma, Brailo et al. reiteran la hipótesis al

afirmar que el conocimiento gradual en la formación académica se refleja en la postura del futuro profesional con menos actitudes discriminatorias, con lo que se observó un cambio significativo entre los alumnos del primer y del último año (31).

El planteamiento hecho en esta investigación sobre la obligatoriedad profesional del cirujano-dentista en informar al paciente sobre su condición de salud, en caso de estar infectado por el VIH o VHB, fue representativo en poco más de la mitad de los participantes del estudio, con valores porcentuales significativos en los alumnos de los primeros periodos, al referirse a Hepatitis B. Sin embargo, esa conducta de revelar su condición sistémica e inmunológica no es obligatoria por el cirujano-dentista, pues este tiene el derecho de resguardar esas informaciones, como está previsto por el código de ética odontológica (14).

Los profesionales de salud infectados, aun aquellos que actúan en procedimientos más invasivos, presentan riesgos muy bajos e incapaces de transmitir el virus a paciente durante la intervención clínica. Además de eso, medidas represoras que anulan el derecho del profesional a ejercer su actividad a causa de su condición sistémica, no es la mejor forma de prevenir la diseminación de la enfermedad. El control de la contaminación e infección por el VIH está relacionado con la adhesión al protocolo de bioseguridad, en atención al manipular perforocortantes para evitar eventuales accidentes ocupacionales (32, 33). Sin embargo, se debe considerar cada caso aisladamente, ya que el acompañamiento por parte de un equipo médico multidisciplinario es fundamental para el mantenimiento de la salud del infectado, a fin de evaluar y reevaluar las condiciones físicas y psicológicas aptas para el trabajo (34).

Uno de los principales puntos de gran expresividad encontrados en este estudio fue el rechazo de considerable parte de los alumnos a ser atendido por un cirujano-dentista infectado por el VIH o VHB. A pesar de que se evidenció estadísticamente que el comportamiento de los alumnos del mayor periodo académico está acorde con una actitud menos prejuiciosa, fue observado también que este tuvo el menor índice de conocimiento sobre la enfermedad. Esta constatación confirma la importancia de rescatar la discusión de ese tema en los últimos años de graduación, a fin de consolidar el entendimiento de la problemática, que consecuentemente se reflejará en las conductas. Por lo tanto, el análisis unidimensional de una actitud puede ocasionar una interpretación equivocada o prejuiciada, pues, lo que sería una conducta sin discriminación y libre de prejuicios puede ser un acto de impericia y negligencia de opinión.

Pagliari et al. confirman esa hipótesis al afirmar la relevancia de la difusión del conocimiento sobre el VIH en el medio académico, ya que se evidenció que casi la mitad de los docentes de un curso de odontología no informaron a nadie, en caso de tener HVB o SIDA, por miedo del prejuicio de sus pacientes, de los compañeros de trabajo y de la sociedad (35). Otro dato relevante observado fue que, aun siendo profesionales informados y capacitados sobre cuestiones que involucran la salud, considerable parte de los docentes dijeron que

no aceptarían ser tratado por un cirujano-dentista VIH positivo. Siendo así, la discusión y el debate sobre la importancia de la atención odontológica a los grupos minoritarios deben ser enfatizados, principalmente en el periodo final de la carrera, pues es ahí en donde la construcción del conocimiento se refleja en el comportamiento y en actitud de los futuros profesionales.

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas con el tipo de investigación que se realizó. Por tratarse de un estudio epidemiológico de tipo transversal es imposible deducir la causalidad de los resultados encontrados, como la forma de selección y el tipo de muestra empleada. Además, por utilizar como instrumento de la investigación una encuesta autoadministrada, cuestiones relacionadas con la cultura, estilo de vida del individuo y entendimiento de las cuestiones abordadas pueden ser factores de confusión y sesgo muestral (36).

Se evidenció en este estudio que existen lagunas en cuanto al conocimiento de los alumnos de odontología sobre el tema SIDA y Hepatitis B. Por ello, las diferencias estadísticas encontradas entre los periodos académicos y esas variables determinan la importancia de retomar la problematización de estas cuestiones en los últimos años de la graduación, principalmente en relación con la Hepatitis B.

Las actitudes de los alumnos, frente a la atención odontológica de pacientes infectados por el VIH y VHB, fueron consideradas discriminatorias, principalmente de parte de los académicos recién ingresados en la universidad. En relación con el recelo, quedó evidenciado que hubo una mayor expresividad en la incomodidad en ser atendido por un profesional infectado, en lugar de atender un paciente enfermo.

La discriminación y el prejuicio estuvieron presentes en gran parte de las actitudes de los alumnos, principalmente por el estigma que fue creado hacia el VIH/SIDA, pues a pesar de que el riesgo de infección y contaminación por el VHB es mayor, el miedo y recelo por el virus de inmunodeficiencia humana todavía es visible y predominante en las conductas.

Referencias

1. Bhugra D. Social discrimination and social justice. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(4):336-41.
2. Godoi AMM, Garrafa V. Bioethics reading of the principle of non-discrimination and non-stigmatization. *Saúde Soc*. 2014;23(1):157-66. doi: [10.1590/S0104-12902014000100012](https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100012)
3. Unesco. Universal Draft Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris, (2005 jun 24).
4. Bran L, Palacios L, Posada IC, Bermúdez V. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Rev Cienc Salud*. 2017;15(1):59-70. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>
5. Baumgarten A, Peron TB, Bastos JL, Toassi RFC, Hilgert JB, Hugo FN, et al. Experiences of health service-related discrimination: Exploratory analysis in two Southern Brazilian State capitals. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015;24(3):353-62. doi: [10.5123/S1679-49742015000300002](https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300002)

6. Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLV, Sousa JB, Santos NJS. AIDS, stigma and unemployment: implications for health services. *Rev. Saúde Pública.* 2007;41(Suppl 2):72-9.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo: série estudos pesquisas e avaliação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
8. Jeanty Y, Cardenas G, Fox JE, Pereyra M, Diaz C, Bednarsh H, et al. Correlates of Unmet Dental Care Need Among HIV-Positive People Since Being Diagnosed with HIV. *Public Health Rep* 2012;127(Suppl 2):17-24.
9. Dantas MS, Abrão FMS, Freitas CMSM, Oliveira DC. Representaciones sociales de VIH/SIDA por personal de salud en servicios de referencia. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(4):94-100.
10. Nasir EF, Åstrøm NA, David J, Ali RW. HIV and AIDS related knowledge, sources of information, and reported need for further education among dental students in Sudan- a cross sectional study. *BMC Public Health* 2008;14(8):286. doi: [10.1186/1471-2458-8-286](https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-286)
11. Hu SW, Lai HR, Liao PH. Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward Hepatitis B virus, hepatitis C virus, and HIV-infected patients in Taiwan. *AIDS Patient Care STDS* 2004;18(10):587-93.
12. Rohn EJ, Sankar A, Hoelscher DC, Luborsky M, Parise MH. How Do Social-Psychological Concerns Impede the Delivery of Care to People with HIV? Issues for Dental Education. *J Dent Educ* 2006;70(10):1038-42.
13. Principles of ethics and code of professional conduct. Chicago: American Dental Association; 2016.
14. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica Brasil: Conselho Federal de Odontologia-CFO-118; 2012.
15. Farias N, Souza I, Coelho DM, Oliveira UB, Binell CA. Co-infection of Hepatitis B or C and human immunodeficiency virus: an exploratory study in the State of São Paulo, Brazil, 2007 to 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012;21(3):475-86.
16. Lee C, Fan Y, Starr JR, Dogon IL. Dentists' and dental students' attitudes, knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV/AIDS in China. *J Public Health Dent.* 2016; doi: [10.1111/jphd.12168](https://doi.org/10.1111/jphd.12168)
17. Ellepola ANB, Joseph BK, Sundaram DB, Sharma PN. Knowledge and attitudes towards HIV/AIDS amongst Kuwait university dental students. *Eur J Dent Educ.* 2011;15:165-71. doi:[10.1111/j.1600-0579.2010.00652.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2010.00652.x)
18. Hamid Albujeer AN, Shamshiri AR, Taher A. HIV/AIDS awareness among Iraqi medical and dental students. *J Int Soc Prev Community Dent* 2015;5(5):372-6. doi: [10.4103/2231-0762.164788](https://doi.org/10.4103/2231-0762.164788)
19. Kumar S, Basak D, Kumar A, Dasar P, Mishra P, Kumar A, et al. Occupational Hepatitis B Exposure: A Peek into Indian Dental Students' Knowledge, Opinion, and Preventive Practices. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases* 2015;2015:190174. doi: <http://doi.org/10.1155/2015/190174>
20. Alavian MS, Mahboobi N, Mahboobi N, Savadrudbari MM, Azar PS, Daneshvar S. Iranian Dental Students' Knowledge of Hepatitis B Virus Infection and Its Control Practices. *J Dent Educ* 2011;75(12):1627-34.
21. Rafique I, Saqib MA, Siddiqui S, Munir MA, Qureshi H, Javed N, et al. Experiences of stigma among hepatitis B and C patients in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan. *East Mediterr Health J* 2015;20(12):796-803.

22. Ekstrand ML, Bharat S, Ramakrishna J, Heylen E. Blame, symbolic stigma and HIV misconceptions are associated with support for coercive measures in urban India. *AIDS Behav* 2012;16(3):700-10. doi: [10.1007/s10461-011-9888-z](https://doi.org/10.1007/s10461-011-9888-z)
23. Pinelli C, Garcia PPNS, Campos JADB, Dotta EAV, Rabello AP. Biosecurity and dentistry: beliefs and attitudes among dental students regarding infection control. *Saude Soc* 2011; 20(2):448-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200016>
24. Gonçalves PE, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA. Análisis cualitativo del contenido de la disciplina de bioética en las facultades de odontología brasileñas. *Acta Bioethica* 2010;16(1):70-6.
25. Hamershock RA, Rajabiun S, Fox JE, Mofidi M, Abel SN, York JA, et al. Dental students' HIV/AIDS-related knowledge, attitudes, and intentions: impact of the U.S. Health Resources and Services Administration's community-based dental partnership program. *J Dent Educ* 2014;78(8):1106-17.
26. Vasconcelos MMVB, Pinheiro JT, Caldas Junior AF, Barbosa ACS, Silva APS, Silva ELMS. The community experiences during the tour of teaching in UFPE College of Dentistry - an extramural experience. *Revista da ABENO* 2016;16(2):45-53.
27. Khalil H. Willingness of Saudi dental professionals to treat Hepatitis b virus-infected patients. *Niger J Clin Pract* 2015;18(2):247-50. doi: [10.4103/1119-3077.151053](https://doi.org/10.4103/1119-3077.151053)
28. Natto ZS, Aladmawy M, Rogers TC. Comfort Levels Among Predoctoral Dental and Dental Hygiene Students in Treating Patients at High-Risk for HIV/AIDS. *J Dent Hyg* 2015;89(3):162-9.
29. Tamayo-Zuluaga B, Macías-Gil Y, Cabrera-Orrego R, Henao-Pelaéz JN, Cardona-Arias JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(1):9-23. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01](https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01)
30. Major N, McQuistan MR, Qian F. Changes in Dental Students' Attitudes About Treating Underserved Populations: A Longitudinal Study. *J Dent Educ* 2016;80(5):517-25.
31. Brailo V, Pelivan I, Škaricić J, Vuletić M, Dulčić N, Cerjan-Letica G. Treating patients with HIV and Hepatitis b and C infections: Croatian dental students' knowledge, attitudes, and risk perceptions. *J Dent Educ* 2011;75(8):1115-26.
32. Greco DB, Neves MC. O profissional de saúde infectado pelo HIV- Direitos e Deveres. *Rev Bioét* 1993;1(1):39-47.
33. Tuboku-Metzger J, Chiarello L, Sinkowitz-Cochran RL, Casano-Dickerson A, Cardo D. Public attitudes and opinions toward physicians and dentists infected with bloodborne viruses: results of a national survey. *Am J Infect Control* 2005;33(5):299-303.
34. Alves EGR, Ramos DLP. Bioethical and psychological reflections regarding HIV-AIDS-positive health professionals. *Rev. Bioét* 2004;12(1):75-86.
35. Pagliari AV, Garbin CA, Garbin AJ. HIV attitudes and practices among professors in a Brazilian dental school. *J Dent Educ* 2004;68(12):1278-85.
36. Mesa NF, Díaz-Narváez VP. Actitud empática en estudiantes de odontología de la Corporación Universitaria Rafael Núñez en la ciudad de Cartagena. *Rev Cienc Salud* 2018;16(1):129-43. doi: [10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6495](https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6495)