

¿ Puede el Personal Clínico Ayudar en la Prevención del SIDA?



¿ Están los pacientes dispuestos a hablar sobre el VIH?

Si. Los pacientes quieren oír hablar sobre el tema del SIDA por parte de sus doctores. La mayor parte de los adultos creen que los médicos son fuentes creíbles de información en lo que al SIDA se refiere. Los adolescentes también prefieren escuchar lo referente a los riesgos del SIDA por parte de sus doctores.⁽¹⁾

Es más, en una encuesta entre adultos llevada a cabo a nivel nacional, solamente el 15% había hablado sobre los riesgos del VIH con sus doctores en los cinco años anteriores, a pesar de que el 94% había sido atendido por un doctor durante ese tiempo. Casi tres cuartos (72%) de las pláticas que se llevaron a cabo fue por insistencia del paciente.⁽²⁾

El personal clínico ha incorporado muchos aspectos importantes sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud en la práctica diaria. En un estudio hecho por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reportó que la gran mayoría del personal clínico "usualmente" o "siempre" preguntaban a sus pacientes adultos sobre el uso del cigarrillo (94%) el uso del alcohol (84%). En áreas más directamente relacionadas con los riesgos del VIH los médicos se mostraban más renuentes al hablar del tema. Mucho menor es la cantidad de aquellos que preguntaban sobre el uso ilegal de las drogas (49%), el uso del condón (31%), número de parejas sexuales (22%) u orientación sexual (27%).⁽³⁾ Los médicos están perdiendo muchas oportunidades de asesorar al paciente en el momento que la cita se lleva a cabo.

¿ Que puede hacer el personal clínico?

Los doctores atienden al 78% de los adultos cada año (sin incluir a la población en instituciones).⁽⁴⁾ Las visitas médicas u otros encuentros que se dan cita con el sistema de salud son "momentos de aprendizaje"- oportunidades para discutir los riesgos a los que se enfrentan con respecto a la sexualidad y las drogas de una manera relevante en la vida del individuo.

No es necesario educar en la prevención del SIDA con el mismo patrón a todos y cada uno de los pacientes, ya que los riesgos no son los mismos para todos. Para los que practican el cuidado primario la meta principal sería estudiar cuales pacientes tienen un alto riesgo y enfocar los esfuerzos de prevención en ellos. La evaluación individualizada de riesgos es señal de una buena práctica en el área de prevención. "Los doctores que proveen el mismo consejo para todos y cada uno de sus pacientes no estaría sirviendo bien a ninguno".⁽⁵⁾

La promoción nacional de salud y el plan de prevención de enfermedades del gobierno federal "Healthy People 2,000", incluye las siguientes metas: el de elevar la proporción de personas con VIH que se han sometido al examen a un 80% y el de elevar la cantidad de proveedores a cargo del cuidado primario y de la salud mental que asesoran a edades apropiadas sobre prevención y otras enfermedades sexualmente transmitidas a un 75%.⁽⁶⁾

¿ Cuales son los obstáculos para hablar sobre los riesgos del VIH?

Las barreras que impiden una mayor participación por parte del personal clínico pueden agruparse bajo unos pocos títulos, cada uno de estos necesita ser estudiado: conceptos muy limitados sobre el cuidado médico; la incomodidad por parte del personal clínico al hablar sobre el tema de la sexualidad, el uso de las drogas y las actitudes con respecto al VIH/SIDA; restricciones de tiempo y de recursos; y la falta de claridad en los mensajes preventivos.^(7,8,9,10)

Algunos doctores pueden estar careciendo de los conocimientos o de la habilidad para tratar el tema de los riesgos del VIH; muchos de los ahora practican la medicina fueron entrenados antes de ser descubierta la enfermedad.⁽¹¹⁾ La habilidad de integrar el tema del VIH en la práctica diaria requiere del conocimiento sustancial sobre la epidemiología del VIH y sobre los riesgos de contagio.

¿ Por que el personal clínico rehusa hablar sobre los riesgos del VIH?

La prevención del VIH requiere de la habilidad de hablar sobre la sexualidad y las drogas en forma imparcial, algo que puede ser muy difícil.(12) Una mayor educación y mas oportunidades de entrenamiento tanto a los que están por graduarse como a los que continúan su educación médica pueden ayudar a poner al día al personal clínico en lo que a asesoramiento de riesgos respecta.(13) Esta clase de entrenamientos puede ir mas allá de lo didáctico y enfocarse en la habilidad práctica necesaria tanto para evaluar los riesgos como para aconsejar a los pacientes y hacer las referencias a los diferentes centros. Una forma innovadora para ayudar a desarrollar este tipo de habilidades incluye hacer el papel de paciente en las clínicas y de esta manera poder darle a saber a las clínicas como están desempeñando su papel.

El personal clínico necesita ponerse al tanto sobre los datos epidemiológicos mas recientes en cuanto a riesgos de transmisión, incluyendo los aspectos en los que la evidencia no es el punto claro, como por ejemplo los riesgos de tener sexo oral sin condón entre hombres gay y la transmisión del VIH entre mujeres. La falta de claridad con respecto al contenido apropiado en los mensajes de prevención son parte del reto que enfrenta el personal clínico. La incertidumbre en esta área puede ser la ocasión adecuada para discutir los valores del paciente y tambien sobre lo que este entiende de los riesgos y cuanto riesgo está dispuesto a asumir.

¿ Que clase de apoyo necesita?

La falta de tiempo es una enorme barrera para el personal clínico a cargo del cuidado primario, los que, cuando no están brindando cuidados de salud específicos tienen todo un arsenal de asuntos concernientes a la prevención de enfermedades, temas como el de la depresión, el cese del uso del cigarrillo, el alcohol y el uso de las drogas, las dietas y el colesterol, los ejercicios, y hasta el uso del cinturón de seguridad, temas que deben tratar a la hora de la cita.(14) En años recientes las personas a cargo del cuidado primario se han visto obligadas a tratar temas con mas amplias ramificaciones sociales, como es el de la violencia doméstica. Es de esperarse que el personal clínico se oponga al pedirle que agregue un tema tan delicado especialmente cuando se está trabajando bajo restricciones de costo.

Las estructuras administrativas pueden ser construidas para estimular y premiar a aquellas instituciones que prestan mayor atención al tema de los riesgos del VIH en la práctica clínica. Este tipo de sistema ha probado ser muy util en otros esfuerzos de promoción de salud. Típicamente estos esfuerzos incluyen notas recordatorias, citas de seguimiento, asesoramiento por via telefónica, etiquetar en forma distintiva el expediente del paciente y otras formas que ayuden a los proveedores del cuidado médico a que el paciente logre las metas de cambios en la conducta. El establecimiento de este tipo de sistemas ha demostrado un incremento significativo en la participación de los doctores en las campañas del cese del uso del cigarrillo.(15)

Los sistemas administrativos deberán ser creados de tal manera que ayuden a desarrollar una dependencia mas amplia que incluya a enfermeros(as), asistentes de doctores(as), educadores de salud comunitarios, y al personal de recepción. Debería de hacerse un mayor uso de los videos, folletos, cuestionarios y de otro tipo de material escrito para poder enseñar a los pacientes sobre los riesgos para poder sacar material que hable sobre los riesgos.

¿ Será suficiente acrecentar la participación del personal clínico?

Acrecentar la participación del personal clínico es solamente uno de los aspectos de las amplias normas de prevención. Una extensa estrategia de prevención del VIH utiliza múltiples elementos para proteger a la mayor cantidad de personas posible de contraer la infección del VIH. La prevención del VIH no es algo que se efectúa de un solo golpe. Estos incluyen a doctores, enfermeras, educadores de salud y demás personas al cuidado de la salud a quienes las personas acuden para consultar sobre como mantenerse sano.

¿ Quien lo Dice?

1. Manning DT, Balson PM. Teenagers' beliefs about AIDS education and physicians perceptions about them. Journal of Family Practice. 1989;29:173-177.
2. Gerbert B, Maguire BT, Coates TJ. Are patients talking to physicians about AIDS? American Journal of Public Health. 1990;80:467-468.
3. CDC. HIV prevention practices of primary-care physicians-United States, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1994;42:988-992.

4. Adams, PJ, Bettson V. Current estimates for the National Health Interview Survey, 1990. *Vital Health Statistics*. 1991;10:1-212.
5. Hearst N. AIDS risk assessment in primary care. *Journal of the American Board of Family Practice*. 1994;7:44-48.
6. Public Health Service. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, DC: US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service;1993.
7. Rabin DL, Boekeloo BO, Marx ES, et al. Improving office-based physicians' prevention practices for sexually transmitted diseases. *Annals of Internal Medicine*. 1994;121:513-519.
8. Makadon HJ, Silin J. HIV prevention in primary care: current practices, future possibilities. (submitted)
9. Ferguson KJ, Stapleton JT, Helms CM. Physicians' effectiveness in assessing risk for human immunodeficiency virus infection. *Archives of Internal Medicine*. 1991;151:561-564.
10. Lewis CE, Freeman HE. The sexual history taking and counseling practices of primary care physicians. *Western Journal of Medicine*. 1987;147:165-167.
11. Gemson DH, Colombotos J, Elinson J, et al. Acquired immunodeficiency syndrome prevention: knowledge, attitudes, and practices of primary care physicians. *Archives of Internal Medicine*. 1991;151:1102-1108.
12. Lewis CE. Sexual practices: are physicians addressing the issues? *Journal of General Internal Medicine*. 1990;5:S78-S81.
13. VollmerS, Wells K, Blacker KH, et al. Improving the preparation of preclinical students for taking sexual histories. *Academic Medicine*. 1989;8:474-479.
14. Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI. Making "time" for preventive services. *Mayo Clinic Proceedings*. 1993;68:785-791.
15. Kottke TE, Battista RN, DeFriese GH, et al. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *Journal of the American Medical Association*. 1988;259:2882-2884.

Preparado por Harvey Makadon y Jeff Stryker Traducción Romy Benard-Rodríguez

Alentamos la reproducción de este documento; aunque, no se admite la venta de copias y UCSF deberá ser mencionada como fuente de esta información. Para obtener copias, llame por favor al Kaiser Family Foundation Publication Request Line al 800/656-4533, al National AIDS Clearinghouse al 800/458-5231. Estas hojas informativas están disponibles en inglés. Cualquier comentario o pregunta acerca de esta hoja informativa puede ser electrónicamente dirigido al FactsSheetM@psg.ucsf.edu. ©Abril 1996, University of California.

BACK [Para ir al índice de Hojas Informativas](#)

HOME [Para ir al índice del Centro de Estudios para la Prevención del SIDA \(CAPS\)](#)