

Educación del personal de salud de México sobre el SIDA

*María de Lourdes García García,¹ José Luis Valdespino Gómez,¹
Manuel Palacios Martínez,¹ José Antonio Izazola²
y Jaime Sepúlveda Amor³*

Se describe la situación epidemiológica del SIDA en relación con el personal de salud de México. De los 12 151 casos notificados en adultos hasta 1993, 2,9% correspondieron a estos profesionales. Se han documentado dos casos por transmisión ocupacional. Las encuestas de seroprevalencia han mostrado una frecuencia de infección menor de 0,1%. Sin embargo, la frecuencia de marcadores del virus de la hepatitis B (11,8% de portadores de anticuerpos anti-HBs y 2% anti-HBsAg) señala que los mecanismos de transmisión de ambos virus están presentes. Las encuestas de los trabajadores de salud sobre conocimientos y actitudes sobre el SIDA indican que estas personas comparten muchos mitos sobre la enfermedad y estigmatizan a los afectados. Las campañas informativas han mejorado el nivel de conocimientos, pero no han modificado notablemente las actitudes. La estrategia más útil para modificar actitudes ha resultado ser la realización de talleres. Se describen algunas estrategias útiles para modificar actitudes negativas del personal de salud. Al estimar la frecuencia de adopción de medidas de bioseguridad, se ha observado que se adoptan de manera poco sistemática. Los estudios epidemiológicos han confirmado la asociación entre el tiempo de exposición ocupacional y la presencia de marcadores del virus de hepatitis B. Muchas personas rechazan la adopción de ciertas medidas como la vacunación contra la hepatitis B. Por último, se analizan las necesidades de capacitación continua y abastecimiento de suministros para aumentar la adopción de medidas de bioseguridad.

El personal de salud constituye una audiencia importante de las actividades educativas dirigidas a controlar la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los objetivos de la educación de este personal tiene dos vertientes. La primera es mejorar sus conocimientos y actitudes para reforzar su papel como educadores de la salud, consejeros y clínicos. Se han realizado

numerosos estudios para investigar el nivel de conocimientos y las actitudes del personal de salud y de las personas infectadas sobre la epidemia del SIDA. Una recopilación de estos estudios reveló que los profesionales de la salud temen tratar a los pacientes y que es necesario reforzar sus niveles cognitivos y actitudinales (1). En Río de Janeiro, se encuestó a 80 trabajadores de la salud (2). Los resultados de la encuesta indicaron que, si bien el nivel de conocimientos era adecuado, 11,8% tenían actitudes de rechazo hacia los grupos afectados y solamente 57,7% daban consejos de forma rutinaria. La segunda vertiente hace referencia a las medidas de protección que adopta el trabajador de la salud para prevenir

¹ Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dirección postal: Prol. Carpio 470, Col. Sto. Tomás, Deleg. Miguel Hidalgo, 11340 México, DF, México.

² Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA, México.

³ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, México.

la infección. En diferentes estudios se ha observado que, aunque existe una percepción del riesgo ocupacional, la adopción de medidas de bioseguridad es incongruente (3-5). Orrett y Prabhakar (6) observaron en 509 trabajadores de la salud encuestados en Jamaica que, si bien sabían manejar instrumentos punzantes, tenían mitos sobre la necesidad de aislar a los pacientes. Por consiguiente, la educación del personal de salud destinada a influir sobre sus conocimientos, actitudes y la adopción de medidas de bioseguridad es una de las actividades prioritarias de los programas de prevención y control de esta epidemia.

En México, la Secretaría de Salud ha realizado diversas actividades educativas dirigidas al personal de salud. Inicialmente, se planteó una estrategia de comunicación educativa a través de medios de comunicación de masas y directos dirigida a toda la población, incluidos los trabajadores de la salud. Esta campaña se evaluó antes y después de su realización mediante una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Sobre la base de los resultados se recomendó modificarla y añadir nuevas estrategias (7).

El avance de la medicina ha proporcionado más información sobre las medidas de bioseguridad que ha de adoptar el personal de salud para prevenir infecciones. Esta información se ha ido integrando en los materiales educativos.

Este trabajo pretende proporcionar una visión general de las experiencias obtenidas en México en el campo de la educación sobre el SIDA del personal de salud. Se describen las estrategias empleadas y su evaluación. Asimismo, se analizan los problemas que se han detectado y las alternativas de solución propuestas.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA EN EL PERSONAL DE SALUD DE MÉXICO

Según el Registro Nacional de Casos de SIDA, hasta marzo de 1993 se habían notificado 11 250 casos de SIDA en adultos de los que se cuenta con información ocupacional en México (8). El análisis de estos casos señala

que 335 (2,9%) son trabajadores de la salud. Solo en dos casos se ha podido demostrar la exposición ocupacional. En 45 (13,4%) no se ha identificado el factor de riesgo. El mecanismo de transmisión, en ausencia de otros factores de riesgo como relaciones homosexuales o recepción de transfusiones, podría ser ocupacional y, por lo tanto, la magnitud del problema sería mayor. Sin embargo, la proporción de trabajadores de la salud en los que se desconoce el factor de riesgo es similar a la del resto de los casos de SIDA (13,4% en trabajadores de la salud y 14,4% en el resto de los casos). Ello podría significar que no existe un exceso de casos atribuible a transmisión ocupacional entre los trabajadores de la salud.

En 1990, la Secretaría de Salud realizó de manera voluntaria y confidencial pruebas diagnósticas de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis B (VHB) en varios hospitales de concentración de la ciudad de México en los que rutinariamente se brinda atención a pacientes infectados por VIH (9). En el estudio participaron 2 220 trabajadores. La prevalencia de anticuerpos anti-VIH fue baja (0,1% en hombres). Los trabajadores infectados tenían otros factores de riesgo de infección además del ocupacional. Sin embargo, la prevalencia de marcadores del VHB en este mismo grupo fue considerable: la proporción de personas con anticuerpos anti-HBs fue 11,6% y la de anti-HBsAg, 2% (9). Dado que el personal de salud está expuesto a la sangre y los fluidos corporales contaminados por VHB y VIH, la presencia de marcadores de la infección por VHB indica la existencia de mecanismos de transmisión de ambos virus y del riesgo de exposición ocupacional a VIH, aunque la frecuencia de transmisión de este último por esa vía es baja.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL SIDA DEL PERSONAL DE SALUD E IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

El papel del personal de salud como educadores y consejeros determina en mu-

chas ocasiones el éxito de las medidas de salud pública. Sin embargo, en ocasiones este personal no se encuentra capacitado para llevar a cabo dichas actividades. En 1987, la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Prevención del SIDA diseñaron una estrategia de comunicación educativa a través de los medios de comunicación de masas y directos, con el objetivo principal de brindar a la población general, incluidos los trabajadores de la salud, información actualizada y adecuada del SIDA y de las medidas preventivas aplicables. Esta campaña se planteó en tres fases. El propósito de la primera fue sensibilizar a la población, es decir, lograr que los diferentes grupos tuvieran conciencia del problema. En la segunda se buscó crear actitudes de interés y de búsqueda de información. La tercera estuvo dirigida a las personas con comportamientos de alto riesgo y en ella se intentó inducir conductas más específicas, como la búsqueda de asesoramiento y la realización de pruebas de detección del virus. En las dos primeras fases se utilizaron los medios de comunicación de masas, y en la tercera, audiovisuales, folletos, carteles, artículos de promoción, conferencias, mesas redondas y foros.

En 1987 y 1988, la Secretaría de Salud realizó una encuesta de conocimientos y actitudes sobre el SIDA¹, financiada por la propia Secretaría de Salud y el Population Council (7), con el fin de evaluar el impacto de la estrategia educativa para la prevención del SIDA. Se encuestaron 1 902 médicos y enfermeras seleccionados al azar que trabajaban en áreas asistenciales de hospitales institucionales de seis ciudades del país, tres grandes metrópolis, dos ciudades turísticas y una fronteriza. Se administró un cuestionario estructurado para obtener datos sociodemográficos, opiniones en cuanto a los problemas de salud, conocimientos y actitudes sobre el SIDA y sus medidas preventivas, relaciones sexuales, conocimientos, actitudes, uso de condón, demanda de asesoramiento, detección, uso de medios de comunicación, y opinión de los mensajes recibidos. La encuesta se realizó en dos momentos y sobre la base de un diseño pre y postintervención. El

inicial tuvo el propósito de establecer el nivel basal de conocimientos y actitudes previo a la campaña intensiva de información. Durante los meses siguientes se realizaron cursos y talleres, y se distribuyó material informativo. La campaña se llevó a cabo a través de los medios de comunicación de masas. Integrantes del personal especializado de la Secretaría de Salud, compuesto por médicos, epidemiólogos, psicólogos y químicos, impartieron aproximadamente un centenar de cursos en ciudades de los principales estados del país, incluidas las seis ciudades seleccionadas. El programa de los cursos incluyó aspectos epidemiológicos, virológicos, clínicos, diagnósticos, de laboratorio y de asesoramiento sobre el SIDA. Los cursos tuvieron una duración de 21 horas. Como material de apoyo se utilizó un diaporama, un manual y trípticos que ampliaban el contenido de los cursos.

Ocho meses después se volvió a entrevistar a los participantes. En ambas encuestas más de 95% de los encuestados identificaron correctamente la transmisión sexual, sanguínea y perinatal del virus y las medidas preventivas. En la segunda encuesta estos indicadores mejoraron. Sin embargo, en ambas encuestas se observó que muchas actitudes y creencias están arraigadas en mitos. El 24% de la población estudiada en la encuesta inicial y 34% en la segunda encuesta opinaron que el SIDA era un tipo de cáncer; 23% y 15% en la primera y segunda encuestas, respectivamente, atribuyeron la transmisión del virus al contacto casual y 46% y 36% en la primera y segunda encuestas lo identificaron como una enfermedad de los homosexuales. Los resultados relacionados con actitudes revelaron un rechazo hacia el paciente infectado o las personas con comportamientos de riesgo. Las actitudes negativas frente a la homosexualidad masculina y la prostitución fueron frecuentes, particularmente en la segunda encuesta. El 51% en 1987 y 61% en 1988 calificaron a la homosexualidad masculina como aberración sexual y 23% en 1987 y 52% en 1988 a la prostitución como socialmente condenable (cuadro 1). Solo en la segunda encuesta se investigaron las actitudes hacia los pacientes. El 75% de la pobla-

CUADRO 1. Encuesta de conocimientos y actitudes sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en personal de salud. México 1987, 1988

Apartado de la encuesta	Septiembre, 1987		Mayo, 1988		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimientos						
Relación sexual	957	95	886	99	1 843	97
Transfusión de sangre	990	98	888	99	1 878	99
Perinatal	900	90	842	94	1 742	92
Padecimiento prevenible	743	74	846	94	1 589	84
Mitos						
Es un tipo de cáncer	237	24	307	34	544	29
Se transmite por contacto casual	232	23	135	15	367	19
Es una enfermedad de homosexuales	460	46	324	36	784	41
Actitudes						
La homosexualidad masculina es una aberración sexual	513	51	546	61	1 059	56
La prostitución es socialmente condenable	231	23	466	52	697	37
Total	1 006	100	896	100	1 902	100

ción estudiada tenía miedo a infectarse, 51% prefería referir a otro médico la atención de un paciente infectado y 8% manifestó que se negaría francamente a hacerse cargo de un paciente infectado (II).

Los resultados de la encuesta mostraron que el impacto de la campaña de información recayó en los aspectos cognitivos. Por ello, el nivel de conocimientos mejoró y las creencias basadas en mitos disminuyeron. Sin embargo, no fue efectiva para modificar las actitudes, muchas de ellas profundamente arraigadas en la personalidad de los individuos. Por lo tanto, las campañas educativas deben diseñarse mediante estrategias que influyan en las áreas sociales y psicológicas y no solo en los aspectos cognitivos.

A partir de estos resultados se han ensayado estrategias diferentes. La modificación de las actitudes hacia las personas con comportamientos de riesgo se ha basado en la realización de talleres dirigidos a las que prestan atención a pacientes infectados. En estos talleres, realizados entre 1990 y 1993, participaron aproximadamente 100 personas. Los responsables de su conducción fueron psicólogos, sexólogos y especialistas en educación de la salud. El contenido educativo se centró en los siguientes apartados: aspectos básicos de la infección por VIH y del SIDA (epidemiología, características del VIH,

mecanismos de transmisión, manifestaciones clínicas, detección de la infección por VIH y diagnóstico del SIDA, vacunas y tratamientos, medidas preventivas); asesoramiento sobre la infección e intervención en momentos de crisis; sexualidad, y precauciones que debe tomar el personal de salud. También se prestó atención a las actitudes hacia grupos con preferencias o comportamientos sexuales diferentes a los de los participantes. Los métodos empleados incluyeron técnicas de dinámica de grupos, particularmente escenificación de situaciones y sociodramas. La duración de los talleres varió con las necesidades y la disponibilidad de tiempo de los participantes. Aunque originalmente fueron diseñados para 12 horas, los contenidos se pudieron analizar en 6, reduciendo la extensión de algunos ejercicios. La evaluación fue complicada, ya que los cuestionarios administrados a los participantes antes y después de la realización del taller no implicaban necesariamente cambios de actitudes. Por ello, y de manera complementaria, se realizaron las siguientes actividades evaluativas: evaluación de la adherencia de los pacientes que reciben atención de los participantes en los talleres a los servicios de detección y atención (que alcanzó 95%); seguimiento del personal participante mediante reuniones semanales o quincenales, donde se intentó motivarlos y resolver dudas

que surgen en sus ocupaciones diarias; y entrevistas estructuradas de la población que demanda atención (incluye muchachos de la calle, hombres homo y bisexuales, prostitutas, etc.) para obtener información sobre la calidad de los servicios. La mayoría refirió que la calidad de la atención prestada por el personal que participó en los talleres fue mejor que la de los que no participaron (98 y 60%, respectivamente). No obstante, la realización de talleres presenta dos desventajas: no pueden organizarse a gran escala y son costosos.

ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y ESTRATEGIAS PARA EXTENDER SU UTILIZACIÓN

Aunque el riesgo de infección por VIH mediante transmisión ocupacional es bajo, es necesario adoptar medidas de bioseguridad para prevenirlo (12). El desconocimiento de estas medidas o su exageración por parte del personal de salud aumenta el riesgo de transmisión y deteriora la calidad de la atención.

En 1990, la Secretaría de Salud realizó un estudio en dos hospitales de la ciudad de México con objeto de conocer el nivel de utilización de medidas de bioseguridad por el personal que regularmente se hace cargo de este tipo de pacientes (10). Se investigaron marcadores de infección del VIH y del VHB a fin de averiguar si la adopción de estas medidas se asociaba con la seroprevalencia detectada. En 1 265 personas estudiadas se encontró que la proporción de personas que adoptaron medidas de bioseguridad fue muy baja. Por ejemplo, solo 55% refirió depositar de manera rutinaria las agujas utilizadas en recipientes rígidos; 34%, utilizar guantes cuando realizaban procedimientos invasivos; y 57%, reencapuchar las agujas. Esto ocurrió a pesar de que existía una percepción de riesgo considerable. El 31% de la población encuestada se consideró en riesgo de adquirir la infección por VIH y 32%, que se encontraba en riesgo de infectarse por VHB.

La seropositividad a los marcadores del VHB no se asoció con la adopción de las recomendaciones, debido probablemente a que

no se siguen de manera regular. Sin embargo, se encontró que a mayor tiempo de estancia en el hospital, la prevalencia de anticuerpos anti-HB era más alta, lo cual indica que se trata de una exposición ocupacional (figura 1).

En vista de estos hallazgos, se editó un manual de medidas preventivas de la infección por VIH y del SIDA con objeto de difundir la utilización de medidas de bioseguridad en el ámbito hospitalario (13). Hasta la fecha se han distribuido 10 000 ejemplares a las diferentes instituciones del sector de la salud. La respuesta frente a la distribución de material informativo sobre bioseguridad ha sido muy adecuada y ha puesto de manifiesto las necesidades de suministros que tienen los hospitales, como la dotación continua de agujas y jeringas desechables y de otros materiales como guantes, botas, anteojos y caretas. Asimismo, se ha destacado la necesidad de realizar campañas de educación permanente del personal de salud que refuercen la adopción de medidas de bioseguridad.

Un ejemplo de las dificultades que surgen frente a este tipo de intervenciones lo ilustran los resultados obtenidos en un estudio piloto sobre vacunación del personal de salud contra la hepatitis B (14).

En México no se ha establecido la vacunación rutinaria del personal de salud contra la hepatitis B. Una de las razones es el rechazo del propio personal a la vacunación. Con el fin de evaluar los problemas a los que

FIGURA 1. Prevalencia de anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B según la duración de la estancia hospitalaria. México, 1987, 1988

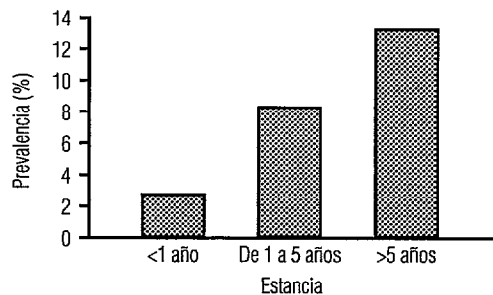
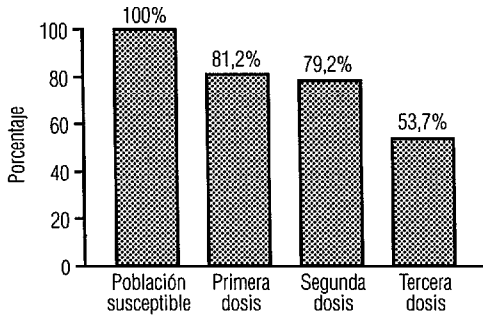


FIGURA 2. Porcentajes de médicos residentes que aceptaron la vacuna contra la hepatitis B. México, 1987, 1988



se enfrentaría un programa de vacunación a gran escala dirigido al personal de salud, se diseñó un estudio de tipo operacional en el que se ofreció gratuitamente la vacuna recombinante contra la hepatitis B a médicos residentes en siete hospitales de la ciudad de México. Para promover el programa, se diseñó y distribuyó un tríptico informativo y se celebraron sesiones informativas dirigidas a grupos y a individuos. La participación fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad. Se evaluaron tanto variables epidemiológicas como de comportamiento. El 54% de los 229 residentes candidatos aceptaron el esquema completo de vacunación (figura 2). Las razones para rechazar la vacuna fueron principalmente de tipo cognitivo y se detectaron creencias erróneas sobre las características de la vacuna (transmite otras enfermedades), su eficacia (no protege eficazmente) y sobre la magnitud de los efectos colaterales que produce. Los resultados de este programa han sido útiles para señalar que la no adopción de medidas de bioseguridad por el personal de salud se debe a su falta de información. Asimismo, se observó que los canales habituales de información son insuficientes para modificar mitos y creencias erróneas.

CONSIDERACIONES FINALES

La educación del personal de salud sobre el SIDA y la hepatitis B es sumamente importante. El reforzar su nivel de conocimientos constituye tal vez la medida más sencilla.

Sin embargo, también deben modificarse las actitudes y las creencias de las personas afectadas por la infección. Se ha demostrado la utilidad de la realización de talleres dirigidos por grupos multidisciplinarios. Esta tarea requiere creatividad, adaptación a las necesidades específicas de cada grupo y formas de evaluación novedosas. Para ello, es necesario proporcionar información completa y actualizada al personal de salud de manera continua, así como garantizar la disponibilidad de los suministros necesarios.

REFERENCIAS

1. Dowd SB. *AIDS knowledge and attitudes of health professionals: an annotated bibliography*. Springfield, Illinois: Lincoln Land Community College; 1990.
2. Sánchez KR, Ferreira MM, Matida AH, Almeida EL, Lauria LM. HIV knowledge, attitudes and practices of public health workers in Rio de Janeiro, Brasil. En: Abstracts of the VIII International Conference on AIDS/III STD World Congress. Amsterdam, 1992. (Abstract No. PUD9165).
3. Randall LM, Bryce JW, Bertler MJ, Pope RS, Lawrenduch DW. Need for HIV education among public health personnel in Michigan. *Public Health Rep* 1993;108:127-131.
4. Mandelbrot DA, Smythe WR, Norman SA, Martin SC, Arnold RM, Talbot GH, et al. A survey of exposures, practices and recommendations of surgeons in the care of patients with human immunodeficiency virus. *Surg Gynecol Obstet* 1990;171:99-106.
5. Karani A, Katsivo K, Muhami LN, Lwafama DH, Ntsekhe E. Knowledge, attitudes and practices on the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among health workers in (Nyeri) a district in Kenya. *Kenya Nurs J* 1990;18:28-30.
6. Orrett FA, Prabhakar P. Knowledge and understanding of AIDS among health care workers in Jamaica. *West Indian Med J* 1989; 38:234-237.
7. México, Secretaría de Salud. *Evaluación del impacto de la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México, 1987-1988. Encuesta sobre sexualidad y SIDA en personal de salud*. México, DF: Secretaría de Salud; 1989.
8. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Situación del SIDA en México hasta el 31 de marzo de 1993. *Bol Mensual de SIDA/ETS México* 1993;7:2396.
9. Valdespino JL, García ML, Loo E, et al. HIV-1 infection in Mexico through national sentinel sur-

- veillance system. An Update. En: Abstracts of the VIII International Conference on AIDS/III STD World Congress. Amsterdam, 1992. (Abstract Po C4063).
10. García ML, Sánchez A, Cruz C, et al. Occupational hepatitis B and HIV infection in Mexico. Urgent need for intervention. En: Abstracts of the VIII International Conference on AIDS/III STD World Congress. Amsterdam, 1992. (Abstract PoC 4041).
 11. García ML, Izazola JA, Valdespino JL, et al. Myths and stigmas about AIDS in health personnel in a Latinoamerican country. En: Abstracts of the V International Conference on AIDS. Montreal, 1989. (Abstract MDP 69).
 12. Centers for Disease Control. Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health care and public safety workers. *MMWR* 1989;38:1-36.
 13. Sepúlveda AJ, Valdespino JL, Morales BRA, García GML. *SIDA. Información básica para el personal de salud*. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología; 1990.
 14. García-García ML, Valdespino JL, García C, López A, Ávalos A, Sepúlveda J. Vacunación contra hepatitis B en personal de salud en México. Aspectos operativos. (Enviado a publicación).

ABSTRACT

AIDS Education Among Mexican Health Workers

We describe the epidemiology of AIDS as it pertains to health workers in Mexico. Of the 12 151 cases notified in adults up until 1993, 2.9% occurred among such workers. Two cases of occupational transmission have been documented. Seroprevalence surveys have shown an infection rate of less than 0.1%. Nonetheless, the frequency with which hepatitis B viral markers are present (11.8% of anti-HBs antibody carriers and 2% of anti-HBsAg antibody carriers) points to the fact that mechanisms for the transmission of both types of viruses are at work. Surveys conducted among health workers to explore their knowledge and attitudes on the

subject of AIDS indicate that they share many false notions about the disease and that they stigmatize its victims. Educational campaigns have improved knowledge about the illness but have not modified people's attitudes significantly. Holding workshops has proved to be the most useful strategy for attitude modification. We describe a few strategies that may be useful for changing negative attitudes among health personnel. When calculating the frequency with which biosafety measures are implemented, it has been noted that their application is erratic. Epidemiologic studies have confirmed the existence of an association between the time of occupational exposure and the presence of hepatitis B viral markers. Many people reject adopting certain measures, such as anti-hepatitis vaccination. Finally, we analyze the need for continuous training and supplies if increased biosafety measures are to be adopted.