



BESAFE

Un Modelo de Competencia Cultural para Latinos



National Minority AIDS
Education and Training Center

**Howard University
College of Medicine**



BESAFE

**Un modelo de competencia
cultural para latinos**



**National Minority AIDS Education
and Training Center
de Howard University
Washington, DC**

En colaboración con

**The National Center for Farmworker Health
en Buda, Texas**

**Goulda A. Downer, PhD,
Editor**

**Mónica Fossi
Traductor**

**Alicia Gonzáles
Traductor**

**Sylvia Partida
Traductor**

© 2010 por Howard University College of Medicine. Versión traducida y actualizada de la edición original publicada en el 2006.
Se reservan todos los derechos de autor.

Esta publicación no puede ser, total o parcialmente reproducida, almacenada en un sistema de recuperación de datos, o transmitida de ninguna manera, o a través de ningún medio, bien sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado, o por cualquier otro medio, sin el previo consentimiento escrito otorgado por el propietario de los derechos de autor. Howard University College of Medicine no reclama los derechos de autor sobre la información del Gobierno de los Estados Unidos que ha sido incluida en esta publicación.



Contenido

Colaboradores.....	iv
Prólogo.....	v
Reconocimientos.....	vi
Introducción.....	1
Barreras a la atención en salud.....	13
Ética.....	30
Sensibilidad del proveedor de salud.....	39
Evaluación.....	4
Datos.....	54
Acto de prestación de servicios de salud..... (Consulta médica)	72
Conclusión.....	86
Apéndice: casos de estudio.....	88
Glosario.....	91



Colaboradores

Version traducida al español

Goulda A. Downer, PhD
National Minority AIDS Education and Training Center
Howard University College of Medicine

Jesus Felizzola, MD, MHSA, MA
National Minority AIDS Education and Training Center
Howard University College of Medicine

Sylvia Partida
National Center for Farmworker Health

Alicia Gonzales
National Center for Farmworker Health

Monica Fossi
National Center for Farmworker Health

Version original en inglés

Fred Dominguez, MD, MPH, Charles R.
Drew University of Medicine and
Science

Antonio Duran, BS, LVN, The University
of Texas Health Science Center at
San Antonio

Noelle Fritz, BA, The University of Texas
Health Science Center at San Antonio

Rocio A. Leon, BS, National Council of
La Raza, Institute for Hispanic Health

Claudia Marquez, MSW, Mosaica, The
Center for Nonprofit Development
and Pluralism

Claudia Martorell, MD, MPH, Harvard
Medical School

Martha Medrano, MD, MPH, Medical
Hispanic Center of Excellence, The
University of Texas Health Science
Center at San Antonio

Britt Rios-Ellis, PhD, California State
University, Long Beach, Department
of Health

Sciences and National Council of La
Raza, Institute for Hispanic Health

Lydia Santiago, PhD, University of
Puerto Rico, Graduate School of
Public Health

Carlos Ugarte, MSPH, National Council
of La Raza, Institute for Hispanic
Health

Prefacio

El Centro Nacional de Educación y Entrenamiento sobre el SIDA entre las Minorías (NMAETC por sus siglas en inglés), es un establecimiento que cuenta con una red de colaboración compuesta por expertos en salud. El centro es financiado por el Health Resources and Services Administration (HRSA por sus siglas en inglés) cuyo propósito es proveer *capacitación* a las entidades y profesionales de la salud que tratan pacientes de grupos minoritarios, portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ó que viven con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Esta *capacitación* hace énfasis en el fortalecimiento de la capacidad organizacional y en el mejoramiento de los servicios de atención médica primaria del VIH en instituciones de salud, mediante estrategias tales como esfuerzos conjuntos, mejores prácticas de salud y modelos clínicos culturalmente apropiados. El objetivo fundamental de los programas de *capacitación* del NMAETC es que los pacientes con VIH/SIDA logren los mejores resultados posibles en términos de los indicadores de salud.

La oficina central de NMAETC está localizada en Howard University en Washington, DC, y tiene oficinas regionales localizadas en las siguientes organizaciones: The University of Texas Health Science Center en San Antonio, Charles R. Drew University of Medicine and Science, Colorado State University, Morehouse School of Medicine, Meharry Medical College, Xavier University, Navajo AIDS Network. La misión de NMAETC es mejorar los indicadores de salud de los pacientes con VIH al incrementar las competencias esenciales de los profesionales e instituciones de salud. A fin de cumplir con esta misión, NMAETC trabaja para: (1) incrementar el número y la efectividad de los servicios clínicos y de apoyo para el VIH/SIDA; (2) aumentar el número y la frecuencia de los pacientes tratados por VIH/SIDA; (3) mejorar la competencia cultural de los proveedores de salud, y (4) aumentar el número de especialistas calificados en VIH. Como parte de este esfuerzo, la organización ofrece un programa de pasantía de especialistas en VIH, en el cual se entrenan profesionales de la

(*Nota: BE SAFE es un acrónimo que significa en inglés: Barriers to Care, Ethics, Sensitivity of the Provider, Assessments, Facts, and Encounters).

salud que trabajan con pacientes de grupos minoritarios portadores del VIH o que viven con el SIDA.

Recientes estadísticas han mostrado que el VIH afecta en forma desigual a las comunidades minoritarias en los Estados Unidos; en particular, a los afroamericanos y a los latinos. En respuesta a estas desigualdades, NMAETC junto con The University of Texas Health Science Center en San Antonio y el National Council of La Raza, ha desarrollado este modelo de competencia cultural para ser utilizado por proveedores de salud que trabajen con pacientes latinos con VIH/SIDA. La nemotecnia, BESAFE ofrece un marco de referencia conceptual basado en contenidos y una perspectiva culturalmente pluralista mediante los siguientes seis elementos esenciales: (1) barreras a la atención en salud, (2) ética, (3) sensibilidad del proveedor, (4) evaluación, (5) hechos (datos/información) y (6) acto de prestación de servicios de salud (consulta médica). En este número del libro BESAFE, se discuten cada uno de estos elementos esenciales.

El propósito del Modelo BESAFE para latinos es brindar a los proveedores de salud un recurso sobre el conocimiento básico de lo que es el paciente latino, sus antecedentes culturales y sus creencias. Esperamos que este libro se constituya en una guía para la prestación de servicios médicos con un enfoque culturalmente sensible.

Reconocimientos

Agradecemos a nuestros colegas por su contribución y apoyo en este proyecto.

Personal de NMAETC

The University of Texas Health Science Center en San Antonio
California State University, Long Beach, Department of Health
Science

National Council of La Raza, Institute for Hispanic Health
Health Resources and Services Administration

National Association of AIDS Education and Training Centers
Terence Doran, MD, PhD, The University of Texas Health
Science Center en San Antonio, Department of Pediatrics

Victor German, MD, PhD, The University of Texas Health
Science Center en San Antonio, Department of Pediatrics

James Moa, EdD, MHA, MS Ed, The University of Texas
Health Science Center en San Antonio, Department of
Pediatrics

Anthony Scott, PhD, The University of Texas Health Science
Center en San Antonio, Department of Pediatrics

Finalmente, ofrecemos nuestro reconocimiento a los proveedores de salud que prestan servicios a pacientes latinos infectados con VIH/SIDA. Elogiamos sus esfuerzos y su compromiso de prestar servicios en salud tomando en cuenta los aspectos culturales que influyen cómo los pacientes utilizan los servicios. En espera que esta publicación les sea de gran ayuda en sus esfuerzos para entender mejor las necesidades de la población de pacientes latinos.

Introducción

Las disparidades en los servicios de salud están afectando negativamente a grupos minoritarios específicos en los Estados Unidos. La *competencia cultural es una herramienta que puede ser utilizada por los proveedores de salud para disminuir estas disparidades y prestar servicios de salud más efectivos a clientes provenientes de minorías. Datos recientes muestran que la comunidad latina se encuentra severamente afectada por el VIH/SIDA. En el año 2001 los latinos, aun cuando sólo representaban el 13.2% de la población de los Estados Unidos, comprendían el 20% de todos los casos de SIDA (CDC, 2001). Además, en el lapso entre 1999 y 2003, los casos de SIDA entre latinos se incrementaron en un 26.2% (CDC 203b).

Numerosos factores culturales, socioeconómicos y ambientales tienen un impacto en la población latina infectada o afectada por el VIH/SIDA. Conocer estos factores y responder a ellos apropiadamente habilita a los proveedores de salud para que contribuyan a disminuir las desigualdades que actualmente afectan a los latinos con VIH/SIDA ó a riesgo de contraerlo. Los proveedores de salud pueden usar este conocimiento para incrementar la efectividad del acto de la prestación de servicios de salud y así facilitar el mejoramiento en los indicadores de salud de sus pacientes latinos. Esto, a su vez, puede ayudar a satisfacer las crecientes necesidades de los latinos con VIH/SIDA, y reducir la probabilidad de que, como se estima, los latinos representen en los próximos años el número de casos más alto de VIH.

Para que sean efectivos los servicios de salud, deben proveerse con respeto y responder a los requerimientos culturales y lingüísticos del paciente.

La cultura y la competencia cultural

El concepto de cultura se refiere a un conjunto de patrones integrados de conocimiento humano, creencias y conductas, que varían de acuerdo a la capacidad humana para aprender y transmitir conocimiento a las siguientes generaciones. La cul-

(*Nota: A efectos de mantener un paralelismo entre la versión de inglés y español del término “cultural competency”, hemos traducido dicho término como “**competencia cultural**”, entendiéndose ésta como la idoneidad del proveedor de salud para aceptar las diferencias étnicas de sus pacientes de una manera abierta y genuina.

tura también se encuentra relacionada con creencias tradicionales, comportamientos, actitudes compartidas, valores, metas, tipos sociales y rasgos físicos de un grupo racial, étnico religioso o social (Traducido y adaptado de: Office of Minority Health [OMH], 2001). Ser “culturalmente competente” significa tener la capacidad de funcionar efectivamente en situaciones trans-culturales. La competencia cultural en la atención en salud requiere de comportamientos congruentes, actitudes y políticas dirigidas a satisfacer las necesidades del paciente (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1991). Wong y Chapman (2003) han identificado ciertas habilidades básicas requeridas para lograr la competencia cultural las cuales incluyen auto-conocimiento, comunicación efectiva, deseo cultural, humildad, conocimiento cultural, y dinámica de las diferencias. Adicionalmente, Walton (2003) sugiere que los profesionales de salud culturalmente competentes deben incorporar el respeto mutuo, la empatía y flexibilidad en su quehacer.

El proceso de utilización y atención de los servicios de salud es una construcción cultural como quiera que las creencias sobre salud y enfermedad y las causas percibidas de la enfermedad provienen en parte, de la cultura del individuo. En consecuencia, para que sean efectivos, los servicios de salud deben proveerse con respeto y responder a los requerimientos culturales y lingüísticos del paciente. (OMH, 2001). Los valores, las necesidades y las preferencias del paciente deben siempre tomarse en consideración. También quienes trabajan en el sector salud, deben esforzarse por superar las barreras que impiden que los pacientes reciban un cuidado óptimo. Los proveedores de salud culturalmente competentes son necesarios por muchas razones. La razón más importante es que los proveedores de salud culturalmente competentes ayudan a eliminar las disparidades en salud que afectan a los diferentes grupos minoritarios en los Estados Unidos. Las poblaciones minoritarias están siendo desproporcionadamente afectadas por enfermedades graves tales como la infección del VIH y el SIDA y también, enfrentan obstáculos serios cuando buscan atención en salud. La competencia cultural es fundamental para responder a las tendencias demográficas, mejorar los indicadores de salud de los pacientes y mejorar la calidad de los servicios de salud en general (Adaptado de National Center for Cultural Competence, 2004). Es más, un proveedor culturalmente competente es capaz de desarrollar las habilidades y destrezas interpersonales necesarias para responder mejor a

una población diversa de pacientes, así como a un mundo que está en constante cambio, e igualmente podrá experimentar, como resultado, un incremento en su satisfacción personal.

La población latina

Para proveer a la comunidad latina con atención en salud para el VIH/SIDA que sea culturalmente competente, los proveedores de salud deben primero familiarizarse con la rica diversidad de esta población. Es esencial entender la historia del latino en los Estados Unidos, así como los diferentes términos usados para describir lo que ahora es la población minoritaria más extensa de los Estados Unidos. El grupo étnico latino está compuesto por una gran diversidad de individuos descendientes de indígenas, africanos, anglo, europeos, asiáticos y del medio oriente.

Aunque el término “hispano” ha sido el término descriptivo oficialmente adoptado por el gobierno de los Estados Unidos desde los años setenta, muchos latinos creen que este término describe más acertadamente a aquellos que vienen de la península ibérica de España y que, en consecuencia, no le da el crédito adecuado a las raíces indígenas de América Latina. Por esta razón, muchos individuos de Latinoamérica y del Caribe creen que el término “hispano” no describe adecuadamente sus orígenes y prefieren llamarse con el gentilicio de su país de origen. Otros prefieren el término “latino” o “latina”, pues este término reconoce las contribuciones de origen indígena de Latinoamérica. Sin embargo, el término “latino /a” pareciese no identificar adecuadamente a los individuos descendientes del Caribe, a quienes se les llama frecuentemente como caribeños. Adicionalmente, un gran número de latinos quienes formaron parte de la lucha histórica por los derechos civiles en el suroeste de los Estados Unidos, usualmente se identifican a sí mismos como chicanos. Encuestas que se han realizado en los Estados Unidos, han revelado que la mayoría de los latinos prefieren identificarse con la nacionalidad del país de origen, aún en casos en los que la nacionalidad del país de origen no corresponde con el lugar de nacimiento. (Falcón, Aguirre-Molina, & Molina, 2001).

Es fundamental que el proveedor de salud reconozca que a cada paciente –sea de ascendencia latina o caribeña– deba dársele la oportunidad de discutir o reportar sus antecedentes étnicos tal como lo desee. Los profesionales de la salud necesi-

tan estar conscientes de que a pesar de lo mucho que pueda revelar el antecedente étnico de una persona, éste es tan sólo una pequeña fracción de la información del paciente en un amplio espectro cultural de lo que significa ser descendiente latino o caribeño en los Estados Unidos.

En el año 2000, una década antes de lo que se predijo, los latinos se convirtieron en el grupo minoritario más grande de los Estados Unidos. Los estimativos más conservadores reconocen que los latinos ahora representan el 13.2% de la población de los Estados Unidos, aunque un 10 % de esta cifra, no se encuentra reportada debido a la baja participación de los latinos en el proceso del Censo de los Estados Unidos y por la redistribución de distritos electorales en áreas altamente pobladas por latinos. La población latina está mayormente constituida por descendientes mexicanos (66.1%), seguida por centroamericanos y suramericanos (14.5%), puertorriqueños (9%), cubanos (4%) y otros latinos (6.4%) (Falcon et al., 2001). Aun cuando los mexicanos, los mexicanos americanos, y los chicanos representan el grupo más grande de latinos en los Estados Unidos, los centroamericanos y suramericanos -representados primordialmente por salvadoreños, guatemaltecos, y colombianos- son la sub-población que está creciendo más rápidamente. Otros grupos de latinos del Caribe, aparte de cubanos y puertorriqueños (por ejemplo los dominicanos), por lo general se les incluyen en esta categoría, a pesar de las marcadas diferencias de sus historias sociopolíticas y las culturas. Adicionalmente, otros grupos de latinos no hispanoparlantes, como los indígenas de Latinoamérica, se han establecido en los Estados Unidos y muchos de ellos no se identifican fácilmente a sí mismos como latino o hispano. Estos grupos incluyen, entre otros, los indios mixtec-zapotec de las regiones sureñas de México; indios mayas guatemaltecos y mexicanos que hablan maya; inmigrantes paraguayos que hablan guaraní, e inmigrantes brasileños que hablan portugués.

Las diferencias existentes respecto a las experiencias de inmigración, historia, origen ya sea urbano o rural y de las expresiones y normas culturales, son muy comunes en las sub-poblaciones latinas. Estas diferencias son factores definitivos que influyen en el conocimiento que estas sub-poblaciones puedan tener del VIH y del riesgo que corren de contraerlo en los Estados Unidos. Los latinos forman un grupo con características étnicas muy propias; diferentes niveles de asimi-

lación cultural, diferentes patrones de migración, estatus generacional; y diferentes perfiles laborales, demográficos, y de lenguaje. Estas diferencias en factores históricos, sociales, económicos y políticos pueden afectar la prestación de los servicios de salud directamente y tener importantes implicaciones en la utilización de estos servicios (Kaiser Permanente National Diversity Council and the Kaiser Permanente National Diversity Department, 2001). Es perentorio que los proveedores de salud eviten estereotipar al paciente latino a toda costa y basen su diagnóstico y tratamiento en una evaluación meticulosa de las necesidades médicas del paciente y sus antecedentes personales.

Latinos con VIH/SIDA en los Estados Unidos

Durante el período 1986-1994, el número de casos de SIDA diagnosticados en los Estados Unidos se incrementó gradualmente cada año. Durante los años noventa, se realizaron importantes avances en el tratamiento del VIH/SIDA; los cuales junto con los esfuerzos de prevención llevados a cabo, dieron como resultado una disminución en el número de nuevos casos y de muertes relacionadas con el SIDA. Sin embargo, el índice de disminución no se observó en todos los grupos raciales y étnicos por igual. Cabe anotar que el número de casos de SIDA entre latinos se incrementó en un 130% entre 1993 y el 2001, mientras que entre los blancos americanos hubo una disminución del 68% (CDC, 2001).* El VIH/SIDA es una de las enfermedades infecciosas de mayor crecimiento en la población latina constituyéndose así en el grupo minoritario con mayor crecimiento de nuevos casos de la infección del VIH en los Estados Unidos (CDC, 2003a). De igual manera, entre 1999 y el 2002, el índice de nuevas infecciones entre latinos se incrementó en un 26.2%. Vale decir que el Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH del CDC incluía, hasta el 2006, sólo 27 estados, excluyendo datos sobre 7 de los 10 estados conocidos como los que tienen mayor número de casos de SIDA entre latinos, como es el caso de Texas y California.

En el año 2001, más del 70% de los casos diagnosticados de SIDA en los Estados Unidos se dieron entre grupos minoritarios. La distribución porcentual de casos de SIDA entre grupos raciales y étnicos ha variado con respecto de lo que fue al comienzo de la epidemia, con un incremento proporcional entre latinos y afroamericanos. Por ejemplo, en el 2001, el 19%

de los casos de SIDA diagnosticados fueron latinos, quienes tan sólo representaban el 13.2% de la población de los Estados Unidos (CDC, 2001; U.S.Census Bureau, 2000). Los latinos también representaron el 19% de los 40.000 nuevos casos reportados de infección de VIH que ocurren en este país cada año, con la salvedad de que en muchos de los estados con mayor población latina no se publican cifras del VIH, discriminadas por raza y etnia, (CDC, 2002).

¿Por qué la competencia cultural es importante cuando se trabaja con pacientes que tienen VIH/SIDA?

La epidemia del VIH/SIDA ha afectado principal y específicamente a ciertos grupos raciales/étnicos que ya han experimentado discriminación y desigualdades socioeconómicas dentro de nuestra sociedad. Las ideas, percepciones, e imágenes que tienen los proveedores de salud de estas poblaciones afectan lo que se espera sea la relación proveedor-paciente. Los estereotipos y prejuicios pueden obstaculizar de manera diversa el acceso a los recursos disponibles lo que puede resultar en un impedimento para la obtención de servicios apropiados para pacientes en busca de atención en salud.

Desarrollo del modelo

NMAETC desarrolló el Modelo BESAFE a manera de un marco de referencia conceptual con características únicas para afroamericanos infectados con VIH. El modelo utiliza elementos del modelo previamente desarrollado por la Dra. Josepha Campinha-Bacote, *"The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services."* (*El Proceso de Competencia Cultural en la Prestación de Servicios de Salud*). El NMAETC concluyó que el modelo BESAFE es altamente efectivo en tutelar esfuerzos de competencia cultural entre profesionales de salud que tratan pacientes afroamericanos que estén infectados o afectados por el VIH/SIDA. Posteriormente, mediante una coalición amplia de expertos se decidió que el modelo BESAFE podría ser igualmente efectivo con proveedores

*Nota: En todos los casos en el que en el presente libro se compare a los blancos con los latinos, el término "Blancos" refiere a los blancos no latinos.

EL MODELO BE SAFE

Este marco conceptual comprende 6 áreas básicas:

Barreras a la atención en salud — son fallas reales o percibidas, para recibir o para prestar atención médica de calidad

Ética — Se refiere a una serie de principios que se utilizan para determinar cuándo una conducta es “correcta” o “incorrecta”.

Sensibilidad — Se refiere a la consciencia cultural y la sensibilidad por parte del proveedor de salud.

Evaluación — Se refiere a la habilidad de obtener información dentro del contexto cultural del paciente.

Datos — Refiere a la comprensión de las creencias y valores culturales del paciente, así como también al entendimiento de las desigualdades de salud y a las variaciones biológicas en el VIH/SIDA.

Acto de prestación de servicios de salud — Se refiere al entendimiento de las normas culturales relacionadas con la comunicación verbal y no verbal de los latinos.

de salud que trabajasen con pacientes latinos portadores del VIH. Así, en agosto del 2003, el NMAETC convocó una reunión en Washington, D.C., donde se logró un acuerdo para comenzar el proyecto latino de BESAFE. En esta reunión, un distinguido panel de más de 20 profesionales latinos y sensibles a asuntos latinos, se reunió para llevar a cabo una sesión de lluvia de ideas. En esta sesión se adoptó el modelo latino de BESAFE. El panel de profesionales incluyó médicos, farmacéutas, enfermeras, odontólogos, profesores universitarios, investigadores, administradores, consumidores, y otros expertos con amplia experiencia en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA entre latinos. El panel incluyó sugerencias e ideas de personas descendientes de mexicanos, centro y suramericanos, puertorriqueños, cubanos y otros descendientes caribeños. Los miembros del panel de expertos, comenzaron a trabajar en el modelo latino de BESAFE, llevando a cabo extensas revisiones de la literatura. Dichos profesionales se comprometieron a escribir las diferentes secciones de cada uno de los seis capítulos, basado en las ideas que se generaron durante los dos días que duró la sesión de lluvia de ideas. Cada uno de los capítulos fue revisado por expertos latinos y pacientes, y los diferentes autores recibieron comentarios y sugerencias. El producto final es una compilación de escritos, que se obtuvo gracias a la colaboración de una variedad de profesionales expertos, la cual se propone como herramienta útil para desarrollar la idoneidad profesional en materia de competencia cultural entre el personal de salud que atienden a latinos afectados por el VIH/SIDA

El modelo latino BE SAFE

El modelo incluye seis áreas consideradas relevantes y de las cuales los proveedores de salud deben estar conscientes al ofrecer atención integral al paciente latino. La sigla BESAFE (en inglés) resume las siguientes seis áreas: Barreras a la atención de salud, Ética, Sensibilidad del proveedor, Evaluación, Datos y Acto de prestación de servicios de salud (Consulta médica). Es nuestro anhelo que la información contenida en estos capítulos ayude a profesionales de salud a servir mejor a los pacientes latinos con VIH/SIDA en un contexto de relevancia cultural. A continuación se incluye un breve resumen de cada uno de los seis capítulos.

Barreras a la atención en salud

Las barreras que existen para acceder a la atención en salud son fallas reales o percibidas, para recibir o proveer dicha atención con calidad. Este capítulo resume algunos de los obstáculos más importantes que los pacientes latinos con VIH/SIDA enfrentan en la actualidad. Estas barreras incluyen asuntos lingüísticos, acceso a la atención en salud y a las pruebas para el VIH, conceptos culturales y el papel que juega el género, el estigma asociado con el estatus de ser VIH positivo dentro de la comunidad latina y los prejuicios de los profesionales de la salud.

Las barreras lingüísticas pueden imponer serios problemas de comunicación entre los proveedores de salud y los pacientes. Las investigaciones sugieren que, a los latinos que hablan inglés, se les proporciona más beneficios cuando buscan atención en salud que a aquellos pacientes latinos que no lo hablan (Solis, Marks, Garcia, & Shelton, 1990). Otra barrera importante para el acceso a la atención en salud de los latinos en los Estados Unidos, es la falta de seguro médico. Los latinos en los Estados Unidos tienen más probabilidades que cualquier otra minoría racial o étnica, de no tener seguro o de tener un seguro con una cobertura insuficiente. De Igual manera es menos probable que los latinos usen los servicios de salud, aun cuando éstos se encuentren disponibles. (Carrillo, Treviño, Betancourt, & Coustasse, 2001). La falta de seguro o, el tener un seguro insuficiente, deriva de diferentes factores incluyendo, el bajo estatus socioeconómico de esta población y la falta de documentación legal en los Estados Unidos. Los factores previamente mencionados, igualmente representan barreras independientes para los cuidados de los latinos que son VIH positivos. Adicionalmente, las expectativas culturales relacionadas con el papel que debe cumplir cada género pueden obstaculizar la comunicación y el acceso a la atención en salud. Por ejemplo, *el marianismo* -que es el papel tradicional de la mujer latina- puede hacer que la paciente latina se avergüence al discutir asuntos sexuales con el proveedor de salud, al punto en que puede impedir los cuidados médicos. Igualmente, *el machismo* -el cual hace referencia a la percepción tradicional del rol del hombre latino- puede hacer que sea más difícil para un hombre con un diagnóstico de VIH, que busque atención en salud.

Los asuntos culturales relacionados con el *fatalismo* (un sentido de fatalidad) y el *curanderismo* (utilizar personas que no son médicos para tratar enfermedades) pueden también ser parte de la causa por la que los pacientes no buscan, en primera instancia, atención en salud de profesionales que practican la medicina occidental estándar. La asociación entre VIH/SIDA y la promiscuidad sexual, el uso de drogas y la homosexualidad, con frecuencia, crea las condiciones para que los latinos portadores del VIH, sean estigmatizados por miembros de su comunidad. Debido a la estrecha relación entre miembros de las familias latinas (*familismo*), especialmente en lo concerniente a la ayuda y el apoyo mutuo, se hace muy difícil sobrellevar esta estigmatización. Los latinos portadores del VIH pueden rehusarse a buscar tratamiento médico por temor a que otros puedan descubrir su estatus de VIH/SIDA y a que les rechacen. Algunos profesionales de la salud, pueden mostrar una predisposición negativa hacia los pacientes latinos, lo cual es, en gran medida, debido a la falta de conocimiento sobre los latinos o falta de experiencias con los mismos. Estas actitudes y prácticas discriminatorias pueden tener consecuencias deletéreas en los indicadores de salud y actuar como barreras para recibir atención en salud.

Es vital que los proveedores de salud eviten prejuizar, y estereotipar al interactuar con los pacientes latinos infectados o afectados por el VIH/SIDA. Las experiencias negativas entre pacientes latinos y proveedores predispuestos hacia este grupo, puede traer como consecuencia que los pacientes no se sientan acogidos y que así haya un menor cumplimiento del tratamiento y/o una renuencia de parte de los pacientes a regresar a las citas de control. Es esencial que los profesionales de la salud estén conscientes de las barreras que los pacientes latinos enfrentan para tener acceso a la atención en salud y que, en forma activa exploren diferentes alternativas viables para eliminar o superar estos obstáculos.

Ética

La ética o “filosofía moral” comúnmente hace referencia a una serie de principios utilizados para discernir cuándo una determinada conducta es “correcta” o “incorrecta”. La competencia cultural busca eliminar las barreras culturales en el acceso a los servicios de salud y, en última instancia, eliminar las desigualdades de salud que puedan existir. (Paasche-Orlow,

2004). Por consiguiente, la ética es un componente fundamental de la competencia cultural, como quiera que el profesional de la salud debe estar de acuerdo con que la competencia cultural es la vía “correcta” a seguir, antes de que pueda comprometerse completamente con este proceso. Los proveedores de salud deben hacer un esfuerzo consciente para ser culturalmente competentes al tratar pacientes latinos. El estar consciente de las predisposiciones culturales que el proveedor pueda tener; realizar esfuerzos serios para eliminar tales predisposiciones y; asegurar que las diferencias culturales entre el proveedor y el paciente no tengan consecuencias negativas, son todos aspectos importantes que definen lo que es una atención en salud culturalmente competente. En este capítulo se discuten cuatro principios éticos que sirven de guía a las instituciones que presten servicios de salud: autonomía, beneficencia, no-negligencia y justicia. Igualmente, se discute cómo implementar estos principios en las interacciones entre el proveedor y los pacientes latinos con VIH/SIDA y otros temas tales como, confidencialidad, notificación a la pareja, riesgos de los trabajadores de la salud y riesgos para los pacientes en estudios clínicos.

Sensibilidad del proveedor de salud

La competencia cultural requiere que el proveedor de salud tenga una consciencia cultural y que sea sensible. Los proveedores de salud deben ser sensibles no sólo a sus propias creencias y valores culturales, sino también, sensibles a las creencias y valores culturales de sus pacientes, con el fin de asegurar una comunicación exitosa y resultados positivos en el tratamiento del paciente. Estar consciente de los valores culturales propios, puede ayudar a los proveedores a evitar etnocentrismos y minimizar los problemas relacionados con las diferencias culturales entre pacientes y proveedores.

Cuando se preste servicios de salud a pacientes latinos portadores del VIH o viviendo con SIDA, es de gran importancia la sensibilidad del proveedor de salud en cuanto a las diferencias en el idioma que puedan tener un impacto en la comunicación. Los intérpretes y los materiales bilingües pueden ser beneficiosos, pero nunca deben servir como substitutos de un proveedor de salud atento que demuestre preocupación y respeto por sus pacientes. Los proveedores deben ser sensibles a las necesidades de lenguaje y también deben estar con-

scientes de los niveles de alfabetismo de sus pacientes, para garantizar que la información se transmita de la mejor manera posible. Adicionalmente, los proveedores deberían ser sensibles a la diversidad de la población latina e igualmente deberían evitar hacer generalizaciones o estereotipos sobre todos los latinos. En las sub-poblaciones latinas pueden existir normas culturales que difieren altamente de un grupo a otro y que, no entendidas apropiadamente, pueden resultar en presunciones ofensivas que el profesional de la salud puede hacer basándose solamente en la etnia del paciente.

Ser sensible al grado de exposición del paciente al sistema de salud en los Estados Unidos, puede igualmente tener un impacto positivo en la relación paciente-proveedor. Un proveedor consciente de los estándares de salud a los que el paciente haya estado expuesto en su país de origen, puede facilitar una transición del paciente latino a normas occidentales de atención en salud. Este capítulo concluye con un modelo de auto-evaluación que los proveedores de salud pueden utilizar para evaluar sus niveles de sensibilidad cultural.

Evaluación

La evaluación cultural es definida como la habilidad de los profesionales de la salud de recoger información relevante relacionada con los problemas actuales del paciente y su historial médico, dentro del contexto cultural del mismo (Campinha-Bacote, 1998). Las evaluaciones culturales pueden facilitar la comprensión de la cultura del paciente por parte del proveedor de salud, y esto, en consecuencia, puede tener un impacto positivo en los indicadores de salud del paciente. Los profesionales de salud que prestan interés a las creencias y valores culturales de sus pacientes, pueden incrementar las posibilidades de que sus pacientes cumplan con el régimen de tratamiento y regresen a las visitas de control. Es vital que los proveedores de salud realicen una evaluación culturalmente sensible y sin juzgar al paciente.

Al realizar la evaluación cultural, los proveedores pueden descubrir que el paciente latino posee creencias culturales contrarias a las suyas. Durante la evaluación cultural, los proveedores de salud, también pueden descubrir que sus pacientes practican o participan en actividades o prácticas que pueden parecer potencialmente censurables o inclusive indecorosas. Por lo tanto, es vital que el profesional de la salud demuestre

interés en lo que el paciente dice y que se abstenga de reaccionar de una manera condenatoria. Este capítulo contiene una variedad de herramientas y modelos que pueden ser utilizados por el proveedor de salud para llevar a cabo las evaluaciones culturales de sus pacientes.

Datos

A fin de prestar atención en salud que sea culturalmente competente a pacientes portadores del VIH o diagnosticados con SIDA, los proveedores de salud deberán poseer un conocimiento básico sobre los valores y creencias culturales de sus pacientes, de las desigualdades de salud existentes y de las diferentes variaciones biológicas en que se puede manifestar el VIH/SIDA entre los pacientes latinos. Los latinos son una población muy diversa y no se espera que los proveedores sean expertos en la amplia diversidad de las múltiples sub-culturas latinas. Sin embargo, resulta beneficioso el estar consciente, de manera general, de las influencias culturales aplicables a la mayoría de los pacientes latinos. Los valores y creencias culturales importantes para los latinos que se incluyen en este capítulo son el *fatalismo*, el *familismo*, la *simpatía*, la *confianza*, el *respeto*, el *marianismo* y el *machismo*. De igual manera, en este capítulo se discute en profundidad aquellas prácticas de la medicina popular utilizada dentro de la comunidad latina. Los pacientes latinos con VIH/SIDA frecuentemente buscan curanderos para que les den tratamientos que no son considerados estándar, con los cuales ellos se puedan sentir más cómodos. Estar informado de que estas prácticas de medicina popular son usualmente inocuas y pueden ser psicológicamente beneficiosas para el paciente, resulta de gran beneficio para profesionales de la salud culturalmente competentes.

Los proveedores de salud pueden beneficiarse de conocer diferentes formas en que se puede manifestar el VIH y el SIDA y las diferencias en términos de tratamientos existentes entre pacientes latinos. Las implicaciones que estas diferencias pueden tener en la actitud del paciente, pueden ser significativas y pueden afectar negativamente tanto su deseo de buscar ayuda, como su percepción sobre el sistema de salud. Los facultativos clínicos que presten servicios a latinos portadores del VIH, pueden beneficiarse de aprender más sobre sub-tipos del VIH, la infección tuberculosa en pacientes con VIH/SIDA, los niveles de HIV RNA y los conteos de T4, variaciones genéticas

y su efecto en la susceptibilidad y la respuesta al VIH, así como también, sobre varias infecciones oportunistas que afectan desigualmente a los latinos.

Acto de prestación de servicios de salud (Consulta médica)

Para asegurar que la consulta médica entre el paciente latino con VIH/SIDA y el proveedor de salud sea exitosa; los proveedores deben estar consciente de las normas culturales relacionadas con la comunicación verbal y no verbal entre la población latina. Este capítulo enfatiza asuntos tales como mirar directamente a los ojos, las expresiones faciales, los gestos, el contacto personal, la entonación de la voz, el uso apropiado de títulos (señor, señora) y la utilización correcta de intérpretes. La comunicación es el aspecto más crítico del encuentro entre un paciente latino con su proveedor de salud. La comunicación efectiva con un paciente de otra cultura implica que el proveedor se familiarice con la cultura del paciente y desarrolle la habilidad de entender y responder a las expectativas culturales de ese paciente. Otro aspecto importante de la consulta médica del paciente con su proveedor es poder recoger información sobre los antecedentes del paciente y sus problemas actuales de salud. Dado el impacto que estos aspectos pueden tener en la salud del paciente, tanto los antecedentes, como la información cultural, son una parte esencial de la información que cada proveedor debería recoger.

Chong (2002) desarrolló el modelo llamado GREET para ayudar a los proveedores de salud a caracterizar a sus pacientes latinos. Este modelo ofrece a los proveedores de salud una metodología para recoger información sobre los antecedentes y la cultura de sus pacientes latinos, así como también les da la oportunidad de demostrar su interés por sus vidas, facilitando así que se establezca confianza. El acrónimo del modelo *GREET hace referencia a Generación, Razones para inmigrar a los Estados Unidos, Núcleo familiar o familia extendida, Comportamiento ético, y Tiempo viviendo en los Estados Unidos. Adicionalmente, este capítulo

*Nota: GREET es un acrónimo que significa en inglés: **Generation, Reasons for Immigrating to the United States, Extended or Nuclear Family, Ethnic Behavior, and Time Living in the United States** en).

incluye sugerencias dirigidas a cómo obtener información cultural sobre la historia clínica del paciente; la cual puede guiar a los proveedores de salud en sus primeras consultas médicas con pacientes latinos y hacer que tanto el paciente como el proveedor se sientan más a gusto. Es de esperar que después de un considerable número de consultas médicas con pacientes latinos, las habilidades culturales del proveedor mejoren y las interacciones trans-culturales se lleven a cabo de una manera más fácil.

Conclusión

El tratamiento efectivo de pacientes de VIH/SIDA requiere un compromiso con una atención en salud culturalmente competente, la cual ayudará a la eliminación de las desigualdades de salud y mejorará los indicadores de salud de los pacientes. La información presentada en el modelo BESAFE puede utilizarse como una guía para los proveedores de salud que deseen mejorar su conocimiento sobre la cultura latina y sobre los asuntos que enfrentan los pacientes latinos que están infectados o afectados por el VIH/SIDA. El modelo latino BESAFE tiene el potencial de servir como herramienta eficaz para incrementar la capacidad de los proveedores de salud de tratar pacientes latinos con VIH/SIDA. Aunque es importante aprender asuntos específicos sobre la cultura latina, los proveedores de salud deben recordar que la población latina es muy diversa. Los proveedores deben ser cautelosos de no estereotipar a los pacientes latinos y deberían recordar que las experiencias individuales hacen que cada paciente tenga su propia idiosincrasia cultural. Los proveedores comprometidos a dar una prestación de servicios de salud culturalmente apropiada se esfuerzan por mantener una actitud franca y comprensiva hacia las creencias y valores culturales de sus pacientes. El proceso de convertirse en un proveedor de salud culturalmente competente es un proceso de aprendizaje continuo y, por ende, cada interacción entre proveedor y paciente debe tomarse como una oportunidad para mejorar dicho aprendizaje.

Referencias Bibliográficas

- Campinha-Bacote, J. (1998). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Carrillo, J.E., Treviño, F.M., Betancourt, J.R., & Coustasse, A. (2001). Latino access to health care: The role of insurance, managed care, and institutional barriers. In M. Aguirre-Molina, C. Molina, & R. Zambrana (Eds.), *Health issues in the Latino community* (pp. 55-73). San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *HIV/AIDS surveillance report, year end edition, 13(2)*, 1-44.
- Centers for Diseases Control and Prevention. (2002). *HIV/AIDS update: A glance at the epidemic*.
- Centers for Diseases Control and Prevention. (2003a). *HIV/AIDS surveillance supplemental report, 9(2)*.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003 b). *Increases in HIV diagnoses—29 States, 1999-2002*. *MMWR*, 52(47), 1145-8.
- Chong, N. (2002). *The Latino patient: A cultural guide for health care providers*. Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Cross, T. L., Bazron, B.J., Dennis, K.W., & Isaacs, M.R. (1991). *Towards a culturally competent system of care*. (Vol. 1). Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- Falcón, A., Aguirre-Molina, M., & Molina, C. (2001). Latino health policy: Beyond demographic determinism. In M. Aguirre-Molina, C. Molina, & R. Zambrana (Eds.), *Health issues in the Latino community* (pp. 3-22). San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Kaiser Permanente National Diversity Council and the Kaiser Permanente National Diversity Department. (2001). *A provider's handbook on culturally competent care: Latino population* (2nd ed.).
- National Center for Cultural Competence. (2002). *A guide to planning and implementing cultural competence organizational self-assessment*. Georgetown University Child Development Center. <http://gucchd.georgetown.edu/nccc>
- Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care: Final report* (pp. 3-131). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Paasche-Orlow, M. (2004). The ethics of cultural competence. *Academic Medicine*, 79(4), 347-350.

Solis, J.M., Marks, G., Garcia, M., & Shelton, D. (1990). Acculturation, access to care and use of preventive services by Hispanics: Findings from the HHANES, 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80(Suppl. 12), 11-19.

U.S. Census Bureau. (2000). Summary File 3 (SF-3)—Sample Data.

U.S. Census Bureau. (2001). Current population survey, PGR-4.

Walton, S. (2003, October). Cultural competence and leadership development. Puerto Rico Public Health Leadership Institute Conference. Puerto Rico.

Wong, E.Y., & Chapman, S. (2003, June). Basic concepts, definitions and a framework for cultural competence. Cultural competency in women's health: Training faculty to teach about providing culturally competent care for minority and underserved women. Boston, MA: Harvard Medical School's Center of Excellence in Women's Health.

Barreras a la atención en salud

Los latinos en busca de servicios médicos y de prevención relacionados con el VIH se encuentran con múltiples obstáculos. De acuerdo con el CDC, los latinos representan aproximadamente el 15 % de la población, más sin embargo comprenden el 20 % de todos los casos de SIDA en los Estados Unidos (2002). La tasa de incidencia del SIDA entre latinos es un poco más de tres veces la tasa de incidencia entre los blancos americanos, lo cual demuestra que el SIDA está teniendo un efecto devastador en la comunidad latina. Los casos de SIDA en hombres latinos para el año 2001 fue tres veces mayor que el índice de casos de hombres blancos americanos y, entre latinas, la tasa de casos de SIDA fue más de cinco veces mayor que el índice de casos en mujeres blancas americanas (Kaiser Family Foundation, 2003). En general, las mujeres constituyen un segmento creciente de nuevos casos reportados de SIDA cada año; una tendencia que también se ha visto en la población latina. En el año 2001, las mujeres latinas representaron el 23% de los casos nuevos de SIDA entre todos los latinos (Kaiser Family Foundation, 2003). Entre los hombres latinos positivos para el VIH, la mayoría contrajeron el virus mediante contacto sexual con otros hombres (48%) o por el uso de drogas inyectables (IDU por sus siglas en inglés) (29%), con un incremento en el porcentaje de infectados por contactos heterosexuales (16%) (CDC, 2001). Entre latinas con SIDA, el 65% se infectaron a través de contacto heterosexual, y el 32% mediante el uso de drogas inyectables (CDC, 2001). Aunque la raza o etnia de la persona no representa un aumento en el riesgo de contraer VIH, existen problemas sociales y económicos subyacentes (tales como los aspectos culturales, nivel de fluidez del idioma inglés, nivel de alfabetización, pobreza, y el acceso limitado a los servicios de salud) que pueden afectar específicamente a ciertos grupos étnicos colocándolos, por consiguiente, en un riesgo mayor de infectarse con el VIH. Los problemas sociales y económicos con frecuencia se asocian con incremento en el riesgo de infección, además de constituir barreras significativas para la atención en salud entre latinos una vez que han contraído el virus. Más aun, los latinos son más propensos a reportar que algunas necesidades básicas son una mayor prioridad y representan

barreras para el uso de servicios de salud lo cual, con frecuencia retrasa o inhibe la atención relacionada al VIH.

Las barreras existentes para la utilización de servicios de salud son fallas reales o percibidas, para recibir, o proveer dicha atención con calidad (National Minority AIDS Education and Training Center, 2002). Para la población latina, algunas de las barreras más importantes a la atención en salud incluyen los problemas lingüísticos, el acceso a la atención en salud y a las pruebas para VIH, los aspectos culturales y de género, el estigma asociado con el estatus de ser portador del VIH positivo dentro de la comunidad latina y ciertos prejuicios de los profesionales de la salud. Puesto que los latinos típicamente dependen de organizaciones y proveedores clínicos comunitarios, una atención en salud adecuada y efectiva del VIH debe organizarse a través de esfuerzos y sistemas culturalmente apropiados a fin de que puedan responder a las barreras discutidas previamente. (National Alliance of State and Territorial AIDS Directors, 2003).

Problemas lingüísticos

La expansión en términos de diversidad étnica y cultural en la población de los Estados Unidos, resalta la necesidad de asegurar que los proveedores de salud sean culturalmente competentes para reducir las desigualdades raciales y étnicas existentes en la atención en salud (Brach & Frasier, 2002). Algunos investigadores sostienen que, la limitación para hablar inglés entre los latinos que hablan español o una lengua indígena, produce el mismo nivel de disuasión para la búsqueda de servicios de salud que la falta de seguro médico. (Derose & Baker, 2000). Solis, Marks, Garcia, y Shelton (1990) analizaron los efectos que tiene el idioma en los servicios de diagnóstico y encontraron que los latinos que hablaban inglés obtenían acceso a más servicios preventivos que los latinos que no lo hablaban. Un indicador fundamental del nivel de asimilación cultural del paciente latino es su uso del idioma en varios contextos (Marin & Gamba, 1996). En numerosas comunidades latinas, incluso entre aquellas que tienen un alto nivel de conocimiento del idioma inglés, el español es frecuentemente el idioma preferido. Por ejemplo, en Colorado, mientras que el 72% de los latinos reportaron que hablaban inglés bien, usaban más frecuentemente el español en sus casas o en actividades sociales. (Colorado AIDS Education and Training

La habilidad limitada para hablar inglés puede disuadir a los hispanos o indígenas latinos a buscar atención en salud.

Center, 2003). Incluso, cuando los latinos son bilingües y buscan atención en salud, es muy probable que el español sea el idioma de comunicación preferido.

Además, los proveedores de salud deben estar conscientes de que muchos latinos de origen indígena viven en comunidades urbanas y rurales en todos los Estados Unidos. Estas poblaciones, tales como los grupos indígenas mixteco, triqui, zapoteca y maya, frecuentemente viven en las comunidades inmigrantes latinas, pero son competentes solamente en sus lenguas indígenas. Ellos pueden sentirse aun más aislados entre las poblaciones hispanoparlantes (Kearny, 1995).

La falta de profesionales de salud latinos y bilingües puede impedir que los latinos y sus familias quienes prefieren proveedores que hablen sus idiomas y que compartan su cultura, busquen los servicios de atención en salud que necesitan (Spector, 1991). Cuando el paciente o la familia únicamente habla español, la falta de intérpretes médicos certificados impone una barrera adicional (Glenn-Vega, 2002; Jackson et al., 2001). De acuerdo con una encuesta, el 44 % de los latinos adultos tienen dificultad comunicándose con sus doctores debido a la barrera del idioma y de los latinos que necesitan un intérprete, sólo el 49% reciben siempre o en la mayoría de los casos servicios de interpretación (Doty, 2003). Algunos centros están equipados con suficiente personal bilingüe; sin embargo, sin un entrenamiento apropiado en técnicas de interpretación y terminología médica, los errores en comunicación pueden resultar en errores médicos.

El reporte del Institute of Medicine *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care* (Smedley, Stith, & Nelson, 2002), señala las consecuencias de la prestación de servicios médicos culturalmente incompetentes. El reporte resalta la existencia de tratamiento inequitativo a las poblaciones minoritarias sub-representadas, no obstante las barreras a la atención en salud se hubiesen superado. Este tratamiento desigual se encuentra relacionado, en parte, con la falta de acceso a servicios lingüísticos apropiados, tales como, profesionales de salud bilingües y sesiones de interpretación conducidas de manera apropiada. (Smedley et al., 2002). Flores, Milagros, Olivar, y Kastner (1998) han también identificado algunos de los errores típicos que se cometen debido a interpretaciones médicas y sus potenciales consecuencias clínicas en las consultas médicas del paciente con el proveedor. Este

estudio se basó en consultas médicas traducidas por intérpretes no certificados tales como personal auxiliar del hospital y familiares. Esta investigación arrojó como resultado que los intérpretes no certificados eran significativamente más propensos a cometer errores con consecuencias clínicas, que los intérpretes certificados. En resumen, los familiares, especialmente los niños y el personal bilingüe que no están entrenados, no deberían de ser utilizados como intérpretes cuando se provee información médica de naturaleza confidencial y sensitiva tal como los resultados de las pruebas de VIH.

Es esencial que los proveedores de atención en salud sigan guías culturalmente apropiadas cuando provean servicios de salud a pacientes latinos portadores del VIH. Es igualmente imperativo que los médicos y otros proveedores de salud, entiendan las consecuencias que pueden resultar de la atención en salud inapropiada o sub-estándar. Siempre que la atención no sea tan eficaz como se requiera, las variaciones significativas en los tratamientos seguirán persistiendo. Esto puede traer resultados adversos para el paciente tales como, un diagnóstico erróneo, falta de confianza en el proveedor, exacerbación de la enfermedad, o incluso la muerte. (Sogocio, Barr, Golde, & Raspasch, 1998).

En los Estados Unidos se hablan diferentes variaciones del español debido a los diversos patrones de inmigración de Sur y Centro América, México, y el Caribe. Tal como con otros idiomas, la traducción e interpretación regional de los materiales y documentos es necesaria para adaptarlos a las variaciones en palabras y terminología. La variación en el uso o fluidez del español, se relaciona con los antecedentes de la persona, residencia, edad, educación, nivel de asimilación cultural, y/o a los factores políticos y sociales. Muchos latinos criados en los Estados Unidos pueden no hablar nada de español. El conocimiento y la fluidez del español es más común entre personas mayores, inmigrantes que han llegado recientemente, y en los latinos que viven en la frontera de los Estados Unidos y México. Los latinos nacidos en los Estados Unidos tienden a usar el español con menos frecuencia que sus homólogos latinos inmigrantes (Pew Hispanic Center & Kaiser Family Foundation, 2002).

Las variaciones no sólo existen en el español hablado, sino también en sus conductas, prácticas y creencias culturales. Es incorrecto asumir que por el sólo hecho de que un profesional

Los familiares, especialmente los niños y el personal bilingüe que no están entrenados, no deberían de ser utilizados como intérpretes cuando se provee información médica de naturaleza sensitiva tal como los resultados de las pruebas de VIH.

de salud sea latino, éste no se beneficiaría de un entrenamiento sobre sensibilidad cultural para la población que va a servir. El conocimiento de los subgrupos culturales latinos, así como de su idioma, debería ser considerado como una aptitud, y en consecuencia, debería ser evaluado a través de valoraciones personales y/u organizacionales. Si se llegara a reconocer deficiencias, entonces debería proveerse entrenamiento.

Como un componente del idioma, el nivel de lectura de los materiales diseminados en las comunidades latinas necesita ser evaluado con el objeto que sea apropiado para la audiencia a la que está destinada. Los latinos enfrentan barreras educativas enormes en este país, así como en sus países de origen y, por esto, muchos experimentan deficiencias relacionadas con el nivel de alfabetismo. Un estudio realizado por Gandara (2001) mostró que sólo un tercio de los niños latinos asistieron a los programas de preescolar; y que sólo un tercio de los niños latinos de la escuela primaria recibieron clases de profesores certificados en los cursos que estaban enseñando y, que la mitad de los latinos abandonaron la escuela antes de terminar su bachillerato. Si no se considera la especificidad del nivel de alfabetismo, tanto en inglés como en español, los materiales educativos sobre prevención del VIH no serán utilizados o tendrán, quizás un uso muy limitado, considerando el enorme porcentaje de latinos que se encuentran a riesgo de infectarse con el VIH.

Trabajar en asociación con estaciones de televisión y radio de habla hispana, ha probado ser una forma efectiva de comunicar y diseminar importante información preventiva a la comunidad latina y estos esfuerzos deben continuarse. A fin de maximizar la exposición a una educación cultural y lingüísticamente apropiada sobre la prevención del VIH, las organizaciones de salud deben intentar de llegar a aquellos hogares lingüísticamente aislados, donde el único idioma que se hable sea el español o un lenguaje indígena. (Valdés, 2000). Los proveedores de salud deben también mantener relaciones con intérpretes certificados que estén disponibles para trabajar con pacientes con un nivel limitado de inglés.

Acceso a la atención en salud y a las pruebas del VIH

Los latinos representan el grupo más grande de personas sin seguro de salud ó que tienen un seguro con cobertura insuficiente y, con una probabilidad dos veces mayor de no tener seguro de salud que la población general de los Estados Unidos. (CDC, 1996; Quinn, 2000; Treviño, Moyer, Valdez, & Stroup-Benham, 1991; Weinick, Zuvekas, & Cohen, 2000). De los 44 millones de americanos que no tienen seguro, la cuarta parte son latinos (Perry, Kannel, & Castillo, 2000). En el año 2002, los latinos comprendían el 13.7% de la población total, sin embargo representaban el 29% de los que no tenían seguro (Doty, 2003). El número de latinos en los Estados Unidos que carecen de seguro médico está aumentando. Por ejemplo, en la primera mitad del año 2003, el 38.5 % de los latinos nacidos en los Estados Unidos estaban sin seguro (Medical Expenditure Panel Survey, 2004). Diferencias en cuanto a la cobertura del seguro también existen entre los subgrupos de latinos, con un 39% de mexicanos-americanos, un 19% de puertorriqueños, y un 21% de los cubanos-americanos sin seguro médico. (Carrillo, Treviño, Betancourt, & Coustasse, 2001). Los latinos nacidos en Latinoamérica tienen una probabilidad mayor de carecer de seguro médico que sus homólogos nacidos en los Estados Unidos. (Doty, 2003).

Los índices de latinos sin seguro se han mantenido consistentemente elevados durante la década pasada, debido a un número de factores incluyendo la falta de estatus de ciudadanía, barreras económicas, estatus educativo, aspectos de fuerza laboral, y el hecho de que los empleadores no ofrecen beneficios de salud y, los que los ofrecen, lo hacen a costos muy elevados para latinos que tienen salarios bajos. (Perry et al., 2000). Un factor predictivo de la falta de seguro médico es el tener un ingreso bajo y, los latinos, frecuentemente representan la población trabajadora pobre (Frank, Clancy, & Gold, 1993) con un 87% de personas no aseguradas viviendo en familias trabajadoras. Un graduado universitario tiene dos veces más probabilidad de tener una cobertura de seguro, comparado con un individuo que no haya completado su bachillerato, y un 50% de los latinos no completan su bachillerato. En el año 2000, el 10% de los latinos entre 25 y 29 años de edad, tenían un grado universitario en comparación con el 18 % de los afroamericanos y el 34% de los blancos americanos. Los latinos

La falta de seguro médico es la barrera más significativa para que la población latina tenga acceso a la atención en salud preventiva.

graduados de bachillerato, tienen menos probabilidades de ir a la universidad que sus homólogos afroamericanos y blancos americanos y, aproximadamente la mitad de los latinos que asisten a la universidad lo hacen en programas de sólo 2 años de duración. (Brindis, Driscoll, Biggs, & Valderrama, 2002). De acuerdo con el Censo de los Estados Unidos, el índice de obtención de grado universitario de 4 años entre latinos está alrededor del 8.7%, en comparación con el 25.8% entre blancos no latinos, y 13.8 % entre afroamericanos.

La falta de seguro médico es la barrera más significativa para que la población latina tenga acceso a atención preventiva de la salud (CDC, 1996; Doty, 2003).

Los latinos también tienen una probabilidad mayor que los blancos americanos de obtener atención en salud a través de clínicas públicas o servicios de emergencia y de que les falte un recurso regular de atención en salud. Veinticinco por ciento de los mexicanos-americanos carecen de un recurso regular de atención en salud, lo cual puede también indicar que es menos probable que las personas de este grupo busquen servicios preventivos (Carrillo et al., 2001). Esto en parte, puede explicar por qué los latinos conocen de su estatus de VIH más tarde en su enfermedad que los blancos americanos (haber sido diagnosticado con SIDA al momento de la primera prueba de VIH o desarrollado SIDA dentro del primer año de ser diagnosticado positivo (Kaiser Family Foundation, 2001).

La pobreza actúa como una importante barrera dado que afecta directamente la habilidad del paciente latino de (1) estar asegurado, (2) de mantener una fuente regular de atención en salud, y (3) de comprar los medicamentos recetados. Aunque los latinos tienen más probabilidades de tener un trabajo de tiempo completo en comparación con otras minorías raciales/étnicas, el 60% de los latinos viven en familias con ingresos que están por debajo del 200% del nivel de pobreza, y el 41 % de latinos sin seguro que no son ancianos tienen un ingreso familiar por debajo de \$15,000 al año. (Doty, 2003). Otras barreras para tener acceso a la atención en salud que están relacionadas con la pobreza incluyen la falta de transporte a los centros de salud, falta de cuidado infantil, renuencia a faltar al trabajo, y excesivo tiempo de espera en las clínicas (Flores et al., 1998). Un fenómeno que ha permeado muchas de las comunidades latinas de bajos recursos es la noción de que “si usted no está lo suficientemente enfermo como para ir

a la sala de emergencias, entonces usted no está lo suficientemente enfermo [para ver al médico]" (White-Means, Thorton, & Yeo, 1989). Esto ha creado un sistema en el cual los individuos y sus familias carecen de una fuente regular de atención en salud. Esto es particularmente problemático para los latinos infectados con VIH ya que el acceso consistente y constante a un proveedor de salud puede ayudar a establecer confianza y una alianza paciente-proveedor que incrementa la efectividad de la atención en salud.

Los trabajadores agrícolas migrantes enfrentan barreras únicas para el acceso a la atención en salud. Se estima que hay 4.1 millones de trabajadores agrícolas en los Estados Unidos (Quander, 2001). El U.S. Department of Labor estima que aproximadamente el 80% de los trabajadores agrícolas migrantes y temporales son latinos (Quander, 2001). Los trabajadores agrícolas migrantes no disfrutan de los derechos o beneficios que tiene el típico trabajador americano. Los beneficios de seguro médico y de desempleo no son generalmente una opción y, en muchos casos, a los trabajadores agrícolas no se les garantiza ni siquiera el salario mínimo (Slesinger & Ofstead, 1993). La pobreza que plaga a los trabajadores del campo se manifiesta de muchas maneras. En particular, se ve de manera obvia en sus ingresos, en sus hogares, en las posesiones de su casa, en la dieta, nutrición y el aislamiento social. Además de las barreras lingüísticas, financieras y culturales, los trabajadores agrícolas también se enfrentan a limitaciones geográficas para los servicios de prevención y tratamiento para el VIH. Las dinámicas socioeconómicas específicas de las regiones fronterizas, tales como el tráfico sexual, el turismo, el tráfico de drogas y el trans-nacionalismo pueden contribuir a los altos índices de infección de VIH entre los trabajadores agrícolas migrantes. (Quander, 2001).

Los latinos frecuentemente experimentan una mayor marginalización e inhabilidad para obtener acceso a la información sobre prevención del VIH, a las pruebas y a los servicios de manejo de casos. La escasez de una atención médica que sea cultural y lingüísticamente apropiada, la falta de educación sobre el VIH que sea especialmente dirigida a latinos, la falta de acceso a la atención en salud, el bajo estatus socioeconómico, el miedo a la deportación, y la invulnerabilidad percibida de infectarse con el VIH, frecuentemente dejan a la población en un grave riesgo de infección. Aunque es generalmente acep-

tado que, el período comprendido entre la incubación del VIH no tratado hasta el desarrollo del estadio de SIDA es de 10 a 12 años, el 65% de los latinos infectados con VIH, son diagnosticados con SIDA dentro del primer año de haberse enterado que son VIH seropositivos. Adicionalmente, se ha encontrado que los latinos se presentan a la prueba inicial del VIH en un estado avanzado de infección, con un conteo bajo de células T4 y un alto conteo viral. (Neal & Fleming, 2002). Esto es de particular importancia porque, tal como los estudios han mostrado, el haberse hecho la prueba del VIH e identificarse como homosexual, son frecuentemente los predictores más significativos de la intención de hacerse la prueba y que, los hombres latinos heterosexuales, son los menos probables en hacérsela. (Fernández, Perrino, Royal, Ghany, & Bowen, 2002). Muchos hombres latinos participan en relaciones sexuales sin protección con un gran número de parejas sexuales antes de saber de su infección.

El proveedor puede jugar un papel crucial en la educación de la comunidad latina al informar a los pacientes sobre los riesgos de VIH/SIDA y al promover la evaluación de riesgos y las pruebas del VIH.

El proveedor puede jugar un papel crucial en ayudar al paciente a comprender su vulnerabilidad a la infección del VIH. Una encuesta que se realizó con 255 hombres latinos que nunca se habían hecho la prueba del VIH, reveló que el 84% de ellos nunca recibieron del proveedor de salud la oferta de hacerse la prueba del VIH, y que el 86% de ellos habrían aceptado si se les hubiese recomendado (Fernández et al., 2003).

Al educar a los pacientes sobre los riesgos de contraer VIH/SIDA y promover la evaluación de riesgo y las pruebas del VIH, sin importar la orientación sexual o historia de uso de drogas inyectables, el proveedor de salud puede jugar un papel crucial en educar a la comunidad latina. Dado que el VIH y el SIDA han sido tradicionalmente asociados con homosexuales y con personas que usan drogas inyectables, los proveedores de salud tienden a recomendar menos las pruebas del VIH a las mujeres latinas casadas, quienes en la actualidad, representan una porción creciente de las mujeres con SIDA. (Rios-Ellis, Leon, Trujillo, & Ugarte, 2003). Una manera de crear un ambiente propicio para las pruebas del VIH que tengan por objeto captar a la población latina, es transmitir la idea de que es una experiencia educacional preventiva importante y que beneficiará no sólo a quien recibe la educación, sino también a la familia latina entera. Un lema como "Protege a tu familia: Hazte la prueba" puede ser un fuerte motivador para el latino común que no se identifica fácilmente con las

poblaciones que están predeterminadas a tener un alto riesgo de infección como los homosexuales, los usuarios de drogas inyectables, y las prostitutas.

En una encuesta reciente hecha con latinos que nunca se habían hecho la prueba, las dos razones predominantes por las que no se hacían la prueba eran la percepción de que no estaban en riesgo de infectarse con VIH y que no lo habían pensado. (Hispanic Federation, 2003). Es más, algunas mujeres latinas, puede que no tengan el apoyo cultural, el conocimiento, o las habilidades necesarias para comunicar efectivamente temas de naturaleza sexual a sus parejas y, debido a la conducta de sus parejas, pueden ser extremadamente vulnerables al VIH (Amaro, Navarro, & Conron, 2002; Gomez & Marin, 1996).

Elementos conceptuales respecto a cultura y género

Las creencias culturales, el rol tradicional de los géneros, y las normas sexuales, pueden constituir barreras para la atención en salud de latinos portadores del VIH. Gran parte de las culturas latinas han sido moldeadas alrededor de creencias y valores religiosos profundamente arraigados en las personas. La concepción tradicional de la estructura de la familia latina es la de la pareja heterosexual con niños. Desviaciones a este patrón de vida pueden ser percibidas como un rechazo a los valores religiosos y culturales. Los individuos pueden retrasar o rehusarse a seguir el tratamiento debido a los consejos y opiniones de los miembros de su familia, demostrando así, la importancia del *familismo* para el paciente latino. En algunos casos, los consejos y sugerencias de los familiares pueden ser considerados como más valiosos por el paciente que los consejos y las recomendaciones hechas por el proveedor de salud. La cooperación y/o la aprobación de la cabeza de familia (típicamente el esposo o el padre) puede ser importante para iniciar el tratamiento u otras intervenciones, en particular, para mujeres y/o miembros jóvenes de la familia. Es común que los latinos se sientan incómodos cuando se les pide que hablen abiertamente de sus prácticas sexuales y del uso del condón, particularmente, cuando deben hacerlo en frente de los miembros de su familia (especialmente con personas del sexo opuesto). Hablar sobre las prácticas sexuales con extraños y en público no es comúnmente aceptado por la cultura latina. Los hombres latinos no-monógamos, aun cuando estén casados o

en una relación larga, puede que no revelen a sus parejas que han tenido un encuentro sexual con otro hombre y/o mujer. (Scott, Jorgensen, & Suarez, 1998). Estas prácticas hacen difícil el reclutamiento de latinos en actividades convencionales de prevención e intervención del VIH, donde se discuten abiertamente los riesgos que implican las diferentes prácticas sexuales. Adicionalmente, los hombres y mujeres latinos muestran actitudes negativas hacia el uso del condón, dado que lo asocian con enfermedad, prostitución, y distancia emocional (Marin, Tschann, Gomez, & Kegeles, 1993; Peragallo, 1996).

La diferencia entre géneros puede también jugar un papel muy importante en la habilidad de los latinos para utilizar servicios de salud y educación preventiva sobre el VIH. Para las mujeres, la vergüenza que sienten de discutir asuntos sexuales puede retrasar o evitar el acceso a servicios ginecológicos o preventivos del VIH. El cuidado de los niños y las responsabilidades que tienen con otros miembros de la familia, pueden hacer que el cuidado de su propia salud sea menos prioritario. Las latinas al intentar convencer a sus parejas de que sigan prácticas sexuales seguras, puede temer que sus parejas sospechen que ellas son infieles o de poca confianza. Las latinas también pueden temerle a una confrontación que pueda resultar en violencia doméstica, especialmente si dependen económicamente de su pareja. Cuando ocurre violación o relaciones sexuales forzadas, es común que esto ocurra entre parejas que han tenido relaciones largas, y por consiguiente, se aumenta la posibilidad de que hayan tenido relaciones sexuales sin protección, resultando en una infección de VIH (Zierler & Krieger, 1997). Un estudio de evaluación cualitativa sobre las necesidades de las latinas realizado a nivel nacional, reveló que las expectativas relacionadas con el matrimonio generan un falso sentido de seguridad entre las mujeres casadas. Muchas participantes que eran portadoras del VIH dijeron haber experimentado relaciones abusivas por largo tiempo, incluyendo violación doméstica, lo cual precipitó su infección con el VIH. (Rios-Ellis, Dwyer, Leon, & Ugarte, 2002).

Las investigaciones demuestran que para las latinas los encuentros sexuales involuntarios representan una fuente importante de riesgo para el VIH. Las latinas menores de 16 años (18%) han reportado en encuestas, más que las blancas americanas y las afroamericanas, (15% respectivamente) que su primer encuentro sexual fue involuntario. (Giachello & Arrom, 1997). La protección

es raramente utilizada durante los encuentros sexuales involuntarios, lo cual coloca a las latinas jóvenes en un riesgo mayor de infectarse con el VIH. Harrison, Wambach, y Byers (1991) encontraron que, incluso cuando las latinas confrontan un riesgo claro de infectarse con el VIH, casi la mitad de ellas mencionaron que no usarían condones con su pareja principal infectada con el VIH.

Para los hombres latinos, los asuntos de masculinidad (*machismo*) y los valores relativos a ser autosuficiente y desconfiado de los tratamientos médicos, pueden demorar el acceso a los servicios preventivos o de tratamiento (Morales, 2003). La inmigración a los Estados Unidos, tal como ha sido experimentada por los latinos, también ha tenido un efecto negativo en las formas en las que el machismo afecta las conductas riesgosas asociadas al VIH. Cuando el hombre se enfrenta a una sociedad que prescribe la igualdad para ambos géneros sin que se le asegure el éxito económico y, en consecuencia, su habilidad para proveer; *el machismo* junto con la pérdida de poder, puede traer como consecuencia conflictos de discrepancia en el papel que juega el género masculino. (Pleck, 1995). Debido al sentido del machismo, los hombres latinos pueden percibirse como invulnerables a infectarse con el VIH y se rehúsan a usar protección, y/o participar en exámenes del VIH y a seguir un tratamiento. Dentro de las razones que han enumerado los hombres latinos para rechazar el uso del condón están que el condón reduce el placer, que se puede perder la erección, que el uso del condón requiere tiempo y produce incomodidad, que necesita usarse sólo con las mujeres promiscuas, que disminuye la confianza y la intimidad, que no lo utilizan cuando hay alcohol y drogas y que disminuye la espontaneidad. Debido al alto nivel de infección de VIH entre parejas latinas, la resistencia al uso del condón y la falta de entendimiento de los riesgos de infección en parejas sero-incompatibles (donde uno de los dos es positivo), los proveedores deben ser reiterativos en sus sugerencias e instrucciones sobre la importancia de usar el condón de manera apropiada y consistente. (Rios-Ellis, Leon, Trujillo, & Ugarte, 2004).

Una creencia común entre los latinos es que los eventos que les pasan en sus vidas suceden porque así lo determina el destino, la suerte o los poderes que están más allá de su control. Un sentido de *fatalismo* puede convencer a algunos latinos que en su destino está el ser afligido por una enfermedad como el VIH/SIDA. Los latinos tienen más posibilidades que sus

El temor al estigma es una barrera para lograr acceso a la atención en salud

homólogos blancos americanos de pensar que la enfermedad crónica está determinada por la voluntad de Dios y, que en consecuencia, debe aceptarse y sobrellevarse como un castigo divino por los pecados personales o los pecados cometidos por los miembros de su familia. (Baquet & Hunter, 1995). La salud es vista como una sinergia en las culturas latinas y es considerada como una continuación de la mente, cuerpo y espíritu. (Antshel, 2002). En las culturas latinas existen variadas prácticas de medicina tradicional llevada a cabo por curanderos. Las prácticas de curación tradicional entre latinos también incluyen el uso de las farmacias botánicas (farmacias herbales y espirituales) al buscar tratamiento o remedios. (Higginbotham, Treviño, & Ray, 1990). Esto se puede convertir en un problema si *el curanderismo* se practica excluyendo los tratamientos médicos apropiados de la medicina occidental. Estas prácticas pueden también interferir con procedimientos de la medicina occidental, si el proveedor de salud no está consciente de que los tratamientos complementarios con hierbas y otras sustancias fármaco-activas pueden traer complicaciones o ser contraproducentes con los regímenes médicos.

El temor al estigma

Para numerosas personas que están infectadas o a riesgo de infectarse con el VIH, el miedo puede representar la barrera más importante para obtener acceso a la atención en salud. En general, un diagnóstico del VIH o SIDA frecuentemente resulta en la estigmatización. Los latinos afectados por esta enfermedad frecuentemente experimentan una estigmatización mayor debido a la infinidad de concepciones erradas relativas al VIH que hay en sus respectivas comunidades. La asociación de la infección del VIH con la prostitución, homosexualidad, promiscuidad sexual, y el uso de drogas inyectables, no obstante esta asociación sea meramente percibida, puede poner en riesgo el soporte social y familiar del individuo.

A fin de no enfrentar el posible rechazo por parte de sus familiares y amigos y no poner en riesgo el sistema de apoyo social una vez establecido, numerosos latinos prefieren no saber de otro factor que pudiera impactar negativamente un ambiente social ya precario. Por ejemplo, los latinos que han inmigrado recientemente pueden ya haber experimentado lo que es tener una red social reducida y probablemente no quieren poner en peligro el pequeño y frágil sistema de apoyo que

han creado con un diagnóstico de VIH. Muchos latinos prefieren evitar completamente las pruebas del VIH, antes que arriesgarse a recibir un resultado positivo. Para algunas latinas, admitir que sus esposos pudieron haberles infectado debido a su infidelidad, pudiera ser concebido como un fracaso doméstico en su papel de esposas. (Shedlin, 1990).

Los hombres latinos que han tenido sexo con otros hombres (MSMs por sus siglas en inglés) tienen menos probabilidades que sus homólogos blancos americanos de revelar su orientación sexual o su estatus de VIH a personas que son importantes en sus vidas como a sus parejas, y especialmente, a los miembros de su familia (Mason, Marks, Simoni, Ruiz, & Richardson, 1995). Muchos homosexuales y bisexuales latinos, hombres y mujeres, no buscan servicios médicos porque le temen a la estigmatización de sus comunidades por el estilo de vida que llevan. Por su parte, las latinas heterosexuales casadas, frecuentemente no reconocen su vulnerabilidad al VIH hasta que pasan por los exámenes prenatales de seguimiento o hasta que sus esposos están enfermos o muriendo. (Rios-Ellis et al., 2003). Algunos latinos homosexuales o bisexuales pueden regresar a sus hogares o comunidades rurales porque han perdido el empleo debido al resultado positivo de la prueba de VIH que han recibido. La pérdida del empleo usualmente resulta en la pérdida del seguro médico y puede hacer que ellos nunca busquen tratamiento o compartan con sus familiares que están infectados. (Carrillo et al., 2001). Los latinos homosexuales/bisexuales que viven en comunidades rurales puede que nunca busquen servicios, incluso cuando están sintomáticos, por miedo a perder el sistema de apoyo, particularmente el familiar.

El uso de heroína intravenosa ha sido una epidemia que ha estado presente en las comunidades latinas pobres (usualmente urbanas) desde 1950 y ha traído consigo un fuerte estigma hacia el usuario de drogas inyectables. La población latina más seriamente afectada durante la primera etapa de la epidemia del VIH debido al uso de drogas inyectables, fue la puertorriqueña. Dado el incremento en los patrones intergeneracionales del abuso de las drogas, los jóvenes latinos se están iniciando en el uso de drogas inyectables en una etapa más temprana de sus vidas. La falta de un tratamiento cultural y lingüísticamente apropiado y el estigma existente sobre el uso de metadona (este medicamento es una de las mejores estrate-

gias preventivas del VIH para este grupo) -estigma que es incluso común en la comunidad de drogadictos- obstaculiza la recuperación de algunos latinos de las drogas inyectables. Las mujeres que usan drogas intravenosas son aun más estigmatizadas por sus comunidades, debido a los papeles tradicionales que juegan los géneros en esta cultura, lo cual hace que las conductas ilegales se consideren menos aceptables para las mujeres que para los hombres. Los programas de tratamiento que permiten que las madres solteras participen con sus hijos sin el riesgo de que pierdan la custodia sobre ellos, son esenciales para mejorar la participación de las mujeres latinas que usan drogas inyectables. (Vega, Gil, & Kolody, 2002).

Las poblaciones de inmigrantes recientes, puede que no busquen activamente acceso a exámenes de detección y prevención, y/o a servicios de tratamiento por miedo a la posible deportación. Los latinos indocumentados pueden preocuparse sobre el riesgo de ser identificados si buscan atención en salud. Una vez que el VIH o el SIDA es diagnosticado, los inmigrantes no pueden obtener una residencia legal permanente o ciudadanía, y por esto, frecuentemente no califican para todos los beneficios de Medicaid (Morales, 2003). Es más, el aumento reciente de las redadas de deportación llevadas a cabo por Immigration, Control and Enforcement (ICE por sus siglas en inglés) ha resultado en una disminución substancial en las citas y visitas a hospitales y clínicas por miedo a la deportación. (National Council of La Raza, 2004).

Los proveedores de salud pueden tener prejuicios que se traducen en barreras para la atención en salud.

Prejuicios de los proveedores de salud

Las actitudes de los proveedores de salud pueden directamente impactar la habilidad de los latinos infectados con VIH de buscar o usar los servicios de atención en salud. El racismo y la discriminación resultante, constituye una barrera significativa a la atención en salud para los latinos que viven con VIH/SIDA. Investigaciones previas han mostrado que los latinos infectados con VIH, tienen menos probabilidades que los blancos americanos de recibir un tratamiento adecuado para su infección, incluso, cuando se les compara respecto de variables como la edad, cobertura del seguro y nivel de educación. (Kaiser Family Foundation, 1999). Los mismos proveedores de salud pueden tener prejuicios que pueden volverse barreras a la atención de salud. Algunos proveedores de salud pueden tener dificultad entendiendo por qué un paciente latino que ha

vivido en los Estados Unidos por un número de años está renuente a aprender inglés. Los pacientes latinos pueden percibir los materiales escritos sólo en inglés y la falta de personal que hable español como inconveniente y discriminatorio. (Collins, Hall, & Neuhaus, 1999).

Los pacientes latinos que hablan inglés con un fuerte acento en español, pueden ser percibidos por los proveedores de salud como menos educados de lo que realmente son. Un estudio hecho sobre las percepciones del público sobre cómo el racismo afecta al sistema de atención médica, reveló que el 51% de todos los latinos entrevistados sintieron que el sistema de salud trata a las personas de manera injusta dependiendo de su raza o etnia (Lillie-Blanton, Brodie, Rowland, Altman, & McIntosh, 2000).

Un estudio ha mostrado que aunque el 43 % de los blancos americanos sienten que su raza o etnia raramente afecta la forma de cómo el sistema de salud les trata, el 11% de ellos reportan que no están seguros de sus efectos. De otro lado, el 72% de los latinos y el 57% de los blancos americanos son de la opinión que el tratamiento injusto dentro del sistema de salud se basa significativamente en la habilidad que tiene una persona de hablar inglés. Sin embargo, ambos grupos casi que identifican, en la misma proporción (69%), que la falta del seguro es una razón por la que el sistema de salud provea un tratamiento desigual. No sorprende el hecho que, el 15% de los latinos comparado con el 1% de los blancos americanos, sientan que el proveedor de salud los trató injustamente debido a su raza o etnia. Más aún, el 14% de los latinos comparados con el 1% de los blancos americanos sienten que han sido tratados injustamente debido a su inhabilidad de hablar inglés. Los resultados de este estudio también indican que no hay diferencias significativas en cuanto a quien provee el servicio de salud entre los diferentes grupos étnicos, en el caso de atención brindada en un consultorio médico.

Desde la tragedia del 11 de septiembre, ha habido un aumento en la sensibilidad y prejuicio hacia los migrantes en este país. El estatus migratorio de los pacientes latinos puede ser cuestionado por los proveedores de salud, particularmente si los latinos hablan con un fuerte acento y no tienen seguro médico. Es posible que algunos proveedores de salud no estén conscientes de que algunos latinos que han migrado recientemente a los Estados Unidos pueden tener los derechos de los ciudadanos o de los residentes, como en el caso de puertor-

riqueños y cubanos, mientras que otros no, como por ejemplo mexicanos, centro y suramericanos.

A algunos profesionales de la salud no se encuentran a gusto de tener que explicar la enfermedad del paciente o su estado de salud a un grupo numeroso de familiares que típicamente acompañan al paciente latino. Esto se complica aún más con las nuevas guías de la Ley de Responsabilidad y Aplicabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) las cuales demandan estricta confidencialidad sobre la información de salud del paciente. La escasa representación de latinos en las profesiones de salud incrementa aun más la barreras para el acceso a la atención en salud apropiada y de calidad. Las investigaciones demuestran que los mejores indicadores de salud del paciente se dan cuando en la relación proveedor-paciente, el proveedor comparte la misma raza, etnicidad o antecedente cultural con el paciente. (Purnell & Paulanka, 1998). Los latinos se pueden beneficiar de los doctores que comparten no sólo su cultura, sino también su idioma. Los estudios demuestran que los pacientes de habla hispana se sienten más satisfechos con la atención en salud cuando su proveedor puede hablar español (Carrillo et al., 2001). Esto es problemático para la comunidad latina porque hay muy poca representación de los latinos entre doctores y otros proveedores de salud. Mientras que los latinos representan el 13.2% de la población, sólo cuentan con el 5.1 % de los médicos y cirujanos, 3.3% de las enfermeras, 3.6% de los odontólogos, y 3.2 % de los farmacéutas (U.S. Census Bureau, 2000). El bajo número de los profesionales de salud es un problema que deriva de muchos factores, incluyendo discriminación, marginalización, y el 50% de índice de abandono del bachillerato entre los jóvenes latinos. Este índice tan elevado de abandono del bachillerato afecta el número de latinos asistiendo a universidades y escuelas de medicina, lo cual resulta en un número muy pequeño de profesionales médicos latinos. (Marwick, 1999). De otro lado, la legislación anti-acción afirmativa también ha disminuido el número de latinos aplicando a programas médicos durante los últimos años.

Otro prejuicio exhibido por proveedores de salud es la falta de investigación en relación a actitudes, conductas y prácticas sexuales riesgosas entre latinos y en específicas sub-poblaciones latinas. La falta de recolección de datos confiables y de

monitoreo por parte de las compañías de seguro y proveedores sobre los latinos y sus subgrupos, fue resumida en el reporte del Institute of Medicine *“Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care* (Smedley et al., 2002). El reporte del Institute of Medicine recomienda la recolección de datos de salud discriminado por raza y etnia que permita valorar y monitorear la efectividad de los programas e identificar la necesidad y el despliegue de los recursos para proveer servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados. (Smedley et al., 2002).

Conclusión

Claramente, hay un número de barreras que los latinos enfrentan en su intento por utilizar servicios de pruebas de detección, prevención y tratamiento. El reporte del Institute of Medicine (Smedley et al., 2002) resume las recomendaciones para la eliminación de las desigualdades en la atención en salud en todos los grupos raciales y étnicos. Los estándares de Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS por su siglas en inglés) proveen un marco de referencia para médicos y organizaciones en cuanto a cómo proveer servicios de salud apropiados y de alta calidad para personas de la comunidad latina que están en riesgo o afectados por el VIH/SIDA (OMH, 2001). Mediante la eliminación de barreras a la atención en salud para comunidades latinas e individuos que están a riesgo de ó afectados por el VIH/SIDA; se podrá (1) suministrar una respuesta efectiva a los cambios demográficos en los Estados Unidos tal como lo evidencia el Censo de los Estados Unidos del 2000; (2) reducir y eliminar las desigualdades en el estatus de salud de todos los latinos; y (3) mejorar la calidad y los resultados de los servicios de prevención, intervención y tratamiento del VIH/SIDA.

Referencias bibliográficas

- Amaro, H., Navarro, A., & Conron, K. (2002). Cultural influences on women's sexual health. In G.M. Wingood & R.J. DiClemente (Eds.), *Handbook of women's sexual and reproductive health* (pp. 71-92). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Antshel, K.M. (2002). Integrating culture as a means of improving treatment adherence in the Latino population. *Psychology, Health & Medicine*, 7(4): Brunner Routledge Publishers.

- Baquet, C.R., & Hunter, C.P. (1995). Patterns in minorities and special populations. In P. Greenwald, B. Kramer, & D.L. Weed (Eds.), *Cancer prevention and control* (pp. 23-6). New York: Marcel Decker, Inc.
- Brach, C., & Fraser, I. (2002). Reducing disparities through culturally competent health care: An analysis of the business case. *Quality Management in Health Care*, 10(4), 15-28.
- Brindis, C.D., Driscoll, A.K., Biggs, M.A. & Valderrama, L.T. (2002). Fact sheet on Latino youth: Education. San Francisco: University of California, San Francisco.
- Carrillo, J.E., Treviño, F.M., Betancourt, J.R., & Coustasse, A. (2001). Latino access to health care: The role of insurance, managed care, and institutional barriers. In M. Aguirre-Molina, C. Molina, & R. Zambrana (Eds.), *Health issues in the Latino community* (pp. 55-73). San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). National Center for Health Statistics. <http://www.cdc.gov/nchs>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *HIV/AIDS surveillance report year end edition*, 13(2). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). HIV/AIDS among Hispanics in the United States: Fact sheet. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hispanic.htm>.
- Collins, K.S., Hall, A., & Neuhaus, C. (1999). U.S. minority health: A chartbook. New York: The Commonwealth Fund.
- Colorado AIDS Education and Training Center. (2003). *Puertas de diversidad: Culturally guided interventions with Latinos*. Colorado Springs, CO. Derose, K.P., & Baker, D.W. (2000). Limited English proficiency and Latinos' use of physician services. *Medical Care Research and Review*, 57(1), 76-91.
- Doty, M. (2003). *Insurance, access, and quality of care among Hispanic populations: A chartpack*. New York: The Commonwealth Fund.
- Fernandez, M.I., Bowen, G.S., Perrino, T., Royal, S., Mattson, T., Arheart, K.L., et al. (2003). Promoting HIV testing among never-tested Hispanic men: A doctor's recommendation may suffice. *AIDS and Behavior*, 7(3), 253-62.
- Fernandez, M.I., Perrino, T., Royal, S., Ghany, D., & Bowen, G.S. (2002). To test or not to test: Are Hispanic men at highest risk for HIV getting tested? *AIDS Care*, 14(3), 375-84.
- Flores, G., Milagros, A., Olivar, M.A., & Kastner, B. (1998). Access barriers to health care for Latino children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 152, 1119-25.

- Frank, P., Clancy, C.M., & Gold, M.R. (1993). Health insurance and subjective health status: Data from the 1987 National Medical Expenditure Survey (NMES). *American Journal of Public Health, 83*, 1295-1301.
- Gandara, P. (2001). *Lost opportunities: The difficult journey to higher education for under-represented minority students*. Symposium on Diversity in the Health Professions in Honor of Hebert W. Nickens, National Academy of Science: Washington, DC.
- Giachello, A., & Arrom, J. (1997). Health service access and utilization among adolescent minorities. In D.K. Wilson, J.R. Rodriguez, & W.C. Taylor (Eds.), *Health-promoting and health-compromising behaviors among minority adolescents* (pp. 303-320). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glenn-Vega, A. (2002). Achieving a more minority-friendly practice. *Family Practice Management, 9*(6), 39-43.
- Gomez, C.A., & Mar.n, B.V. (1996). Gender, culture, and power: Barriers to HIV prevention strategies for women. *Journal of Sex Research, 33*, 355-62.
- Harrison, D., Wambach, K., & Byers, J. (1991). AIDS knowledge and risk behaviors among culturally diverse women. *AIDS Education & Prevention, 3*(2), 79-89.
- Higginbotham, J.C., Trevino, F.M., & Ray, L.A. (1990). Utilization of *curanderos* by Mexican Americans: Prevalence and predictors. *The American Journal of Public Health, 80*(12), 32.
- Hispanic Federation. (2003). *HIV/AIDS in the Latino community* (pp. 1-4). New York: Hispanic Federation.
- Jackson, S., Camacho, D., Freund, K.M., Bigby, J.A., Walcott-McQuigg, J., Hughes, E., et al. (2001) Women's health centers and minority women: The National Center of Excellence in Women's Health. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 10*(6), 551-9.
- Kaiser Family Foundation. (1999). *A synthesis of the literature: Racial and ethnic differences in access to medical care*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Kaiser Family Foundation. (2000). Press Release: New report provides critical information about health insurance coverage and access for racial and ethnic minority groups: Most minority Americans are working yet lack job-based coverage. <http://www.kff.org/uninsured/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=13342>
- Kaiser Family Foundation. (2001). *Key facts: Latinos and HIV/AIDS*. Washington, DC. Report #6088.
- Kaiser Family Foundation: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. (2003). *Health insurance coverage in America: Data update*.

- Kearney, M. (1995). The effects of transnational culture, economy, and migration on Mixtec identity in Oaxacalifornia. In M.P. Smith, & J. Feagin (Eds.), *The bubbling cauldron: Race, ethnicity, and the urban crisis* (pp. 226-43). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lillie-Blanton, M., Brodie, M., Rowland, D., Altman, D., & McIntosh, M. (2000). Race, ethnicity, and the health care system: Public perceptions and experiences. *Medical Care Research & Review*, 57(1), 218-35.
- Marin, B.V., Tschann, J.M., Gomez, C., & Kegeles, S.M. (1993). Acculturation and gender differences in sexual attitudes and behaviors: A comparison of Hispanic and non-Hispanic white unmarried adults. *American Journal of Public Health*, 83, 1759-61.
- Marin, G., & Gamba, R.J. (1996). A new measurement of acculturation for Hispanics: The Bidimensional Acculturation Scale for Hispanics (BAS). *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 18(3), 297-316.
- Marwick, C. (1999). Growing Hispanic association serves increasing population. *Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1687-8.
- Mason, R.C., Marks, G., Simoni, J.M., Ruiz, M.S., & Richardson, J.L. (1995). Culturally sanctioned secrets? Latino men's nondisclosure of HIV infection to family, friends, and lovers. *Health Psychology*, 14(1), 6-12.
- Medical Expenditure Panel Survey. (2004). Statistical Brief #41: *The uninsured in America, 2003*. Estimates for the U.S. population under age 65. Morales, S. (2003). Care of Latinos in cross-cultural medicine. In J.A. Bigby (Ed.), *Cross-cultural medicine* (pp. 61-95). Philadelphia: American College of Physicians.
- National Alliance of State and Territorial AIDS Directors. (2003). *Addressing HIV/AIDS: Latino perspectives & policy recommendations*. Ayala, G., and Nuno, M. Washington, DC: NASTAD.
- National Council of La Raza. (2004). Press release: NCLR calls on Bush administration to cease immigration raids in California interior. <http://www.nclr.org/content/news/detail/25365/>
- National Minority AIDS Education and Training Center. (2002). *BE SAFE: A cultural competency model for African Americans*. J. McNeil (Ed.), J. Campinha-Bacote, E. Tapscott, & G. Vample. Washington, DC: Howard University.
- Neal, J., & Fleming, P. (2002, February). Frequency and predictors of late diagnosis in the United States, 1994 through 1999, 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Poster Presentation 474M, Centers for Disease Control and Prevention.
- Office of Minority Health. (2001). *National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care: Final report* (pp. 3-131). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

- Peragallo, N. (1996). Latino women and AIDS risk. *Public Health Nursing, 13*(3), 217-22.
- Perry, M., Kannel, S., & Castillo, E. (2000). *Barriers to health coverage for Hispanic workers: Focus group findings*. New York: The Commonwealth Fund.
- Pew Hispanic Center, & Kaiser Family Foundation. (2002). *2002 National survey of Latinos*. Menlo Park, CA, and Washington, DC.
- Pleck, J.H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In R.F. Levant & W.S. Pollack (Eds.), *A new psychology of men*. New York: Basic Books.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Quander, L. (2001). Reducing HIV/AIDS risk among migrant farm workers. *HIV Impact*. Spring: Vol. 8.
- Quinn, K. (2000). *Working without benefits: The health insurance crisis confronting Hispanic Americans*. New York: The Commonwealth Fund.
- Rios-Ellis, B., Dwyer, M., Leon, R., & Ugarte, C. (2002, July). *From voices to action: Evolution of a multi-site needs assessment of Latinas and HIV/AIDS*. Presentation made at the National Council of La Raza Conference, Miami, FL.
- Rios-Ellis, B., Leon, R., Trujillo, E., & Ugarte, C. (2003, March). *Latinos and HIV: A national picture*. Presentation made at the National Hispanic Medical Association's Annual Conference, Washington, DC.
- Rios-Ellis, B., Leon, R., Trujillo, E., & Ugarte, C. (2004, June). *Una familia unida se protege mejor: Using a family-based approach to HIV prevention*. Presentation made at the National Council of La Raza Conference, Phoenix, AZ.
- Scott, S.A., Jorgensen, C.M., & Suarez, L. (1998). Concerns and dilemmas of Hispanic AIDS information seekers: Spanish-speaking callers to the CDC National AIDS hotline. *Health Education and Behavior, 25*(40), 501-16.
- Shedlin, M. (1990). An ethnographic approach to understanding HIV high-risk behaviors: Prostitution and drug abuse. In C.G. Leukefeld & R.J. Battjes (Eds.), *AIDS and intravenous drug use: Future directions for community-based prevention research* (pp. 134-49). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Slesinger, D.P., & Ofstead, C. (1993). Economic and health needs of Wisconsin migrant farm workers. *Journal of Rural Health, 9*(2), 138-48.
- Smedley, B.D., Stith, A.Y., & Nelson, A.R. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Institute of Medicine Report. Washington, DC: National Academy of Science.

- Sogocio, T., Barr, D., Golde, M., & Rasperch, L. (1998). *An overview of research on clinical practice guideline dissemination, implementation, and evaluation*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
http://www.hivforum.org/publications/dissemination_guidelines.pdf
- Solis, J.M., Marks, G., Garcia, M., & Shelton, D. (1990). Acculturation, access to care and use of preventive services by Hispanics: Findings from the HHANES, 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80(Suppl. 12), 11-19.
- Spector, R.E. (1991). *Cultural diversity in health and illness* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Trevino, F.M., Moyer, M.E., Valdez, K.B., & Stroup-Benham, C.A. (1991). Health insurance coverage and utilization of health services by Mexican-Americans, mainland Puerto Ricans, and Cuban Americans. *Journal of the American Medical Association*, 265(2), 233-7.
- U.S. Census Bureau. (2000). Census 2000 EEO Data Tool: Data Results for Total US: <http://www.census.gov>
- U.S. Census Bureau. (2002). Percent of high school and college graduates of the population 15 years and over, by age, sex, race, and Hispanic origin. <http://www.census.gov>
- Valdes, M.I. (2000). *Marketing to American Latinos: A guide to the in-culture approach*. Ithaca, NY: Paramount Market Publishing.
- Vega, W., Gil, A. Kolody, B. (2002). What do we know about Latino drug use? Methodological evaluation of State databases. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 24(4), 395-408.
- Weinick, R.M., Zuvekas, S.H., & Cohen, J.W. (2000). Racial and ethnic differences in access to and use of health care services, 1977 to 1996. *Medical Care Research and Review*, 57(1) Suppl:36-54. White-Means, S.L., Thornton, M.C., & Yeo, J.S. (1989). Sociodemographic and health factors influencing Black and Hispanic use of the hospital emergency room. *Journal of the National Medical Association*, 81, 72-80.
- Zierler, S., & Krieger, N. (1997). Reframing women's risk: Social inequalities and HIV infection. *Annual Review of Public Health*, 18, 401-36.

Lecturas sugeridas

- Office of Minority Health. (2001). National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care: Final report (pp. 3-131). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Smedley, B.D., Stith, A.Y., & Nelson, A.R. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Institute of Medicine Report. Washington, DC: National Academy of Science.

Ética

Los siguientes cuatro principios éticos rectores deben incorporarse en cualquier entorno de atención en salud. Ellos son: *autonomía* (asegurar respeto al derecho de la personas de tomar sus propias decisiones), *beneficencia* (actuar por el beneficio del paciente o poner los intereses del paciente primero), *no-negligencia* (cuidar de no dañar o lesionar al paciente), y *justicia* (tratar a los pacientes en circunstancias similares de manera igualitaria así como distribuir los recursos de manera justa) (Lo, 2000a).

La *Autonomía* quiere decir que debe dársele al paciente la información que necesita para tomar una decisión basada en hechos y luego dejar que el paciente tome su propia decisión. El principio de la autonomía es más difícil de implementar cuando el paciente no tiene la capacidad (debido a la edad o su enfermedad física o mental) de elegir racionalmente. Con el objeto de asegurar que los pacientes se sientan con el poder de tomar sus propias decisiones, los profesionales de la salud deben proporcionar los recursos para aquellos en desventaja debido a sus problemas de alfabetismo o dominio del idioma, incluyendo el uso de intérpretes para aquellos pacientes que no tienen fluidez en inglés y la provisión de materiales en el idioma nativo del paciente.

El segundo principio, *beneficencia*, requiere que el proveedor de salud actúe en el mejor interés de sus pacientes al proveer una atención en salud competente y oportuna, dentro de los límites de prácticas clínicas estándares. El tercer principio de *no—negligencia* puede ser difícil de aplicar. Este principio requiere que los proveedores eviten causar cualquier daño a los pacientes. Por ejemplo, puede suceder que el proveedor de salud se vea obligado por normas estatales o federales a revelar o transferir información que él sabe puede usarse para la notificación de la pareja. El proveedor lo deberá hacer aunque esto represente un perjuicio potencial para el paciente portador del VIH. El proveedor puede limitar el daño y honrar el principio de autonomía al informar al paciente antes de entregar o revelar tal información.

El cuarto principio, *justicia*, insta a los profesionales de la salud a que traten a todos los individuos de manera equitativa sin importar su raza, etnia, religión, orientación sexual, o esta-

Cuatro principios éticos rectores:

- Autonomía
- Beneficencia
- No-negligencia
- Justicia

do de salud. Los latinos portadores del VIH pueden experimentar discriminación en múltiples niveles. Por ejemplo, un hombre latino que sostiene relaciones sexuales con hombres, puede ser discriminado debido a su etnia, sus prácticas sexuales, su estatus migratorio, y su limitada fluidez con el inglés. Para cumplir con el principio de justicia se requiere que los proveedores de salud analicen sus creencias personales y prejuicios y hagan un esfuerzo consciente de tratar a todos sus pacientes de manera justa y equitativa.

Confidencialidad y pruebas

Dentro de las opciones disponibles para la prueba de VIH, se encuentra la prueba *anónima*, la cual usa un número en vez del nombre del individuo. Esta opción permite a los individuos saber cuál es su estatus de VIH sin preocupación de que sus resultados sean revelados a otras personas. Típicamente, estas pruebas se realizan en lugares anónimos. Este tipo de pruebas aseguran que sólo el individuo que se hace la prueba tenga acceso a los resultados de la misma. La prueba *confidencial* para el VIH, requiere que el individuo revele su nombre al trabajador de salud que le va a hacer la prueba. En la prueba confidencial para el VIH, los resultados están disponibles para el proveedor de salud que hace la prueba y los resultados se pueden volver parte del expediente médico del individuo. Es parte de la responsabilidad ética del proveedor de salud, informar al individuo al que se le ha hecho la prueba, quién exactamente podrá acceder a los resultados de la prueba. Los resultados de las pruebas del VIH son confidenciales con la excepción del nombre de la persona. Este nombre se reporta al Estado o a los departamentos públicos de salud del condado, lo cual es requerido en algunos Estados pero no en todos. (Lo, 2000b). Actualmente, los casos de SIDA se reportan al Estado o a los departamentos públicos de salud del condado en los 50 Estados del país.

Recientemente, se ha debatido mucho sobre el valor de las pruebas anónimas (Gostin, Ward, & Baker, 1997). La introducción de la prueba OraQuick ha estimulado este debate, ya que esta prueba puede ser utilizada en actividades extra-murales en las calles y dar resultados de VIH de 20 a 60 minutos, lo cual incrementa el acceso a la prueba anónima. Los oficiales de salud en toda la nación han abogado para que se termine con la prueba anónima, argumentando que con los resultados de

Prueba Anónima:

Sólo la persona que ha recibido la prueba tiene acceso a los resultados.

Prueba Confidencial para el VIH:

Los resultados están disponibles a la persona que ha recibido la prueba y al proveedor de salud que hizo la prueba. Los resultados se pueden volver parte del expediente médico del individuo. En algunos Estados, los nombres de las personas pueden ser reportados al Estado o a los departamentos de salud del condado.

las pruebas que requieren el nombre, se obtiene datos epidemiológicos mejores y más precisos. Esto es importante, si se considera el aumento de los índices de infección del VIH y la efectividad de los medicamentos antirretrovirales que retardan el progreso hacia SIDA (Gostin et al.,1997). Muchas de las organizaciones que prestan servicios para el VIH/SIDA, están proponiendo un sistema de pruebas que satisfaga los argumentos de ambos lados: usando identificadores únicos para proveer data epidemiológica que sea más precisa y que, a su vez, se mantenga la privacidad del paciente. (San Francisco AIDS Foundation, 1998).

Aquellos que apoyan las pruebas anónimas recalcan las posibles consecuencias adversas para el paciente, si la información relacionada con el VIH se revela. El simple hecho de que un individuo haya preguntado por la prueba, puede ser interpretado por los aseguradores como un reconocimiento de riesgo al VIH. En algunos estados, el individuo puede enfrentar dificultad en obtener seguro, que se le cancele, o que lo discriminen en su empleo o en la forma de tratarlo (aunque la discriminación en el trato o el empleo es ilegal de acuerdo a la Disabilities Act y a la ley de muchos Estados). Finalmente, los resultados positivos de la prueba de VIH pondrán en movimiento los procedimientos para la notificación de la pareja (lo cual se discute más adelante).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC por sus siglas en inglés) y otras organizaciones continúan recomendando que la prueba anónima se siga ofreciendo (CDC, 1999). Organizaciones como San Francisco AIDS Foundation, están diametralmente opuestas a la terminación de las pruebas anónimas porque temen que esto desincentive a aquellos con alto riesgo de infectarse con el VIH a hacerse la prueba y recibir tratamiento si se encuentra positivo (SFAF, 1998). Un gran número de individuos que rehúsan hacerse la prueba confidencial, no se harían la prueba de ninguna otra manera, si no fuese por las oportunidades que da la prueba anónima. Es más, las investigaciones sugieren que las personas que se han hecho la prueba anónima, tienen más probabilidades de que regresen por los resultados de sus pruebas que aquellos que se han hecho las pruebas confidenciales que requieren el nombre. (Hertz-Picciotto, Lee, & Hoyo, 1996).

En la medida en que la prueba anónima esté disponible, el principio de autonomía requiere que el proveedor de salud

informe a los pacientes de tal opción. Si el paciente decide hacerse la prueba confidencial, el proveedor de salud debería de decirle el nombre de la entidad gubernamental que recibirá los resultados de la prueba y qué información se hará pública (por ejemplo si el nombre del paciente será incluido). Como parte del proceso de dar un consentimiento por escrito, el proveedor deberá informar también al paciente sobre los procedimientos requeridos por el Estado para la notificación a la pareja. Finalmente, el proveedor deberá informar a los pacientes que están considerando tomar la prueba confidencial, que cuando la información relacionada con el VIH (como los resultados de la prueba) se incluya en el expediente médico, ésta puede ser revelada si el paciente da su autorización para compartir o divulgar su información médica. Los profesionales de salud deben informar a los pacientes sobre las posibles consecuencias adversas de revelar tal información.

Confidencialidad y divulgación de información

La estigmatización que acompaña el estatus de seropositivo ha hecho que algunos estados promulguen leyes que den una protección adicional al expediente médico de los individuos que son VIH positivo. En muchos estados, esa protección incluye requisitos específicos relacionados con formularios que los pacientes deben firmar autorizando la divulgación de información, así como también una protección especial en los casos en que se solicita órdenes de la corte para requerir información.

El proveedor de salud debe conocer cuáles son los requerimientos de ley del estado para que los pacientes den autorizaciones para divulgar información relacionada con el VIH. En algunos estados, una simple autorización médica no es suficiente para autorizar la divulgación de información sobre VIH. El proveedor deberá discutir con el paciente las posibles consecuencias adversas de divulgar la información relacionada con el VIH, antes de que el paciente dé su consentimiento en cualquiera de esas autorizaciones.

Confidencialidad y discreción

Es importante que el profesional de la salud recuerde que, el mantenimiento de una estricta confidencialidad, facilita el establecimiento de la confianza con el paciente latino con

VIH/SIDA, así como también, el mantenimiento de los principios de dignidad y respeto en la relación. Estas características son componentes claves para tener una relación exitosa con los pacientes latinos con VIH/SIDA y que valoran las relaciones que incorporan los elementos de respeto y confianza.

Notificación de la pareja

CDC incentiva a los estados para que implementen servicios de notificación de la pareja que sean “voluntarios, confidenciales y que se realicen de una manera informal, cooperativa y sensible a las consecuencias potenciales que pueda traer la notificación, como daño a las relaciones y posible violencia” (CDC, 1997, p.1). Cada estado posee un marco legal diferente en relación a la notificación de la pareja. Los proveedores de salud deben saber lo que la ley en sus estados establece e informar a los pacientes sobre la ley.

La notificación de la pareja es un asunto complejo. Algunos argumentan que el estatus de la notificación de la pareja hace que los pacientes oculten información sobre sus parejas. Aunque el nombre del paciente infectado con VIH no se revela durante la notificación de la pareja, los pacientes saben que en muchos casos, puede ser muy fácil para las parejas identificar cuál fue la pareja responsable por su infección. Muchos pacientes infectados con VIH pueden temer a la reacción de su pareja. En un estudio, el 45% de los proveedores de salud que prestan servicios a mujeres VIH positivas, reportaron haber tenido pacientes que le temían a la notificación de la pareja por miedo a ser víctimas de violencia doméstica, y una cuarta parte de los proveedores reportaron tener pacientes mujeres que de hecho fueron agredidas como resultado de una reacción violenta de la pareja notificada. (Rothenberg, Paskey, Reuland, Zimmerman, & North, 1995). En una encuesta realizada por La Asociación Nacional de Portadores del VIH (National Association of People with AIDS, NAPWA por sus siglas en inglés), los pacientes con SIDA identificaron las amenazas de violencia como la preocupación más importante. Diecisiete por ciento de todas las mujeres en la encuesta y un cuarto de las latinas reportaron violencia doméstica (NAPWA, 1992). La violencia doméstica es realmente un problema dentro de la comunidad latina y puede ser exacerbada por las expectativas culturales relacionadas con la expresión del *machismo* entre los hombres y el *marianismo* entre las mujeres.

Es importante estar conscientes de que muchas latinas infectadas con VIH están infectadas como resultado de la infidelidad de sus parejas masculinas con otras mujeres y/u hombres. Estas parejas masculinas pueden sentirse amenazadas por la notificación involuntaria de la pareja, dado que ellos no querrán admitir haberse involucrado en conductas y prácticas sexuales riesgosas. Los asuntos del sexo y el uso de las drogas deben discutirse con el paciente de tal manera que el proveedor de salud pueda evaluar la probabilidad de que haya violencia en la relación y los peligros de la notificación de la pareja sin el consentimiento del paciente. (North & Rothenberg, 1993). El desarrollo de la relación paciente-proveedor basada en una información fidedigna, *confianza*, y *respeto*; permitirá al proveedor asistir al paciente para que tome la mejor decisión para él o ella. Si existe algún riesgo de violencia para el paciente, el proveedor de salud debe ayudar al paciente a desarrollar un plan de seguridad.

Riesgos para los trabajadores de salud que tratan pacientes portadores del VIH

Un estudio epidemiológico realizado en el 2001 identificó un total de 57 trabajadores de salud infectados con VIH que definitivamente contrajeron el virus debido a sus trabajos (Do et al., 2003). De los 57 trabajadores de salud, la mayoría (49) estuvieron expuestos a sangre infectada con VIH y, 51 de 57 trabajadores lo experimentaron mediante exposición transcutánea (Do et al., 2003). Algunas de las principales causas de lesiones percutáneas -por pinchazo- incluyeron movimientos súbitos del paciente, manipulación de utensilios médicos cortantes y al cubrir agujas hipodérmicas. Muchas de estas lesiones podrían haberse evitado de haberse seguido las precauciones recomendadas. (Do et al., 2003).

CDC ha adoptado y actualizado las precauciones universales para el control de la infección a fin de prevenir la transmisión del VIH y otros patógenos debido a manipulación de sangre (CDC, 1987, 1988, 1989, 1990, 2001, 2003). Es importante que todos los trabajadores de salud conozcan la importancia que tiene el estricto cumplimiento de estos procedimientos. Aunque en la actualidad, las citas de alto riesgo con pacientes infectados con VIH ocurren con menos frecuencia de lo que ocurrían hace 10 o 20 años atrás, el número de personas infectadas con VIH se ha incrementado dramáticamente, haciendo

que los proveedores de salud tengan una mayor posibilidad de estar en contacto con pacientes infectados con VIH (particularmente en instalaciones para pacientes ambulatorios). Algunos proveedores de salud pueden temerle al contacto con pacientes infectados con VIH a pesar del pequeño riesgo que enfrentan. (National Minority AIDS Education and Training Center, 2002). Los trabajadores de salud deben perseguir lo que es mejor para sus pacientes y, enfrentar y eliminar cualquier temor infundado que ellos o sus colegas puedan estar enfrentando, manteniendo en mente que el riesgo ocupacional de contraer VIH es mínimo. Los proveedores de salud tienen una responsabilidad ética clara de tratar en forma eficaz a todos los pacientes, a pesar de cualquier temor personal de tratar pacientes con VIH/SIDA.

Riesgos de los pacientes de ser infectados con VIH por los trabajadores de salud

En diciembre del 2001, aproximadamente el 5% de todos los casos de adultos y adolescentes con SIDA fueron trabajadores de salud. (Do et al., 2003). El riesgo de transmisión de un trabajador de salud al paciente está limitado a esos casos en los que el trabajador está proveyendo un servicio durante el cual existe la posibilidad de que el paciente esté expuesto a los fluidos corporales del trabajador. En esta categoría limitada, el riesgo de transmisión del proveedor al paciente es extremadamente pequeño.

Muchos argumentan que el paciente tiene el derecho de saber de este potencial riesgo como parte de su consentimiento y también en aplicación del principio de la beneficencia, el cual requiere que el proveedor actúe buscando el mayor beneficio para el paciente. Esto quiere decir que el proveedor debe informar al paciente de su estatus de VIH/SIDA. En 1991, CDC recomendó que los trabajadores de salud portadores del VIH -específicamente aquellos que practican procedimientos invasivos- fuesen individualmente revisados por un panel de expertos para que determine si pueden o no continuar realizando este tipo de procedimientos y si deberían o no informar a sus pacientes de su estatus seropositivo. (Gostin, 2000).

Aquellos quienes creen que el proveedor de salud no tiene la obligación de informar al paciente, argumentan que crear la obligación de revelar esta información (1) viola los derechos de

los proveedores de salud y su privacidad, (2) expone al proveedor a la pérdida potencial de su estatus profesional y empleo y; (3) puede disuadir a los trabajadores de salud que están en riesgo, a que se hagan la prueba y/o busquen tratamiento.

Es siempre más difícil tomar decisiones éticas cuando los derechos y los intereses de un grupo se oponen a los derechos e intereses de otro grupo. En este caso, sin embargo, es responsabilidad del proveedor de salud procurar que el mayor beneficio del paciente sea la prioridad.

Investigaciones clínicas

Los investigadores clínicos deberían incluir una muestra de pacientes que sea representativa de la población a ser tratada. Cuando los participantes de investigaciones clínicas no son representativos de esa población y cuando las investigaciones clínicas excluyen (advertida o inadvertidamente) ciertos grupos de las pruebas clínicas, hay un riesgo de que los tratamientos desarrollados no beneficien a los miembros de los grupos excluidos. Esto viola el principio ético de justicia.

Los estudios han mostrado que las investigaciones clínicas que involucran personas infectadas con VIH, no han sido representativas de la población general de individuos infectados con VIH viviendo en los Estados Unidos. Los datos sugieren que los blancos americanos están sobre-representados mientras que los latinos y los afroamericanos están sub-representados (Gifford et al., 2002). Los datos también sugieren que los blancos americanos portadores del VIH tienen una probabilidad mayor de recibir medicamentos experimentales para el VIH cuando se les comparan con sus homólogos latinos y afroamericanos (Gifford et al., 2002). No obstante estos estudios se estandarizan mediante el uso de variables como características del paciente, el tipo de seguro médico, el estatus socioeconómico, el nivel de educación, y las actitudes hacia la atención en salud; los latinos y los afroamericanos tienen una probabilidad significativamente menor que los blancos americanos, de participar en investigaciones clínicas y de recibir medicamentos experimentales.

Las desigualdades raciales y étnicas en término de recibir nuevos tratamientos del VIH y para participar en investigaciones clínicas persiste a pesar de las normas establecidas por el Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health,

Los latinos y los afroamericanos tienen una probabilidad menor que los blancos de participar en investigaciones clínicas.

NIH por sus siglas en inglés), las cuales buscan incrementar la participación de grupos minoritarios en las investigaciones clínicas (NIH, 1994). El fracaso en garantizar la inclusión de grupos minoritarios en las investigaciones clínicas es una fuente de gran preocupación. La biología, la cultura, el ambiente social, las conductas de los individuos de los grupos excluidos, y cómo ellos responden a los protocolos de tratamiento, pueden afectar todo el curso y el progreso del VIH. El hecho de que las personas portadoras del VIH tienen una probabilidad cuatro veces mayor de pertenecer a un grupo minoritario con poco acceso a los servicios médicos, que de pertenecer al grupo de blancos americanos, empeora el problema ético que representa su exclusión. (Gifford et al., 2002, p.1373).

Para superar estas desigualdades raciales y étnicas, los proveedores deben educar a los pacientes latinos y afroamericanos con VIH/SIDA que tienen poco acceso a los servicios médicos, sobre los beneficios que tiene la participación en las investigaciones clínicas, incluyendo la posibilidad de que reciban tratamientos experimentales nuevos como resultado de su participación. Los proveedores de salud deben tratar los miedos comunes y las concepciones erradas de una manera que sea culturalmente sensible, a fin de aumentar la participación de los pacientes minoritarios infectados con VIH en las investigaciones clínicas. Las organizaciones de salud y los proveedores deben de la misma manera trabajar para mejorar el problema de accesibilidad a los sitios de investigación y otras barreras.

Conclusión

Los proveedores de salud deben incorporar los principios éticos de autonomía, beneficencia, no-negligencia y justicia en la manera en que abordan su trabajo. El respeto por los derechos del paciente de tomar sus propias decisiones, anteponer los intereses del paciente, intentar por todos los medios no hacer daño, y asegurar que los pacientes sean tratados de manera justa, son todos elementos distintivos de una buena práctica en salud. No obstante se tenga claro que los principios morales y éticos son necesarios en el campo de la salud, saber cuáles son las decisiones y los caminos correctos no siempre es una tarea fácil. Los proveedores pueden enfrentarse a retos éticos cuando sus propias creencias y valores interfieren con su

responsabilidad de tratar pacientes y/o al anteponer los intereses de sus pacientes a los suyos. El principio ético de justicia es fundamental y debe mantenerse en todas las instituciones clínicas y de investigación. Se les debe ofrecer a los pacientes latinos infectados o afectados por el VIH/SIDA, un tratamiento médico que sea cultural y lingüísticamente apropiado y, simultáneamente, fomentar el desarrollo de la confianza y el respeto entre el paciente y el proveedor.

Referencias bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention. (1987). Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR*, 36 (Suppl. No. 2S), 1.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1988). Update: Universal precaution for apnredvention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, other bloodborne pathogens in health-care settings. *MMWR*, 37, 377-88.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1989). Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health care and public-safety workers. *MMWR*, 38(no. S-6).
- Centers for Disease Control and Prevention. (1990). Public health service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine post-exposure use. *MMWR*, 39(RR01), 1-14.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1997). *AIDS Alert*, CDC defines good partner notification, 12(1) (citing unpublished CDC hand-out).
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR*, 48 (13), 1-31.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post exposure prophylaxis. *MMWR*, 50(No. RR- 11), 1-42.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Guidelines for infection control in dental health-care settings. *MMWR*, 52(RR-17), 1-61.
- Do, A.N., Ciesielski, C.A., Metler, R.P., Hammett, T.A., Li, J., & Fleming, P.L. (2003). Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: National case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24, 86-96.

- Gifford, A.L., Cunningham, W.E., Heslin, K.C., Andersen, R.M., Nakazono, T., Lieu, D.K., et al. (2002). Participation in research and access to experimental treatments by HIV-infected patients. *New England Journal of Medicine*, 346(18), 1373-82.
- Gostin, L. (2000). A proposed national policy on health care workers living with HIV/AIDS and other blood-borne pathogens. *Journal of the American Medical Association*, 284(15), 1965-70.
- Gostin, L., Ward, J., & Baker, A. (1997). National HIV case reporting for the United States. A defining moment in the history of the epidemic. *New England Journal of Medicine*, 337(16), 1162-7.
- Hertz-Picciotto, I., Lee, L., & Hoyo, C. (1996). HIV test-seeking before and after the restriction of anonymous testing in North Carolina. *American Journal of Public Health*, 86(10), 1446-50.
- Lo, B. (2000a). Confidentiality. In: *Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Lo, B. (2000b). Overview of conflicts of interest. In: *Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. National Association of People with AIDS. (1992). *HIV in America: A report by the National Association of People with AIDS*. Washington, DC: National Association of People with AIDS.
- National Institutes of Health. (1994). NIH guidelines on the inclusion of women and minorities as subjects in clinical research. *Federal Register*, 59(59), 14508-13.
- National Minority AIDS Education and Training Center. (2002). *BE SAFE: A cultural competency model for African Americans*. J. McNeil (Ed.), J. Campinha-Bacote, E. Tapscott, & G. Vample. Washington, DC: Howard University.
- North, R., & Rothenberg, K. (1993). Partner notification and the threat of domestic violence against women with HIV infection. *New England Journal of Medicine*, 329(16), 1194-6.
- Rothenberg, K.H., Paskey, S.J., Reuland, M.M., Zimmerman, S.I., & North, R.L. (1995). Domestic violence and partner notification: Implications for treatment and counseling of women with HIV. *Journal of the American Medical Women's Association*, 50(3-4), 87-93.
- San Francisco AIDS Foundation. (1998). *AIDS 101: Guide to HIV basics. HIV testing*. http://www.sfaf.org/aids101/hiv_testing.html

Sensibilidad del Profesional de Salud

A medida que la población de los Estados Unidos se hace cada vez más diversa, se vuelve aún más importante que los profesionales de la salud, estén más conscientes de su competencia cultural o, de la falta de ella, al prestar servicios de atención en salud a poblaciones marginadas. Ciertos grupos étnicos y raciales soportan una desproporcionada carga respecto a algunas enfermedades crónicas, (por ejemplo: VIH, diabetes, asma) las cuales, se complican aún más por las diversas barreras a la atención en salud. Estas barreras incluyen, pero no se limitan, al lenguaje, las diferencias culturales, el estatus socioeconómico, y el nivel de alfabetismo en materia de salud (Blum, 2004). El modelo de atención en salud común en los Estados Unidos de 15 minutos, donde “una talla le queda a todos”, no es muy bien aceptado por los pacientes latinos quienes están acostumbrados a tener tiempo suficiente para hablar con su proveedor de salud, quien no sólo les toca, sino que además les pregunta sobre su salud en general y su bienestar personal y familiar. La competencia cultural de un proveedor puede tener un impacto directo en que el paciente latino confíe o no en su proveedor y en otros trabajadores de salud, regrese a las visitas de control, cumpla con los tratamientos y/o los medicamentos, y anime a otros miembros de su familia para que busquen atención médica.

Cuando los profesionales se esfuerzan por proporcionar una atención en salud auténtica y culturalmente competente, les aseguran a sus pacientes que les están proveyendo las mejores prácticas de salud. La comprensión o entendimiento de las diferencias culturales mejora la habilidad de los profesionales de salud para hacer diagnósticos más correctos y remitir a los pacientes de una manera apropiada. Al estar consciente de los problemas relacionados al lenguaje, el profesional de la salud puede mejorar su habilidad para obtener un consentimiento o autorización informada del paciente que tiene una capacidad limitada para hablar inglés. La satisfacción del paciente, su confianza y seguridad, aumentan cuando el profesional de la salud está familiarizado con las experiencias que el paciente ha tenido en el pasado con la atención en salud. A manera de corolario, la competencia cultural es un indicador

de una mejor capacidad del proveedor para ofrecer atención en salud de alta calidad a pacientes latinos portadores del VIH.

Asuntos particulares de los latinos y de la atención en salud

Los latinos poseen características particulares que les dificultan buscar y recibir servicios de salud física y/o mental. Tal como se discutió en el capítulo de “Barreras a la atención en salud”; el idioma puede representar un problema serio para los latinos al intentar utilizar y recibir atención en salud. Es importante que los proveedores de salud recuerden que el español no es el idioma exclusivo para todos los latinos. Algunos grupos poblacionales se sienten más cómodos hablando sus idiomas indígenas, y otros pueden incluso preferir hablar inglés. Los proveedores de salud siempre deben preguntar cuál es el idioma preferido del paciente y luego, adaptar o modificar la interacción verbal, tal como corresponda.

Existe una amplia variedad de experiencias educativas entre los latinos en los Estados Unidos. Es posible que algunos latinos sólo hablen el español o un lenguaje indígena, mientras que otros, puede que tengan fluidez en varios idiomas y que ostenten títulos profesionales de alto nivel académico. Los proveedores deberán estar conscientes de que un gran número de latinos pueden no haber gozado del privilegio de cursar educación superior y tener bajos niveles educativos tanto en español como en inglés. Debido al estigma relacionado con el analfabetismo, los pacientes pueden fingir que tienen problemas de visión debido a su inhabilidad para leer. Los proveedores deberían ser sensibles a este tipo de barreras y así, ayudar al paciente, leyéndole la información y haciéndole preguntas de manera amigable para asegurarse de que el paciente entienda.

Los profesionales de salud que tienen fluidez en el idioma preferido del paciente, también deben recordar que, aunque pueden ser efectivos comunicándose en el idioma del paciente, pueden usar una terminología médica que, independientemente del idioma, es extraña para el paciente. Cuando estén tratando de comunicarse con el paciente latino, estén o no usando un intérprete, los profesionales de la salud deberán usar un lenguaje común (sencillo) y enfatizar y repetir los puntos claves para asegurarse de que el paciente entienda. (Picker Institute, 2000).

Los trabajadores de salud tienen la tarea de trabajar para disipar los estereotipos y los prejuicios más comunes cuando trabajan con pacientes latinos y deben reconocer la heterogeneidad esta población. Los latinos vienen de muchas y diferentes regiones geográficas, incluyendo el Caribe y el Sur, Centro y Norte América. Cada una de estas regiones tienen diferentes culturas, diferentes connotaciones en el idioma y tradiciones respecto de la atención en salud. Los profesionales de la salud deben tratar de no asumir que por el hecho de que un paciente de un determinado país use los servicios de un curandero, los individuos de otros países harán lo mismo. El país de origen, así como también los niveles de asimilación cultural, pueden afectar los valores culturales de los pacientes latinos. El nivel de asimilación cultural frecuentemente depende del número de años que el individuo haya estado viviendo en los Estados Unidos, la cantidad de tiempo que haya pasado en el sistema educativo y, su habilidad para hablar el inglés.

Otro factor que puede afectar la relación proveedor-paciente es el número de experiencias previas que el paciente haya tenido en el pasado con profesionales de la salud dentro de los Estados Unidos. En algunos casos, el paciente puede estar viendo a un profesional médico americano por primera vez, lo cual puede ser intimidatorio y, dependiendo de esta experiencia, puede resultar que la persona no confíe en el sistema de salud. Típicamente, los pacientes latinos están acostumbrados a proveedores en América Latina que les tocan, pasan más tiempo con ellos, y discuten asuntos personales que van más allá de la atención en salud. (Por ejemplo: la familia, la vida personal). Adicionalmente, los pacientes en países latinoamericanos frecuentemente se sientan y conversan con el doctor sobre los problemas médicos que se van a tratar antes de que se les vea en el cuarto de examen. Es posible que los pacientes no compartan los asuntos de salud o los asuntos personales en la primera cita con el profesional de salud americano, ya que puede que no confíen en él. Si los pacientes están indocumentados, estos pueden desconfiar de compartir información, por temor a ser reportados al gobierno y/o deportados. Los profesionales de la salud necesitan desarrollar relaciones con los pacientes y trabajar en cimentar la confianza, la cual, facilitará la comunicación y permitirá que el paciente sienta comodidad de intercambiar información personal de salud.

Definición y etapas de la competencia cultural

Holland y Courtney (1998) definen la competencia cultural como una apertura a las diferencias culturales. La aceptación de las diferencias étnicas de una manera abierta y genuina, sin desdén y sin hacer subestimaciones, es fundamental para el desarrollo de un estilo profesional éticamente competente. El aprendizaje sistemático depende de si el trabajador que tiene el rol de proveer la atención, tiene el interés de adoptar un rol de trabajador-aprendiz (p.46).

El concepto de trabajador-aprendiz ha sido también validado por Campinha-Bacote (1998) y Purnell y Paulanka (1998) en su identificación de las cuatro etapas de la competencia cultural las cuales están directamente relacionadas con el nivel de sensibilidad de los profesionales de salud o, con el nivel de “concientización” respecto de las interacciones con pacientes que vienen de diversos grupos culturales o étnicos.

Etapa 1: *Competencia inconsciente*, en la cual el profesional de la salud no está consciente de que las diferencias culturales existen. Esencialmente, el profesional de la salud está “culturalmente ciego”. Las presunciones comunes que hacen algunos proveedores, como que todos los pacientes latinos vienen del mismo país, (por ejemplo: México, El Salvador, o Cuba), comen tortillas, hablan sólo español, y/o no tienen documentación, son ejemplos que muestran lo que significa estar “culturalmente ciego.”

Estas presunciones erradas ignoran el concepto de variaciones intra-étnicas (en algunos casos, las culturas varían más al interior de los mismos grupos étnicos que entre los grupos étnicos)

Etapa 2: *Incompetencia consciente*, la cual toma lugar cuando uno está consciente de la falta de conocimiento acerca de la otra cultura y se da cuenta de que existen diferencias culturales. Por ejemplo, una trabajadora social reconoce que su paciente latina tiene diferentes creencias y valores a los de ella; sin embargo, la trabajadora social no tiene interés en aprender sobre las creencias/valores de la paciente a fin de mejorar su aptitud para cuidar del paciente.



Niveles de Consciencia:

1. Competencia inconsciente
2. Incompetencia consciente
3. Competencia consciente
4. Competencia inconsciente

Etapa 3: *Competencia consciente* es el acto consciente de aprender sobre la cultura del paciente, de verificar las generalizaciones, y proveer intervenciones que sean culturalmente relevantes. Un ejemplo de competencia consciente sería el psicólogo que investiga algunos términos y conceptos culturales desconocidos a los que se han referido sus pacientes latinos durante sus sesiones clínicas, con el fin de aprender más sobre la cultura de ellos.

Etapa 4: La *competencia inconsciente*, ocurre cuando los profesionales de la salud demuestran de manera clara y automática, su habilidad de prestar servicios culturalmente congruentes a pacientes de grupos culturales diversos. Por ejemplo, el médico que no es latino y que tiene una experiencia considerable trabajando con la población latina, puede poseer el conocimiento innato para usar expresiones culturales y estrategias de comunicación adecuadas, sin estar consciente de que estas expresiones no son parte de su marco de trabajo cultural original.

En el boletín informativo de Office of Minority Health's HIV Impact Winter 2001, se suministra una encuesta evaluativa breve, pero detallada, sobre la competencia multicultural, originalmente desarrollada por The University of Wisconsin. La evaluación es una herramienta para los proveedores, la cual les permite evaluar su propia competencia multicultural en diferentes áreas de conciencia cultural, conocimiento de las culturas, habilidades de competencia utilizada, compromiso con la competencia multicultural, fortalezas y retos y áreas de mejoramiento.

Disponible en: <http://www.omhrc.gov/OMH/aids/impact/winter2001.pdf>

Auto-examen del proveedor

Puede ser difícil para un proveedor de salud cuestionar su propia falta de competencia cultural al servir poblaciones latinas. Sin embargo, un paso básico para saber si el proveedor es o no culturalmente competente, es hacer un auto-examen de los prejuicios, experiencias y conocimiento que tiene sobre su propia cultura. Los proveedores deben preguntarse cómo y de qué manera valoran su (s) propia (s) cultura (s), si en términos

generales piensan en la cultura, y cómo valoran la cultura de otras personas. (Chin, 1999). No obstante este primer paso pareciese ser muy simplista, le permite al profesional de la salud reflexionar en primera instancia sobre los retos de transformarse en una persona culturalmente competente. Esto puede generar también un sentido de apreciación en el profesional de la salud respecto de las experiencias que haya tenido que soportar el paciente que se encuentra fuera de la corriente cultural dominante.

Existen variadas herramientas que los profesionales de la salud pueden utilizar para evaluar su competencia/sensibilidad cultural. La mayoría de estas herramientas guían a los proveedores en la evaluación de su propia sensibilidad en las siguientes áreas:

- **Actitudes y valores personales** - Incluye aquellas prácticas que promueven el respeto mutuo entre profesionales de salud y pacientes como por ejemplo: evaluación de materiales para evitar ofensas culturales, étnicas ó estereotipos raciales, estar consciente de cuándo es apropiado intervenir en representación de los pacientes cuando los proveedores exhiben conductas culturalmente insensatas.
- **Estilos de comunicación** - Incluye el uso recomendado de traductores y alternativas para las comunicaciones escritas; especialmente para pacientes que no tienen fluidez en el inglés o que carecen de habilidades de lenguaje.
- **Participación comunitaria** - Estar conscientes de los problemas y preocupaciones que existen en la comunidad de los pacientes que se atienden y trabajar con instituciones comunitarias apropiadas y/u organizaciones para desarrollar e implementar programas que aminoren estos problemas.
- **Ambiente de aprendizaje** - Estableciendo y comprometiéndose a proveer oportunidades para que el personal de la organización participe en experiencias de aprendizaje cultural. Estas podrían incluir clases de idiomas, grupos de aprendizaje multicultural, intercambios de personal entre organizaciones multiculturales, así como emplear personal que sea bilingüe y bicultural que pueda compartir su conocimiento y sus habilidades, además de colaborar con el desarrollo de la organización para cumplir con las necesidades de comunidades diversas.

- **Políticas y procedimientos** - Incluye políticas escritas, misión, metas y objetivos de prácticas y filosofías culturales y lingüísticas. Las políticas y los procedimientos deben de tener lineamientos estrictos para su ejecución.
- **Prácticas clínicas sensibles al paciente** – Desarrollo de prácticas que eviten el uso indebido de información científica y el estereotipo de miembros de un grupo poblacional, mientras que al mismo tiempo, se reconozca la importancia de la cultura. Es necesario llevar a cabo eventos que conmemoren la diversidad cultural y así educar aún más al personal y a los trabajadores de la salud que estén involucrados en los cuidados del paciente. No es inusual encontrar que los eventos culturales se centren en comidas étnicas de una población dada (por ejemplo, servir tacos para celebrar un evento o día feriado mexicano.) Cuando se hace sin que se consulte a otras personas, esto puede ser una manera muy limitada, cómodamente etnocéntrica de interpretar otra cultura y por ello, debe evitarse o complementarse con alguna otra forma de difundir un conocimiento más preciso.
- **Entrenamiento y desarrollo profesional** - Incluye entrenamiento sobre competencia cultural para profesionales y personal de salud, así como también, procurar que los colegas sean conscientes de las implicaciones que la competencia cultural puede tener en enriquecer las interacciones entre el proveedor y el paciente y mejorar los indicadores de salud de los pacientes.

Conclusión

Los profesionales de la salud se hacen más efectivos en proveer una atención en salud que sea culturalmente sensible a los pacientes latinos con VIH/SIDA si ellos: **(1)** tienen un buen conocimiento y entendimiento de sus propias creencias y valores culturales; **(2)** entienden las diferentes connotaciones de las diferentes comunidades latinas con las que trabajan; **(3)** comprenden las influencias sociopolíticas y /o las barreras a la atención en salud que enfrentan las diferentes comunidades latinas; y **(4)** se comprometen a desarrollar las habilidades y el conocimiento necesario para trabajar con grupos de latinos culturalmente diversos (National Minority AIDS Education and Training Center, 2002).

Recursos

Las siguientes páginas de internet proveen muchos recursos sobre la competencia cultural, incluyendo publicaciones, autoevaluaciones y parámetros organizacionales.

- The California Endowment (<http://www.calendow.org>) provee manuales sobre competencia cultural para los profesionales de la salud.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. The Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care (<http://www.omhrc.gov/cultural/>) provee recursos sobre estándares para servicios de salud que sean cultural y lingüísticamente apropiados.
- The National Center for Cultural Competence, Georgetown University (<http://gucdc.georgetown.edu/nccc>) provee recursos generales para la competencia cultural.
- Cross-Cultural Health Care Program (<http://www.xculture.org>) es un sitio en internet que suministra recursos sobre competencia cross-cultural.
- American Medical Association (<http://www.ama-assn.org>) provee una variedad de publicaciones y otros recursos.
- Diversity Rx (<http://www.diversityrx.org>) es un centro de distribución de información sobre las necesidades de lenguaje y culturales de las poblaciones diversas que buscan atención en salud.
- The Commonwealth Fund (<http://www.cmwf.org>) provee recursos sobre competencia cultural, enfoques, y marcos de trabajo.
- The National Alliance for Hispanic Health (<http://www.hispanichealth.org>) provee guías para la competencia cultural

Referencias bibliográficas

- Blum, E. (2004). *Zero tolerance for disparity begins with primary care*. Washington, DC: American Medical Association.
- Camphina-Bacote, J. (1998). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Chin, J.L. (1999). Cultural competence in a multicultural society: A checklist. *Self Help Magazine*: www.selfhelpmagazine.com.
- Holland, L., & Courtney, R. (1998). Increasing cultural competence with the Latino community. *Journal of Community Health Nursing*, 15(1), 45-53.
- National Minority AIDS Education and Training Center. (2002). *BE SAFE: A cultural competency model for African Americans*. J. McNeil (Ed.), J. Campinha Bacote, E. Tapscott, & G. Vample. Washington, DC: Howard University.
- Picker Institute. (2000). Cultural factors in patient care. *New Visions for Health Care* (Bulletin), 21, 1.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (1998). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis, Co.

Evaluación

La evaluación cultural es definida como la habilidad de los profesionales de salud para obtener información relevante sobre los problemas que aquejan al paciente y su historia de salud dentro del contexto cultural del mismo (Campinha-Bacote, 1998). La premisa fundamental de la evaluación cultural es que los pacientes tienen derecho a tener sus propias creencias, valores y prácticas, las cuales deben ser respetadas, entendidas y consideradas al momento de darles atención en salud culturalmente competente. (Leininger, 1978). Entender y negociar con los pacientes los diferentes factores culturales y sociales que influyen la atención de su salud, puede mejorar el resultado final del tratamiento y promover una mayor satisfacción del paciente.

Evaluaciones y planes de tratamientos basados en la cultura

Las evaluaciones y los planes de tratamiento basados en la cultura son especialmente apropiados para tratar a los latinos con VIH/SIDA. Leininger (1978) define una evaluación cultural como "la evaluación sistemática o examinación de los individuos, grupos, y comunidades con base en sus creencias culturales, valores y prácticas, para determinar así las necesidades explícitas y las prácticas de intervención dentro del contexto cultural de las personas que están siendo evaluadas." Varias herramientas de evaluación cultural han sido creadas utilizando nemotecnias que ayudan a los profesionales de la salud a recoger datos valiosos de sus pacientes. (Berlin & Fowkes, 1983; Stuart & Lieberman, 1993; Like, 1997). Estos modelos nemotécnicos están representados por abreviaturas tales como, **BATHE**, **ETHNIC**, y **LEARN** (todos por sus siglas en inglés) y serán explicados en las páginas siguientes.

Los pacientes tienen el derecho a tener sus propias creencias, valores y prácticas. Entender estos factores y negociarlos con los pacientes puede mejorar los resultados finales del tratamiento e incrementar la satisfacción del paciente.

BATHE

BATHE significa: **Background** (*Antecedentes*), **Affect** (*Afectar*), **Trouble** (*Problema*), **Handling** (*Manejo*) y **Empathy** (*Empatía*). El modelo **BATHE** (Stuart & Lieberman, 1993) puede utilizarse para obtener información relacionada con el contexto psicosocial del paciente. El profesional de la salud primero se informa sobre los **antecedentes** del paciente al hacer preguntas como, "¿qué es lo que está pasando en su

vida?” Esta pregunta ayuda a conocer el contexto de la visita del paciente. Evaluar la **preocupación** del paciente es igualmente importante. Preguntar, ¿cómo se siente acerca de lo que le está pasando? puede ayudar al profesional de la salud a evaluar el estado de ánimo del paciente y permite que el paciente informe y califique cómo se siente. El profesional de la salud también debe evaluar la posible significación simbólica de la enfermedad. Una pregunta tal como ¿cuáles son las cosas que más le preocupan en esta situación?” permitirá obtener información en esta área. También es importante evaluar el nivel de funcionamiento del paciente. Preguntar “¿cómo está manejando su enfermedad?” le dará al proveedor de salud una idea de la capacidad del paciente para manejar su enfermedad y ayudará a proveer curso al tratamiento. Finalmente, el profesional de la salud debe mostrar empatía durante la fase evaluativa de la atención en salud. Hacer un comentario como “debe ser muy difícil para usted...” legitima los sentimientos del paciente y suministra apoyo psicológico.

ETHNIC

El modelo **ETHNIC Explanation** (*Explicación*), **Treatment** (*Tratamiento*), **Healers** (*Curanderos*), **Negotiate** (*Negociar*), **Intervention** (*Intervención*), y **Collaboration** (*Colaboración*) — es un marco de referencia para generar prácticas clínicas culturalmente competentes. Like (1997) afirma que, “volverse culturalmente competente es ser culturalmente humilde...los médicos necesitan aprender qué tipo de preguntas hacer para obtener el marco cultural del paciente - cómo los pacientes explican sus enfermedades y lo que esperan, quizás, inconscientemente, de una visita al médico.”

Like sostiene que los profesionales de salud deben obtener de su paciente **una explicación** de su problema. Él sugiere hacer preguntas para determinar la percepción que el paciente tiene de su enfermedad, tales como:

- ¿Por qué cree usted que tiene estos síntomas?
- ¿Qué dicen los amigos, la familia y otros acerca de estos síntomas?
- ¿Conoce a alguien más que haya tenido o que tenga este tipo de problema?
- ¿Qué ha escuchado/leído/visto en la TV, la radio/la prensa sobre su enfermedad?

Los profesionales de la salud deben evaluar los tipos de **tratamientos** que los pacientes hayan recibido para sus enfermedades, debido particularmente a la diversidad de manifestaciones clínicas que puede tener un diagnóstico de VIH/SIDA. Preguntas como “¿qué tipo de medicinas, remedios caseros, u otros tratamientos ha tratado para esta enfermedad?” o “¿hay algo que usted coma, beba, o haga (o evite hacer), de manera regular para mantenerse saludable?” ayudará a los profesionales de la salud a recoger esta información. Algunos pacientes acostumbran a recibir atención de profesionales de la salud que usan medicina alternativa y de curanderos. Preguntas tales como “¿usted ha buscado cualquier consejo de **curanderos**, amigos, u otras personas que no son médicos para que le ayuden con su problema?” ayudará a clarificar el uso de profesionales de la salud no tradicionales. Esto es de particular importancia cuando se trabaja con la población latina dado el uso frecuente de prácticas de medicina alternativas.

La **negociación** de un plan de tratamiento donde ambos, el proveedor y el paciente, llegan a un acuerdo, es de gran importancia para que el paciente cumpla con el tratamiento prescrito para el VIH. El profesional de la salud debe esforzarse por encontrar opciones de tratamientos que sean aceptables tanto para el profesional de la salud como para el paciente, y que no contradigan, mejor aún, que incorporen, las creencias del paciente. Seguidamente, el profesional de la salud debe establecer y acordar con el paciente un plan de tratamiento que incorpore terapias alternativas, espiritualidad, curanderos, así como también, otras prácticas culturales (como alimentos que se ingieren o se evitan por lo general y/o cuando se está enfermo.) Finalmente, los profesionales de la salud deben colaborar con el paciente, con los familiares del paciente, otros miembros del equipo que proveen atención médica, curanderos, y con los recursos de la comunidad, para hacer posible un tratamiento que sea los más óptimo e integral posible para el paciente latino infectado con VIH/ SIDA.

LEARN

Los lineamientos del modelo **LEARN** —**Listen** (*Escuchar*), **Explain** (*Explicar*), **Acknowledge** (*Reconocer*), y **Negotiate** (*Negociar*), fueron desarrollados por sus autores, Berlin y Fowkes (1983) con el objeto de conducir una evaluación cultural.

- **Escuchar (L):** El primer paso es escuchar las percepciones que el paciente tiene acerca de su problema.
- **Explicar (E):** El segundo paso implica la explicación del proveedor de su percepción del problema, incluyendo las causas fisiológicas, psicológicas, espirituales, culturales y/o manifestaciones del problema.
- **Reconocer (A):** El próximo paso implica el reconocimiento de las semejanzas y las diferencias entre las percepciones del paciente y el proveedor. Aunque es importante reconocer estas diferencias, los profesionales de la salud deben enfatizar las semejanzas y utilizarlas como puentes para crear una comunicación culturalmente relevante sobre la que se pueda cimentar la confianza.
- **Recomendar (R):** El cuarto paso implica las recomendaciones que el proveedor de la salud brinda para el tratamiento. Es esencial que el paciente tenga un papel activo en la adopción de estas recomendaciones tal como están escritas en el plan de atención en salud del paciente latino.
- **Negociar (N):** Finalmente, el profesional de la salud debe negociar un plan de tratamiento. Resulta beneficioso incorporar en este plan ciertos aspectos seleccionados con la cultura del paciente, para asegurar una atención en salud culturalmente competente y lograr la meta de indicadores positivos del estado de salud del paciente

Modelo explicativo

Kleinman (1980) ofrece a los profesionales de la salud una herramienta de estimación cultural que está basada en las percepciones que tiene el paciente sobre su enfermedad y al que se le refiere como modelo explicativo. Al describir el modelo explicativo del paciente, Kleinman hace una clara distinción entre dos aspectos que forman parte del padecimiento de un problema de salud: la enfermedad como tal (*disease*) y el padecimiento (*illness*).

El término enfermedad se refiere al mal funcionamiento de los procesos biológicos y/o psicológicos, mientras que padecimiento se refiere a la experiencia

psicológica y al significado que se le da a la enfermedad percibida. Está fundamentado [el padecimiento] en reacciones personales, sociales y culturales hacia la enfermedad. Esto es, que el padecimiento contiene respuestas a la enfermedad, que tratan de darle un significado, una explicación, así como también, una forma de control. Visto desde esta perspectiva, el padecimiento es lo que le da forma a la enfermedad dentro de una conducta y una experiencia. (p.74)

Los modelos explicativos del paciente se pueden obtener en todo tipo de entorno clínico, siempre que los profesionales de la salud sean persistentes y demuestren interés genuino, sin prejuicio, en las creencias del paciente. Adicionalmente, los profesionales de la salud deben compartir con sus pacientes la importancia de conocer su modelo explicativo para así planear un tratamiento apropiado (Kleinman, 1980). Kleinman, Eisenberg, y Good (1978) sugieren las siguientes ocho preguntas abiertas para evaluar el modelo explicativo del paciente:

1. ¿Qué cree usted que ha causado su problema?
2. ¿Por qué cree usted que empezó en el momento en que empezó?
3. ¿Qué cree que la enfermedad le hace a usted?
4. ¿Qué tan severa es su enfermedad?
5. ¿Qué clase de tratamiento cree usted que debería de recibir?
6. ¿Cuáles son los resultados más importantes que usted espera lograr con este tratamiento?
7. ¿Cuáles son los principales problemas que esta enfermedad le ha causado?
8. ¿Qué es a lo que más le teme de esta enfermedad?

Al conducir una evaluación cultural entre pacientes latinos con VIH/SIDA, las respuestas a estas preguntas juegan un papel importante en desarrollar un plan de tratamiento que sea culturalmente sensible. La importancia de este papel se evidencia en el siguiente caso de estudio.

Caso de estudio

Roberto Martínez, es un paciente de 26 años de edad, descendiente de puertorriqueños, diagnosticado con SIDA, que se presenta en una clínica ambulante para que le evalúen y traten su condición. Un trabajador social vio inicialmente al Sr. Martínez. Después de iniciar un diálogo introductorio con el paciente, el trabajador social obtuvo una evaluación histórica social mediante la integración de las ocho preguntas culturales de Kleinman. Cuando le preguntaron al paciente qué pensaba que le había causado su enfermedad, el Sr. Martínez fácilmente explicó "...perdí el favor de los Santos. Un amigo que compartió drogas conmigo me expuso al virus, y como yo no estaba adorando o venerando a Dios y a los santos apropiadamente, me infecté. Ellos (los santos) me habrían protegido de esta enfermedad si yo hubiera estado bajo su favor."

Cuando le preguntaron por qué él pensaba que había contraído el virus, él respondió "...Yo realmente no sé. Yo no sabía que era seropositivo hasta algunos años después de mi enfermedad. De hecho, cuando decidí enderezar mi vida y parar de inyectarme drogas, me enteré de mi diagnóstico de SIDA." Luego, se le preguntó al Sr. Martínez qué pensaba que el SIDA le hacía a él. Él dijo que ha mejorado su relación con Dios y los santos. Añadió "...hace que quiera vivir mi vida de la manera correcta."

Luego el trabajador social le preguntó qué tan severa él pensaba era su enfermedad. Él dijo que hay momentos en los que se pone furioso y temeroso porque no sabe qué le puede pasar después, y tiene miedo de que su condición empeore. Añadió "...trato de enfocarme en mi relación con Dios y con los santos para sanar esta enfermedad y para combatir los malos espíritus." Luego, el trabajador social le preguntó que qué tipo de tratamiento pensaba él que debería de recibir. El Sr. Martínez dijo que él tenía una fuerte creencia en la Santería, así como en espíritus buenos y malos. Él sugirió que ofrecer oraciones espirituales junto con el uso de aceites especiales, incienso, lociones y hierbas, posiblemente mejoraría su condición. Informó que

Este caso claramente demuestra la información valiosa que se puede obtener al realizar una evaluación cultural utilizando las ocho preguntas de Kleinman. En este caso, el trabajador social debería saber que al usar prácticas del curanderismo

una vez, un familiar lejano se había curado de cáncer después de haber ofrecido un banquete y haber dado ofrendas a uno de los santos patronos, y que a lo mejor esto sería algo que él debería de intentar también.

Cuando se le preguntó qué esperaba lograr de estos tratamientos, el Sr. Martínez dijo que él esperaba tener un alivio físico y espiritual (iluminación y salvación) y una protección contra el mal. Él explicó que, al encontrar el favor de los santos, era posible que ellos le curaran de su enfermedad completamente. El Sr. Martínez también informó que el problema principal de tener SIDA era el sentirse deprimido. Cuando el trabajador social le preguntó al Sr. Martínez a que le temía más de su enfermedad, él respondió "...tengo miedo de que sufra mucho antes de morir."

(como hierbas y aceites), el Sr. Martínez podría estar logrando un sentido de control sobre una enfermedad muy impredecible. El uso del curanderismo se puede considerar como un proceso activo de adaptación; y los estilos activos de adaptación han demostrado tener resultados psicológicos y físicos positivos. (Suarez, Raffaelli, & ÓLeary, 1996). Por esta razón, el trabajador social debería considerar que las ideas que el Sr. Martínez tiene sobre el tratamiento, tienen el potencial de jugar un papel beneficioso en el mejoramiento de sus indicadores de salud y debería recomendar que sus ideas sean incorporadas en el plan de tratamiento. Al formular un plan de tratamiento culturalmente apropiado para el Sr. Martínez, es importante que el trabajador social haga un plan que ambas partes acepten y que incluya:

1. La creencia que el Sr. Martínez tiene en la *Santería*.
2. El uso de rezos espirituales, aceites, incienso, lociones, y hierbas.
3. Aumentar su conocimiento en medicamentos antirretrovirales.
4. Reconocer sus creencias espirituales.
5. Identificar estrategias para manejar su depresión.
6. Proveer planteamientos culturalmente específicos (Por ejemplo: la espiritualidad) que ayuden a manejar su ira y miedo.

7. Discutir y explorar más su miedo al dolor y al sufrimiento.
8. Ofrecer esperanza en su búsqueda para mantener una vida positiva y saludable.

Integración del contenido cultural

Es importante para los profesionales de la salud mantener en mente que, realizar una evaluación cultural, es más que simplemente seleccionar el método correcto y hacerle al paciente las preguntas enumeradas. La evaluación cultural debe realizarse de una manera culturalmente sensible. Una forma de hacerlo es que los profesionales de la salud incorporen el contenido cultural en los instrumentos de evaluación existentes. En vez de tener una forma o herramienta de evaluación cultural separada, los profesionales de la salud pueden encontrar más útil o práctico revisar el historial médico existente o forma de evaluación del paciente, para hacer preguntas que sean culturalmente relevantes. (Campinha-Bacote, 1995). Al llevar a cabo una evaluación cultural de esta manera, la cultura no se separa; más bien se incorpora en la evaluación general del paciente.

Buchwald y colaboradores (1994) sugieren otras técnicas para obtener el contenido cultural del paciente. Primero, los profesionales de la salud deben escuchar con interés y no juzgar lo que escuchan. Algunos pacientes pueden compartir abiertamente información sobre sus estilos de vida y conductas que pueden sonar censurables al proveedor de la salud. Para obtener información relevante sobre el estilo de vida del paciente que pueda afectar al tratamiento, el profesional de la salud debe mantener una actitud no-prejuiciosa y escuchar con genuino interés. Segundo, el profesional de la salud puede desarrollar otros estilos de indagación, adoptando un estilo menos directo y más conversacional al evaluar los antecedentes del paciente. Los profesionales de la salud pueden considerar comentarios como *“cuénteme de usted y de su familia.”* Otra técnica es enmarcar preguntas dentro del contexto de otros pacientes o dentro del contexto de la familia del paciente. Por ejemplo *“Yo conozco un paciente que cree _____ sobre el SIDA. ¿Qué piensa usted?”* o *¿Qué piensa su mamá del SIDA?* Atribuir explicaciones a otra persona puede ayudar a los pacientes a revelar creencias sobre la salud y las prácticas con las que pueden sentir incomodidad al compartirlas directa-

mente. (Buchwald et al., 1994). Estas estrategias son particularmente relevantes para comunidades latinas en las que existen un sinnúmero de mitos sobre la transmisión y etiología del VIH.

Conclusión

La información obtenida en una evaluación cultural ayudará a los profesionales de la salud a formular un plan de tratamiento para sus pacientes latinos que sea aceptado por ambas partes y que sea culturalmente sensible. No obstante es importante conducir evaluaciones culturales en poblaciones étnicamente diversas, tal como los latinos; estas evaluaciones no deben limitarse únicamente a estos pacientes. Es importante saber que “cada paciente necesita una evaluación cultural, no sólo aquellos pacientes que parecen que necesitan una evaluación basada en la cultura.” (Campinha-Bacote, 1995).

Los proveedores no deben confiar en las percepciones basadas en la apariencia para explicar la cultura del paciente y sus antecedentes, especialmente entre latinos, donde la diversidad de todas las razas y etnicidades están presentes. Todos los pacientes tienen valores, creencias y prácticas que deben ser consideradas e incorporadas en la evaluación, planificación, e implementación de los servicios médicos. Al hacer la evaluación cultural a todos los pacientes, se estará evitando “el síndrome de puntos ciegos culturales,” lo cual ocurre cuando los profesionales de la salud asumen que no hay diferencias culturales o barreras potenciales a la atención en salud porque el paciente luce y se comporta de la manera que ellos lo hacen. (Buchwald et al., 1994).

Todo paciente
necesita una
evaluación cultural

Referencias bibliográficas

- Berlin, E., & Fowkes, W. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine*, 139, 934-48.
- Buchwald, D., Caralis, P.V., Gany, F., Hardt, E.T., Johnson, T.M., Muech, M.A., et al. (1994). Caring for patients in a multicultural society. *Patient Care*, 28, 105-23.
- Campinha-Bacote, J. (1995). The quest for cultural competence in nursing care. *Nursing Forum*, 30, 19-25.
- Campinha-Bacote, J. (1998). *The process of cultural competence in the delivery of health care services* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Los Angeles, CA: University of California Press.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine*, 116, 256.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. (2nd ed.). New York: McGraw Hill.

Like, R. (1997). *Becoming culturally competent*. Newark, NJ: Center for Healthy Families and Cultural Diversity, Department of Family Medicine, UMDNJ Robert Wood Johnson Medical School.

Stuart, M.R., & Lieberman, J.R. (1993). *The fifteen-minute hour: Applied psychotherapy for the primary care physician* (2nd ed.). New York: Praeger.

Suarez, M., Raffaelli, M., & O'Leary, A. (1996). Use of folk healing practices by HIV-infected Hispanics living in the United States. *AIDS Care*, 8(6), 683-90.

Datos

Los latinos portadores del VIH comprenden una población diversa con una amplia gama de necesidades. Si se desea brindar a la población latina una atención en salud y tratamientos efectivos, es necesario conocer las creencias y valores culturales más relevantes en este grupo. Como quiera que no todos los pacientes latinos comparten los mismos valores y creencias, es fundamental que los profesionales de la salud tengan un conocimiento general de cómo la cultura influencia la utilización de servicios de salud. Igualmente estos deben conocer las desigualdades que afectan a la población latina y las diferentes variaciones biológicas en que se manifiesta el VIH.

Creencias culturales y valores

Al prestar servicios médicos al paciente latino es útil que el proveedor de la salud esté familiarizado con los términos *fatalismo*, *familismo*, *simpatía*, *confianza*, y *respeto*, para así entender las diferentes maneras en que estos términos pueden afectar la visita médica. *Fatalismo* es la creencia de que uno tiene que aceptar pasivamente los eventos desafortunados de la vida y la creencia de que uno tiene muy poco control sobre los problemas de salud. Es frecuente encontrar esta creencia entre latinos, particularmente en los inmigrantes que han confrontado muchísimas dificultades. Aun cuando varias investigaciones han establecido una relación entre el fatalismo y las falsas creencias que se tienen sobre el cáncer y su diagnóstico, es necesario llevar a cabo más investigaciones para determinar los efectos del fatalismo en comportamientos relacionados con la prevención del VIH entre latinos y con el cumplimiento del régimen de tratamiento entre portadores del VIH. (Morgan, Park, & Cortes, 1995). Es esencial que el profesional de la salud trabaje con el paciente para procurar un nivel adecuado de autosuficiencia y que se creen oportunidades para que el paciente participe en tratamientos y en prácticas relacionadas con el bienestar, lo cual mejora el sentido de control del paciente sobre el virus y su progresión.

El *familismo* se relaciona con la dependencia de un individuo con su núcleo familiar para obtener apoyo social. Frecuentemente el fenómeno del *familismo* se encuentra entre

pacientes que tienen otras enfermedades serias y, con menos frecuencia, entre aquellos que tienen VIH. Debido al alto grado de estigmatización asociado con la infección del VIH, muchos latinos, en particular aquellos que se han infectado a través del contacto homosexual y/o a través del uso de drogas inyectables (IDU por sus siglas en inglés), por lo general se rehúsan a compartir su condición médica con miembros de su familia por temor al rechazo. Otros latinos infectados con VIH encuentran un gran apoyo dentro de su estructura familiar. La inclusión de la familia en el tratamiento puede ser un elemento importante para que el paciente cumpla con el tratamiento. Un fuerte sistema de apoyo familiar puede hacer que el paciente maneje la enfermedad y cumpla con su tratamiento de manera exitosa. Las familias latinas son usualmente extensas y pueden acompañar al paciente a la visita médica. Los profesionales de la salud deben recordar que la familia latina representa un aspecto fundamental en la toma de decisiones relativas a la salud y juega un importante papel en la fase de recuperación. (Abraido-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak, & Turner, 1999; Stycos, 1952). Es recomendable que los profesionales de la salud comiencen a ver a los múltiples visitantes, que con frecuencia están al lado de la cama del paciente latino, más como un aspecto positivo en vez de verlo como una molestia o una perturbación al ambiente atareado que existe en clínicas y/u hospitales de de la salud.

Simpatía es la cualidad de ser amigable con un matiz de humildad y vulnerabilidad. Esta es una característica importante entre latinos y es una cualidad que ellos esperan encontrar en los profesionales de la salud. Un médico jactancioso o arrogante no se ganará la confianza del paciente. La existencia de la confianza es quizás el elemento más importante dentro de una relación positiva entre el profesional de la salud y el paciente. Si el profesional de la salud puede ganarse la confianza del paciente, es mucho más probable que el paciente cumpla con el tratamiento médico, exprese sus preocupaciones, haga preguntas, y que acuda a las citas médicas de control. Dado que el establecimiento de la confianza en una relación puede tomar un tiempo considerable, lo cual no es frecuentemente permitido en el sistema de prestación de servicios de salud de los Estados Unidos, puede resultar muy difícil para el profesional de la salud desarrollar la confianza, particularmente cuando éste no habla el idioma de su paciente. Sin embargo, si es posible crear un vínculo fuerte de confianza

entre el médico y el paciente, si el médico de manera consistente demuestra ser una persona abierta, amigable y con expresiones de preocupación sincera por el paciente.

Respeto hace referencia a la habilidad que tiene el profesional de la salud para demostrar un respeto recíproco por el paciente. *El respeto* es de vital importancia en la era del VIH/SIDA, particularmente por el estigma que genera en la comunidad latina. Los profesionales de la salud deben reconocer que los latinos muchas veces experimentan un gran nivel de discriminación. Las instituciones de salud deberían ser lugares donde los latinos infectados con SIDA puedan esperar sentirse bienvenidos, bien cuidados, y respetados en todo momento. La religión y la espiritualidad también constituyen valiosos recursos de apoyo para el paciente latino y que pueden influenciar el estado de salud. No obstante un número creciente de latinos profesan la fe cristiana y participan en movimientos evangelistas, la gran mayoría de latinos practican el catolicismo. Entre latinos de una gran variedad de religiones, la oración se percibe como un acto complementario de cuidado médico. Para algunos católicos, asistir a los servicios religiosos tiene un efecto protector de la mortalidad. (Oman & Red, 1996). Hacer los arreglos para recibir los santos óleos o la extremaunción del enfermo puede ser muy importante para un paciente católico enfermo o al borde de la muerte. Los profesionales de la salud deben ser sensibles a estas creencias religiosas.

El rol de los géneros

El rol que juega cada género está bien definido en la población latina. El *marianismo* es el término utilizado para definir el rol que usualmente se espera que la mujer latina desempeñe. El *marianismo* incluye características de castidad, virginidad, abnegación y pureza. El *marianismo* también incluye la devoción al hogar y a la familia, y el sacrificio personal a favor del interés de la familia. (Gil & Inoa-Vazquez, 1996). De acuerdo con el *marianismo*, se espera que las mujeres acepten su destino como madres y esposas y que estén dispuestas a soportar cualquier sufrimiento que sea necesario a favor del bienestar de la familia. La virginidad en las mujeres solteras y la maternidad en las mujeres casadas son dos aspectos del *marianismo* altamente valorados. (Bigby, 2002). El hombre latino se caracteriza tradicionalmente por el *machismo*, el

cual se refiere a la determinación, virilidad, destreza sexual, fortaleza, independencia, valentía y, en algunas oportunidades, por el poder absoluto dentro de la familia para tomar las decisiones. El *machismo a su vez* incluye demostrar amor y cariño por la familia y su protección contra cualquier daño. Se espera que el hombre proteja la reputación de la familia, la cual puede incluir la protección de la moral sexual de las mujeres en su familia. (Ramirez, 1993). Es importante que los profesionales de la salud recuerden que los términos del *marianismo* y *machismo* pueden tener distintas connotaciones para diferentes individuos e igualmente ambos pueden tener atributos positivos y negativos. También deben recordar que, en algunos casos, estos valores culturales pueden tener muy poca o nada de influencia en los pacientes latinos, y en aquellos casos donde los latinos tienen un alto nivel de asimilación cultural, es probable que ni siquiera los tengan.

Uso de medicina popular

Gran parte de la medicina popular practicada en las comunidades latinas y caribeñas es utilizada por poblaciones inmigrantes con escasa experiencia con el sistema de medicina occidental prevalente en los Estados Unidos. En toda Latinoamérica y el Caribe, los remedios herbales y las prácticas espirituales se pueden obtener en *boticas*, *botánicas*, o *farmacias*. Es importante que el profesional de salud conozca que en Latinoamérica y el Caribe las farmacias frecuentemente venden remedios homeopáticos y medicamentos prescritos en cantidades similares. No es infrecuente encontrar que una farmacia esté dividida en dos secciones, una sección donde se ofrece suministros médicos y medicamentos y otra sección, donde se ofrecen alternativas homeopáticas y herbales. Adicionalmente, el farmacéuta frecuentemente cumple el papel de médico y puede diagnosticar una enfermedad y/o prescribir un tratamiento adecuado para el cliente. En los Estados Unidos, muchas de estas prácticas se usan en lugares que han sido establecidos por los inmigrantes latinos. Muchas de las personas que están involucradas con prácticas de medicina popular, tales como *sobadores* o *curanderos*, son también solicitadas dada su habilidad de tratar enfermedades o dolencias. Es más, no es extraño en la comunidad latina que *el sobador* o *el curandero* llame a la casa del paciente.

Un gran número de poblaciones latinas, particularmente inmigrantes, creen fielmente en el impacto que puede tener un evento espiritual o emocional en el estado de salud de una persona. (Landrine & Klonoff, 1994). Por esta razón, las *limpias*, que son limpiezas espirituales, y las prácticas de *espiritismo* no son infrecuentes. Los inmigrantes caribeños también pueden practicar la *santería* (una combinación de la práctica religiosa Yoruba y el catolicismo) y pueden buscar atención y consejos en las *botánicas*.

En vez de que el profesional de la salud compare su punto de vista con las creencias del paciente o el uso de la medicina popular, es preferible que reúna toda la información que le sea posible y luego, considere qué impacto puede tener el tratamiento que usa el paciente en su salud. El nivel de conocimiento que pueda tener el profesional de la salud sobre las prácticas etno-médicas utilizadas por la comunidad latina, puede mejorar el nivel de confianza que el paciente pueda tenerle, así como mejorar el cumplimiento de los regímenes de tratamiento (Murguía, Peterson, & Zea, 2003). Es vital reconocer que los *curanderos*, *sobadores*, *santeros* y *espiritistas* son frecuentemente miembros de la comunidad muy respetados, y son reconocidos por su habilidad de tratar dolencias atadas a la cultura como el *mal de ojo*, *el empacho* y el *susto* (Murguía et al., 2003). Es más, el profesional de la salud que desalienta o muestra un juicio negativo hacia las prácticas etnomédicas, puede aislar aún más al paciente y, de hecho, tener un impacto negativo en su habilidad para acceder a la atención en salud. La polarización de los dos tipos de medicinas favorece un clima en el que los latinos con serias enfermedades podrían llegar a postergar el tratamiento hasta el punto en el que la enfermedad haya causado graves efectos en su salud.

La integración de las prácticas etnomédicas en el régimen del tratamiento del paciente tiene el potencial de hacer la diferencia entre que el paciente cumpla con los regímenes médicos o los rechace completamente y le tenga miedo a las medicinas y a sus efectos secundarios. Desafortunadamente, no hay muchas investigaciones sobre la sinergia de los efectos fisiológicos y psicológicos de las prácticas etnomédicas cuando éstos se integran con la medicina occidental. Las oportunidades para la integración de las prácticas etnomédicas son infinitas, y pueden en efecto obtenerse resultados altamente positivos. Por ejemplo, la *limpia* o la *sobada* tienen muy pocas

probabilidades de que causen cualquier daño médico al paciente. Si el paciente cree que estas prácticas son beneficiosas, éstas pueden ser incorporadas en el régimen de tratamiento y tener resultados positivos. Conociendo hasta qué punto una aptitud psicológica positiva impacta el funcionamiento del sistema inmune de los pacientes con VIH, los profesionales de la salud deben sopesar estos beneficios potenciales antes de discontinuar cualquier práctica de la medicina popular. Una integración de los dos tipos de enfoques puede darle al paciente un sentido de apoyo social y de comodidad al inmigrante portador del VIH, que no sólo se está adaptando al sistema de los Estados Unidos, sino también, al diagnóstico reciente del VIH.

Algunos profesionales de la salud pueden sentirse no muy cómodos con la idea de integrar una práctica etnomédica desconocida debido al daño potencial que éstas pueden causar al paciente. Aunque la mayoría de las prácticas parecen ser seguras, como por ejemplo los masajes, es importante que el profesional de la salud conozca los pocos remedios caseros que se conocen son dañinos al paciente, tales como aquellos que contienen plomo o mercurio. Las investigaciones han demostrado que los remedios caseros que se utilizan para tratar el empacho (obstrucción gastrointestinal) usando *greta*, *azarcon*, o *albayalde* pueden ser extremadamente tóxicos porque tienen altas concentraciones de óxido de plomo (Flores, 2000; Mikhail, 1994). Adicionalmente, se ha encontrado que en las botánicas de algunas comunidades en Latinoamérica y el Caribe se vende *azogue* (mercurio metálico) como un remedio que frecuentemente produce desordenes neurológicos (Wendroff, 1990). Resulta beneficioso que el profesional de la salud conozca las prácticas de medicina popular que utilizan sus pacientes para así integrar aquellas que no son dañinas en su régimen de tratamiento. El profesional de la salud también puede informar al paciente de los efectos perjudiciales que podrían resultar de las prácticas que existen y que ya son conocidas como peligrosas.

Desigualdades en el VIH/SIDA

Los latinos portadores del SIDA son más propensos a hacerse la prueba, obtener un diagnóstico y morir más rápido de SIDA (dentro del primer año a su diagnóstico) que los blancos americanos (Centers for Disease Control and Prevention

Las latinas representan una de las poblaciones que tiene el índice de crecimiento de SIDA más rápido.

[CDC], 2003b; Neal & Fleming, 2002). En el año 2000, el VIH constituyó la cuarta causa de muerte entre latinos en el grupo etario de 24 a 44 años. En el año 2001, el índice de casos de SIDA entre latinos adultos/adolescentes fue tres veces más alto que el de los blancos americanos y; el índice de incidencia de SIDA entre los niños latinos fue marcadamente más alto que entre los niños blancos americanos (CDC, 2001b). Actualmente las latinas representan una de las poblaciones que tiene el índice de crecimiento de SIDA más rápido. Para el año 2001, el índice de crecimiento de casos de SIDA entre latinas fue cinco veces el índice de las mujeres blancas americanas (CDC, 2001b). Los nuevos casos de SIDA reportados entre blancos americanos y los latinos en el año 2001, demuestran que las mujeres representan el 23% de todos los casos entre latinos, comparado con el 15% de los casos entre los blancos americanos (CDC, 2001a).

Los casos de SIDA entre latinos varían de acuerdo con el lugar de nacimiento. El 43% de los casos de SIDA reportados entre latinos fueron entre latinos nacidos en los Estados Unidos, seguidos de Puerto Rico (22%) y México (14%). Los patrones de transmisión del VIH entre latinos también varían de acuerdo al lugar de nacimiento: Por cada 100,000 habitantes, la tasa de mortalidad ajustada por edad de la población estándar es de 32.5 para la población puertorriqueña, de 20 en el territorio de Puerto Rico, 8 entre los cubanos, 4 entre los mexicanos y 6 entre otros grupos latinos. (CDC, 2001b). Aunque los casos de SIDA se encontraron primordialmente primero entre puertorriqueños, han estado sucediendo cambios geográficos, así como también en las sub-poblaciones. Entre los inmigrantes latinos, el grupo de personas nacidas en México fue el único que experimentó un incremento en casos nuevos de SIDA. Estos casos se duplicaron de un 7% en el año 1992 a un 14% en el año 2001, lo cual indica un crecimiento dramático del VIH en esta sub-población (National Alliance of State and Territorial AIDS Directors, 2003). Aun cuando los casos de SIDA entre los latinos se han reportado en cada estado, el impacto de la epidemia en los latinos no se ha distribuido uniformemente en todo el país. Los índices de casos de SIDA por cada 100,000 habitantes latinos son más altos en la parte oriental de los Estados Unidos; particularmente en el Noreste (CDC, 2000). La prevalencia estimada del SIDA entre latinos está agrupada en unos pocos estados, donde 9 estados y Puerto Rico cuentan con el 90% de los latinos que se estiman viven con SIDA (New

York, California, Florida, Texas, New Jersey, Pennsylvania, Massachusetts, Connecticut, and Illinois (CDC, 2001b).

Los modos de exposición al VIH también varían de acuerdo al género, la raza y el grupo étnico. Entre los hombres blancos americanos con SIDA, el 73% de ellos se expusieron al VIH a través de relaciones sexuales con otros hombres (MSM por sus siglas en inglés), el 13% mediante el uso de drogas inyectables (IDU por sus siglas en inglés), el 7% por MSM/IDU, el 5% a través de contacto heterosexual, y el 1% debido a un riesgo no identificado. Entre los hombres latinos, estas estadísticas varían considerablemente: el 48% de los hombres latinos han estado expuestos al VIH debido a contacto entre MSM, el 29% por IDU, el 5% debido a MSM/IDU, el 16% por contacto heterosexual y el 1% por exposición a un riesgo no identificado (CDC, 2001). Las mujeres blancas americanas y las latinas también exhiben diferentes medios de exposición al VIH. El 59% de las mujeres blancas americanas se expusieron al VIH mediante contacto heterosexual, mientras que en las mujeres latinas fue un 65%. El 38 % de las mujeres blancas americanas se infectaron por el uso de drogas inyectables en comparación con un 32% en las latinas. (CDC, 2001b). El uso de drogas inyectables es más común entre puertorriqueños que en otros subgrupos latinos y esto puede estar asociado con los índices más altos de VIH en este subgrupo. (Klevens, Diaz, Fleming, Mays, & Frey, 1999). Debido a las variaciones existentes en los patrones de exposición al VIH, es necesario adaptar los programas educativos para que satisfagan fielmente los requerimientos de prevención de los portadores en los diversos subgrupos latinos.

Es fundamental que los profesionales de la salud aconsejen a los pacientes sobre las medidas de prevención, alternativos de tratamiento y grupos de apoyos existentes, de una forma culturalmente idónea. En la literatura sobre el VIH/SIDA, las variables culturales se asocian con frecuencia con dificultades para reducir comportamientos riesgosos (Marin, 1996). Es posible que una de las razones por las que los latinos tienen los niveles más altos de incidencia y mortalidad de VIH, sea por el poco acceso que tienen a la información correcta sobre VIH. Es menos probable que las latinas sugieran el uso del condón que sus homólogas blancas americanas y afroamericanas. Esto es posible debido a los conceptos culturales limitados que se tienen sobre el papel que juega cada género, la modestia de la mujer, la dominancia del comportamiento sexual del hombre

y/o las concepciones erradas sobre el uso y la eficacia de los condones. (Marin, Tschann, Gomez, & Kegeles, 1993; Sikkema et al., 2000). Se ha reportado que los latinos tienen actitudes negativas hacia el condón, así como también, tener menos posibilidades que otros grupos étnicos de creer que los condones protegen a las personas contra el VIH. (Marin et al., 1993). La homosexualidad entre los latinos se ha visto históricamente como algo negativo y vergonzoso. En algunos casos, el hombre latino que cumple la función del que penetra en una relación anal homosexual puede no identificar este tipo de actividad como una actividad homosexual y puede no identificarse a sí mismo como homosexual. (Kaiser Permanente National Diversity Council y el Kaiser Permanente National Diversity Department, 2001). Ha sido también documentado que los hombres latinos que tienen sexo con hombres y mujeres pueden identificarse a sí mismos como heterosexuales, negando de este modo, los comportamientos riesgosos que pueden llevarles a contraer el VIH (Bibgy, 2002).

Desigualdades en indicadores de salud

Una forma de evidenciar el aumento en las desigualdades en salud entre latinos y blancos americanos es a través de la prevalencia desproporcionada que se presenta en enfermedades como la tuberculosis (TB por sus siglas en inglés), hepatitis C, sífilis, y otras infecciones sexualmente transmitidas (STIs por sus siglas en inglés). Mientras que el número de casos de TB entre los blancos americanos disminuyó en un 42% durante los años 1958 a 1997, el número de casos reportados en los latinos se incrementó en un 36% durante este mismo período de tiempo (Carter-Pokras & Woo, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1985). Los individuos nacidos fuera del país, representaron el 53% de los casos de TB en los Estados Unidos y México (25.6%) fue el país de origen con el número más alto de inmigrantes que desarrollaron TB. La resistencia a la isoniazida y rifampicina entre los individuos nacidos en el extranjero fue de 1.2% comparado con el 0.6% de los nacidos en los Estados Unidos. (CDC, 2004). La hepatitis C es más común entre los latinos que en los afroamericanos y en los blancos americanos (CDC, 1998). Además, los índices de sífilis continúan creciendo, particularmente entre los hombres que tienen sexo con otros hombres y los portadores del VIH. El número de casos de sífilis entre los hombres latinos aumentó

en un 50% entre el año 2000 y el 2001 (CDC, 2001c). La presencia de algunas STIs incrementa la susceptibilidad de un individuo a infectarse con el VIH, como quiera que el proceso inflamatorio y las lesiones en las membranas mucosas y en la piel producidas por algunas STIs facilitan la entrada del VIH al torrente sanguíneo.

Desigualdades respecto del tratamiento

Los proveedores de salud tienen menos probabilidades de prescribir medicamentos a los latinos para tratar el asma, las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA, enfermedades mentales y condiciones acompañadas de dolor. Estas desigualdades en tratamientos farmacéuticos son significativas y frecuentemente persisten aun después de realizar ajustes estadísticos con respecto a las diferencias en los ingresos, edad, cobertura del seguro, y la coexistencia de condiciones médicas. Los pacientes minoritarios con VIH/SIDA tienen menos probabilidades de recibir terapia con antirretrovirales (Moore, Stanton, Gopalan, & Chaisson, 1994). Los latinos que tienen VIH tienen más probabilidades de estar asegurados a través de programas del gobierno, o no tener seguro, o tener menos seguros privados que los blancos americanos: 50% vs. 32%, 24% vs. 17%, y 23% vs. 44% respectivamente (Fleishman, 2002). De acuerdo con un estudio hecho en el año 1999, los latinos mostraron una probabilidad mayor que los blancos americanos de posponer su atención médica debido a la falta de transporte o por sentirse muy enfermos como para ir al doctor (Cunningham et al., 1999). Los latinos también tenían una probabilidad mayor que los blancos americanos de retrasar la atención en salud después de ser diagnosticado con el VIH (Turner et al., 2000) y una probabilidad menor de usar los medicamentos una vez prescritos.

Entre los beneficiarios de Medicaid, el uso de medicamentos para el VIH fue más bajo en las minorías a pesar de que la cobertura para la compra de medicamentos y otros servicios de salud eran comparables. Es más, se ha encontrado que las personas que usan drogas inyectables retrasan la iniciación de su tratamiento. Entre los individuos en tratamiento, el uso de los inhibidores de la proteasa (PIs por sus siglas en inglés) combinado con el uso de inhibidores no-nucleósidos de la transcriptasa inversa (NNRTIs por sus siglas en inglés) es más bajo entre afroamericanos y latinos. Esto indica que es posible que estas

poblaciones no reciban un régimen óptimo que típicamente combinaría dos inhibidores nucleosido de la transcriptasa inversa (NRTIs por sus siglas en inglés) con un PI o, un NRTI con un NNRTI y un PI. En otras palabras, estas poblaciones tienen una probabilidad menor de recibir los beneficios de una terapia combinada. El ser afroamericano o latino está asociado con una reducción de 8% en la proporción de tiempo en tratamiento con PI y NNRTI una vez iniciada la terapia. (Crystal, Sambamoorthi, Moynihan, & McSpirtt, 2001). En relación a las conductas respecto de los PIs y el cumplimiento del tratamiento entre afroamericanos y latinos ciudadanos, se evidenció un nivel de cumplimiento con el tratamiento por debajo del estándar óptimo, donde más del 50% de los participantes respondieron que habían fallado en tomarse adecuadamente su medicamento PI, dentro del mes anterior a la encuesta. No causó sorpresa encontrar que los individuos que recientemente habían utilizado drogas ilegales tenían más probabilidades que sus homólogos de no cumplir con la terapia con PI. Los pacientes que no cumplían con su tratamiento tenían una mayor tendencia a preocuparse por los potenciales efectos secundarios de los PIs e igualmente pensaban que estaba bien no tomar ciertas dosis. (Demmer, 2003). Es necesario investigar más sobre las razones por las que los latinos no cumplen con el uso de los medicamentos PI e identificar cuál es el papel que juega el profesional de la salud en la falta de adherencia al tratamiento por parte de sus pacientes.

En cuanto a la utilización de recursos de atención en salud para latinos portadores del VIH, se ha observado un menor acceso a la terapia antirretroviral altamente activa (HAART por sus siglas en inglés), a los servicios de salud mental ambulatorios, a las visitas de salud domiciliarias, y un mayor uso de los servicios de emergencia (Menke, Giordano, & Rabeneck, 2003). La raza y la etnia han mostrado estar relacionadas negativamente con la participación de pacientes portadores del VIH en investigaciones clínicas y en el acceso a tratamientos experimentales. Como se mencionó previamente en el capítulo sobre “Ética”, los afroamericanos y latinos tienen una probabilidad menor de participar en estas investigaciones que los blancos americanos y de recibir medicamentos experimentales (Gifford et al., 2002). Los estudios han demostrado que los médicos menos experimentados tienden a retrasar la iniciación del tratamiento y a usar menos medicamentos de los que sugieren los lineamientos federales. Por lo general, son estos médicos

Los adolescentes, las mujeres, los afroamericanos - poblaciones de pacientes con mayor crecimiento del VIH- generalmente están recibiendo de manera retrasada el tratamiento y se les da menos medicamentos de los recomendados por los guías federales de tratamientos.

los que tratan a las poblaciones crecientes portadoras del VIH (adolescentes, mujeres, afroamericanos, y latinos). Estas poblaciones tienen una probabilidad mayor de ser sintomáticos al momento del diagnóstico y al comienzo del tratamiento, cuando se les compara con grupos homólogos portadores del VIH. (Baker, 1998).

Subtipos de VIH

El VIH-1 es el mayor causante del SIDA a nivel mundial, siendo el Grupo M el responsable por la mayoría de las infecciones. El subtipo B predomina en los Estados Unidos, Centroamérica, Suramérica, el Caribe, Europa y Europa Oriental, mientras que el VIH-2 es endémico en el oeste de África. El VIH-1 es el más frecuente entre latinos. Sin embargo es importante saber que los patrones globales de migración del virus pueden introducir subtipos que no son típicos de una región en particular. Si se sospecha la presencia atípica de un tipo de VIH, o de un enlace epidemiológico con África, o si el VIH se sospecha pero la prueba dio negativa, el profesional de la salud debe considerar la posibilidad de estar ante una infección con un grupo y/o subtipo diferente del VIH (Sullivan et al., 2000).

Infeción concomitante con tuberculosis (TB) y VIH

El número de personas portadoras del VIH está incrementándose gradualmente, y el número de co-infecciones de VIH/TB están también en crecimiento. En el caso de pacientes dualmente infectados con TB y VIH, los médicos se enfrentan a una serie de problemas relacionados con el diagnóstico de TB, su patogénesis, y tratamiento. La infección avanzada del VIH está asociada con un mayor riesgo de reactivación de la infección de TB, donde el riesgo de reactivación es casi 10 veces más alto que en las personas sin VIH. (Horsburgh, 2004). En consecuencia, se recomienda que portadores del VIH con prueba cutánea de tuberculina positiva > 5mm de induración reciban tratamiento. Los profesionales de la salud deben saber que frecuentemente se observan reacciones falsas negativas a la prueba tuberculina, particularmente cuando se tiene un estado avanzado de VIH y que una prueba que dé un resultado negativo no implica que se descarte la TB. La incidencia de

casos severos (tuberculosis miliar, tuberculosis meníngea, y tuberculosis extra pulmonar) es alta en casos asociados con SIDA.

Entre adultos portadores del VIH, los casos de TB son generalmente tratados como una exacerbación endógena, sin embargo, también pueden incluir una infección primaria y secundaria. El uso combinado de un PI con rifampicina está contraindicado en el tratamiento porque este medicamento induce el citocromo P-450 hepático e incrementa el metabolismo de los PIs y de NNRTIs, lo que disminuye marcadamente las concentraciones de la sangre. Por esta razón, en los pacientes que son portadores del VIH con tuberculosis, debería tratarse la TB con prioridad a las otras condiciones relacionadas al VIH. Cuando se hace necesario usar HAART para el tratamiento de VIH/SIDA durante el curso de la TB, el medicamento rifampicina debería substituirse con rifabutina porque su efecto de inducir el citocromo P-450 es menos potente que el que produce la rifampicina. En este escenario, la dosis de rifabutina, debe reducirse en un 50%. El uso de la vacuna Bacilo Calmette Guerin, (BCG por sus siglas en inglés) está contraindicado en el tratamiento de los pacientes portadores del VIH ya que contiene bacterias vivas y puede inducir una infección diseminada de BCG (*M. bovis*) al aplicarse en pacientes immuno-comprometidos (Nagai, 2003). Los profesionales de la salud deben saber que muchos de los países latinoamericanos y del Caribe usan el BCG, lo cual puede resultar en una prueba positiva de TB. No obstante, una persona con una prueba cutánea positiva y a quien se le administró previamente la vacuna BCG, se le trata igual que a quien no ha recibido la vacuna; en otras palabras, se les trata como si tuvieran TB. En general, los protocolos clínicos requieren una radiografía del tórax y una evaluación clínica completa para determinar si la TB es activa y qué esquemas de terapia antibiótica están indicados. Tal como se indicó previamente, es posible que sea necesario cambiar o suspender los medicamentos debido a la interacción que pueda existir con algunos medicamentos antituberculosos.

Niveles de RNA del VIH y conteo de las células T4

Tanto la raza como el género tienen influencia en los valores de VIH-1 RNA (carga viral), así como en la velocidad de progresión de la enfermedad de VIH-1, tal como lo indica la

disminución de linfocitos T4 en función del tiempo. Por ejemplo, las mujeres presentan bajas en el conteo de linfocitos T4 en forma más rápida que los hombres y, las personas no-blancas americanas muestran disminuciones más lentas en el conteo de linfocitos T4 que los blancos americanos. (Anastos et al., 2000). Varios estudios han mostrado que las mujeres portadoras del VIH tienen una carga viral más baja que los hombres, cuando los conteos de T4+ son similares (Napravnik et al., 2002). El significado de las diferencias en la progresión de la enfermedad en las mujeres y los protocolos para iniciar la terapia se encuentran bajo activa investigación (Moore et al., 2003). El conteo de linfocitos T4 es más bajo entre pacientes latinos y afroamericanos comparado con los blancos americanos. Los niveles iniciales de RNA en el VIH1 después del diagnóstico, son más altos en pacientes latinos que en pacientes no latinos, y los latinos también tienen una probabilidad mayor de desarrollar infecciones oportunistas severas (OIs por sus siglas en inglés) (Swindells et al., 2002). Las diferentes variaciones en las que se manifiesta la enfermedad pueden ayudar a dilucidar los factores que influyen la progresión de la enfermedad del VIH y brindar indicación sobre cómo modificar los protocolos de terapia en respuesta a las características demográficas.

Variaciones genéticas

Aunque el impacto que la cultura y el medio ambiente ejercen en los comportamientos y los indicadores de salud en las personas es evidente, las diferencias biológicas entre poblaciones también juegan un papel importante. En el campo de la salud, cada vez más valoramos la contribución que las diferencias genéticas entre grupos raciales y étnicos hacen para ayudarnos a diferenciar los riesgos de una enfermedad, su patogénesis, y sus resultados, así como también, a diferenciar las respuestas a medicamentos utilizados en el tratamiento. Un campo de investigación en expansión, busca dilucidar los factores genéticos que modulan la susceptibilidad a la infección, transmisión, progresión y resultados al tratamiento del VIH. Un buen ejemplo del estudio sobre el impacto de la genética, se puede ver en el proceso de infección de los linfocitos en el VIH. En el ciclo de infección del VIH, el virus requiere una asociación tanto con los receptores de la superficie del linfocito T4 y el receptor beta-chemokine CCR5 para que se produzca la adhesión y la fusión. Una mutación en donde se suprime el par

base 32 (bp) en el gen receptor beta-chemokine CCR5 altera la estructura del receptor y disminuye su capacidad de adhesión del VIH. Esta variación genética ha sido asociada con una marcada disminución en la velocidad de progresión del VIH-1 en individuos seropositivos. (Downer et al., 2002; Kostrikis et al., 1999; Lu et al., 1999). Los estudios indican que los individuos que son homocigotos para esta mutación de supresión, (D32/D32) están protegidos contra el VIH -1 a pesar de las múltiples exposiciones de alto riesgo. Las investigaciones también sugieren que los heterocigotos CCR5/D32 tienen una velocidad de progresión del estadio de VIH a SIDA más lento. Los resultados demuestran una alta frecuencia de heterocigotos CCR5/D32 entre blancos americanos y un nivel intermedio y bajo de la frecuencia del alelo D32 entre puertorriqueños y hawaianos (Luet al., 1999). Los estudios se han enfocado en la distribución geográfica del alelo Delta CCR5 en diversas poblaciones raciales y étnicas, particularmente en consideración a los aspectos epidemiológicos de la enfermedad del VIH.

El alelo Delta CCR5 no está presente en las poblaciones indígenas mexicanas, pero se encuentra en aproximadamente un 8% de la población en España. Las conclusiones de este estudio encuentran asidero en el pasado colonial de México y la mezcla genética iniciada en Europa durante la época de la conquista Española. (Salas-Alanis, Mellerio, Ashton, & McGrath, 1999).

Como otro ejemplo, se han estudiado los antígenos de los leucocitos humanos (HLA por sus siglas en inglés) dada su asociación con los riesgos de transmisión del VIH, su patogénesis y control inmunológico. Para ilustrar este aspecto, Winchester et al. (1995) estudió la histocompatibilidad compleja (MHC por sus siglas en inglés) de la clase de alelos II DR y su asociación con el riesgo de transmisión del VIH entre la madre y el feto. Los investigadores observaron que los alelos DRB1*1301, 1302, y 1303 estaban asociados con los bebés latinos y afro-americanos seroconvertidos o que se estaban infectando con el VIH. En contraste, sólo el alelo DR2 DRB1*1501 fue asociado con la seroreversión en bebés blancos americanos.

Se piensa que la infección del VIH involucra estrés oxidativo y agotamiento de los depósitos de glutatión. Los profesionales de la salud deben estar alertas de que exista la probabilidad de encontrar diferencias en el gen responsable de la síntesis

sis del glutatión dada la etnia de la persona. (Willis et al., 2003). Tales conclusiones pueden tener implicaciones en el manejo nutricional del VIH en esta población (por ejemplo, el uso de suplementos de trazas minerales con selenio)

Infecciones oportunistas

Los médicos deben mantenerse actualizados respecto a enfermedades oportunistas (como por ejemplo criptosporidiosis, giardiosis, isosporiasis) en pacientes con SIDA que presentan diarrea y que han viajado a, o inmigrado recientemente de Latinoamérica. A pacientes portadores que viajen a ciertas regiones en Latinoamérica, debe dársele recomendaciones de ser precavidos en el consumo de agua y alimentos, e igualmente considerar el uso profiláctico de Trimetoprin Sulfametoxazol (TMP-SMX por sus siglas en inglés) con el objeto de prevenir la isosporiasis (Sorvillo et al., 1995). También debería administrarse TMP-SMX a los adultos y adolescentes con conteos de linfocitos T4 por debajo de 200 como profilaxis contra la neumonía por pneumocystis carinii. En pacientes alérgicos a sulfas, medicamentos como dapsona y atovaquona pueden ser buenos substitutos. Los protocolos de tratamiento para niños de corta edad difieren de los de los adultos. Un análisis de riesgos de infecciones oportunistas en la era de la terapia retroviral entre latinos nacidos en los Estados Unidos portadores del VIH comparados con los latinos nacidos en México y Centro América, sugiere que la variación en el riesgo de infecciones oportunistas entre los latinos puede explicarse, al menos parcialmente, basado en factores como la asimilación cultural e inmigración, pérdida del sistema de apoyo social y los cambios negativos en el estilo de vida. (Wohl et al., 2003).

Conclusión

El profesional de salud debe mantenerse atento a los variados factores que pueden contribuir al riesgo de infección entre latinos así como también del impacto que las expectativas relacionadas con la cultura y el género puedan tener en el paciente. Existe una considerable variación en las formas en que las creencias y los valores de la cultura latina pueden impactar las prácticas de la salud. Los profesionales de la salud clínicos deben estar familiarizados con las variaciones biológicas en las que se manifiesta la enfermedad del VIH en el paciente latino,

a fin de brindar una atención en salud óptima. El profesional de salud culturalmente competente se abstiene de estereotipar y utiliza su experiencia en combinación con materiales educativos, cultural y lingüísticamente relevantes, para crear interacciones y estrategias de comunicación efectivas con el paciente.

La epidemia del VIH/SIDA en la comunidad latina presenta retos fundamentales para líderes comunitarios, pacientes, profesionales de salud, legisladores, científicos, y funcionarios públicos. Un enfoque integral y mancomunado de medidas tendientes a reducir la incidencia de VIH/SIDA y las desigualdades en acceso y utilización de servicios de salud, se hace necesario para abordar el impacto del VIH/SIDA en la comunidad latina y por ende mejorar las condiciones de salud de toda la población.

Referencias bibliográficas

- Abraido-Lanza, A.F., Dohrenwend, B.P., Ng-Mak, D.S., & Turner, J.B. (1999). The Latino mortality paradox: A test of the Ósalmon bias and healthy migrant hypothesis. *American Journal of Public Health, 8*, 1543-8.
- Anastos, K., Gange, S.J., Lau, B., Weiser, B., Detels, R., Giorgi, J.V., et al. (2000). Association of race and gender with HIV-1 RNA levels and immunologic progression. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 24*(3), 218-26.
- Baker, R. (1998). 25% of HIV positive individuals not treated according to Federal guidelines. *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS (BETA)*. San Francisco AIDS Foundation, p. 8.
- Bigby, J. (2002). *Cross-cultural medicine*. Philadelphia: American College of Physicians.
- Carter-Pokras, O., & Woo, V. (1999). Health profile of racial and ethnic minorities in the United States. *Ethnicity and Health, 4*(3), 117-20.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998). Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR, 47*, 1-39.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). HIV/AIDS surveillance by race/ethnicity, L238 Slide Series, through 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001a). HIV/AIDS surveillance by race/ethnicity, L238 Slide Series, through 2001.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001b). *HIV/AIDS surveillance report, year end edition, 13*(2), 1-44.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001c). Primary and secondary syphilis U.S. 2000-2001. *MMWR, 51*(43), 971-3.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003a). Characteristics of persons living with AIDS and HIV, 2001. *HIV/AIDS surveillance supplemental report, 9*(2), 1-27.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2003b). Late versus early testing of HIV-16 Sites, United States, 2000-2003. *MMWR*, *52*(25), 581-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004). Trends in tuberculosis = –United States, 1998-2003. *MMWR*, *53*(10), 209-14.
- Crystal, S., Sambamoorthi, U., Moynihan, P.J., & McSpirtt, E. (2001). Initiation and continuation of newer antiretroviral treatments among Medicaid recipients with AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, *12*, 850-9.
- Cunningham, W.E., Andersen, R.M., Katz, M.H., Stein, M.D., Turner, B.J., Crystal, S., et al. (1999). The impact of competing subsistence needs and barriers on access to medical care for persons with human immunodeficiency virus receiving care in the United States. *Medical Care*, *37*(12), 1270-81.
- Demmer, C. (2003). Attitudes toward HIV protease inhibitors and medication adherence in an inner city HIV population. *AIDS Patient Care and STDS*, *17*(11), 575-80.
- Downer, M.V., Hodge, T., Smith, D.K., Qari, S.H., Schuman, P., Mayer, K.H., et al. (2002). Regional variation in CCR5-Delta32 gene distribution among women from the US: HIV Epidemiology Research Study (HERS). *Genes and Immunity*, *3*(5), 295-8.
- Fleishman, J. (2002). Personal communication: Analysis from the HIV Cost and Services Utilization Study (HCSUS) data.
- Flores, G. (2000). Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *Journal of Pediatrics*, *136*, 14-23.
- Gifford, A.L., Cunningham, W.E., Heslin, K.C., Andersen, R.M., Nakazono, T., Lieu D.K., et al. HIV Cost and Services Utilization Study Consortium. (2002). Participation in research and access to experimental treatments by HIV-infected patients. *New England Journal of Medicine*, *346*(18), 1373-82.
- Gil, R.M., & Inoa-Vazquez, C. (1996). *The Maria paradox: How Latinas can merge old world traditions with new world self-esteem*. New York: G.P. Putnam.
- Horsburgh, C. R. (2004). Priorities for the treatment of latent tuberculosis infection in the United States. *New England Journal of Medicine*, *350*(20), 2060-7.
- Kaiser Permanente National Diversity Council and the Kaiser Permanente National Diversity Department. (2001). *A provider's handbook on culturally competent care: Latino population* (2nd ed.). Oakland, CA: Kaiser Permanente.
- Klevens, R.M., Diaz, T., Fleming, P.L., Mays, M.A., & Frey, R. (1999). Trend in AIDS among Hispanics in the United States, 1991-1996. *American Journal of Public Health*, *89*, 1104-6.
- Kostrikis, L.G., Neumann, A.U., Thomson, B., Korber, B.T., McHardy, P., Karanicolos, R., et al. (1999). A polymorphism in the regulatory region of the CC-chemokine receptor 5 gene influences perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 to African-American infants. *Journal of Virology*, *73*(12), 10264-71.

- Landrine, H., & Klonoff, E.A. (1994). Cultural diversity in causal attributions for illness: The role of the supernatural. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 181-93.
- Lu, Y., Nerurkar, V.R., Dashwood, W.M., Woodward, C.L., Ablan, S., Shikuma, C.M., Et al. (1999). Genotype and allele frequency of a 32-base pair deletion mutation in the CCR5 gene in various ethnic groups: Absence of mutation among Asians and Pacific Islanders. *International Journal of Infectious Diseases, 3*(4), 186-91.
- Marin, B. (1996, July). Traditional gender roles: Beliefs increase coercion and lower condom use in Latino men. Poster session presented at the 11th International Conference on AIDS, Vancouver, B.C., Canada.
- Marin, B.V., Tschann, J.M., Gomez, C.A., & Kegeles, S.M. (1993). Acculturation and gender differences in sexual attitude and behaviors: Hispanic vs. non-Hispanic white adults. *American Journal of Public Health, 83*, 1759-61.
- Menke, T.J., Giordano, T.P., & Rabeneck, L. (2003). Utilization of health care resources by HIV-infected white, African-American, and Hispanic men in the era before highly active antiretroviral therapy. *Journal of the National Medical Association, 95*(9), 853-61.
- Mikhail, B.I. (1994). Latino mothers' beliefs and practices regarding selected children's health problems. *Western Journal of Nursing Research, 16*, 623-38.
- Moore, A.L., Johnson, A.M., Katlama, C., Blaxhult, A., Dietrich, M., Colebunders, R., et al. (2003). Virologic, immunologic and clinical response to highly active antiretroviral therapy: The gender issue revisited. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 32*, 452-461.
- Moore, R.D., Stanton, D., Gopalan, R., & Chaisson, R.E. (1994). Racial differences in the use of drug therapy for HIV disease in an urban community. *New England Journal of Medicine, 330*, 763-8.
- Morgan, C., Park, E., & Cortes, D.E. (1995). Beliefs, knowledge, and behavior about cancer among urban Hispanic women. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 18*, 57-63.
- Murguia, A., Peterson, R.A., & Zea, M.C. (2003). Use and implications of ethnomedical health care approaches among Central American immigrants. *Health and Social Work, 28*(1), 43-51.
- Nagai, H. (2003). HIV infection and tuberculosis. *Kekkaku, 78*(1), 45-49.
- Napravnik, S., Poole C., Thomas, J.C., & Eron, Jr., J.J. (2002). Gender difference in HIV RNA levels: a meta-analysis of published studies. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome, 31*, 11-19.
- National Alliance of State and Territorial AIDS Directors. (2003). *Addressing HIV/AIDS: Latino perspectives & policy recommendations*. Ayala, G., & Nuno, M. Washington, DC: NASTAD.
- Neal, J., & Fleming, P. (2002). Frequency and Predictors of Late HIV diagnosis at the United States, 1994-1999. 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections: Abstract #474M.
- Oman, D., & Red, D. (1996). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health, 86*, 111-2.

- Ramirez, R.L. (1993). *Dime capitan: Reflexiones sobre la masculinidad*. Rio Piedras, Puerto Rico: Ediciones Huracan.
- Salas-Alanis, J.C., Mellerio, J.E., Ashton, G.H., & McGrath, J.A. (1999). Frequency of the CCR5 gene 32-basepair deletion in Hispanic Mexicans. *Clinical & Experimental Dermatology*, 24(2), 127-9.
- Sikkema, K.J., Kelly, J.A., Winett, R.A., Solomon, L.J., Cargill, V.A., Roffman, R.A., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90, 57-63.
- Sorvillo, F.J., Lieb, L.E., Seidel, J., Kerndt, P., Turner, J., & Ash, L.R. (1995). Epidemiology of isosporiasis among persons with acquired immunodeficiency syndrome in Los Angeles County. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 53(6), 656-9.
- Stycos, J.M. (1952). Family and fertility in Puerto Rico. In F. Cordasco & E. Bucchioni (Eds.), *The Puerto Rican community and its children on the mainland: A source book for teachers, social workers, and other professionals*. Metuchen, NJ: Scarecrow Press.
- Sullivan, P.S., Do, A.N., Ellenberger, D., Pau, C.P., Robbins, K., Kalish, M., et al. (2000). Human immunodeficiency virus (HIV) subtype surveillance of African born persons at risk for group O and group N HIV infections in the United States. *Journal of Infectious Diseases*, 181, 463-9.
- Swindells, S., Cobos, D.G., Lee, N., Lien, E.A., Fitzgerald, A.P., Pauls, J.S., et al. (2002). Racial/ethnic differences in CD4 T cell count and viral load at presentation for medical care and in follow-up after HIV-1 infection. *AIDS*, 16(13), 1832-4.
- Turner, B.J., Cunningham, W.E., Duan, N., Andersen, R.M., Shapiro, M.F., Bozzette, S.A., et al. (2000). Delayed medical care after diagnosis in a U.S. national probability sample of persons infected with the human immune deficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2614-22.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1985). *Secretary's task force report on Black and minority health*.
- Wendroff, A.P. (1990). Domestic mercury pollution. *Nature*, 6294, 347-623.
- Willis, A.S., Freeman, M.L., Summar, S.R., Barr, F.E., Williams, S.M., Dawson, E., et al. (2003). Ethnic diversity in a critical gene responsible for glutathione synthesis. *Free Radical Biology & Medicine*, 34(1), 72-6.
- Winchester, R., Chen, Y., Rose, S., Selby, J., & Borkowsky, W. (1995). Major hi To compatibility complex class II DR alleles DRB1*150 and those encoding HLADR13 are preferentially associated with a diminution in maternally transmitted human immunodeficiency virus 1 infection in different ethnic groups: Determination by an automated sequence-based typing method. *Proceedings of the National Academy of Science*, 92(26), 12374-8.
- Wohl, A.R., Lu, S., Turner, J., Kovacs, A., Witt, M., Squires, K., et al. (2003). Risk of opportunistic infection in the HAART era among HIV-infected Latinos born in the United States compared to Latinos born in Mexico and Central America. *AIDS Patient Care and STDS*, 17(6), 267-75.

Acto de prestación de servicios de salud (Consulta médica)

Lecca, Quervalu, Nunes, Gonzales (1998) sostienen que para asegurar una prestación de servicios de salud culturalmente competente durante la consulta médica, los profesionales de la salud deben tomar en consideración las creencias del paciente e incorporarlas durante el proceso de la consulta. Esto permite que el tratamiento le sea más familiar al paciente y que mejore sus probabilidades de éxito. La sensibilidad del proveedor, respecto del esfuerzo adicional que haya tenido que hacer el paciente latino para buscar atención en salud a pesar de las barreras culturales y del idioma, puede ayudar a crear una atmósfera apropiada durante la consulta médica. Este capítulo discute aspectos fundamentales del acto de brindar servicios de salud a latinos portadores de VIH. Algunos de los aspectos más relevantes que rigen la interacción entre el paciente y el profesional de la salud incluyen el estatus generacional del paciente, su país de origen, el número de años que ha residido en los Estados Unidos y las creencias culturales y étnicas del paciente.

La consulta médica con el paciente latino

Chong (2002) ofrece un marco conceptual propicio para las consultas médicas con el paciente latino en el cual se discute el uso de la comunicación verbal y no verbal. Esta autora ha desarrollado un instrumento de análisis denominado GREET (por sus siglas en inglés). GREET propone 5 áreas que los profesionales de la salud pueden utilizar para caracterizar al paciente latino de tal suerte que las consultas sean más efectivas. Chong sugiere una serie de preguntas culturalmente relevantes para guiar al profesional así como también ofrece instrucciones sobre cómo evaluar la historia clínica del paciente incluyendo información personal, historial de los problemas de salud actual, historia médica pasada/historia familiar, prácticas culturales y preguntas relacionadas con su historia sexual.

Comunicación verbal y no verbal durante la consulta médica

Contacto visual

Hacer contacto visual con los pacientes latinos durante la consulta es muy importante. Esto permite que el profesional muestre respeto e interés en lo que tiene que decir y dé la sensación de que está interesado. Sin embargo, debe procurarse un balance apropiado del tiempo exacto para mantener este contacto visual. Es posible excederse, lo cual puede ser particularmente inapropiado con pacientes del sexo opuesto. El contacto visual es inclusive más crucial cuando se trata de comunicarse con un paciente mediante el uso de un intérprete.

Expresión facial

La expresión facial de parte del proveedor de salud tiene la propiedad de expresar respeto y calidez al paciente. El proveedor debe procurar un punto intermedio con expresiones faciales tal como la que muestra simpatía, reconociendo el largo período de espera en la clínica u otro factor en su ambiente inmediato. Una sonrisa amigable, no exagerada, combinada con un contacto visual corto, puede hacer que el paciente se sienta a gusto y más sosegado durante la visita. (Chong, 2002, p. 97).

Gestos

A muchas personas les gusta expresarse usando sus brazos y manos y los latinos no son una excepción. Para los latinos los gestos son tan importantes como las palabras al momento de comunicarse (Chong, 2002, p. 97). Resulta valioso que el profesional de la salud se levante, camine hacia el paciente y le saludé cuando entre a la oficina. El profesional puede también hacer un gesto invitando al paciente a tomar asiento de tal forma que se sienta a gusto. Es fundamental hacer sentir a los pacientes bienvenidos y aceptados cuando se preste servicios de salud a latinos portadores del VIH.

Contacto físico

En el caso de los latinos como entre otros grupos étnicos el contacto físico es común durante el saludo o en circunstancias difíciles. A diferencia de la cultura predominante anglosajona

en los Estados Unidos, en donde se resalta la importancia de la privacidad y el espacio personal, los latinos no valoran estos aspectos de igual manera. Los profesionales que prestan servicios relacionados con el VIH/SIDA, necesitan encontrar un balance entre su habilidad de transmitir cómodamente una actitud de interés y la necesidad del paciente latino de recibir expresiones o contacto físico que le sean familiares. Los profesionales de la salud deben recordar que al tocar a una persona que está recibiendo malas noticias sobre su estado de salud con respecto al VIH puede ser tranquilizador, dado que el paciente se puede sentir aislado, enfermo e incapaz de comprender los efectos del VIH, particularmente cuando no existe un conocimiento preciso sobre el tema.

Entonación de la voz

Cuando se trate a latinos con un nivel de fluidez del inglés limitado, es importante que el proveedor hable de una manera cálida, amigable y con un tono de voz moderado (Chong, 2002, p. 98). Hablar alto no va a mejorar la habilidad del paciente de entender el inglés, y es más probable que el paciente se ofenda y se sienta incómodo.

Cómo dirigirse al paciente latino (El uso de títulos)

En la cultura latina un título significa respeto. Es correcto utilizar los apellidos al dirigirse a pacientes nuevos, dado que llamar al latino por su nombre puede implicar que existe una familiaridad muy cercana o un lazo personal fuerte. Al dirigirse al hombre latino se le puede decir “señor” seguido de su apellido. De manera similar, se puede dirigir a la latina como “señorita” o “señora”, dependiendo de su edad y/o estado civil. Si la población de pacientes es predominantemente latina, el profesional puede usar los títulos de señor, señora, y señorita precediendo el nombre o el apellido. También es apropiado que el proveedor de salud hispanoparlante se dirija a un paciente adulto de manera formal (particularmente a un anciano) usando el “usted”, y continuar usando el “usted” hasta que el paciente indique su preferencia por la manera informal del “tú.”

En la cultura latina un título significa respeto.

La comunicación y el uso del intérprete

Como se discutiese previamente, si el proveedor no puede hablar la lengua nativa del paciente de manera fluida, debe requerirse un intérprete. Hasta que se hagan los arreglos para la interpretación formal de una sesión, el proveedor debe evitar el uso del argot médico y más bien usar términos simples en inglés. Asimismo, los profesionales deben ser cautelosos de no alzar la voz cuando estén tratando de que el paciente comprenda lo que están diciendo. Esto no solamente puede ser desagradable y/o parecer irrespetuoso, sino que el paciente también puede interpretar el tono de voz alto como una amonestación. De igual manera, es útil que los profesionales de la salud conozcan términos claves relacionados con el VIH/SIDA en español, algunos de los cuales se pueden encontrar en el glosario de este libro. Sin embargo, el profesional debe siempre depender de un intérprete calificado en caso de que no tener fluidez en el idioma español.

Cuando se usa un intérprete, es ideal que el paciente, el intérprete y el profesional se ubiquen a manera de triángulo mirándose entre sí. El profesional debe dirigirse y hacer contacto visual con el paciente en todo momento y el paciente deberá responder de igual manera al profesional. Con frecuencia los intérpretes son utilizados de manera incorrecta y no es raro ver que los pacientes y los profesionales se ignoren y se dirijan solamente al intérprete. Es importante que el proveedor se mantenga enfocado en el paciente durante la consulta médica para así ayudar a establecer confianza.

El intérprete solamente está allí para asegurarse de que el paciente entienda lo que el proveedor está diciendo, y la relación primaria que debe desarrollarse es entre el paciente y el profesional de la salud.

No es infrecuente entre pacientes latinos el traer a sus hijos y a otros familiares, o incluso, amigos para que sirvan como intérpretes durante una consulta médica. No obstante esto pudiese reducir el estrés del paciente, no es apropiado usar familiares o amigos como intérpretes, particularmente cuando se necesita hablar de asuntos tan sensibles como los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH. También es inapropiado utilizar personal no entrenado como intérpretes o pacientes bilingües que estén en la sala de espera. Los intérpretes certificados deben ser la única opción para el personal de salud no fluido en el idioma de sus pacientes. Los profe-

Es altamente aconsejable que todos los materiales educativos sean desarrollados a un nivel de lectura que no exceda el nivel de cuarto grado de primaria.

sionales de la salud deben también tratar de tener a mano materiales bilingües, como quiera que estos pueden ser más adecuados para educar a los pacientes sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, se deben tener en cuenta que algunos pacientes no tienen la habilidad de leer estos materiales ni en inglés, ni en español. Muchos documentos relacionados con la salud están escritos en un nivel educativo muy por encima del nivel de comprensión y comodidad de muchos latinos marginados. Por esta razón, es recomendable que todos los materiales educativos se desarrollen en un nivel de lectura que no exceda el nivel de cuarto grado de primaria. Esto ayuda a atenuar los problemas de alfabetismo entre aquellos que puedan considerar los materiales como difíciles de leer dado su nivel avanzado de escritura. El uso de fotografías, diagramas e ilustraciones culturalmente apropiadas pueden también facilitar la comprensión de información relacionada con la salud.

El programa "Cross-Cultural Health Care 2004" cita varios lineamientos para los intérpretes. De acuerdo con esta guía, los intérpretes son responsables de transmitir todo el contenido necesario entre el paciente y el proveedor e igualmente tomar en consideración el contexto cultural. Los intérpretes no deben interpretar todo, palabra por palabra; y más bien deben enfocarse en el contenido del mensaje e intentar transmitir este mensaje al paciente/proveedor tan preciso como sea posible. Las variaciones culturales en el uso de términos y expresiones pueden crear confusión, hecho del cual debe estar consciente un intérprete bien entrenado, a fin de asegurar una interpretación apropiada del contenido del mensaje. Los intérpretes también son responsables de interpretar el contenido del mensaje en su totalidad, y no deben omitir ninguna información, aunque consideren el mensaje incorrecto u ofensivo. En los casos en los que el intérprete pueda prever que un comentario pueda ser descortés o irrespetuoso para con el paciente, el intérprete puede advertir al profesional de la salud de las implicaciones que puede tener tal comentario antes de traducirlo. El intérprete no debe añadir, cambiar, o resumir ninguna parte del contenido a ser transmitido del proveedor al paciente o viceversa. Los intérpretes deben aceptar mantener confidencial toda la información que se discuta en una visita médica y deben realizar su trabajo exento de juicios de valor. El intérprete debe mantener una actitud imparcial y asegurarse de que sus opiniones personales no se impongan a las del personal de salud o el paciente. También está dentro de la respon-

sabilidad ética del profesional de la salud garantizar que los intérpretes sigan estas guías y mantengan la confidencialidad del paciente en todo momento. Si el profesional de la salud sospecha la falta de ética en la interpretación, debe realizar un reporte y enviarlo a la autoridad competente.

Caracterización del paciente latino y el desarrollo de la confianza: El modelo GREET

El modelo GREET (Chong, 2002) suministra una herramienta para que los proveedores de salud recolecten información sobre la cultura y los antecedentes del paciente latino, permitiéndoles así que demuestren su interés en las vidas de los pacientes y establecer confianza.

El acronismo GREET significa Generation (*Generación*), Reasons for Immigrating to the United States (*Razones para inmigrar a los Estados Unidos*), Extended o Nuclear Family (*Núcleo familiar o familia extendida*), Ethnic Behavior (*Comportamiento étnico*) y Time Living in the United States (*Tiempo viviendo en los Estados Unidos*)

G= Generación

Antes de realizar un historial médico, es importante determinar si el paciente es un inmigrante, si pertenece a la segunda, tercera o cuarta generación latina, o si es un latino con una ascendencia exclusivamente derivada de los territorios que antiguamente pertenecían a México. El acopio de esta información se basa en el hecho de que los latinos inmigrantes que no han permanecido en los Estados Unidos por un período largo de tiempo, tienen más posibilidades de mantener sus creencias culturales tradicionales. Los inmigrantes que han llegado recientemente, pueden enfrentarse en su vida diaria con otras dificultades y tienen más probabilidades de encontrar menos oportunidades de trabajo y menos acceso a la atención en salud. Los individuos que pertenecen a la segunda generación de latinos, pueden mostrar cierto grado de asimilación cultural, pero también pueden sentirse divididos entre las fuertes influencias culturales que han recibido de sus padres y la cultura dominante de los Estados Unidos a la que han estado más expuestos. Algunas veces, los individuos que pertenecen a la tercera, cuarta y quinta generación de latinos, tienen un mayor nivel de asimilación cultural que los individuos que

pertenecen a la primera o segunda generación. Aunque esto puede ser cierto en la mayoría de los casos, el personal de salud debe ser cuidadoso de no prejuizar a los pacientes latinos basados exclusivamente en su estatus generacional. No obstante, algunos latinos de la cuarta generación en los Estados Unidos pueden exhibir un nivel de asimilación cultural no mayor al de los inmigrantes recientes y, más aun, puede que tampoco tengan fluidez en el idioma inglés.

R= Razones para inmigrar a los Estados Unidos

Cuando se entrevista a recientes inmigrantes, el personal de salud debe evitar discutir asuntos legales relacionados con el estatus migratorio ya que esto puede deshacer el incipiente vínculo de confianza ya establecido entre el profesional de la salud y el paciente, lo cual indudablemente puede impedir que se establezca la confianza. El personal de salud se beneficia de saber que aquellos que han inmigrado recientemente a los Estados Unidos pueden estar en busca de atención en salud para el VIH debido a la estigmatización que ocurre en su país de origen y, porque finalmente el paciente puede estar listo para compartir sus necesidades con un proveedor de salud. Resulta útil, tratar de indagar sobre el origen geográfico y étnico del paciente y las razones para migrar, así como mantenerse receptivo al hecho de que los inmigrantes pueden sentirse amenazados debido a la posible falta de documentación. Mostrar interés en saber un poco más sobre el país de origen, la familia y de las razones por las cuales emigró, ayuda al personal a entender mejor al paciente y su cultura, a la vez que permite el desarrollo de una mayor confianza y un vínculo más estrecho entre el paciente y el proveedor.

E= Familia extendida o núcleo familiar

Saber si el paciente latino vive cerca de su familia extendida o núcleo familiar proporciona información valiosa sobre la fuente principal de apoyo social del paciente. La familia extendida es una fuente de apoyo emocional muy importante para el paciente latino y, frecuentemente, se pierde cuando las personas migran a los Estados Unidos. Las familias latinas frecuentemente viven en comunidad y comparten la responsabilidad del cuidado de los niños. Muchas de las personas que

pertenecen a la tercera y cuarta generación, mantienen lazos cercanos con sus familias y países de origen y, se quedan en los Estados Unidos principalmente, por las oportunidades de trabajo. (Chong, 2002). Aquellos latinos portadores del HIV que gozan de la aceptación y amor de una gran red de familiares pueden estar mejor preparados para lidiar con los retos que conlleva vivir con VIH/SIDA. Los familiares de portadores del VIH pueden jugar un papel importante en exhortarlos para que busquen atención en salud y ayudarles a cumplir con sus tratamientos. Si bien la familia extendida puede servir de sistema de apoyo para el portador del VIH, ésta también puede representar una fuente de estrés si responde negativamente al diagnóstico del paciente. Los miembros de la familia más conservadores, como es el caso de los ancianos, pueden estigmatizar o rechazar al paciente portador del VIH, debido a la asociación entre VIH, promiscuidad sexual, homosexualidad, y el uso de drogas. La desaprobación de los familiares puede ser muy difícil para el paciente y puede traer como resultado que la persona no comparta su estatus de seropositivo por miedo al rechazo y/ o estigmatización. El personal de la salud debe ser sensible a los sentimientos y opiniones de los familiares de pacientes latinos tal y como son percibidos por el paciente mismo.

E= Comportamiento étnico

El profesional de la salud está en la capacidad de recoger información a través del vínculo que se establece al indagar sobre las preferencias culinarias, música, y actividades recreativas del paciente. Adicionalmente, saber cuáles son los días festivos de un grupo étnico dado, puede brindar una idea acerca de la cultura del paciente. (Chong, 2002). Es importante que el proveedor se informe sobre los hábitos dietarios de una cultura, pues esto pueda ayudarle a entender las manifestaciones clínicas de ciertos padecimientos de salud del paciente no necesariamente relacionados con el VIH, como es el caso de la diabetes y la hipercolesterolemia. Ciertos medicamentos para el VIH y SIDA, tales como los inhibidores de la proteasa (PIs por sus siglas en inglés), pueden ocasionar hiperglicemia y exacerbación de la diabetes en pacientes con predisposición para estas enfermedades. El personal de la salud que presta servicios a portadores del VIH debe estar conscientes de estas complicaciones al momento de prescribir un plan de tratamiento a sus pacientes latinos.

T= Tiempo viviendo en los Estados Unidos

Es una inferencia comúnmente hecha que, mientras más tiempo se haya vivido en los Estados Unidos, más alto es el nivel de asimilación cultural. Aunque esto no es necesariamente correcto para todos los latinos, es de esperar que la exposición a la cultura del país huésped por períodos más largos, facilite que los inmigrantes adopten, al menos, algunos aspectos de la cultura anfitriona. En concordancia con este punto, las estadísticas indican que el 66% de los latinos han nacido en los Estados Unidos, y un gran número de ellos son residentes de este país por un período largo de tiempo (U.S. Census Bureau, 1993). Otro fenómeno que el personal de la salud necesita saber es el fenómeno conocido como la "Paradoja del Latino." Esta paradoja se refiere a la relación inversa entre el comportamiento de salud del inmigrante latino y su estatus de asimilación. De tal forma que, en la medida en que el inmigrante latino asimila más la cultura, sus comportamientos generales hacia la salud empeoran (por ejemplo es más probable que muestren comportamientos que les pongan a un riesgo mayor de infectarse con VIH, tales como incrementar el número de parejas sexuales y/o el compartir agujas para la inyección de drogas.). Resulta curioso saber que esta relación no está relacionada con el estatus socioeconómico del latino inmigrante. (Falcon, Aguirre-Molina, & Molina, 2001).

Utilizando el modelo GREET: Simulación

Antecedentes: Verónica Rodríguez es una mujer de 29 años de edad. Fue referida a la Dra. Johnson por un grupo local comunitario para que le hagan la prueba del VIH, después de haber descubierto que su esposo, con quien ha estado por 6 años, ha tenido relaciones sexuales extramaritales.

Dra. Johnson: Buenos días Señora Rodríguez. Por favor entre (hace contacto visual, le muestra una sonrisa cálida y le ofrece un saludo de mano amigable)

Dra. Johnson: ¿Qué la trae hoy por aquí? ¿Se siente bien?

Verónica: Quiero que me examine.

Dra. Johnson: ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen médico?

Verónica: Fui a ver el doctor de mis padres en México hace dos años. Estuve allí para celebrar el día de los muertos con mi familia, pero me sentí muy mal el día antes y mis padres me llevaron al doctor.

Dra. Johnson: ¿Sus padres viven en México?

Verónica: Si, ellos han vivido allí toda su vida.

Dra. Johnson: ¿En qué parte de México viven?

Verónica: Ellos viven en un pueblo pequeño cerca de la frontera. Trato de visitarlos cada vez que puedo.

Dra. Johnson: ¿A usted la criaron en México también?

Verónica: Si, la mayor parte de mi vida. Me mudé con mi tía cuando tenía 12 años.

Dra. Johnson: ¿Qué hizo que se mudara?

Verónica: Mis padres querían que me mudara porque había mejores oportunidades de trabajo en los Estados Unidos.

Dra. Johnson: ¿Vive cerca de cualquier otro familiar, además de su tía?

Verónica: No, no realmente. Mi tía vive muy cerca, pero ella está todo el tiempo en el trabajo y la mayoría de mis otros familiares están todavía en México. Yo vivo con mi esposo y mis tres hijos.

Dra. Johnson: Actualmente, ¿tiene algún problema de salud que le preocupe?

Verónica: De hecho, acabo de enterarme que mi esposo ha estado viendo gente fuera de nuestro matrimonio y quería que me hicieran la prueba para el VIH.

Dra. Johnson: ¿Usted y su esposo usan algún método anticonceptivo?

Verónica: Bueno, a mi me ligaron las trompas después de mi tercer hijo, así que no tenemos que preocuparnos de eso. Hace un tiempo yo quería pedirle que empezara a usar condones porque yo pensaba que él estaba viendo otras personas, pero yo no quería pelear con él sobre el tema, así que no lo mencioné.

Dra. Johnson: Bueno, me alegra que usted haya venido hoy a verme. Definitivamente le podemos ayudar.

Discusión sobre el enfoque que utiliza GREET

La Dra. Johnson creó un ambiente cordial para que Verónica Rodríguez pudiera compartir sus antecedentes y sus preocupaciones actuales en relación a su salud. La Dra. Johnson le escuchó atentamente y luego le hizo preguntas de seguimiento sobre su familia y su situación de vida. Esta breve conversación, ayudó a establecer la confianza entre el paciente y el proveedor e igualmente permitió a la Dra. Johnson saber información importante sobre los antecedentes y cultura de la Sra. Rodríguez.

Generación: La Sra. Rodríguez pertenece a la primera generación latina. Es posible que la Sra. Rodríguez mantenga valores culturales tradicionales y que crea en el *curanderismo* o en otros métodos de tratamientos no convencionales. A pesar de que la Sra. Rodríguez pertenece a la primera generación latina, la Sra. Rodríguez tiene gran fluidez en el idioma inglés y no necesita un intérprete.

Razones: La Sra. Rodríguez emigró de México a los Estados Unidos porque sus padres creyeron que ella encontraría más oportunidades de trabajo en los Estados Unidos.

Familia extendida o núcleo familiar: La Sra. Rodríguez vive con su núcleo familiar y no ve a su familia extendida regularmente. Si se le diagnostica con VIH, su familia extendida puede no estar lo suficientemente cerca para depender de ella en cuanto al apoyo.

Comportamiento étnico: La Sra. Rodríguez mencionó que ella estaba celebrando el Día de los Muertos con su familia en México. Esta es una celebración muy importante en México y en muchos otros países latinoamericanos, donde hay caravanas, música, platillos especiales, y otras festividades. La celebración se hace para honrar a los seres queridos que han muerto y toma lugar en los dos primeros días del mes de noviembre.

Tiempo viviendo en los Estados Unidos: La Sra. Rodríguez ha vivido en los Estados Unidos desde que tenía 12 años de edad. Aunque ella debe tener cierto nivel de asimilación de la cultura dominante en los Estados Unidos, es posible que también preserve muchos de los aspectos de su cultural nativa latina.

Durante la consulta médica

Durante la consulta médica, el proveedor debería estar consciente de que, en términos del comportamiento del paciente, los latinos pueden dar respuestas relacionadas a la salud en un sinnúmero de estilos. Cuando se les hace una pregunta directa sobre un tema delicado, les puede tomar tiempo para pensar y responder una pregunta que requiere una respuesta abiertamente directa. Chong (2002) ha ofrecido dos explicaciones desde el punto de vista cultural para explicar este estilo de respuesta. Primero, los latinos consideran que los profesionales de salud tienen mucha experiencia y conocimiento y ellos esperan que los profesionales de la salud puedan diagnosticar sus problemas de salud sin mucha ayuda de parte de ellos. Segundo, es posible que el paciente no quiera responder o hacer preguntas directas por temor a saber de una enfermedad tan severa como el VIH/SIDA.

Otro aspecto culturalmente relevante para los profesionales de la salud es que los latinos se comunican a través del contacto físico y aprecian la cercanía física. El proveedor debería ofrecer al paciente latino un saludo de mano al comienzo y al final de la visita (Chong, 2002). Los proveedores deben escuchar activamente cuando sus pacientes latinos les estén dando información y deben estar capacitados para obtener más información al hacerles más preguntas de seguimiento. Esto les indica a los pacientes latinos que sus médicos les escuchan y se preocupan por ellos. El personal de la salud debe evitar mostrar actitudes prejuiciosas, particularmente, si el paciente discute sus creencias culturales y/o el uso de la medicina popular, ya que esto podría provocar una reacción negativa del paciente e impedir que se establezca la confianza.

Entrevistando al paciente latino

Hay dos aspectos importantes durante el desarrollo de una consulta: Estos son (1) cómo empezarla, y (2) cómo mantener el diálogo cuando se tienen limitaciones de tiempo. En un esfuerzo para evitar posibles respuestas no relacionadas con las preguntas abiertas que se hagan, puede ser útil hacer preguntas más directas y mostrar un interés genuino en las respuestas del paciente. Este enfoque puede generar respuestas más directas; sin embargo, el proveedor debe sopesar cuidadosamente la posible pérdida de *la confianza* que se puede crear durante el intercambio de información con el paciente. Si

el proveedor da la impresión de estar apurado o de que no le importa el paciente, se puede perder información vital y la visita médica puede ser mucho menos efectiva tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Un gran número de trabajadores de la salud consideran que el tiempo inicial invertido en cimentar la *confianza* y *el respeto*, ahorra mucho más tiempo a la larga y ayuda a prevenir errores en el diagnóstico y el tratamiento.

Aunque el factor tiempo reviste vital importancia en las instituciones de salud de los Estados Unidos, los pacientes latinos, particularmente los inmigrantes, están acostumbrados a instituciones en las que se invierte una gran cantidad de tiempo en las interacciones entre el paciente y el personal de salud. Los médicos normalmente reciben a sus pacientes en sus oficinas y se mueven al cuarto de exanimación, sólo si se han informado completamente de cuáles fueron las razones por las que el paciente fue a la visita. No es de extrañar que un médico trate toda una familia y que indague sobre varios miembros de la familia durante la visita del paciente. Es de esperar que los profesionales de la salud en los Estados Unidos probablemente no puedan reproducir este sistema de prestación de servicios si se toma en cuenta las limitaciones de tiempo. Sin embargo, resulta beneficioso que el personal de salud conozca a lo que los latinos están acostumbrados, para intentar compensar de alguna manera el corto período de tiempo que tienen asignado para cada paciente. El personal de la salud debe trabajar arduamente en lograr un balance delicado entre una comunicación adecuada y las estrictas limitaciones de tiempo impuestas por nuestro sistema médico actual.

Hacer inmediatamente preguntas sobre cuáles son las razones por las que el paciente va a la consulta, no es necesariamente la mejor manera de obtener información. En las culturas latinas, las preguntas directas o que van directo al punto, son usualmente consideradas inapropiadas y pueden sugerir que el proveedor de la salud no tiene interés en el paciente, o que desea concluir la visita rápidamente. El paciente puede molestarse por tal comportamiento y, aunque probablemente no sea muy evidente debido a la actitud cortés del paciente, es probable que cualquier otro intento de crear una conexión con el paciente pueda no resultar exitoso. Esto puede ocasionar frustración al profesional de salud no-latino, sobre todo si la razón por la que el paciente va a la consulta surge ya al final de

la entrevista. Sin embargo, esto puede terminar siendo una visita más efectiva y puede incrementar la eficiencia de las visitas futuras (Chong, 2002). Es esencial que los profesionales de la salud entiendan este punto y, particularmente en el caso de quienes han inmigrado recientemente, es importante permitir una conversación breve sobre las experiencias que ha tenido el paciente con los sistemas de prestación de salud convencional y no-convencional, antes de que se dirija la conversación hacia las razones por las que asiste a la consulta. El profesional de salud debe tratar de entender cuál es el punto de referencia del paciente inmigrante y cuál es su experiencia con la atención en salud en su país de origen, a fin de evitar el desarrollo de cualquier obstáculo en el entendimiento y establecimiento de la confianza entre profesional y paciente.

Historia Clínica

Datos personales

Al hacer preguntas sobre la nacionalidad, se recomienda preguntarle al paciente sobre su lugar de nacimiento como quiera que esto es una fuente de orgullo para la mayoría de los latinos (Chong, 2002). Más sin embargo, deben evitarse preguntas relacionadas con la legalidad del estatus migratorio lo cual ayuda a construir y mantener un buen grado de confianza con el paciente y crea un ambiente más acogedor.

Historia sobre los problemas actuales de salud del paciente

Es fundamental para el personal de la salud el entender que las creencias y prácticas de salud del paciente son parte de su realidad. Se sugiere que mientras el paciente explica los problemas relacionados con su salud, el profesional preste especial atención específicamente a problemas generados por padecimientos actuales y busque más información mediante preguntas referentes a lo que el paciente explica. No tomar en consideración las creencias culturales del paciente, puede traer como resultado que el paciente muestre muy poco o nada de interés y compromiso con el plan de tratamiento (Chong, 2002). Es posible que el facultativo prescriba un tratamiento que le permita al paciente continuar usando, junto con el tratamiento prescrito, otras formas populares de tratamiento

no convencionales, siempre y cuando éstas no resulten perjudiciales para el paciente. Al permitir al paciente incorporar sus propias creencias culturales en el régimen de tratamiento, el profesional puede incrementar las posibilidades de que el paciente cumpla con los tratamientos prescritos (por ejemplo: la terapia anti-retroviral). Los profesionales de la salud deberían también estar al corriente de que los latinos pueden utilizar metáforas para ayudar a ilustrar el nivel de dolor que experimentan. (Chong, 2002).

Historial médico pasado/historia familiar

Una vez que el vínculo de la confianza se ha establecido, es probable que el paciente latino se anime a describir padecimientos del pasado con gran detalle. El discutir dolencias pasadas puede ayudar a cimentar y desarrollar una relación más saludable entre el profesional y el paciente. Como quiera que enfrentar los problemas actuales de salud puede generar incertidumbre y miedo en el paciente, es frecuente que los latinos prefieran discutir los problemas de salud del pasado (Chong, 2002). Ciertos temas tales como cirugías, algunas enfermedades y alergias del pasado, y los medicamentos, no representan típicamente problemas culturales, excepción hecha de ciertas condiciones relacionadas con la salud sexual o reproductiva, lo cual puede avergonzar al paciente. Esto también aplica a preguntas sobre la historia familiar. El paciente latino es menos proclive a revelar su historia o la historia de su familia sobre VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual. La edad, la generación a la que pertenece y el nivel de educación, juegan un papel muy importante a la hora de reportar la historia médica personal o de la familia a un proveedor de salud para los latinos (Chong, 2002).

Prácticas culturales (posiblemente cubierto en la historia médica pasada)

Cuando se pregunta sobre los hábitos de salud y la dieta, el profesional de la salud debe conocer los métodos de preparación y los tipos de alimentos étnicos que el paciente típicamente prepara y consume. Es probable que sea necesario alterarlos para mejorar su estado de salud, particularmente si existe la posibilidad de que existan interacciones entre el tratamiento y ciertos tipos de alimentos que podrían aumentar el riesgo de una infección bacteriana. Por ejemplo, es posible

que sea necesario que el portador de VIH evite el ceviche (pescado crudo marinado en jugo de limón) debido al riesgo de una infección bacteriana (Scolari, 2004). Adicionalmente, el uso del alcohol y el tabaco debe ser controlado cuidadosamente en términos del tipo de alcohol o tabaco, la cantidad, la frecuencia y el método de consumo. El alcohol y/o el tabaco pueden usarse con una alta frecuencia durante eventos festivos y fiestas tradicionales.

Los pacientes monolingües que han inmigrado recientemente, pueden que hayan tenido un limitado acceso a la atención en salud occidental y puede que se apoyen únicamente en remedios caseros y métodos populares de cura. Los inmigrantes recientes pueden creer que ciertos elementos de la naturaleza son factores causantes de enfermedad, tal como el viento (me pegó un aire). Adicionalmente, el mal de ojo, y otras creencias sobre enfermedades populares pueden jugar un papel considerable en el sistema de creencias de salud del paciente. Dado que estas creencias no causan daño al paciente y no alteran el tratamiento, el personal de la salud debe esforzarse en entender el razonamiento subyacente y así integrar estas creencias en el protocolo de tratamiento que toman en cuenta las creencias culturales del paciente.

Historia sobre la salud sexual

Existe un gran número de aspectos culturales relacionados con la actividad sexual que puede hacer que los pacientes latinos se sientan incómodos, y en consecuencia, renuentes a discutir el tema. La homosexualidad no es bien recibida en la comunidad latina y como resultado, los pacientes homosexuales pueden no estar dispuestos a revelar esta información por temor a la estigmatización. Esto puede desalentar a profesionales de la salud a buscar activamente información sobre comportamientos de riesgos asociados con el VIH entre pacientes que exhiben comportamientos homosexuales (por ejemplo, sexo anal) pero que no se identifican a sí mismos como homosexuales. Puede que tome varias visitas antes de que se establezca un vínculo de estrecha confianza que motive al paciente a compartir este tipo de menesteres con un profesional de la salud. Adicionalmente, el estilo de comunicación utilizado por el profesional para hacer preguntas debe variar dependiendo del tipo de respuesta que dé el paciente. Resulta pertinente utilizar la forma de la tercera persona para hacer

preguntas al paciente tales como “Algunas personas han contraído VIH durante...¿Ha usted participado alguna vez en estas actividades?” El uso de la tercera persona al formular ciertas preguntas, resulta ser una alternativa viable y efectiva que permite obtener información sobre la salud sexual de un paciente latino.

Conclusión

Algunos aspectos relevantes que deben mantenerse en mente al prestar servicios de salud durante la consulta médica con un paciente latino son:

- Tanto el paciente latino hombre como la mujer esperan un saludo de mano al comienzo y al final de la consulta médica.
- Hacer contacto visual con los pacientes latinos es crítico; sin embargo, las diferencias en el género entre el paciente y el proveedor pueden ayudar a definir cuál es la forma adecuada para hacer contacto visual.
- Los pacientes latinos se sienten a gusto con profesionales de la salud que les saludan con un tono de voz moderado, cálido y afectuoso.
- A menos que el proveedor sea fluido en el idioma del paciente, debe siempre utilizarse un intérprete certificado.
- Cuando se utilice un intérprete; el paciente, el proveedor y el intérprete deben ubicarse formando un triángulo para asegurar que todos se puedan ver (debe mantenerse fundamentalmente el contacto visual entre el paciente y el proveedor)
- Durante las visitas médicas relacionadas con el VIH, los proveedores deben escuchar activamente y no mostrar una actitud crítica.
- Los proveedores deben considerar ciertos aspectos como los incluidos en el modelo GREET: generación, razones para inmigrar a los Estados Unidos, núcleo familiar o familia extendida, comportamiento étnico y tiempo viviendo en los Estados Unidos
- La confianza es vital para establecer una interacción efectiva entre el paciente y el profesional de la salud.

- Conocer las prácticas culturales puede mejorar la habilidad del proveedor de comunicarse efectivamente con los pacientes latinos.

Referencias bibliográficas

- Chong, N. (2002). *The Latino patient: A cultural guide for health care providers*. Yarmouth, ME: Intercultural Press.
- Cross Cultural Health Care Program. (2004). *Medical interpreter code of ethics*. <http://www.xculture.org/interpreter/index.html>.
- Falcón, A., Aguirre-Molina, M., & Molina, C. (2001). Latino health policy: Beyond demographic determinism. In M. Aguirre-Molina, C. Molina, & R. Zambrana (Eds.), *Health issues in the Latino community* (pp. 3-22). San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Lecca, P., Quervalu, I., Nunes, J., & Gonzales, H. (1998). *Cultural competency in health, social, and human services: Directions for the twenty-first century*. New York: Garland Publishers.
- Scolari, R. (2004, June). *Continuum of HIV services for hard-to-reach Latinos/as, including nutrition counseling*. Presentation at National Council of La Raza Annual Conference, Phoenix, AZ.
- U.S. Census Bureau. (1993). *We the American É Hispanics*. Washington, D.C.

Conclusión

Tratar efectivamente al paciente latino portador del VIH/SIDA requiere que el proveedor se comprometa con la atención en salud culturalmente competente. La atención en salud cultural y lingüísticamente competente ayuda a eliminar las desigualdades en la salud y mejora los indicadores de salud del paciente. Este libro provee información sobre los seis elementos culturales relevantes que afectan a los pacientes latinos portadores del VIH/SIDA: barreras a la atención en salud, ética, sensibilidad del proveedor, evaluación, datos, y acto de prestación de servicios de salud. La información provista en el modelo BESAFE para profesionales de la salud que trabajan con latinos puede ser utilizada como una guía para aquellos que deseen aumentar su conocimiento sobre la cultura latina y sobre los problemas que enfrentan los pacientes latinos afectados o portadores del VIH/SIDA. El modelo latino BESAFE puede servir como una herramienta efectiva para incrementar la capacidad de los proveedores de salud de tratar a los pacientes latinos portadores del VIH/SIDA o que están en riesgo de contraerlo de forma culturalmente apropiada.

Aunque es bueno aprender sobre temas específicos de la cultura latina, los proveedores de salud deben recordar que la población latina es muy diversa. Los proveedores deben tener cuidado de no estereotipar a los pacientes latinos y recordar que las experiencias individuales hacen que cada paciente tenga su propia idiosincrasia cultural con características únicas. Los proveedores de salud que están comprometidos con proveer una atención en salud culturalmente competente deben mantener una actitud abierta y comprensible hacia las creencias culturales, valores y antecedentes de sus pacientes y deben tratar a todos y cada uno de los pacientes latinos con el respeto que ellos se merecen. El proceso de convertirse en una persona culturalmente competente es un proceso progresivo de aprendizaje continuo y, por esta razón, cada interacción entre el profesional de la salud y su paciente debe verse como una oportunidad para progresivamente aumentar el conocimiento y las habilidades.

Los proveedores culturalmente competentes pueden erigirse como defensores y voceros de las poblaciones latinas y, de

tal suerte, propender porque se asignen suficientes recursos para la prevención y manejo del VIH, en aquellos esfuerzos que se realicen específicamente en favor de los latinos.

Los autores que contribuyeron a la realización de esta obra, esperan que esta sirva como aliciente para dar un paso adelante en la búsqueda de una mejor calidad en la atención en salud que se provee a la población latina infectada o afectada por el VIH. Felicitamos a los lectores por su interés y compromiso de mejorar los indicadores de salud de los latinos. NMAETC y NCLR, igualmente agradecen las sugerencias y comentarios pertinentes relacionados con este manual y con las estrategias sobre competencia cultural y lingüística para mejorar la atención en salud del VIH/SIDA de los latinos que en él se discuten.

De acuerdo con el U.S. Census Bureau, para el año 2050, los latinos representarán un poco más del 25% de la población de los Estados Unidos. Aquellos proveedores que han apoyado esta población diversa son los que serán mejor conocidos por su habilidad de hacer una diferencia en la salud general en los Estados Unidos. Las poblaciones emergentes de los latinos en todos los Estados Unidos están en una necesidad constante de recibir información preventiva y educación sobre el manejo del VIH que sea cultural y lingüísticamente apropiada. En el desarrollo de tales materiales, el nivel de alfabetismo debe ajustarse cuidadosamente para alcanzar así los diferentes niveles de educación que pueden encontrarse en las comunidades latinas.

En general, la población latina ha demostrado increíbles niveles de resistencia ante los numerosos obstáculos que enfrenta para acceder a la atención en salud, y esto posiblemente se pueda demostrar más claramente, a través de las vidas diarias de los muchos latinos que viven con VIH/SIDA. En la medida que esta población continúe experimentando un incremento en las infecciones de HIV que sobrepase a todos los demás grupos étnicos y raciales, se necesita una atención inmediata y la asignación de recursos para que se pueda definir y precisar mejor cuáles son los riesgos del VIH y las barreras para el manejo del VIH/SIDA en estas comunidades. Es esencial que los proveedores de salud reconozcan que los latinos tienen un perfil de riesgos de características únicas. Una explicación más clara de por qué sucede esto se dará cuando los Estados en donde viven las poblaciones de latinos más

grandes, comiencen a publicar los datos sobre los nuevos casos de infección del VIH. Los modelos explicativos de los comportamientos relacionados con la salud entre poblaciones latinas son muy escasos, principalmente debido a la negligencia histórica, política y económica que ha definido la experiencia de la mayoría de los latinos en los Estados Unidos. Si los problemas asociados con el VIH y el SIDA se han de tratar efectivamente dentro de la población minoritaria más grande de los Estados Unidos, entonces la comunidad de servicios de salud pública y de recursos humanos debe esforzarse por entender mejor como reducir los factores numerosos que impactan los riesgos y los problemas del manejo del VIH/SIDA en la comunidad Latina.

Apéndice: casos de estudio

Caso de estudio 1:

María, una latina de 42 años de edad, se presentó para recoger los resultados de su prueba del VIH un mes después de habérsela hecho. María no es fluida en el idioma inglés, así que trajo a sus dos hijos adolescentes -Miguel y Javier- para que le ayuden con la interpretación. La clínica no tiene personal bilingüe o intérpretes contratados, así que cuando Miguel explica que él y su hermano servirán de intérpretes a su madre, el personal de la clínica no se opone a este arreglo. No obstante la consejera se siente no muy a gusto de compartir los resultados de la prueba de VIH de María con su dos hijos, ella procede a hacerlo porque no sabe de qué otra forma podría comunicarle los resultados a María. Cuando la consejera empieza a informar a los hijos que la prueba de VIH de su madre resultó positiva, Javier se altera y comienza a llorar. Miguel traduce los resultados a su madre y la acusa de promiscuidad sexual.

1. ¿Qué se pudo haberse hecho en forma diferente en esta situación para evitar que ocurriera lo que ocurrió?
2. En caso de estar en una situación similar y sin que haya un intérprete certificado, ¿cuáles son algunas opciones para superar las barreras del idioma de una manera sensible y culturalmente competente?
3. ¿Es siempre apropiado pedir o permitir que algunos miembros de la familia sirvan de intérpretes? De ser así, ¿debería tomarse en consideración la edad y el género del familiar?

Caso de estudio 2:

Carmen, una latina de 17 años de edad, se presenta en la clínica para un examen ginecológico. Carmen ha estado sexualmente activa por un año y debido a que no usa el condón consistentemente, ella tiene miedo de haber contraído VIH u otra enfermedad de transmisión sexual. La madre de Carmen ha insistido en acompañarla al examen. Ella cree que la visita es sólo para discutir la irregularidad del ciclo menstrual de la que Carmen se ha estado quejando. Cuando el proveedor de salud le preguntó a Carmen si a ella le gustaría que su madre se quedara durante el examen, la madre dijo, "...claro que si,

ella no tiene nada que esconderme.” Cuando el proveedor comenzó a hacerle preguntas a Carmen relacionadas con su salud sexual, se hizo obvio que Carmen estaba incomoda respondiendo las preguntas en frente de su madre. Cuando el proveedor preguntó si alguna vez había tenido relaciones sexuales, Carmen miró a su madre y contestó “No, claro que no.” Carmen desesperadamente quiso expresar su preocupación sobre la posibilidad de que ella haya contraído el VIH u otra enfermedad, pero le avergüenza admitir, delante de su madre, que ella ha estado sexualmente activa y que no se hubiese realizado exámenes médicos para la detección del VIH.

1. ¿Qué creencias y valores culturales contribuyeron para que Carmen no quisiera admitir su comportamiento sexual ante su madre?
2. ¿Cómo habría podido el proveedor de salud pedirle a la madre de Carmen que dejara el cuarto de examinación sin ofenderla o sin implicar que Carmen estaba escondiéndole algo?
3. ¿Cómo podría el proveedor de salud tratar las preocupaciones de salud que tiene Carmen exitosamente y darle información sobre salud sexual sin causar discordia familiar entre Carmen y su madre?

Caso de estudio 3:

Alex es un latino de 26 años de edad quien ha estado casado por ocho años. Él tiene una esposa y tres niños. Él está yendo a la clínica a su primera visita de seguimiento después de haber sido diagnosticado con VIH la semana pasada. Durante la entrevista, el proveedor le pregunta si él le ha dicho a su familia lo de su diagnóstico y si se les ha hecho la prueba. Alex responde que todavía no le ha dicho nada a su familia sobre su estado de VIH porque tiene miedo de que le rechacen. Al discutir más a fondo con Alex cómo contrajo el VIH, se conoce que él ha estado teniendo contacto sexual anal con otro hombre en las noches, después de que sale del trabajo. Él se identifica como heterosexual y dice que solamente tiene relaciones con hombres porque es algo nuevo y diferente; no porque a él le atraigan los hombres. Él dice que él ama mucho a su esposa e hijos, y que él no quiere hacerles daño.

1. ¿Cuáles son algunos valores culturales que el proveedor pudo haber discutido para persuadir a Alex a que comparta su diagnóstico con su esposa y la familia?

2. ¿Cuál es el valor cultural latino que se puede explicar la negación de Alex de identificarse como bisexual u homosexual?
3. ¿Cómo puede el proveedor responder a las confesiones de Alex sobre su conducta homosexual de una manera culturalmente competente?

Caso de estudio 4:

Antonio es un latino de 32 años de edad que ha estado viviendo con VIH durante los últimos 6 años. Antonio ha vivido en los Estados Unidos por 17 años, aunque toda su familia aun sigue viviendo en Guatemala. Cuando él se presentó para el tratamiento, su proveedor de salud se da cuenta que Antonio no ha seguido el régimen de tratamiento y que su carga viral está aumentando. Antonio le dice a su proveedor de salud que él ha tenido una diarrea severa desde que regresó de visitar a su familia en Guatemala y que su condición fue lo que le hizo buscar un tratamiento. Él le informa al proveedor de salud que él ha estado rezando varias veces al día, y que ha recibido limpias (limpiezas espirituales) de un curandero que vive cerca; pero que él no ve que se sienta nada mejor. Cuando el proveedor de salud le pregunta a Antonio por qué no ha seguido su régimen de tratamiento, él responde que le tiene miedo a los efectos secundarios dañinos que las drogas puedan tener en su cuerpo.

1. ¿Está Antonio en un mayor riesgo de contraer una infección oportunista? De ser así, ¿Por qué?
2. ¿Cómo puede afectar a Antonio el hecho de que viva aislado de sus familiares? ¿Puede esto tener un impacto negativo en el cumplimiento del régimen de su tratamiento?
3. ¿Cómo podría el proveedor de salud integrar en el tratamiento prescrito las prácticas de la medicina popular que utiliza Antonio para lograr mejores resultados de salud para Antonio? ¿Cómo puede el proveedor aprender más sobre las prácticas de medicina popular que utiliza Antonio para asegurarse de que no sean dañinas?
4. ¿Qué estrategias culturalmente competentes puede utilizar el proveedor de salud para manejar las preocupaciones que tiene Antonio sobre los potenciales efectos secundarios que puedan producir los medicamentos prescritos?

Glosario

Asimilación cultural – Proceso de modificación cultural de un individuo, grupo o personas al adoptar los rasgos característicos de otra cultura; es una fusión cultural que se da como resultado del contacto prolongado.

Anticuerpos – Proteínas producidas en el cuerpo humano como respuestas del sistema inmune a las infecciones. Es la palabra en español para “antibodies”

Botánicas – Son farmacias que se encuentran en Latinoamérica, el Caribe, México, y en ciudades de los EEUU donde se expenden tratamientos de medicina alopática occidental así como remedio homeopáticos.

Caída de mollera – Se refiere a la caída de la fontanela. Es una enfermedad popular latina que afecta a los bebés. Los síntomas incluyen llanto, irritabilidad, inhabilidad de succionar, vómito y diarrea. Se produce cuando se quita al bebé del pecho de la madre y del tetero muy rápido, o cuando se cae el bebé o cuando se le carga de manera incorrecta. Es también un signo de deshidratación severa.

Castigo divino – Es la palabra en español para “divine punishment”.

Células T – Es la palabra en español para T-cells, las cuales son las células sanguíneas que defienden el cuerpo específicamente contra el VIH.

Ceviche – Se refiere al pescado o mariscos crudos que se marinan en jugo de limón.

Confianza – Es un valor que resulta del respeto mutuo y la preocupación por la otra persona.

Estándares de CLAS – Se refiere a las normas, guías y recomendaciones que sobres la prestación de servicios de salud en forma cultural y lingüísticamente apropiadas. Han sido emitidas por Office of Minority Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Competencia cultural – Se refiere a un grupo de prácticas y políticas que se que se integran en un sistema, agencia o entre profesionales las cuales permiten un trabajo efectivo en situaciones intra-culturales.

Cultura – Se refiere a los pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e instituciones de grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales.

Curandero – Se refiere a un practicante de medicina popular prevalente en la cultura latina.

Curanderismo – Se refiere a la práctica latina de utilizar curanderos para curar enfermedades con terapias herbales o espirituales.

Empacho – Es una obstrucción gastrointestinal; una enfermedad popular que afecta a grupos de todas las edades. Los síntomas incluyen la anorexia, vómito, diarrea, indigestión, hinchazón, y estreñimiento. El empacho lo causa un bolo de comida no digerida o cruda, y que se ha quedado atorada en las paredes del estómago o intestino.

Espiritismo – Son prácticas de sanación popular que están influenciadas por elementos españoles, europeos, africanos, e indios. La premisa central del espiritismo es que los objetos materiales e inmateriales están habitados por espíritus buenos y malos que tienen el poder de influenciar los pensamientos y comportamientos humanos.

Etnia – Se refiere al acervo cultural heredado de una población o grupo, que se distingue por características tales como sus normas, patrones del idioma, valores y creencias.

Etnocentrismo – Es la tendencia a interpretar o evaluar otras culturas en términos de los estándares de la cultura propia de un individuo, así concluyendo que la cultura propia de ese individuo o grupo, es superior.

Fatalismo – Es la creencia de que uno debe pasivamente aceptar los infortunios de la vida y que uno tiene muy poco control sobre los indicadores negativos de salud.

Familismo – Es la dependencia de un individuo a la red familiar para obtener su apoyo social.

Infecciones oportunistas – Son infecciones producidas por gérmenes que se encuentran normalmente el cuerpo humano y que producen infecciones en pacientes con un sistema inmune debilitado. Es la palabra en español para “opportunistic infections.”

Infectar – Es la capacidad de un agente externo, usualmente virus o bacteria, de penetrar las barreras inmunes y producir enfermedad.

Limpias – Son limpiezas espirituales que usualmente son hechas por curanderos o sobadores.

Competencia lingüística – Se refiere a la prestación idónea de servicios de lenguaje, culturalmente adecuado, oral o escrito, a aquellas personas que tienen limitaciones de fluidez en el idioma inglés, mediante intérpretes médicos y traductores calificados.

Mal de ojo. – Es una enfermedad basada en una creencia popular que principalmente afecta a los niños. Los síntomas incluyen el llanto, inquietud, fiebre y vómito. El mal de ojo sucede cuando alguien quien tiene la mirada muy fuerte mira al niño o lo admira mucho.

Mal puesto – Es una enfermedad popular que afecta a grupos de todas las edades. Los síntomas incluyen ataques repentinos de gritos, llanto, impulsos por cantar, convulsiones y ganas incontroladas de orinar. El mal puesto lo causa un embrujo maligno.

Machismo – Se refiere al papel tradicional del hombre latino. Comprende las cualidades de virilidad, poder sexual, fortaleza, independencia, bravío, poder absoluto para tomar las decisiones y una obligación de amar y proteger a la familia.

Marianismo – Se refiere al papel tradicional de la mujer latina. Comprende las cualidades de castidad, virginidad, abnegación, santidad y devoción al hogar y a la familia e igualmente incluye, el auto sacrificio en beneficio del interés familiar.

Personalismo – Se refiere a la calidez, simpatía y al acercamiento físico que trae como resultado una relación personal y cálida.

Raza – Se refiere a una población global o puntualizada geográficamente que usualmente se distingue por las características físicas transmitidas genéticamente.

Respeto – Se refiere al respeto por los demás, especialmente por los ancianos y por las figuras de autoridad.

Sangre – Es el fluido corporal que viaja a través de las venas y arterias. Es la palabra en español para “blood.”

Santería – Son prácticas de sanación popular con raíces en la religión africana y católica. Es la creencia de que la adoración a los santos se puede intercambiar por poderes sobrenaturales y por protección.

Sexo Anal – Es la práctica sexual consistente en la penetración del pene a través de la abertura anal. Esa es la palabra en español para “anal sex.”

Sexo Oral – Se refiere a prácticas sexuales llevadas a cabo con la boca. Ésta es la palabra en español para “oral sex.”

Sexo Vaginal – Se refiere a la práctica sexual que incluye penetración a través del orificio vaginal o genital externo femenino. Ésta es la palabra en español para “vaginal sex.”

SIDA – Es un acrónimo que significa, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Ésta es la palabra en español para “AIDS.”

Simpatía – Se refiere a la cualidad de ser amistoso, educado, simpático, con un matiz de humildad y vulnerabilidad.

Sistema Inmunológico – Es el sistema que el cuerpo humano posee para defenderse contra las infecciones.

Sobadores – Es un practicante de la medicina popular similar a un masajista.

Susto – Es una enfermedad popular latina que afecta a los grupos de todas las edades. Los síntomas incluyen letargo, ansiedad, depresión, insomnio e irritabilidad. Lo causa una experiencia aterradora o traumática.

Transmitir – Se refiere a la función de pasar la infección a otra persona. Ésta es la palabra en español para “to transmit.”

VIH – Es un acrónimo que significa, Virus de Inmunodeficiencia Humana. Es la palabra en español para “HIV.”



NMAETC

National Minority
AIDS Education and
Training Center

National Minority AIDS Education and Training Center

Supported by a grant from HRSA HIV/AIDS Bureau,
Health Resources and Services Administration
HRSA Grant No. 6U 69 HA 00039 03

For more information on other programs and offerings
please visit our website: <http://www.NMAETC.org>