

CONSEJERÍA PLUS



Prevención
Combinada en VIH
Centroamérica y México



Región del Hemisferio Occidental



MILKCOOKIES™





Promovemos un ambiente libre de estigma y discriminación
para brindarte un buen servicio.

Compártenos tus comentarios al siguiente correo:
comentarios@pasmo-ca.org



CURSO GUÍA

DIRIGIDO A CONSEJEROS/AS

PARA MEJORAR EL PROCESO DE VINCULACIÓN DE
PERSONAS VIH AL SISTEMA DE SALUD EN EL CONTINUO
DE LA ATENCIÓN, CONSEJERÍA PLUS+

AGRADECIMIENTOS

En el marco del Programa de USAID de Prevención Combinada en VIH para Centroamérica, PASMO reconoce las contribuciones realizadas por diversas organizaciones para el desarrollo de este manual, principalmente a Inspira Cambio y a Cicatelli Associates Inc. quienes formaron parte del equipo clave de desarrollo del material.

	<i>Pág.</i>
ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LA CAPACITACIÓN	2
PROPÓSITO Y OBJETIVOS	3
AGENDA DÍA 1	5
<i>HOJAS DE TRABAJO PARA EL DÍA 1</i>	
Hoja de trabajo conociéndonos mejor	6
Ejemplo de normas para el taller	7
Ejercicio sobre barreras y beneficios	8
Hoja de trabajo sobre el Continuo de Atención	9
Hoja de trabajo “ A favor y en contra” para el día 1	10
<i>MATERIAL DE LECTURA</i>	
Continuo de Atención	11
Comunicación	20
AGENDA DE TRABAJO PARA EL DÍA 2	25
<i>HOJAS DE TRABAJO PARA EL DÍA 2</i>	
Ejercicio de juego de roles pre y post consejería	26
Hoja de trabajo “ historia de la caja registradora”	32
Ejercicio de juego de roles/vinculación	33
Hoja de trabajo “ A favor y en contra” para el día 2	34
<i>MATERIAL DE LECTURA</i>	
Intervenciones en el Sector Salud	35
Abordajes para Provisión de Servicios de Salud	49
Tratamiento y Cuidados del VIH	86
AGENDA DE TRABAJO PARA EL DÍA 3	93
<i>HOJAS DE TRABAJO PARA EL DÍA 3</i>	
¿Qué tan vulnerable eres al estrés?	94
Lista de cuidado personal	95
Tomando la vida positivamente	98
Conceptos de Mercadeo Social	99
Planificando próximos pasos	100
<i>MATERIAL DE LECTURA</i>	
Manejo de crisis del usuario	102
ACRÓNIMOS	115
GLOSARIO	116
OBSERVACIONES PREVIAS A LA CAPACITACIÓN	121
GUÍA DE PROCESAMIENTO PARA EL FACILITADOR	122
INSTRUCCIONES PARA EL FACILITADOR/A DÍA 1	125
INSTRUCCIONES PARA EL FACILITADOR/A DÍA 2	132
INSTRUCCIONES PARA EL FACILITADOR/A DÍA 3	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150

INTRODUCCIÓN

- ⌘ ANTECEDENTES
- ⌘ DESCRIPCIÓN DE LA CAPACITACIÓN
- ⌘ METAS Y OBJETIVOS
- ⌘ AGENDA

ANTECEDENTES

En octubre de 2010, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) inició un programa para reducir la transmisión del VIH en Centroamérica y México denominado Prevención Combinada en VIH. El Programa tiene como objetivo principal aportar directamente a la Estrategia Regional de Prevención de USAID que se enfoca en proveer intervenciones costo-efectivas y sostenibles diseñadas para alcanzar un mayor acceso a intervenciones de prevención de VIH en poblaciones clave en mayor contexto de vulnerabilidad y personas con VIH.

El Programa es implementado en Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá por Population Services International (PSI) y la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO), junto con International Planned Parenthood/Western Hemisphere Región (IPPF/WHR) y sus asociaciones miembro locales, Cicatelli Associates Inc. y Milk N' Cookies para alcanzar los siguientes objetivos:

- 1.Reducir la prevalencia de comportamientos de alto riesgo entre las poblaciones clave y personas con VIH.
- 2.Incrementar y mejorar intervenciones efectivas implementadas para reducir la hostilidad en los ambientes sociales que fomentan y toleran la homofobia, el estigma y actitudes discriminatorias relacionadas a la orientación sexual, ocupación o estatus serológico.
- 3.Incrementar el acceso de las poblaciones clave y personas con VIH a un paquete mínimo de servicios esenciales de salud y prevención, especialmente prueba de VIH con consejería, enfatizando el involucramiento de proveedores de salud privados.
- 4.Obtener información estratégica de la investigación y el monitoreo para diseñar o ajustar las actividades de prevención.

Debido a la naturaleza de la epidemia del VIH en Centroamérica, este Programa trabaja directamente con personas con VIH, hombres que tiene sexo con hombres, mujeres transgénero, trabajadoras sexuales femeninas y población Garífuna en el caso de Honduras, haciendo uso eficiente de los recursos, dando prioridad y participación a las comunidades más afectadas.

DESCRIPCIÓN DE LA CAPACITACIÓN

La consejería plus + es el resultado de un cúmulo de experiencia de tres organizaciones: PASMO, CAI e Inspira; en la que se combina experiencia e innovación. Consejería plus + es un nuevo enfoque para revelar el resultado de una prueba de VIH, respondiendo a las necesidades actuales y reales de las poblaciones clave y que tiene los siguientes principios:

- Da certeza del estado serológico, ya que al dar un resultado, posibilita ofrecer alternativas reales y específicas de prevención.
- Basado en la reciente evidencia científica, al establecer que la prevención de VIH se enfoca en evitar nuevas infecciones y que la participación de personas con y sin VIH es igualmente importante.
- Inclusivo, promueve el uso de nuevas y diversas tecnologías para la prevención sin olvidarse de las tradicionales.
- Cierra las brechas de la cascada de atención, es decir, no concluye con la entrega de resultados sino que vincula a la persona usuaria con su necesidad específica inmediata.
- Centrada en la persona usuaria, la consejería deja de promover comportamientos saludables generales y coercitivos, y busca la empatía al conocer la necesidad específica expresada por la persona usuaria, libre de estigmas y discriminación.
- Transforma la experiencia de detección, en un proceso menos estresante, más agradable, de mayor valía y por tanto de mejor calidad en el servicio a través de herramientas de la mercadotecnia social.
- Conecta con los servicios de prevención y atención. En cada resultado positivo observa la posibilidad de vincular a la persona usuaria con el servicio de salud y en cada resultado negativo la posibilidad de retención.
- Cambia el paradigma de vivir con VIH. Reconoce que el cambio de enfoque no solo es en la consejería sino también en las personas que la realizan; entregar un resultado positivo significa la posibilidad de ayudar a una persona a mejorar la calidad de su vida, deja de lado la compasión y el fatalismo.
- Aplicable, es adaptable a cualquier contexto independientemente de los aspectos estructurales del país.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

El “CURSO GUÍA DIRIGIDO A CONSEJEROS /AS PARA MEJORAR EL PROCESO DE VINCULACIÓN DE PERSONAS VIH AL SISTEMA DE SALUD EN EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN, CONSEJERÍA PLUS +” consta de dos días y medio de duración, en el que se revisaran los contenidos, se actualizarán conocimientos sobre protocolos y procedimientos para la optimización de resultados en el continuo de la atención de VIH, incluidos: desarrollar habilidades y destrezas de abordaje en la detección y vinculación de los usuarios y su rol dentro de este proceso.

Como parte de este taller los/as participantes podrán revisar y aplicar lo aprendido a situaciones reales con actividades educativas presentes en este taller y a través de la lectura de sus diferentes materiales didácticos complementarios. Los contenidos de este curso/taller harán énfasis en las siguientes áreas:

- Barreras y beneficios de la prueba de VIH.
- Principios de la prueba de VIH (Confidencialidad).
- Evolución del pre y post consejería y su nuevo enfoque.
- Modalidades de entrega de prueba (rutinaria-enfocada).
- La importancia del rol del consejero.
- Desarrollo de habilidades y destrezas para mejorar la entrega de resultados a través de un nuevo enfoque.
- Cómo hacer consejería para aplicar pruebas de VIH en la actualidad con poblaciones clave.
- Laboratorio de Comunicación y empatía.
- Uso adecuado de formularios y protocolos para un adecuado seguimiento.
- Énfasis en la vinculación de reciente diagnóstico.
- Algoritmos y confirmación del diagnóstico con énfasis al beneficio de la salud y calidad de vida del usuario.
- Apoyo al orientador.

PROPÓSITO: Fortalecer las capacidades de conocimiento, destrezas y habilidades de los consejeros/as, visualizando la importancia de innovar en la forma tradicional de hacer consejería, con especial énfasis al logro de una vinculación efectiva en el marco de los procesos asociados al continuo de la atención de VIH.

Que los consejeros/as que realizan consejería pre y post prueba:

1. Revisen información actualizada, asociada al continuo de la atención en VIH con énfasis en la detección y vinculación.
2. Discutan la importancia del rol del consejero en el contexto actual del VIH.
3. Conozcan una nueva forma de hacer consejería cuyo énfasis principal es en lograr la vinculación de las personas diagnosticadas en el continuo de atención.
4. Mejoren destrezas y habilidades en la forma de cómo hacer consejería con la entrega de resultados positivos y negativos.
5. Conozcan algunas alternativas de cómo trabajar situaciones de crisis y autocuidado (manejo de estrés), que puedan presentarse durante la consejería.

PRIMERA SECCIÓN

- ⌘ AGENDA PRIMER DÍA DEL TALLER
- ⌘ HOJAS DE TRABAJO
- ⌘ DIAPOSITIVAS O MATERIAL EN POWER POINTS

AGENDA PRIMER DÍA DEL TALLER

ACTIVIDAD

BIENVENIDA E INTRODUCCIÓN DE LOS/AS PARTICIPANTES EXPECTATIVAS Y NORMAS

INTRODUCCIÓN DEL TALLER METAS Y OBJETIVOS

RECESO

INTRODUCCIÓN AL NUEVO ENFOQUE DE CONSEJERÍA

ALMUERZO

ACTUALIZACIÓN DEL VIH: PREVENCIÓN Y EL CONTINUO DE ATENCIÓN

PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE MUESTRA

PRO Y CONTRAS DÍA UNO

CONOCIÉNDONOS MEJOR

Nombre: _____

Lugar de Trabajo: _____

¿Cuánto tiempo tiene trabajando en consejería de VIH?

¿De las actividades que hace dentro de su rol,
de consejero cuál es la que más difícil le parece?

EJEMPLOS DE NORMAS

- Todos/as participan activamente en todas las actividades del taller.
- Llegar a tiempo en la mañana, después del almuerzo y después del receso.
- Respetar el punto de vista de otros/as.
- Una persona habla a la vez; mientras alguien habla, los demás lo escuchan.
- Poner los celulares en modo de vibración; no contestar llamadas en el aula.
- Observar y mantener la confidencialidad
- Hacer afirmaciones en primera persona (yo)
- Levantar la mano antes de hablar
- Partir de buenas intenciones.
- Una experiencia de aprendizaje agradable: Ambiente de compañerismo y satisfacción.

HOJA DE TRABAJO - IDENTIFICANDO BARRERAS Y BENEFICIOS

BARRERAS DEL USUARIO RELACIONADAS CON LA PRUEBA	BARRERAS DEL SISTEMA RELACIONADAS CON LA PRUEBA	BARRERAS DEL CONSEJERO/A RELACIONADAS CON LA PRUEBA	BENEFICIOS DEL USUARIO RELACIONADOS CON LA PRUEBA DE VIH
BARRERAS DEL USUARIO RELACIONADAS CON LA VINCULACIÓN	BARRERAS DEL SISTEMA RELACIONADAS CON LA VINCULACIÓN	BARRERAS DEL CONSEJERO/A RELACIONADAS CON LA VINCULACIÓN	BENEFICIOS DEL USUARIO RELACIONADOS CON LA VINCULACIÓN

HOJA DE TRABAJO – CONTINUO DE LA ATENCIÓN

CUÁLES DE ESTAS ACCIONES REALIZO EN MI TRABAJO COMO CONSEJERO:	¿CUÁLES NO REALIZAMOS Y POR QUÉ?	¿CUÁLES SON MÁS DIFÍCILES DE REALIZAR Y POR QUÉ?
<p>DETECCIÓN INICIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofertar la prueba inicial • Orientar sobre los beneficios de la prueba • Obtener consentimiento informado • Realizar la prueba • Entrega de resultados preliminares • Referencia especializada • Referir a pruebas confirmatorias a los preliminarmente positivos • Referir a servicios de prevención • Entrega de preservativos y lubricantes. • Profilaxis pre-exposición. 		
<p>CONFIRMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer prueba confirmatoria • Entrega de resultados positivos • Orientación de los beneficios de la atención • Referir a servicios de salud • Referencia especializada 		
<p>Otros:</p>		
<p>VINCULACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento a pruebas confirmatorias a los preliminarmente positivos • Acompañar a servicios de prevención • Entrega de preservativos y lubricantes. • Profilaxis pre-exposición • Referir para la notificación de pareja u orientar sobre los beneficios de la notificación. • Acompañamiento a apertura de expediente clínico. • Referencia y/o acompañamiento para pruebas del sistema de salud. • Referencia, contra referencia y promoción del Agente Hospitalario • Referir o acompañar a una cita de atención con fecha y hora específicas. • Referir o acompañar a servicios de apoyo • Realizar llamadas para asegurar la vinculación. • Realizar visitas cara a cara para asegurar la vinculación. • Motivar la realización de pruebas periódicas a los casos negativos. • Seguimiento a través de redes sociales (Whats app, FB, Instagram, Etc.) 		
<p>Otros:</p>		

A FAVOR Y EN CONTRA - DÍA 1

¡Déjenos saber lo que usted piensa! En las columnas que aparecen debajo, describa lo que le pareció más beneficioso sobre la jornada de hoy (los Pro) y lo que no le resultó beneficioso (los Contra).

A FAVOR	EN CONTRA

COMENTARIOS

EL CONTINUÓ DE LA ATENCIÓN EN VIH

Qué es el continuo o cascada de la atención del VIH/SIDA

El continuo de la atención en VIH, también denominado cascada de tratamiento del VIH es un modelo que describe los pasos o etapas secuenciales de la atención médica del VIH que las personas que viven con el VIH pasan desde el diagnóstico inicial hasta alcanzar la supresión viral (Nivel de VIH en el cuerpo), y muestra la proporción de personas que viven con el VIH que participan en cada etapa. Estos pasos se conocen como la “atención continua”.

Este sistema reconoce la nueva ciencia o evidencia científica de la “supresión viral”, que establece que cuando las personas se dedican a tomar la terapia antirretroviral (TAR) reducen la cantidad de virus en su cuerpo. Esto es importante para las personas con VIH para mantenerse sanas, vivir más tiempo y reducir sus posibilidades de transmitir el VIH a otros/as.

Cómo nace el continuo de la atención del VIH/SIDA

En el año 2011, el Dr. Edward Gardner y sus colaboradores, de la Universidad de Colorado y de la Universidad de Emory en Estados Unidos, publicaron el artículo *“El espectro del compromiso en la atención del VIH y su importancia para las estrategias de prueba y tratamiento para la prevención de la infección por el VIH”*, en el cual demuestran que la falta de participación en el cuidado del VIH y la falta de compromiso de los individuos, representan la mayor proporción de casos de no supresión viral en la población infectada, impactando los programas de prueba voluntaria y tratamiento, ya que las personas que no se vinculan y retienen en los servicios, contribuyen a la transmisión continua de la infección por VIH.¹

Además en su investigación, el Dr. Edward Gardner y sus colegas observaron que “para que las personas infectadas con VIH se beneficien plenamente de la terapia antirretroviral, necesitan saber que están infectadas con el VIH, recibir y adherirse una terapia antirretroviral eficaz”. Sin embargo, reconocieron que varios obstáculos contribuyen a la deficiente participación en la atención del VIH, limitando sustancialmente la eficacia de los esfuerzos para mejorar la salud de las personas con VIH y reducir las nuevas transmisiones del VIH. Por lo tanto, los investigadores se propusieron describir y cuantificar el espectro de participación en el cuidado del VIH.

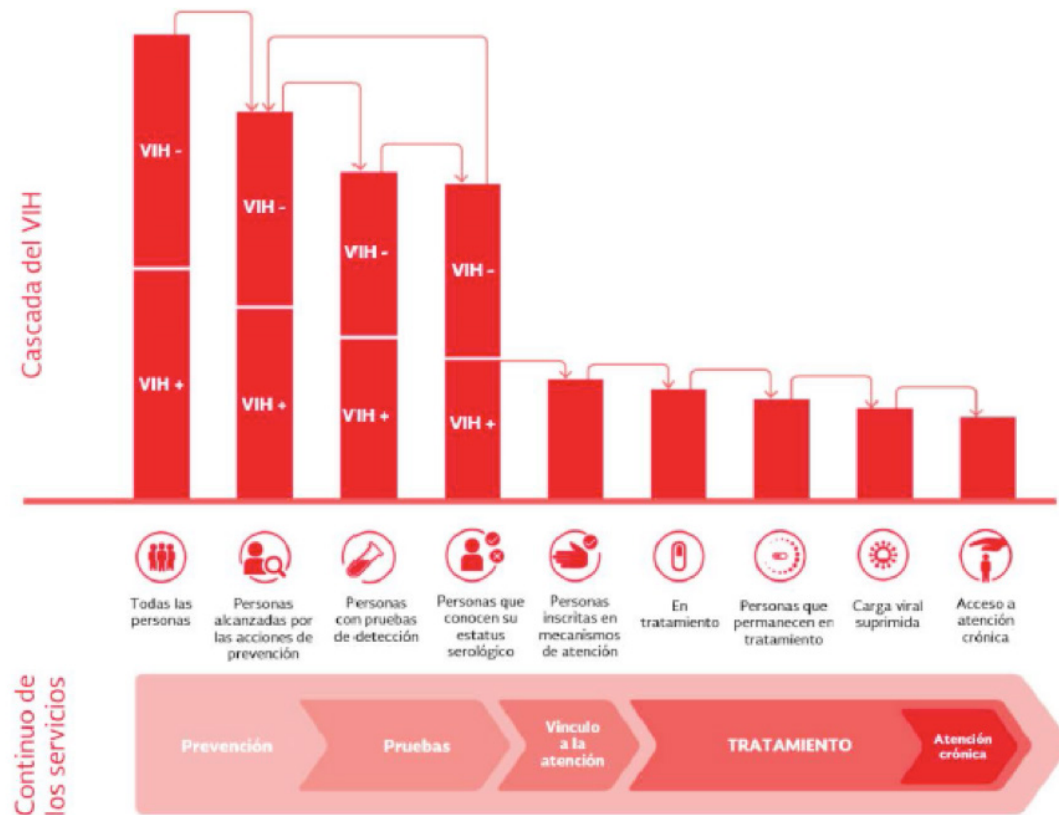
Cuáles son las etapas de la cascada y acciones claves a realizarse

(Ver tabla en siguiente pagina)

¹ Edward M, Gardner y colaboradores. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. 2011.

ETAPA DEL CONTINUO	ACCIONES A REALIZARSE
CONOCIMIENTO DEL ESTADO SEROLÓGICO	DETECCIÓN INICIAL <ul style="list-style-type: none"> • Ofertar la prueba inicial • Orientar sobre los beneficios de la prueba • Obtener consentimiento informado • Realizar la prueba • Entrega de resultados preliminares • Referencia especializada • Referir a pruebas confirmatorias a los preliminarmente positivos • Referir a servicios de prevención: <ul style="list-style-type: none"> - Entrega de preservativos y lubricantes. - Profilaxis pre-exposición.
	CONFIRMACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Hacer prueba confirmatoria • Entrega de resultados positivos • Orientación de los beneficios de la atención • Referir a servicios de salud • Referencia especializada
VINCULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento a pruebas confirmatorias a los preliminarmente positivos • Acompañar a servicios de prevención <ul style="list-style-type: none"> - Entrega de preservativos y lubricantes. - Profilaxis pre-exposición • Referir para la notificación de pareja u orientar sobre los beneficios de la notificación. • Acompañamiento a apertura de expediente clínico. • Referencia y/o acompañamiento para pruebas del sistema de salud. • Referencia, contra referencia y promoción del Agente Hospitalario • Referir o acompañar a una cita de atención con fecha y hora específicas. • Referir o acompañar a servicios de apoyo • Realizar llamadas para asegurar la vinculación. • Realizar visitas cara a cara para asegurar la vinculación. • Motivar la realización de pruebas periódicas a los casos negativos. • Seguimiento a través de redes sociales (Whats app, FB, Instagram, Etc.)
RETENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar y discutir barreras de la retención. • Referencia y apoyo a servicios complementarios. • Educación en salud para el automanejo. • Visitas o llamadas de seguimiento. • Apoyo a los controles de calidad en la entrega de servicios a PVVIH
SUPRESIÓN VIRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar o referir a pruebas de laboratorio de seguimiento (Carga viral y CD4) • Apoyo para la adherencia. • Orientar sobre los beneficios de la supresión. • Explorar y discutir barreras para supresión viral. • Brindar retroalimentación positiva.

Representación gráfica de la cascada del continuo de la atención en VIH y su relación con el continuo de los servicios.



Por qué es importante el continuo de la atención o cascada del VIH/Sida

La cascada del VIH/Sida o atención continua proporciona un marco para los proveedores de servicios y los encargados de formular políticas para examinar cuestiones críticas tales como:

- ¿Cuántas personas que viven con el VIH tomaron la prueba y se diagnosticaron?
- De ellos, ¿cuántos están relacionados con la atención médica?
- De ellos, ¿cuántos quedan en observación médica?
- De ellos, ¿cuántos reciben TAR?
- De ellos, ¿cuántos son capaces de adherirse a su plan de tratamiento y lograr la supresión viral?

Al examinar de cerca estos pasos por separado, los formuladores de políticas y los proveedores de servicios pueden determinar con precisión dónde pueden existir deficiencias en la conexión de las personas que viven con el VIH / SIDA y una atención de calidad. Si los proveedores

de servicios tienen en cuenta los pacientes que con mayor frecuencia abandonan, y qué poblaciones comúnmente lo hacen, pueden ayudar a nivel nacional, estatal, provincial, a los responsables políticos locales y los proveedores de servicios para mejorar los sistemas y servicios para apoyar a los individuos al pasar de un paso a otro.

Qué evidencia respalda el continuo de la atención del VIH/Sida

El VIH/Sida lleva más de tres décadas representando uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, el cual ha cobrado millones de vidas humanas especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Durante la última década se han producido importantes avances y evidencia científica que busca apoyar y lograr alcanzar la tan anhelada meta de cero casos de VIH y ver una generación libre del virus. Esta nueva información y evidencia ha movilizado y generado cambios importantes en las políticas, estrategias, normativas y acciones en como tradicionalmente el mundo había enfrentado esta epidemia.

Básicamente el continuo de la atención está respaldado por la evidencia científica acompañada de las nuevas políticas y directrices internacionales entorno al VIH.

ESTUDIOS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Dentro de esa nueva información y evidencia científica producto de reconocidos estudios y ensayos clínicos internacionales podemos destacar lo siguiente:

a. “Diagnóstico es Prevención”. Diversos estudios han demostrado que el conocer el estado serológico o la situación de VIH y estar en el cuidado, afectan el comportamiento: Ambos están asociados con reducciones en el sexo sin condón.

Incluso antes de que hubiera una fuerte evidencia de beneficio de prevención de una carga viral suprimida, la investigación del comportamiento de prevención encontró que las personas enlazadas y con atención médica del VIH realmente han modificado su comportamiento. Por ejemplo, en un informe del 2005, del autor Gary y otros colegas encontraron que las personas que descubrieron y conocieron que tenían VIH reducían su comportamiento sexual sin condón en un 50%.

Estas mismas personas con diagnóstico reciente también reducen la frecuencia de las relaciones sexuales vaginales y anales sin condón con su pareja que era VIH-negativo o cuya condición de VIH era desconocido.

b. “Vinculación y retención es Prevención”. Otros estudios, específicamente el informe, del autor Metsch y sus colegas encontraron que las personas que viven con el VIH y que tienen atención médica, el 66% había reducido el sexo sin condón después de los 6 meses de estar en atención. A los 12 meses el 49% había reducido el sexo sin condón. De hecho, cuanto más comprometido estaba el paciente con su cuidado, eran, más propensos eran a reducir el sexo sin condón. Los pacientes con 3 o más visitas a la clínica tuvieron el mayor grado de reducción en comparación con los que tienen menos de tres visitas a una clínica de atención. En resumen, al hacerse la prueba de VIH y conocer su resultado, se asocia con una reducción de relaciones sexuales sin condón. Y el enlace con la atención médica también se asocia

con el cambio de comportamiento que implica la reducción de sexo sin condón.

Adicionalmente, en el año 2015, Skarbinski y sus colegas investigaron las fuentes de nuevas infecciones por el VIH en Estados Unidos, ellos estimaron que del total de personas infectadas por el VIH en los EE.UU un 63,3% no tiene atención (este grupo incluía al 18,1% que no sabían que estaban infectados, y 45,2% que sabían que tenían el VIH, pero no estaba en atención). Los investigadores determinaron que este grupo de VIH positivos que no estaban con atención fueron las fuentes para el 91,5% de las nuevas infecciones por el VIH. (De este grupo, el 30,2% proviene de las personas VIH-positivas que no saben que tienen el VIH. Y el 61,3% de las nuevas infecciones por el VIH provienen de personas que han sido diagnosticadas con el VIH, pero no tienen atención).

Aunque diferentes estudios pueden dar diferentes estimaciones, lo que está claro es que el estar enlazado con atención está asociado con una caída dramática en el riesgo de transmitir el VIH a otras personas. Ósea no estar en atención es directamente proporcional a nuevas infecciones.

c. “Tratamiento es Prevención”. La evidencia también demuestra que la terapia antirretroviral no sólo puede ayudar a detener la progresión del virus en personas infectadas por el VIH, también puede prevenir infecciones nuevas entre las personas sanas que están expuestas al virus. Lo que se ha denominado “Tratamiento es Prevención”.

Si bien esta idea de que las personas con cargas virales más bajas tienen un menor riesgo de transmisión se había informado desde hace años, el verdadero avance se produjo en el año 2011, con el resultado del estudio HPTN 052. Los ensayos de prevención de este estudio buscaron la transmisión de VIH vinculados entre más de 1.700 parejas sero-discordantes (uno de los cuales tenían VIH y uno de los que no lo hicieron). Los resultados globales confirmaron que los pacientes en tratamiento antirretroviral con cargas virales indetectables (con menos de 200 copias de CV por ml) tienen un riesgo muy reducido de transmitir el VIH a otras personas a través de relaciones sexuales, incluso sin la utilización de condón. Estudios preliminares mostraron un 96% menor que el riesgo de las personas con cargas virales detectable.

Estos resultados fueron confirmados posteriormente en el año 2014 y 2015 por el Estudio Socio (Partner Study), Opposites Attract Study y el informe final de la HPTN 052. Todos informaron CERO transmisiones procedentes de personas que toman antiretrovirales y que habían suprimido la carga viral.

Por otro lado, el estudio STAR TRIAL del año 2015, demostró que el inicio más temprano de TAR, previene morbilidad y mortalidad relacionada al VIH en 53% y las personas VIH positivas tomando TAR reducen en 1200% la posibilidad de llegar a VIH avanzado o etapa Sida.

POLÍTICAS Y DIRECTRICES INTERNACIONALES

Los hallazgos de todos estos estudios científicos han generado la creación y evolución de estrategias, acuerdos y normativas internacionales en la prevención y atención del VIH. Dentro de los más relevantes se encuentran:

1. Evolución de las guías OMS para promover el control la epidemia criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento (2015):

La OMS ha evolucionado sus guías de atención basados en la evidencia cada vez más elocuente sobre como el inicio temprano del tratamiento muestra beneficios en el paciente y en la salud pública, por ejemplo:

- En el año 2010, recomendó iniciar tratamiento con una cuenta de 350 CD4.
- En el año 2013, recomendó iniciar TAR a los 500 CD4, basado en estudios observacionales y varias pruebas de eficacia del tratamiento para reducir la transmisión en parejas sero-discordantes, además de los beneficios individuales.
- En noviembre del 2015, lanza la recomendación de iniciar TAR sin tomar en cuenta el valor de CD4. Basado en el contexto que hoy en día el Tratamiento se ha hecho más simple, más tolerable y más asequible, y los sistemas de suministro de ARV se han simplificado para permitir ampliar esta estrategia.

2. Estrategia de ONUSIDA 2016-2021:

Esta estrategia busca impulsar la respuesta mundial al Sida en la consecución de varios objetivos y metas del enfoque de la Acción Acelerada, y establecer la respuesta sobre una base sólida para acabar con el Sida como amenaza para la salud pública para el año 2030. Las características principales de la estrategia incluyen:

- Es una de las primeras estrategias del Sistema de las Naciones Unidas que se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Diseñada como una estrategia global, basada en la evidencia y en un enfoque centrado en las personas, que reconoce las prioridades y oportunidades locales y regionales, incluidas los mecanismos de liderazgo y rendición de cuentas.
- Mantiene la visión de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el Sida, con un enfoque en diez objetivos que incluyen las metas de tratamiento 90-90-90 y un renovado énfasis en la prevención combinada para los jóvenes, las mujeres y las niñas y las poblaciones clave, incluyendo los hombres que tienen sexo con hombres, los usuarios de drogas, los y las trabajadores sexuales y sus clientes, personas trans y las comunidades marginadas.
- Ambiciosa y alcanzable, la Estrategia enumera el enorme costo de la inacción.

3. Consenso de Vancouver:

La Declaración de Consenso de Vancouver firmada en julio del 2015, por las figuras y entidades más destacadas e importantes en la respuesta frente a la epidemia de VIH, insta principalmente a la comunidad internacional a que se facilite de forma inmediata el acceso a la terapia antirretroviral a todas las personas diagnosticadas de VIH, al acceso de profilaxis pre-exposición (PrEP) para las personas en situación de vulnerabilidad frente al VIH, puesta en marcha de estudios que generen más evidencia científica en todos estos ámbitos y eliminar y confrontar todas las barreras legales y políticas, así como aquellas impuestas por el prejuicio.

Reconocidos investigadores en la temática de VIH manifestaron durante esta declaración:

- “Que ésta sea la conferencia en la que el tema de cuándo iniciar el tratamiento deje de ser una pregunta científica y empiece a ser una cuestión de voluntad económica y política”. Profesor Chris Beyrer, Universidad Johns Hopkins.
- “Se ha llegado a un punto en que no existe discusión posible, la evidencia científica es irrefutable, muestra que el enfoque del tratamiento como prevención es el estándar de cuidados del VIH a escala mundial” Dr. Julio Montaner, British Columbia Center.

Cuáles son algunas preguntas frecuentes relacionadas al continuo de la atención en VIH/Sida²

1. ¿Puede una persona con VIH que tiene una carga viral indetectable transmitir el VIH?

No. Una persona que vive con VIH en terapia antirretroviral (TAR) y con una carga viral indetectable en su sangre durante al menos seis meses tiene un riesgo insignificante de transmitir el VIH a una pareja sexual. Por lo tanto, los expertos en VIH y los educadores en salud han descrito el riesgo de transmisión en términos de: “no transmisibles”, “no infecciosos”, “sin riesgo de infección”, “no transmiten” y “no pueden transmitir”.

2. ¿Qué es una carga viral indetectable?

La carga viral se refiere a la cantidad de VIH en una muestra de sangre de una persona que vive con el VIH. Generalmente, cuanto mayor sea la carga viral, más probable es que transmita el VIH. La TAR puede reducir la carga viral de una persona hasta el punto en que es tan baja (por lo general, por debajo de 40 copias / ml dependiendo de la prueba) que no puede ser detectada por mediciones de laboratorio. Esto se denomina tener una carga viral indetectable. La adherencia a la excelencia, o la toma de ART según lo prescrito, es importante para mantener una carga viral indetectable.

3. ¿Cuál es la evidencia que apoya que la carga viral indetectable no trasmite el VIH?

Por ejemplo, en el estudio más reciente llamado PARTNER, hubo CERO transmisiones de 58.000 relaciones sexuales sin condón. Actúa entre personas con VIH con cargas virales indetectables y sus parejas que son VIH negativo. No se han confirmado casos de transmisión de VIH con una carga viral indetectable en estos estudios.

4. ¿Es realmente cero el riesgo de transmisión de VIH?

En términos reales, sí, el riesgo es cero. En términos teóricos, el riesgo es una pequeña fracción cercana a cero. El reto es que los estudios científicos nunca pueden probar que el riesgo es cero absoluto. A través del análisis estadístico, ese número seguirá

acercándose cada vez más a cero. Los investigadores coinciden en que, dado que el riesgo real de transmisión del VIH es cero o muy cercano a cero, una persona con VIH con una carga viral indetectable se considera “no infecciosa” para sus parejas sexuales.

5. ¿Por qué algunos grupos dicen que una carga viral indetectable reduce el riesgo en un 93-96%?

Es un error generalizado al reportar los hallazgos del estudio HPTN 052. Este estudio analizó el riesgo de transmisión desde el primer día en que una persona con VIH comienza el tratamiento. La razón de que hubo una reducción del riesgo del 96% (basada en los resultados provisionales del estudio) y una reducción del riesgo del 93% (basada en los resultados finales del estudio) es porque había transmisiones del VIH antes de que el TAR tuviera la oportunidad de suprimir el virus y porque el tratamiento no funcionó correctamente para un pequeño número de participantes. Si sólo se consideran las transmisiones después de los primeros seis meses de ART, la reducción del riesgo habría sido del 100% con un riesgo de transmisión de cero.

6. ¿Qué significa “Tratamiento como Prevención”?

El tratamiento como prevención se refiere a cualquier método de prevención del VIH que use la TAR para disminuir el riesgo de transmisión del VIH a un compañero sexual o de compartir agujas, o perinatalmente. La TAR reduce la carga viral del VIH en la sangre, el semen, el fluido vaginal y el líquido rectal a niveles muy bajos y, como resultado, reduce la transmisión del VIH. Cuando el virus en la sangre se reduce a niveles indetectables, el riesgo de transmisión sexual del VIH es insignificante.

7. ¿Todas las personas que comienzan el tratamiento contra el VIH se vuelven indetectables?

Casi todos los que comienzan la TAR encuentran un régimen de drogas que funciona dentro de los seis meses. Aproximadamente una de cada seis personas necesitará tiempo adicional para encontrar el tratamiento adecuado debido a problemas de tolerancia y adherencia. La adherencia al tratamiento y la monitorización regular de la carga viral son esenciales para mantener una carga viral indetectable.

2 FUENTE: Adaptado del documento: Consejería y Pruebas Voluntarias del VIH: Una Guía de Referencia para Consejeros y Entrenadores, Family Health International, 2005.

Las personas que permanecen indetectables durante un año o más con excelente adherencia al tratamiento son extremadamente improbables de experimentar un rebote viral, conocido como “tratamiento o fallo virológico”. El fracaso del tratamiento después de la supresión viral sostenida es raro y casi siempre está relacionado con una mala adherencia al tratamiento.

8. ¿El tener una ITS afecta la posibilidad de transmisión del VIH?

Tener una ITS no es significativa para la transmisión del VIH cuando la pareja con VIH tiene una carga viral indetectable. Una ITS en presencia de una carga viral detectable o alta puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

9. ¿Por qué algunas personas tienen cargas virales detectables?

Algunas personas pueden optar por no ser tratadas o no estar listas para iniciar el tratamiento. El acceso a una atención sanitaria adecuada y estable constituye una seria barrera para el tratamiento en muchas partes del mundo. Otros comienzan el tratamiento, pero tienen retos con la adherencia por una variedad de razones tales como estigma, problemas de salud mental, abuso de sustancias, vivienda inestable, entornos hostiles, resistencia a los medicamentos y/o efectos secundarios intolerables.

Pero las cargas virales detectables también no pueden transmitir el VIH. Por ejemplo, alguien que está viralmente suprimido (menos de 200 copias/ml) y aún detectable no puede transmitir el VIH. De hecho, los principales estudios sobre el tema se basaron en el riesgo de transmisión del VIH de personas que fueron suprimidas por virus. Para las personas que viven con VIH con cargas virales por encima del nivel que se ha demostrado que son intransmisibles, existen opciones muy eficaces. En algunas partes del mundo, la PrEP, que puede usarse individualmente o en combinación para prevenir el VIH. Todos los que viven con el VIH independientemente de la carga viral tienen derecho a una vida social, sexual y reproductiva plena y saludable.

10. ¿Con qué frecuencia se deben realizar las pruebas de carga viral?

Las pruebas de carga viral regulares para los beneficios para la salud se recomiendan normalmente

2-4 veces al año para las personas que tienen una carga viral indetectable estable. Las personas con VIH que utilizan una carga viral indetectable como estrategia de prevención del VIH deben hablar con sus proveedores para ver si se recomienda un aumento de las pruebas de carga viral.

11. ¿Qué pasa si hay VIH detectable en semen, líquidos vaginales o rectales, pero no en la sangre?

Los científicos han encontrado que el tratamiento del VIH que conduce a una carga viral indetectable en la sangre también conduce normalmente a una carga viral indetectable en el semen, la vagina y los líquidos rectales.

12. ¿Existen efectos secundarios al estar tomando medicamentos para el VIH?

Los medicamentos para el VIH pueden causar efectos secundarios para algunas personas. La mayoría son manejables. Afortunadamente, hay numerosos medicamentos disponibles para el VIH hoy en día, que la gente puede tomar sin efectos secundarios graves. Si experimenta algún efecto secundario, es importante discutirlo con su proveedor de atención médica.

13. ¿Qué significado tiene esta información para el usuario, si tiene VIH?

Significa que, si el usuario/a es indetectable y permanece en tratamiento contra el VIH, es probable que sea mucho más saludable que si no estuviera en tratamiento y ya no tenga que ser obligado por el miedo de transmitir el virus a otros durante las experiencias sexuales.

Si el usuario/a quiere dejar de usar condones, es importante que el usuario discuta esto cuidadosamente con su/s pareja/s y asegurarse de que también se sientan cómodos con la decisión. Discutir lo que significa una carga viral indetectable con parejas VIH-negativas puede ayudar a reducir la ansiedad acerca de la transmisión del VIH. Pero esta información probablemente será nueva para la mayoría de las personas que no tienen VIH; puede tomar algún tiempo para que alguien entienda y confíe en lo que está diciendo. Es importante recordar que mientras una carga viral indetectable protegerá a sus parejas de su VIH, no protege al usuario/a de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), o prevenir el

embarazo. Saber cómo una carga viral indetectable evita la transmisión del VIH puede ser especialmente útil para las personas que desean concebir un bebé sin usar prácticas alternativas de inseminación.

14. ¿Qué significado tiene esta información para el usuario/a, si NO tiene VIH?

El usuario debe estar tranquilo y no tener miedo de contraer el VIH mientras su pareja es indetectable. "Si el usuario/a quiere dejar de usar condones, es importante que los discuta cuidadosamente con su pareja y asegurarse de que también se sientan cómodos con la decisión". Es importante recordar que mientras una carga viral indetectable evitará la transmisión del VIH, no lo protege de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) ni de embarazos no deseados. Saber cómo una carga viral indetectable evita la transmisión del VIH puede ser especialmente útil para las personas que desean concebir un bebé sin usar prácticas alternativas de inseminación.

15. ¿Debe el usuario/a dejar de usar condones y/o PrEP si está con alguien que no es detectable?

Tener una carga viral indetectable, usar PrEP y usar preservativos son estrategias de prevención del VIH que la gente puede elegir usar solo o en combinación. Proporcionamos información sobre la más reciente ciencia de la transmisión del VIH para que las personas con VIH y sus parejas puedan tomar decisiones informadas sobre lo que funciona para ellos. Algunas personas pueden preferir usar varias estrategias de prevención del VIH por una variedad de razones tales como reducir la ansiedad por el riesgo de transmisión, prevenir otras ITS, prevenir el embarazo o si la pareja con VIH tiene antecedentes de adherencia inconstante a la TAR. Los condones son el único método que ayuda a prevenir el VIH, las ITS y el embarazo.

16. ¿Debe el usuario/a revelar su estado de VIH a su pareja sexual si no es detectable?

Tener una carga viral indetectable durante al menos seis meses y continuar con la medicación significa que no está poniendo a la pareja en riesgo. No hay ningún imperativo moral de revelar cuando el usuario no está poniendo a su pareja en riesgo. Sin embargo, es posible que desee considerar las ventajas y desventajas de revelar el estado de VIH, para el usuario/a y su pareja. Un compañero puede sentirse

molesto si aprende sobre su estado después de la interacción sexual y puede causar consecuencias interpersonales innecesarias incluso cuando no hay riesgo de transmisión. Además, es extremadamente importante tener en cuenta que existen muchas leyes discriminatorias de criminalización del VIH en algunos estados y partes del mundo que requieren que revele su estado, incluso cuando no hay riesgo de transmisión.

17. ¿Puede el usuario/a confiar en que su pareja es realmente indetectable?

Al igual que el consejero/a no puede saber si alguien tiene VIH al mirarlos, tampoco puede saber si alguien tiene una carga viral indetectable por su apariencia. Si el usuario/a elige confiar en su pareja es una decisión altamente personal y es probable que dependa de sus prácticas sexuales y circunstancias de la relación. Las personas involucradas en sexo consensual son responsables de su propia salud sexual. En algunas circunstancias, la PrEP, es una excelente opción contra la transmisión del VIH sin depender de la confianza de la pareja sexual.

Monitoreo y Evaluación de cada componente o etapa de la cascada del continuo de atención en VIH

El Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención del VIH, publicado en el 2014 por la OMS/, establece que es “fundamental monitorear los resultados obtenidos con relación al individuo y a la población, incluidos la mortalidad, supervivencia, incidencia, toxicidad y los efectos adversos, la fármaco-resistencia, y la supresión de la carga viral”, lo que permitirá a las autoridades de salud, documentar los resultados de la captación, vinculación y retención de los usuarios en el continuo de la atención en VIH.

Es importante hacer este monitoreo de una forma inteligente (SMART), lo que significa hacerlo teniendo en cuenta las siguientes variables:

- S = Específicos,
- M = Medibles,
- A = Aplicables,
- R = Relevantes y
- T = Con un tiempo definido.

Recuerde que el monitoreo y evaluación de los servicios relacionados con el continuo de la atención, es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario relacionado con los servicios de atención, donde el orientador juega un rol muy importante y estratégico en las áreas de detección y vinculación.

Indicadores para el Monitoreo y Evaluación de las Intervenciones en el continuo de la atención en VIH ³

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Positividad del VIH	Número de pruebas de VIH positivas en un período de 12 meses	Número de pruebas de VIH realizadas en un período de 12 meses
Diagnóstico tardío de VIH	Número de personas con diagnóstico de infección por VIH en la Etapa 3 (SIDA) dentro de los 3 meses posteriores al diagnóstico de la infección por el VIH en un período de 12 meses	Número de personas con diagnóstico de VIH en un período de 12 meses
Vinculación a la atención médica del VIH	Número de personas que asistieron a una visita de atención médica de rutina dentro de los 3 meses posteriores al diagnóstico de VIH	Número de personas con diagnóstico de VIH en un período de 12 meses
Retención en la atención médica del VIH	Número de personas con diagnóstico de VIH que tuvieron al menos una visita de atención médica en cada período de 6 meses durante un período de 24 meses de medición, con un mínimo de 60 días entre la primera visita médica del período anterior de 6 meses y la última visita médica en el siguiente período de 6 meses	Número de personas con diagnóstico de VIH con al menos una visita de atención médica en los primeros 6 meses durante un período de 24 meses

³ FUENTE: Adaptado del documento: Consejería y Pruebas Voluntarias del VIH: Una Guía de Referencia para Consejeros y Entrenadores, Family Health International, 2005.

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Personas VIH en atención médica con Terapia antirretroviral (TAR)	Número de personas con diagnóstico de VIH que reciben TAR en un período de 12 meses	Número de personas con diagnóstico de VIH que tuvieron al menos una visita de atención médica en un período de 12 meses
Personas VIH en atención médica con Supresión de la carga viral	Número de personas con diagnóstico de VIH con una carga viral <200 copias / mL en la última prueba en un periodo de 12 meses	Número de personas con diagnóstico de VIH que tuvieron al menos una visita de atención médica en un período de 12 meses
Estado en relación a la vivienda	Número de personas con diagnóstico de VIH sin hogar o con alojamiento inestable en un período de 12 meses	Número de personas con diagnóstico de VIH que reciben servicios de VIH en los últimos 12 meses

COMUNICACIÓN

La comunicación es la herramienta base de cualquier relación, personal o profesional. Si no somos capaces de comunicarnos, no podremos transmitir nuestros conocimientos ni nuestras inquietudes. En el ámbito de la Salud ocurre lo mismo.

Definitivamente, que para conocer y saber más de alguien hay que tratar a esa persona. Recordemos, que no solo nos comunicamos con las palabras. El tono de nuestra voz, nuestra postura corporal, la mirada, la disposición del espacio, la distancia entre nuestro interlocutor y nosotros, nuestros gestos, incluso nuestra ropa, todo puede ser una herramienta de comunicación eficaz o, por el contrario, una barrera.

Hasta con nuestros silencios comunicamos, saber curar es importante pero saber tratar también. El respeto por nuestras tradiciones, costumbres y creencias es muy importante y forma parte de una comunicación eficaz.

Qué es comunicación efectiva: es una forma de comunicación, que logra que quien transmite el mensaje lo haga de modo claro y entendible para su interlocutor/es, sin que genere confusión, dudas o interpretaciones erróneas. Es efectiva la comunicación cuando el mensaje

que se pretende enviar llega al receptor de la manera más similar posible a la idea que quiso expresarse.

Comunicar es sencillo y complicado al mismo tiempo. Aunque pueda parecer una acción individual, en realidad es un trabajo de equipo. Porque tan importante es comunicar bien, como recibir los mensajes correctamente.

Hay un término en comunicación llamado el **arco de distorsión**, que es la distancia entre el mensaje que se emite y el que finalmente se recibe. Por ejemplo, en una conversación entre dos personas, el arco de distorsión sería la distancia entre lo que una de ellas quiere decir, y lo que la otra realmente recibe. El arco de distorsión puede ser afectado por muchas variables, como por ejemplo: el ruido, las actitudes personales, el ánimo, la cultura, las edades, el lenguaje, la religión, las suposiciones, las destrezas y muchas otras más.

Para que la comunicación sea lo más efectiva posible, existen varias herramientas de las que podemos hacer uso y que todo orientador debe conocer y practicarlas para mejorar sus destrezas al utilizarlas, dentro de las más importantes se encuentran:

1.Preguntas abiertas – Se trata de preguntas que requieren más que un “sí” o “no” para contestarlas.

Ejemplo: “¿Cómo usted ha resuelto situaciones difíciles en el pasado?”

- Ejemplos de situaciones cuando las preguntas abiertas resultan efectivas. Posibles respuestas serían: para iniciar una conversación; para animar a alguien a contar algo; y para obtener más información de la que se puede sacar con una pregunta cerrada.

2.Preguntas cerradas – Se trata de preguntas que se pueden contestar fácilmente con un “sí” o “no”, o con un sonido o una sola palabra. *Ejemplo:* “¿Trabajas aquí?”

- Ejemplos de situaciones cuando las preguntas cerradas resultan efectivas. Posibles respuestas serían: para obtener información acertada; y para limitar la cantidad de palabras en la respuesta.

3.Parafraseo – Se trata de una técnica en la que el oyente repite lo que le dijo el que habla. El oyente usa sus propias palabras y no repite palabra por palabra lo que dijo el otro. *Ejemplo:* “Lo que me gusta más de mí mismo es mi sentido de humor.” – “Parece que el humor es algo importante para ti.”

- Ejemplo de una situación en la que parafraseando puede ser una técnica efectiva. Posibles respuestas serían: para asegurarse que el oyente escuchó lo que el orador dijo realmente; para crear una relación con el cliente. Parafrasear demuestra que el oyente estaba escuchando atentamente.

- Recuerde que parafrasear no es una repetición verbal de lo que se ha dicho. Deben ser cautelosos/as de no hacer sus propias interpretaciones de lo que la otra persona quiso decir. Como una herramienta de comunicación, puede ser particularmente útil cuando existen barreras en la comunicación, por ejemplo: diferentes lenguajes, diversidad cultural o cuando el interlocutor/a está ansioso o enojado/a.

Por lo general un adecuado parafraseo debe iniciar con las siguientes frases:

- Yo te escuche decir....,
- Suena como....,
- Entiendo que me estás diciendo....,
- En otra palabras...,
- Déjame ver si entiendo...

4.Reformulación – Se trata de una técnica que se usa para encontrar lo positivo en una afirmación negativa o para ayudar al orador de referirse diferentemente a una situación. *Ejemplo:* “Odio haber re-aumentado 10 libras.” – “Yo creo que es fantástico que de las 30 libras que perdiste has rescatado las 20.”

- Ejemplo de una situación cuando la reformulación resulta efectiva. Posibles respuestas serían: para ayudar a las personas de pensar en sus logros, no sus fracasos; y para ayudar a las personas de reevaluar una situación. También se puede utilizar para tratar con comentarios inadecuados.

5.Aclarar y Resumir Comentarios – Aclarar y resumir aumenta la profundidad de una discusión, fortalece la comprensión y reduce el ponerse a la defensiva.

- Para aclarar: reformule lo que usted comprendió de lo que se dijo, o bien pregunte a la persona que habló qué fue lo que dijo, o pida a la persona que habló que repita su comentario.
- Para resumir: recapitule el contenido o los sentimientos que fueron expresados durante un cierto periodo.

6.Escucha Activa – Para comunicarnos necesitamos conocer y respetar el pensamiento y sentimiento del otro. Escuchar activamente mejora nuestra respuesta efectiva. La forma en que nos comunicamos dice mucho de nosotros mismos, la mayor parte de las personas no escuchan con el objetivo de comprender, sino con la intención de responder y dominar el momento.

Es ahí donde es de gran importancia la habilidad de escuchar “empáticamente”. Cuando dedicamos más tiempo a difundir nuestras ideas y menos a escuchar, monopolizamos el diálogo. Al intentar que prevalezcan nuestros puntos de vista y nuestras opiniones, no dejamos que el otro termine sus intervenciones, o no nos preocupamos de entender a quién tenemos en frente, no estamos adoptando una postura empática, ni siquiera, estamos sabiendo escuchar. No se trata tampoco de guardar un silencio absoluto y pasivo mientras la otra persona habla, eso tampoco es escuchar activamente.

7.La Escucha Empática – La escucha empática es aquella escucha por la cual captamos el mensaje de nuestro interlocutor sin prejuicios, poniéndonos en su papel, apoyándole y aprendiendo de su experiencia. Oímos con la intención de comprender sus sentimientos. Apreciamos su punto de vista. Mediante la escucha empática interpretamos su mensaje desde su mundo. Consiste en comprender al paciente profundamente desde su propio marco de referencia, tanto emocional como intelectualmente.

Escuchar con empatía significa hacer un esfuerzo para entender lo que siente nuestro paciente en cada momento. La disposición del paciente durante la entrevista cambia gracias a la empatía, al sentirse entendido nos revelara más información sobre sus pensamientos y sentimientos.

Consejos para convertirnos en un oyente empático:

1. Predisposición física y mental para prestar atención.
2. Apartar las suposiciones, los prejuicios y las preocupaciones, presentando una mente abierta.
3. No juzgar a nuestro interlocutor.
4. Prestar atención al lenguaje no verbal.
5. Imitar las expresiones faciales y los gestos corporales.
6. Considerar las emociones, sentimientos y los valores de nuestro interlocutor.
7. Entender sus puntos de vista.
8. Comprender su diferente visión del problema.
9. Interpretar el mensaje poniéndonos en su lugar.

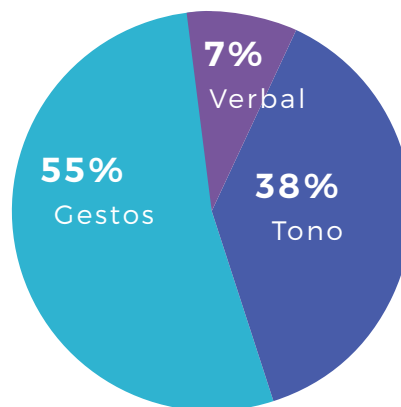
8. Comunicación no-verbal – La comunicación no verbal es el lenguaje complementario al de las palabras, formado por los gestos, las posturas, las miradas que utilizamos consciente o inconscientemente para expresar estados de ánimo o sentimientos de manera habitual.

- Ejemplo de comunicación no-verbal. Posibles respuestas serían: los brazos cruzados pueden indicar que alguien se niega a discutir el asunto; cuando alguien tuerce los ojos, puede indicar irrespeto o frustración por otra persona.
- El hombre lleva miles de años utilizando este tipo de comunicación no verbal. Pero este tipo de comunicación no se ha empezado a estudiar nada más

que hace sólo unas décadas. El investigador Albert Mehrabian descompuso en porcentajes el impacto de un mensaje: donde solo el 7% de la información se atribuye a las palabras, mientras que el 38% se atribuye a la voz (entonación, proyección, resonancia, tono, etc.) y el 55% al lenguaje corporal (gestos, posturas, movimiento de los ojos, respiración, etc.). El componente verbal se utiliza para comunicar información y el no verbal para comunicar estados y actitudes personales.

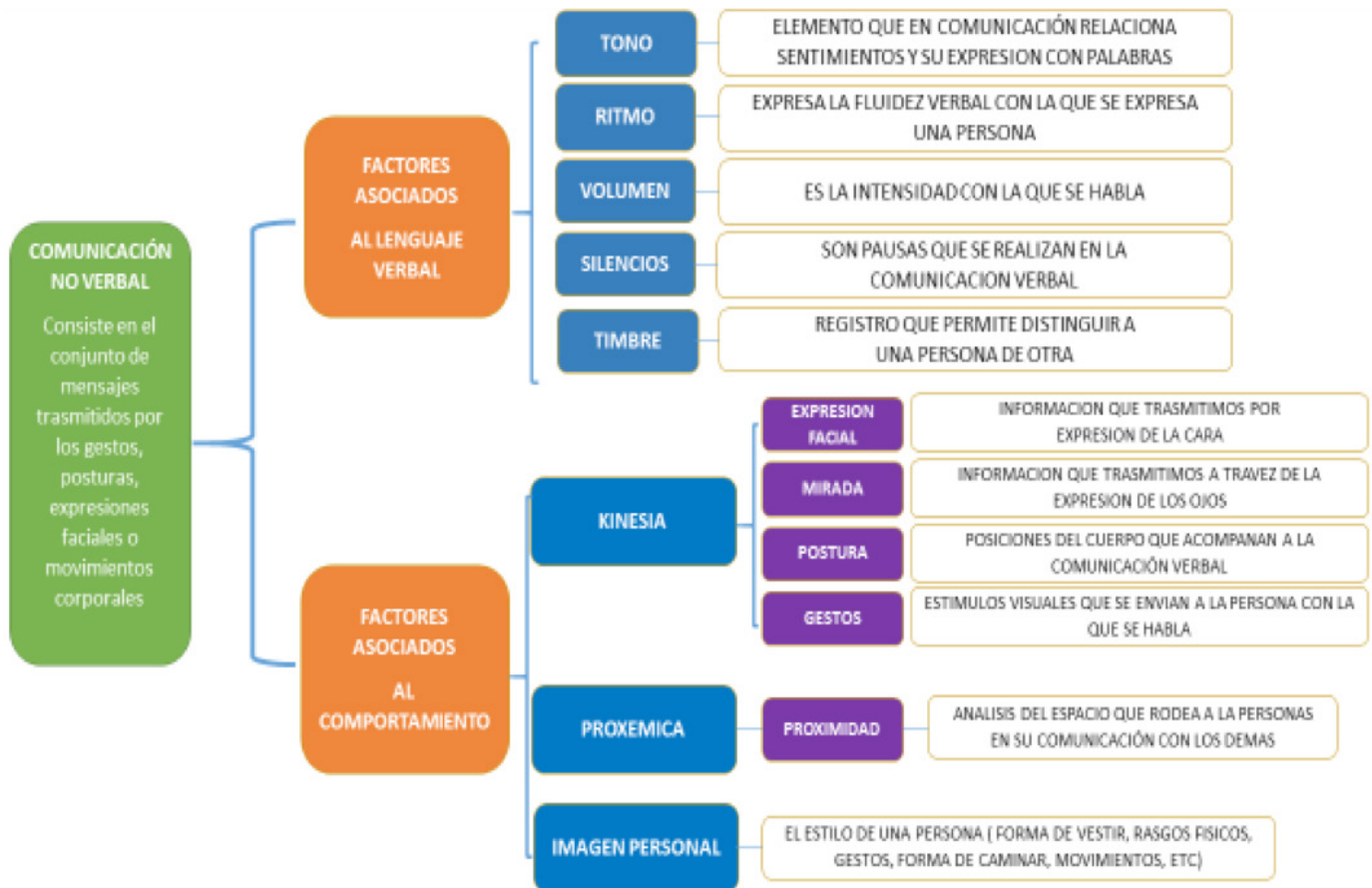
Porcentaje del impacto de un mensaje definidos por Albert Mehrabian

Es de tal importancia que se considera que una comunicación cara a cara, el componente verbal es del 35% frente al 65% que se corresponde con la no verbal (gestos, movimientos, señales, etc.) Está formada por tres partes:



- La parte que incluye los gestos, las manos, las posturas, miradas, etc.
- El tono de voz, velocidad al hablar etc.
- Distancia personal que necesitamos para sentirnos seguros, está dependerá de los interlocutores y las circunstancias en las que nos movamos.

Esquema de la Comunicación No Verbal y los componentes que interactúan.



SEGUNDA SECCIÓN

- ⌘ AGENDA SEGUNDO DÍA DEL TALLER
- ⌘ HOJAS DE TRABAJO
- ⌘ DIAPOSITIVAS O MATERIAL EN POWER POINTS

AGENDA SEGUNDO DÍA DEL TALLER

ACTIVIDAD

BIENVENIDA DÍA DOS / PRO Y CONTRAS

DESCRIBIENDO LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE CONSEJERÍA

PRÁCTICA DE PRE- CONSEJERÍA - JUEGO DE ROLES

MODELANDO EL NUEVO ENFOQUE DE PRE-CONSEJERÍA

RECESO

SUPERANDO BARRERAS IDENTIFICADAS POR EL CONSEJERO/A

PRÁCTICA DE POST-CONSEJERÍA – JUEGO DE ROLES

ALMUERZO

MODELANDO EL NUEVO ENFOQUE DE POST-CONSEJERÍA

VINCULACIÓN Y PRUEBAS DE VIH

SUPERANDO BARRERAS IDENTIFICADAS POR EL CONSEJERO/A

PRO Y CONTRAS DÍA DOS

HOJA DE TRABAJO / PRÁCTICA DE PRECONSEJERÍA / JUEGO DE ROLES

Personaje:	MIKE
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el USUARIO:	Mike es un chico gay de 21 años de edad, nunca antes se ha realizado la prueba de VIH. Tiene bastante miedo por la posibilidad de obtener un resultado reactivo. Le preocupan todos los mitos asociados al VIH especialmente los que lo plantean como sinónimo de muerte.
Tus sentimientos:	<ul style="list-style-type: none"> • Tienes sentimientos mezclados sobre hacerte la prueba. • Cada vez que contestaste “Sí” a una de las preguntas que te hizo el consejero, te diste cuenta que estabas en riesgo de ser VIH positivo. • Tienes sentimientos de inseguridad de realizarte la prueba. <p>NOTA: Evite sobredimensionar el caso descrito</p>

Personaje:	MIKE
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	Mike es un chico gay de 21 años de edad, nunca antes se ha realizado la prueba de VIH. Tiene bastante miedo por la posibilidad de obtener un resultado reactivo. Le preocupan todos los mitos asociados al VIH especialmente los que lo plantean como sinónimo de muerte.
Usted se concentrará en:	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la pre-consejería como habitualmente lo hace en su día a día. • Evite sobredimensionar el caso.

HOJA DE TRABAJO / PRÁCTICA DE PRECONSEJERÍA / JUEGO DE ROLES

Personaje:	SEBASTIÁN
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el USUARIO:	Sebastián tiene 39 años de edad, realiza su prueba de VIH frecuentemente desde los 30. En varias ocasiones ha solicitado los servicios de detección de una PASMO, conoce los procedimientos y los formatos que hay que llenar. Le interesa obtener un servicio lo más rápido posible ya que en otras ocasiones ya le han aclarado todas sus dudas en torno al VIH.
Tus sentimientos:	<ul style="list-style-type: none"> • Estás seguro de realizarte la prueba. • Sientes que no necesitas información complementaria sobre el VIH. • Tienes prisa por recibir el servicio de prueba. <p>NOTA: Evite sobredimensionar el caso descrito.</p>

Personaje:	SEBASTIÁN
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	Sebastián tiene 39 años de edad, realiza su prueba de VIH frecuentemente desde los 30. En varias ocasiones ha solicitado los servicios de detección de la Unidad de Salud, conoce los procedimientos y los formatos que hay que llenar. Le interesa obtener un servicio lo más rápido posible ya que en otras ocasiones ya le han aclarado todas sus dudas en torno al VIH.
Usted se concentrará en:	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar la pre-consejería como habitualmente lo hace en su día a día. • Evite sobredimensionar el caso.

HOJA DE TRABAJO / PRÁCTICA DE PRECONSEJERÍA / JUEGO DE ROLES

Personaje:	TONY
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el USUARIO:	Tony es un chico gay de 31 años de edad. Desde hace tiempo viene realizando su prueba de detección de VIH, dos veces al año. Tony tiene varias parejas sexuales y está bien informado sobre las alternativas para evitar una infección. Tony mira los servicios de detección como una situación rutinaria, es la primera vez que visita los servicios de una ONG.
Tus sentimientos:	<ul style="list-style-type: none"> • Piensas hacerte la prueba no tienes miedo ni dudas. • Te sientes familiarizado con los servicios de detección de VIH. • Demuestras una actitud relajada.

Personaje:	TONY
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	Tony es un chico gay de 31 años de edad. Desde hace tiempo viene realizando su prueba de detección de VIH, dos veces al año. Tony tiene varias parejas sexuales y está bien informado sobre las alternativas para evitar una infección. Tony mira los servicios de detección como una situación rutinaria, es la primera vez que visita los servicios de una ONG.
Usted se concentrará en:	<ul style="list-style-type: none"> • Centre toda su atención en las necesidades expresadas por la persona usuaria de tal forma que se posibilite la creación de un vínculo. • No se centre en realizar una evaluación de riesgos. Recuerde que no es una intervención de cambio de comportamiento. • Adopte una visión amplia (de cascada de atención). • Tenga presente la nueva evidencia científica especialmente la idea de que la prevención incluye a positivos y negativos. • No intente encontrar soluciones sólo facilite el proceso. • No genere dudas en la persona usuaria y no presione para que las tenga. Solo resuelva las dudas expresadas. Transforme el proceso de consejería en una experiencia agradable con algunos aspectos de MKT social, considerando el ambiente, a la persona y usted. • El llenado de documentos administrativos debe camuflarse en el proceso de tal forma que no transforme la experiencia en un trámite tedioso. • Aborde los posibles resultados de la prueba. • Mantenerse en calma mantendrá en calma al usuario

HOJA DE TRABAJO / PRÁCTICA DE PRECONSEJERÍA / JUEGO DE ROLES

Personaje:	SHARON
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el USUARIO:	Sharon es una chica trans trabajadora sexual de 25 años de edad. Realizó su última prueba de detección hace 2 años poco antes de que iniciara una relación afectiva con George. Ella siempre se protege en las relaciones sexuales asociadas a su trabajo, sin embargo, con George ha dejado de cuidarse. Sharon había postergado la realización de la prueba por miedo a un resultado reactivo, pero hoy gracias a sus compañeras y al equipo de PASMO decidió realizarla.
Tus sentimientos:	<ul style="list-style-type: none"> • Tienes temor de realizarte la prueba. • Piensas que puedes obtener un resultado Positivo. • Te sientes apoyada por tus compañeras y el equipo que te da asistencia para realizarte la prueba.

Personaje:	SHARON
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	Sharon es una chica trans trabajadora sexual de 25 años de edad. Realizó su última prueba de detección hace 2 años poco antes de que iniciara una relación afectiva con George. Ella siempre se protege en las relaciones sexuales asociadas a su trabajo, sin embargo, con George ha dejado de cuidarse. Sharon había postergado la realización de la prueba por miedo a un resultado reactivo, pero hoy gracias a sus compañeras y al equipo de PASMO decidió realizarla.
Usted se concentrará en:	<ul style="list-style-type: none"> • Centre toda su atención en las necesidades expresadas por la persona usuaria de tal forma que se posibilite la creación de un vínculo. • No se centre en realizar una evaluación de riesgos. Recuerde que no es una intervención de cambio de comportamiento. • Adopte una visión amplia (de cascada de atención). • Tenga presente la nueva evidencia científica especialmente la idea de que la prevención incluye a positivos y negativos. • No intente encontrar soluciones sólo facilite el proceso. • No genere dudas en la persona usuaria y no presione para que las tenga. Solo resuelva las dudas expresadas. Transforme el proceso de consejería en una experiencia agradable con algunos aspectos de MKT social, considerando el ambiente, a la persona y usted. • El llenado de documentos administrativos debe camuflarse en el proceso de tal forma que no transforme la experiencia en un trámite tedioso. • Aborde los posibles resultados de la prueba. • Mantenerse en calma mantendrá en calma al usuario.

HOJA DE TRABAJO / PRÁCTICA DE PRECONSEJERÍA / JUEGO DE ROLES

Personaje:	JOSHUA
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el USUARIO:	<p>Joshua tiene 37 años de edad y está casado con Celia desde hace 10 años. En el pasado Joshua tuvo encuentros ocasionales con otros hombres y recientemente lo ha vuelto a hacer. Por años pensó que no era necesario realizarse la prueba de VIH, pero algunas situaciones tanto con Celia como con sus otras parejas sexuales hombres le han hecho cambiar de opinión. Para Joshua es importante que su identidad sexual heterosexual se siga manteniendo, no quiere exponerse a ser asociado con el ambiente gay. Un empleado de la Unidad de Salud lo ha contactado y en breve llegará a uno de nuestros sitios para realizarse la prueba de VIH.</p>
Tus sentimientos:	<ul style="list-style-type: none"> • Tienes temor de ser asociado con el ambiente gay. • Sientes que has tenido situaciones de riesgo para VIH. • Tienes la preocupación sobre la privacidad y confidencialidad de hacerte la prueba.

Personaje:	JOSHUA
Situación:	Consejería pre prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	<p>Joshua tiene 37 años de edad y está casado con Celia desde hace 10 años. En el pasado Joshua tuvo encuentros ocasionales con otros hombres y recientemente lo ha vuelto a hacer. Por años pensó que no era necesario realizarse la prueba de VIH, pero algunas situaciones tanto con Celia como con sus otras parejas sexuales hombres le han hecho cambiar de opinión. Para Joshua es importante que su identidad sexual heterosexual se siga manteniendo, no quiere exponerse a ser asociado con el ambiente gay. Un empleado de la Unidad de Salud lo ha contactado y en breve llegará a uno de nuestros sitios para realizarse la prueba de VIH.</p>
Usted se concentrará en:	<ul style="list-style-type: none"> • Centre toda su atención en las necesidades expresadas por la persona usuaria de tal forma que se posibilite la creación de un vínculo. • No se centre en realizar una evaluación de riesgos. Recuerde que no es una intervención de cambio de comportamiento. • Adopte una visión amplia (de cascada de atención). • Tenga presente la nueva evidencia científica especialmente la idea de que la prevención incluye a positivos y negativos. • No intente encontrar soluciones sólo facilite el proceso. • No genere dudas en la persona usuaria y no presione para que las tenga. Solo resuelva las dudas expresadas. Transforme el proceso de consejería en una experiencia agradable con algunos aspectos de MKT social, considerando el ambiente, a la persona y usted. • El llenado de documentos administrativos debe camuflarse en el proceso de tal forma que no transforme la experiencia en un trámite tedioso. • Aborde los posibles resultados de la prueba. • Mantenerse en calma mantendrá en calma al usuario.

PRÁCTICA POST CONSEJERÍA / JUEGO DE ROLES / RESULTADO NEGATIVO

Personaje:	TONY / SHARON / JOSHUA
Situación:	Consejería post prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	<ul style="list-style-type: none"> • Procure la retención en los servicios de detección promoviendo la realización de al menos dos pruebas de VIH al año. • Promueva el uso de estrategias de prevención. (No se centre solo en el uso del condón). • Ofrezca opciones de reducción de riesgos. • Promueva el conocimiento del estado serológico de las parejas sexuales.
<p>Durante su última sesión de consejería, TONY/ SHARON/ JOSHUA decidió hacerse la prueba del VIH, y ahora regresa a recibir sus resultados.</p>	
<p>El resultado de la prueba es NEGATIVO</p>	

Personaje:	TONY / SHARON / JOSHUA
Situación:	Consejería post prueba
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	<ul style="list-style-type: none"> • De certeza del siguiente paso inmediato. No incluya información a mediano ni a largo plazo. • Elimine o minimice cualquier idea negativa en torno al VIH, utilizando la nueva evidencia científica. • Concrete lo más pronto posible (antes de 72 hrs.) el proceso de vinculación al servicio de salud y ejecute estrategias que eliminen las posibles barreras. Ejemplo: Confirmar datos de contacto. • Informe a la persona que se le acompañará durante todo el proceso. • Resalte los beneficios de ser enlazado con el agente hospitalario. • No olvide continuar con una visión amplia (de cascada de atención). • Recuerde que acceder al siguiente pilar de la cascada de atención garantiza el mantenimiento o mejoramiento de la calidad de la vida de la persona usuaria.
<p>El resultado de la Prueba de TONY/ SHARON/ JOSHUA es POSITIVO</p>	

LA HISTORIA

Un comerciante acababa de apagar las luces de la tienda, cuando aparece alguien y le exige dinero. El hombre abre una caja registradora. El contenido de la caja registradora fue arrebatado, y el hombre se alejó apresurado. Un miembro de la policía fue notificado rápidamente.

Afirmaciones sobre la Historia:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Un hombre apareció después de que el dueño apagó las luces de su tienda | V | F | ? |
| 2. El ladrón era un hombre. | V | F | ? |
| 3. El ladrón le exigió dinero al dueño. | V | F | ? |
| 4. Quien abrió la caja registradora era el dueño. | V | F | ? |
| 5. El hombre arrebató el contenido de la Caja registradora y se alejó apresurado. | V | F | ? |
| 6. Alguien abrió la caja registradora. | V | F | ? |
| 7. Después de que el hombre que pidió el dinero recogió el contenido de la caja registradora, salió corriendo. | V | F | ? |
| 8. Aunque la caja registradora contenía dinero, la Historia no dice cuánto | V | F | ? |
| 9. El ladrón le exigió dinero al dueño. | V | F | ? |
| 10. La historia relata una serie de eventos en la cual sólo se menciona tres personas: el dueño de la tienda, un hombre que exigía dinero, y el miembro de la policía. | V | F | ? |

PRÁCTICA VINCULACIÓN / JUEGO DE ROLES

Personaje:	NELSON
Situación:	Vinculación
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	Nelson es un chico gay de 29 años de edad en unos momentos uno de los empleados de PASMO le informará que obtuvo un resultado reactivo a VIH. Nelson estará sumamente preocupado no tanto por su situación sino por una posible transmisión a Gabriel su pareja desde hace 2 años. El consejero utilizará esta situación para vincularlo lo más rápidamente al servicio de salud.
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	<ul style="list-style-type: none"> • Realice la intervención de vinculación. • Concrete lo más pronto posible el proceso de vinculación al servicio de salud y ejecute estrategias que eliminen las posibles barreras. Ejemplo: Confirmar datos de contacto. • Informe a la persona que se le acompañará durante todo el proceso. • Resalte los beneficios de ser enlazado con el agente hospitalario. • No olvidé continuar con una visión amplia

Personaje:	SUSAN
Situación:	Vinculación
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	Susan es una chica trans que se dedica al trabajo sexual. En unos minutos gracias a un orientador de PASMO obtendrá un resultado reactivo a VIH. La experiencia del consejero con la población le hace suponer que concretar una vinculación será bastante difícil, por situaciones relacionadas con los horarios de la toma muestras. El consejero agotará todos los recursos disponibles y toda su experiencia para concretar la vinculación.
Instrucciones para el CONSEJERO/A:	<ul style="list-style-type: none"> • Realice la intervención de vinculación. • Concrete lo más pronto posible el proceso de vinculación al servicio de salud y ejecute estrategias que eliminen las posibles barreras. Ejemplo: Confirmar datos de contacto. • Informe a la persona que se le acompañará durante todo el proceso. • Resalte los beneficios de ser enlazado con el agente hospitalario. • No olvidé continuar con una visión amplia

A FAVOR Y EN CONTRA - DÍA 2

¡Déjenos saber lo que usted piensa! En las columnas que aparecen debajo, describa lo que le pareció más beneficioso sobre la jornada de hoy (los Pro) y lo que no le resultó beneficioso (los Contra).

A FAVOR	EN CONTRA

COMENTARIOS

INTERVENCIONES DEL SECTOR SALUD

Lecturas extraídas de Guías de la OMS

Capítulo 3 Directrices consolidadas sobre los servicios de pruebas del VIH

Capítulo 4 Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave

Traducido al español por Cicatelli Associates

SERVICIOS DE PRE TEST Y POST TEST

PUNTOS CLAVE

- Los 5 C's son clave para todo Servicio de Prueba de VIH (HST por sus siglas en inglés): **consentimiento, confidencialidad, consejería, correctos resultados de la prueba y conexión al tratamiento, prevención y cuidado** del VIH.
- Las HST deben ser **priorizadas y promocionadas a todos aquellos que están en alto riesgo** y no se han realizado la prueba recientemente.
- El consentimiento verbal es usualmente adecuado, pero todos los individuos deben tener una oportunidad en privado para negarse a realizarse la prueba. **La prueba obligatoria nunca está garantizada.**
- La HST debe asegurar que todos los resultados y la información del cliente son **confidenciales**. Sin embargo la revelación de los resultados a la pareja, a los familiares que apoyan y a los trabajadores de la salud es a menudo beneficioso; esto solamente debe hacerse por y con el consentimiento de la persona que recibe la prueba.
- **La repetición de la prueba para los individuos que se pensó estaban en el período de ventana**, es necesaria sólo para aquellos que reportan riesgo específico reciente.
- Es responsabilidad ética y profesional de la persona que provee los resultados de la prueba de VIH, el adherirse a las regulaciones nacionales e internacionales para asegurar **los correctos resultados de la prueba.**
- **Las personas con pruebas de VIH negativo** usualmente necesitarán sólo breve información de salud sobre el reporte de su estatus de VIH, cómo prevenir la adquisición de VIH en el futuro y dónde y cómo vincularse a los servicios de prevención de VIH, según lo apropiado. Las personas con riesgo significativo y continuo, podrían necesitar apoyo más activo y vinculación a los servicios de prevención de

VIH. Todos los que son diagnosticados VIH positivo, deben recibir consejería post prueba incluyendo parejas donde uno o ambos son diagnosticados positivos.

- **Las personas** cuyo resultado de la prueba no están aún confirmados o cuyo estatus de VIH es reportado como **inconcluso** necesitan servicio de seguimiento para asegurar que ellos reciban su diagnóstico por VIH.
- **Las poblaciones clave** necesitan enfoques y mensajes a la medida.
- **La conexión** a la prevención, el tratamiento y el cuidado es un componente esencial de las HST.

SERVICIOS DE PRE PRUEBA Y POST PRUEBA

Introducción

La vinculación a los servicios apropiados siguiendo el diagnóstico deben ser considerados como un componente clave de una HST efectiva y completa.

Alcanzar la meta 90-90-90 de las Naciones Unidas, depende de los primeros 90 – diagnosticar el 90% de las personas con una infección de VIH. Muchas personas con VIH han sido ya diagnosticadas, como lo evidencia logros tales como el estimado de 13 millones de personas en TAR en el mundo entero. Sin embargo, muchas personas que necesitan cuidado y tratamiento, permanecen sin diagnóstico. La vinculación exitosa desde el diagnóstico a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado, es esencial para alcanzar el segundo y tercer 90 – que el 90% de las personas que han sido diagnosticadas VIH positivas estén en TAR y que el 90% de las personas con VIH que reciben TAR hayan alcanzado supresión viral.

El recibir un diagnóstico VIH empodera a los individuos a tomar decisiones informadas sobre la prevención, tratamiento y cuidado del VIH que afectará a la vez, la transmisión del VIH y la supervivencia y salud del individuo. Por lo tanto, la vinculación a los servicios apropiados después del diagnóstico, debe ser considerado un componente clave de la HST efectiva y completa.

Este capítulo discute servicios esenciales antes de la prueba de VIH, la consejería post prueba. Los servicios post prueba están descritos específicamente para individuos cuya prueba es VIH negativa, los individuos que son diagnosticados VIH positivo, individuos que reciben un resultado reactivo a la prueba, pero necesitan pruebas adicionales y los individuos que tienen un estatus VIH inconcluso. Se explica la importancia de la vinculación a la prevención, tratamiento y cuidado, y se exploran enfoques innovadores para mejorar exitosamente estos vínculos.

Servicios previos a la prueba de VIH

Algunos servicios básicos deben ser considerados previos a las pruebas en todos los escenarios, sin importar el enfoque usado para realizar la HST (ver capítulo 4 para la descripción de varios abordajes). Estos servicios aplican para todos los adultos, parejas y compañeros y adolescentes. Servicios de pre prueba específicos para los niños están descritos en las *Guías y regulaciones operacionales para la consejería y pruebas de VIH en infantes, niños y adolescentes por proveedores de servicio en la región Africana* (<http://tinyurl.com/hivtestguideafro>).

Promoción de la HST

Muchos países y programas han promovido vigorosamente las HST a través de medios masivos, incluyendo la radio, televisión, vallas publicitarias y posters, el internet y medios sociales electrónicos. El uso de medios masivos ha demostrado que incrementa la participación de las HST en corto plazo. En los países en donde la prevalencia del VIH es a la vez alta y baja en el mismo país, como resultado de campañas y actividades promocionales, existe un conocimiento amplio que las HST están disponibles y en dónde están disponibles. Por ejemplo, entre los países con epidemias generalizadas, las recientes Encuestas Demográficas y de Salud indican que en Zambia (2014), el 96% y que en Tanzania (2011-

2012) el 91% tanto de hombres como de mujeres saben dónde pueden realizarse una prueba de VIH. El conocimiento de donde realizarse una prueba de VIH en países con epidemias concentradas es menor pero es extendido. Por ejemplo, entre hombres y mujeres por igual, 69% en Camboya (2010) y el 71% en Sierra Leona (2013), saben dónde pueden realizarse una prueba. Algunos países reportan diferencias según el género. Por ejemplo, en República Dominicana (2010) el 96% de las mujeres y el 85% de los hombres sabían dónde realizarse una prueba, y en Etiopía (2011) el 66% de las mujeres y el 82% de los hombres sabían dónde realizarse una prueba.

Dado que el conocimiento de las pruebas de VIH y dónde está disponible se ha extendido, la continua necesidad de la promoción dirigida a la población general, debe ser evaluada. Dependiendo de las metas de los programas HST, la promoción general y las campañas de concienciación para las HST podrían ya no ser necesarias. Sin embargo, aún en los países con un conocimiento generalmente extendido de las pruebas de VIH, las actividades promocionales podrían necesitar ser enfocadas en las poblaciones donde las tasas de pruebas de VIH permanecen sub-óptimas, incluyendo poblaciones clave y grupos de adolescentes, los cuales muy probablemente requieren mensajes y abordajes a la medida – por ejemplo, a través de las redes sociales.

Ejemplo de Casos: promocionando los servicios de prueba de VIH

- En China, se utiliza el “Easy Tell” un programador de pruebas de VIH en internet las 24 horas al día o un sistema de notificación par anónimo, apoyan la auto-prueba de VIH.
- En Macedonia, los miembros del parlamento recibieron pruebas de VIH a través de servicios móviles; este evento publicitó los beneficios de las pruebas de VIH.
- En Kenia, una campaña de medios masivos de 4 fases diseñada profesionalmente, incrementó significativamente la realización de las pruebas cuando mencionó VIH directamente y los beneficios personales, familiares y de prevención de la prueba.
- En Líbano, actividades que incluían “pasar la voz”, campañas de abordaje y alcance, referencias de los proveedores de cuidado de la

salud y las redes sociales promovieron un centro médico especializado que ofrecía servicios de salud sexual para hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas transgénero.

- En Lituania, una asociación de mujeres afectadas por VIH y sus familiares organizaron un tour de pruebas móviles de VIH. Para promover la participación, los alcaldes, otros líderes municipales, autoridades de salud pública y de las prisiones y los medios locales fueron informados sobre el programa, y los periódicos, la radio y la televisión presentaron más de 80 comunicaciones sobre los servicios móviles.

Fuente: Marum et al., 2008.

Adicionalmente a las actividades de alcance y promoción, son importantes las señalizaciones claras que dirijan a los clientes a realizarse la prueba. Esto aplica a la realización de la prueba en instalaciones de salud, en la comunidad y a través de los servicios móviles. En algunas instalaciones de salud en donde se ofrece la prueba de VIH de manera rutinaria, tales como clínicas de cuidado prenatal (ANC por sus siglas en inglés), ITS y servicios de TB, letreros, material impreso, posters y sesiones de educación grupal, pueden informar de manera efectiva que se ofrece la prueba de VIH a mujeres embarazadas, otros clientes y miembros de la familia.

Creando un ambiente apto

Los activadores críticos son elementos fuera de las intervenciones del sector salud que permiten que las intervenciones y los servicios de salud sean provistos de manera segura y efectiva. Los ejemplos van desde la tolerancia entre la población más grande hacia la gente de las poblaciones clave, hasta las leyes y políticas que le permiten a la gente joven recibir la prueba sin el consentimiento de los padres. Mientras estos factores no son responsabilidad directa del sector salud, los proveedores de cuidado de la salud y las organizaciones que proporcionan HST, deben trabajar con organizaciones a nivel comunitario, autoridades legales y organizaciones de abogacía para asegurar que el ambiente apoya y propicia que las personas sepan su estatus de VIH. Para una descripción de los activadores críticos, ver capítulo 4 y las regulaciones consolidadas para el diagnóstico, prevención, cuidado y tratamiento de poblaciones clave (<http://www.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).

Recomendaciones de la OMS

Se deben establecer iniciativas para hacer cumplir la protección de la privacidad e instituir políticas, leyes y normas que prevengan la discriminación y promuevan la tolerancia y la aceptación de personas viviendo con VIH. Esto puede ayudar a crear ambientes donde la revelación del estatus de VIH sea más fácil (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).

Fuente: OMS, 2011.

Asegurando un escenario confidencial y preservando la confidencialidad

Todos los proveedores de HST tienen que mantener su compromiso a la preservación de la confidencialidad, una de las 5 C's de las HST. La confidencialidad aplica no sólo a los resultados de la prueba y el reporte del estatus de VIH sino también para cualquier información personal tal como información concerniente al comportamiento sexual y al uso de drogas ilegales. Las HST deberían evitar prácticas que deban inadvertidamente revelar los resultados de la prueba de un cliente o su estatus VIH, a otros en la sala de espera o en las instalaciones de salud. Tales prácticas pueden incluir consejería para todas las personas diagnosticadas VIH positivo en un recinto especial o a través de un proveedor específico o haciendo obvio para otros qué cliente necesita estar recibiendo pruebas adicionales o extensa consejería post prueba. La falta de confidencialidad desanima a las personas usar las HST. Por ejemplo, en Camboya, algunos trabajadores sexuales rehusaron realizarse la prueba de VIH porque el escenario de alcance donde los educadores pares estaban proveyendo consejería, no se percibió como privado. Los trabajadores de la salud y otros que proveen pruebas de VIH pueden necesitar entrenamiento especial y sensibilización respecto a la confidencialidad de los registros médicos, particularmente en lo que concierne a las poblaciones clave.

Proveyendo información pre prueba

Históricamente la consejería VIH ha sido provista a la vez antes y después de la prueba. Antes de la presentación de prueba diagnóstica rápida (RDT's por sus siglas en inglés), los resultados en el mismo día no estaban disponibles, de tal manera que los consejeros incluían información completa en la sesión de pre prueba en caso de que el cliente no volviera por los resultados de su prueba. Más aún, en la era del pre tratamiento, la consejería de pre prueba a menudo

se enfocaba en proporcionar una evaluación de riesgo preparando a los clientes a sobreponerse ante un posible diagnóstico VIH positivo en la ausencia de tratamiento y alentaba a los clientes a regresar para recibir los resultados de su prueba.

Con el uso extenso de los RDT's para VIH, la mayoría de las personas reciben sus resultados de la prueba de VIH – al menos los resultados de la primera prueba – y a menudo un diagnóstico en el mismo día. Por lo tanto, la consejería pre prueba intensiva ya no es necesaria y puede crear barreras para proveer el servicio. La evaluación individual de riesgo y la consejería individualizada durante la sesión de información pre prueba, ya no es recomendada. Dependiendo en las condiciones locales y los recursos, los programas podrían proveer información pre prueba a través de sesiones de prevención individual o de grupo o a través del uso de los medios tales como posters, panfletos, páginas de internet y videos cortos mostrados en las salas de espera. Cuando los niños y los adolescentes están recibiendo HST, la información debe ser presentada de una manera apropiada según la edad para asegurar su comprensión.

El ofrecer o recomendar pruebas de VIH a un cliente o grupo de clientes, incluye proveer información clara y concisa sobre dos puntos:

- Los beneficios de la prueba de VIH
- El significado de un diagnóstico VIH positivo y VIH negativo
- Los servicios disponibles en el caso de un diagnóstico VIH positivo, incluyendo donde se provee la TAR
- El potencial de resultados incorrectos si una persona en TAR se realiza la prueba
- Una breve descripción de las opciones de prevención y alentar la realización de la prueba de la pareja
- El hecho de que el resultado de la prueba y cualquier información compartida por el cliente, es confidencial
- El hecho de que el cliente tiene el derecho de negarse a recibir la prueba y que al declinar realizarse la prueba, no afectará el acceso al cliente a los servicios relacionados con el VIH o al cuidado médico general

- Los riesgos potenciales de tomar la prueba para el cliente en escenarios donde hay implicaciones legales para aquellos con prueba positiva y/o para aquellos cuyo comportamiento sexual sea estigmatizado
- Una oportunidad para hacer preguntas al proveedor

Consideraciones especiales para mujeres embarazadas o en post parto

La información de pre prueba o la educación de salud para mujeres que están o puedan estar embarazadas o están en post parto, deben también incluir:

- El riesgo potencial de transmisión de VIH al infante
- Medidas que pueden tomarse para reducir la transmisión de madre a hijo, incluyendo la provisión de TAR para beneficio de la madre y prevenir la transmisión de VIH al infante
- Consejería sobre las prácticas de alimentación del infante para reducir el riesgo de la transmisión de VIH
- Los beneficios de un diagnóstico temprano de VIH para madres e infantes
- Promover la prueba para la pareja

Apoyo para los casos de Tuberculosis intensificada encontrados en las instalaciones de pruebas de VIH

La Tuberculosis (TB) es la enfermedad de más común aparición entre las personas con VIH. Es fatal, sino es detectada o si no es tratada y es la causa principal de muerte entre las personas con VIH, responsable de cerca de 1 en cada 4 muertes asociadas al VIH. La detección temprana de TB y la rápida vinculación al tratamiento con la TAR pueden prevenir estas muertes. Las HTS proveen una importante oportunidad para el hallazgo intensificado de casos de TB y así, su temprana detección y tratamiento.

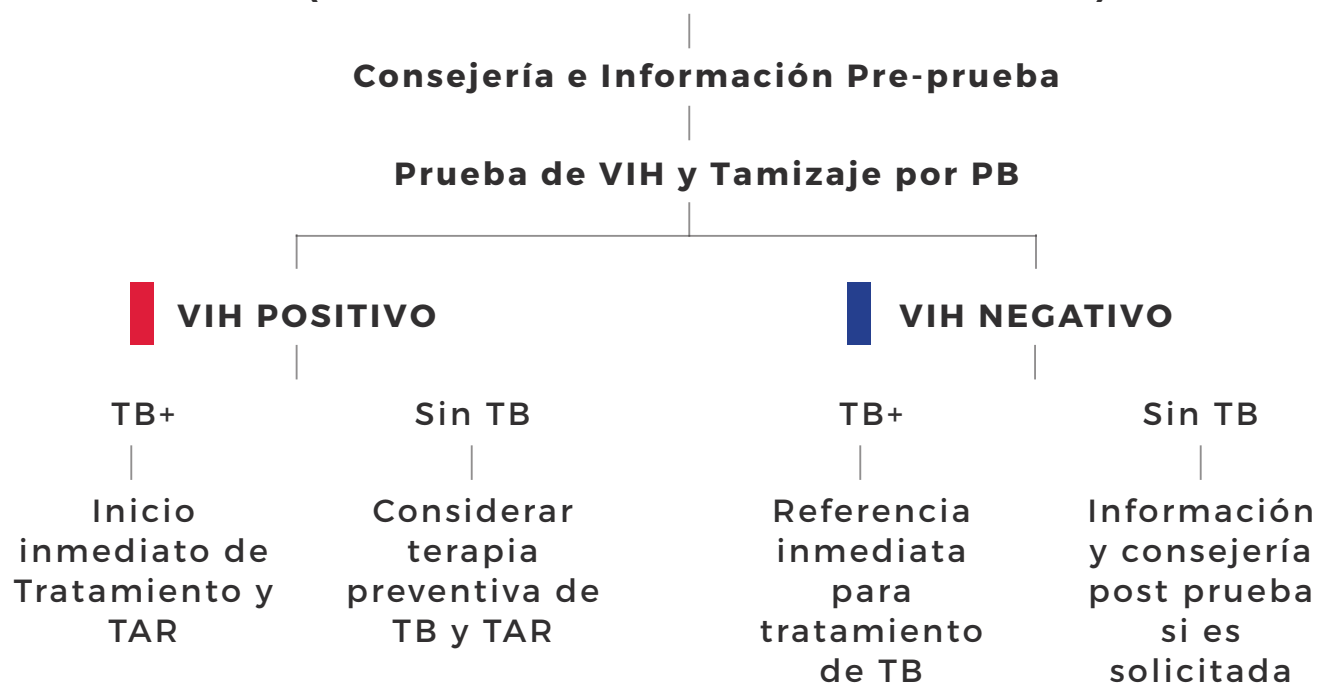
Las HTS deben integrar el tamizaje por síntomas de TB dentro de la sesión de información antes de la prueba de VIH, ya sea en la instalación de salud o en la realización de pruebas a nivel comunitario.

Las HTS deben integrar el tamizaje por síntomas de TB dentro de la sesión de información antes de la prueba de VIH, ya sea en la instalación de salud o en la realización de pruebas a nivel comunitario.

Todos los clientes con síntomas de TB deben ser completamente investigados, y la consejería post prueba debe discutir el resultado de la investigación. Todos los clientes diagnosticados con TB deben registrarse rápidamente con el programa nacional de TB e iniciar tratamiento antifímico. Los clientes VIH positivos diagnosticados con TB activa, deben de iniciar urgentemente la TAR, sin importar su conteo de CD4, mientras aquellos que no tienen TB, deben considerar terapia preventiva contra TB (por ejemplo, terapia preventiva con Isoniazida).

Prueba de VIH/TB y algoritmo de tamizaje para incrementar el hallazgo de casos de TB en las HTS

Cientes que asisten a los servicios de prueba de VIH (en instalaciones clínicas o comunitarias)



Ejemplo de casos: en India, el hallazgo intensificado de casos de TB es sistemático en todas las instalaciones para prueba de VIH

Los trabajadores de la salud o proveedores no profesionales entrenados en las instalaciones para la prueba de VIH, evalúan cada cliente por la presencia de tos por más de dos semanas, fiebre, pérdida de peso y sudores nocturnos u otros síntomas que sugieran Tuberculosis pulmonar o Extra-pulmonar. Este tamizaje es parte integral de la información de pre prueba. Todos los clientes sintomáticos son sistemáticamente referidos y registrados para investigación en las mismas instalaciones. Esta actividad es rutinariamente reportada a nivel distrital, estatales y nacional. La siguiente tabla resume la información para los cuatro años recientes.

AÑO	Total de clientes atendidos en centros de prueba de VIH (Excluye mujeres embarazadas)	Presuntos casos identificados de TB	Total de casos de TB diagnosticados entre los presuntos	Proporción de pacientes VIH+/TB que iniciaron TAR
2010	7,678,746	484,617	51,412	57%
2011	9,774,581	580,695	55,572	59%
2012	9,193,113	552,350	46,863	59%
2013	7,264,722	620,539	64,506	88%

Fuente: TB India, 2014 (53).

Consideraciones especiales para parejas y compañeros que solicitan realizarse la prueba de VIH juntos.

Un número cada vez mayor de países ofrecen consejería para parejas y pruebas para compañeros, lo cual promueve la revelación mutua del estatus de VIH e incrementa la adopción de medidas de prevención, especialmente en el caso de parejas discordantes (un miembro de la pareja VIH+ y el otro VIH-). La sesión de información pre prueba para parejas, no se debe preguntar sobre el comportamiento sexual pasado o los riesgos, ya que esto no es necesario y puede crear problemas para la pareja. La persona conduciendo la sesión de información pre prueba, debe poner claro que la prueba y la consejería post prueba puede ser provista individualmente, si uno de los compañeros lo desea y la revelación del estatus de VIH de la otra persona no es requerida. Para más información sobre prueba para parejas, ver (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).

Consideraciones especiales para poblaciones clave.

Existen muchos reportes de estigma y discriminación contra las personas de poblaciones clave en el escenario del sistema de salud. En muchos escenarios los trabajadores de salud carecen de experiencia, conocimiento o entrenamiento sobre cómo proveer HTS de manera inclusiva y no juzgar a las poblaciones clave. Los países deben priorizar el entrenamiento de los trabajadores de la salud para que ellos puedan proveer servicios aceptables, entendiendo mejor las necesidades de las poblaciones clave, y estar familiarizados con los servicios locales de apoyo y prevención. Los vínculos de las redes de las poblaciones clave y las organizaciones a nivel comunitario que apoyan o proveen HTS, incluyendo la prestación de servicios por pares, pueden incrementar el alcance, la participación y la aceptabilidad.

Consentimiento por Adultos

El consentimiento informado permanece como una de las cinco C's esenciales en los servicios de prueba. Siempre se debe obtener individualmente y en privado por un proveedor de HTS. En la mayoría de los escenarios, el consentimiento verbal para realizarse la prueba de VIH es necesario. El proveedor tiene que asegurar que el cliente ha aprendido lo

suficiente durante la sesión de información, para dar un consentimiento informado. La HTS debe proveer información sobre la realización de la prueba y la necesidad de consentir aunque esté en un entorno de grupo, como la educación en salud ante un grupo, pero el cliente debe consentir de manera privada e individual. En un ambiente de una clínica de ANC o de TB, en donde la realización de la prueba por VIH es rutinaria, los trabajadores de salud deben explicar cuidadosamente que un cliente puede rechazar realizarse la prueba y asegurarse que cada cliente tiene la oportunidad de manera privada de rehusar hacerse la prueba. Las personas que están bajo la influencia de alguna droga o alcohol o de alguna manera tiene impedimento mental, no deben realizarse la prueba, ya que no son capaces de dar un consentimiento informado. La HTS debe asegurar que no debe coaccionarse a ningún cliente a realizarse la prueba.

Consentimiento por Adolescentes

Las políticas relacionadas con la edad para obtener consentimiento para realizarse a una prueba, pueden poner barreras al acceso de los adolescentes a las pruebas de VIH y otros servicios de salud. Mientras las políticas de edad para consentimiento de las pruebas de VIH varían de país a país, se les recomienda a los ministerios de salud a que revisen estas políticas a raíz de la necesidad de respetar los derechos de los adolescentes, a tomar decisiones sobre su propia salud y bienestar (con consideración a los diferentes niveles de madurez y entendimiento). Todos los materiales de entrenamiento deben respetar las leyes y regulaciones aplicables en relación a la edad para consentimiento de las pruebas de VIH y en las situaciones en las que los menores pueden consentir por ellos mismos. Todo personal involucrado en las HTS debe ser consciente de las leyes y regulaciones de su país. Para mayor información ver *HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counseling and care for adolescents living with HIV* (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/in/>) y *Adolescents HIV testing counseling and care: implementation for health providers and planners* (http://apps.who.int/adolescents/hiv-testin_treatment/page/Informed_consent_and_HIV_testing).

Servicios para aquellos con prueba VIH negativa

Los individuos con una prueba por VIH negativa, deben recibir una breve información de salud sobre sus resultados. La investigación hasta hoy no ha demostrado que una larga sesión de consejería sea necesaria ni beneficiosa. Además, la larga consejería para personas con prueba negativa, puede desviar los recursos de consejería que son necesarios para aquellos con prueba VIH positiva, aquellos cuyo resultados son inconclusos y aquellos que se han encontrado en una relación sero discordante.

La consejería para aquellas personas con prueba VIH negativa debe incluir lo siguiente:

- Una explicación del resultado de la prueba y el reporte del estatus por VIH;
- Educación en métodos de prevención y maneras de cómo se adquiere el VIH y provisión de condones para hombres o mujeres, lubricante y guía para su uso;
- Énfasis en la importancia del conocimiento de su compañero/s sexuales e información sobre la disponibilidad de servicios de prueba para parejas y compañeros sexuales;
- Referencia y vinculación para los servicios relevantes en la prevención de VIH, incluyendo circuncisión médica voluntaria para hombres (VMMC por sus siglas en inglés) para hombres VIH negativo, PEP, PrEP para personas con un riesgo de VIH sustancial continuo;
- Una recomendación para tomar la prueba nuevamente basada en el nivel reciente de exposición del cliente y/o exposición de riesgo continuo (Ver la siguiente sección);
- Una oportunidad para que el cliente haga las preguntas y solicite consejería.

Repetición de la prueba durante el período de ventana

En varios escenarios los mensajes de consejería post prueba recomiendan que todas las personas que tienen un resultado no reactivo (VIH negativo) a la prueba deben regresar a repetirse la prueba para descartar la infección aguda cuando es muy temprano para que sea detectado por la prueba – en otras palabras, durante el período de ventana. Sin embargo, **repetir la prueba es solamente necesario para individuos VIH negativo que reportan riesgo de exposición reciente o continua. Para la mayoría**

de las personas con prueba VIH negativo, no es necesario repetir la prueba para descartar que estén en período de ventana. Y puede ser un desperdicio de recursos.

Para la mayoría de las personas con prueba VIH negativo, no es necesario repetir la prueba para descartar que estén en período de ventana.

El consejo rutinario y extensamente reiterado para que cualquiera con un resultado negativo a la prueba repita la prueba después de un “período de ventana de tres meses”, no es apropiado. Esto se da porque la mayoría de las personas que se realizan la prueba de VIH y obtienen un resultado negativo, particularmente donde las pruebas de VIH se ofrecen rutinariamente en escenarios clínicos, no estarán a riesgo por infección reciente. Para una pequeña minoría que identifica sospecha de una exposición reciente específica, se le puede aconsejar repetir la prueba después de 4 a 6 semanas.

Ver *Deliberan HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults* (http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/in/) para guía detallada y específica sobre los mensajes en relación a repetirse la prueba.

Repetir la prueba en aquellos que continúan con alto riesgo de adquirir el VIH

Las personas que son diagnosticadas VIH negativo pero continúan en alto riesgo, tal como algunas personas de las poblaciones clave, pueden beneficiarse de repetir la prueba regularmente. La repetición de la prueba les da a estas personas la oportunidad de asegurar diagnóstico temprano de VIH y de recibir educación continua en salud sobre la prevención de VIH. La OMS recomienda que las personas en categorías de alto riesgo, se repitan la prueba al menos anualmente.

Servicios para adolescentes con prueba VIH negativa

Particularmente en escenarios de alta prevalencia, los adolescentes con prueba negativa de VIH necesitan información y educación sobre comportamientos saludables, tales como el correcto y consistente uso del condón, reducción de comportamientos

asociados al riesgo y prevención de VIH y embarazos no deseados; y sobre la necesidad de repetir la prueba si ellos tienen nuevos compañeros sexuales. Aquellos con pruebas negativas también necesitan ser referidos a los servicios apropiados de prevención, tales como VMMC, contracepción y reducción de daño. Para mayor información, ver *HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counseling and care for adolescents living with HIV* (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf).

Servicios para compañeros en donde ambos tienen prueba VIH negativa

Particularmente en escenarios de alta prevalencia, parejas y otros que se realizan la prueba por VIH con un compañero sexual y ambos son diagnosticados VIH negativo, pueden beneficiarse de la información de salud estándar y la educación sobre la prevención dada a individuos con resultado negativo a la prueba. Además, el consejero o educador de salud puede ofrecer consejería adicional a solicitud de la pareja o el compañero.

Servicios para aquellos con estatus VIH inconcluso o resultados de la prueba aún no confirmados

Un **resultado inconcluso de VIH** significa en escenarios de alta prevalencia, que **el resultado de la primera prueba reactiva, no fue confirmado** por pruebas adicionales usando ensayos subsecuentes de VIH, o que, en escenarios de baja prevalencia, los resultados de las primeras dos pruebas fueron reactivos, pero el tercer ensayo no fue reactivo. Todos los clientes con un estatus inconcluso de VIH, deben ser motivados a **regresar en 14 días para pruebas adicionales y confirmar su diagnóstico**.

El recibir un estatus VIH inconcluso puede ser confuso y estresante para el individuo o la pareja y puede ser difícil de explicar para el proveedor. Al igual que con pruebas para otras condiciones médicas, resolver la discrepancia con una tercera prueba, no es de ayuda, dada la alta probabilidad que ésta igualmente produzca un resultado falso reactivo. La mayoría, sino todas, los estatus VIH inconcluso pueden ser resueltos repitiendo la prueba 14 días después. A los clientes con un estatus inconcluso de VIH, se les debe decir que ese día no se les puede dar un diagnóstico definitivo y que una referencia inmediata al cuidado de VIH o iniciación de TAR no es apropiada en ese momento. A ellos se les debe dar un plan claro para

una prueba de seguimiento.

Los resultados sin confirmar ocurren cuando clientes que han tenido un resultado de la prueba de VIH inicialmente reactiva, no reciben pruebas adicionales durante la misma visita para confirmar su diagnóstico de VIH. Esto puede ocurrir en escenarios comunitarios donde sólo se realiza un ensayo, un abordaje conocido como prueba por tiraje. Es responsabilidad de los proveedores y consejeros el explicar que **el resultado inicial no es un diagnóstico definitivo de VIH** y necesita confirmación y referir a los clientes con un resultado reactivo a la prueba a un lugar donde ellos puedan recibir un diagnóstico por VIH. Estos proveedores deben alentar a los clientes a ir tan pronto sea posible a una instalación de salud, tal como una clínica o laboratorio para realizarse pruebas adicionales de VIH y un diagnóstico. No es necesario que estos clientes esperen 14 días para ir a esa instalación. Después de que el resultado de la prueba es confirmado y un diagnóstico de VIH es entregado, los clientes VIH positivo deben recibir consejería post prueba. En particular, **es necesario que todo esfuerzo reduzca la pérdida al seguimiento entre una prueba por triage y pruebas adicionales y diagnóstico por VIH**.

Servicios para aquellos cuyo resultado de la prueba es VIH positivo.

Un diagnóstico VIH positivo es un evento que cambia la vida. Antes de proveer un resultado a la prueba de VIH positivo, el trabajador de la salud, el proveedor no profesional entrenado, o consejero, debe mantener en mente las 5 C's de la HTS como es recomendado por la OMS y UNAIDS, en particular **correctos resultados de la prueba**. Es la tarea ética y profesional de la persona que provee el diagnóstico de VIH, el asegurar que los procedimientos de la prueba siguen las estrategias recomendadas por la OMS para la prueba.

Un diagnóstico VIH positivo es un evento que cambia la vida. Antes de proveer estos resultados, el proveedor debe mantener en mente las 5 C's de la HTS.

Una vez que el trabajador de salud o los proveedores no profesionales están seguros de la adherencia a todas las medidas para asegurar **el correcto resultado a la prueba**, ellos deben proveer la educación de salud y la consejería

post prueba. Toda la **consejería** post prueba debe ser **“centrada en el cliente”**, lo que significa evitar mensajes pre formulados que sean lo mismo para todos sin importar sus necesidades y circunstancias personales. En cambio, la consejería debe **siempre dar respuesta** y hecha a la medida de la situación única de cada individuo o pareja. Los trabajadores de la salud, consejeros profesionales, trabajadores sociales y proveedores no profesionales entrenados pueden proveer consejería. Las personas con VIH que son entrenadas en consejería pueden ser particularmente comprensivas de las necesidades e inquietudes de aquellos que reciben un diagnóstico VIH positivo.

Recomendaciones de la OMS para las buenas prácticas

Para asegurar que los clientes que son mal diagnosticados

no sean innecesariamente colocados en TAR para toda la vida (con los potenciales efectos secundarios, pérdida de recursos e implicaciones psicosociales y emocionales), la OMS recomienda que todos los clientes repitan la prueba para verificar su diagnóstico de VIH antes de registrarlos en cuidado y/o iniciarles en TAR.

Fuente: OMS 2012; OMS, 2014.

La información y consejería que los trabajadores de salud u otros deben proveer a **los clientes VIH positivo** se listan abajo. Absorber toda esta información en una sesión puede ser un gran reto; y puede ser requerida una sesión de consejería de seguimiento. En verdad, el impacto de saber de un diagnóstico VIH positivo, puede hacer difícil para que una persona absorba información inmediatamente.

- **Explicar** el resultado de la prueba y el diagnóstico.
- **Dar tiempo al cliente** para considerar su resultado y ayudarlo a sobreponerse a las emociones que se generan por un diagnóstico de infección por VIH.
- **Discutir inquietudes inmediatas** y ayudar a que el cliente decida quién en su red social puede estar disponible para proveer apoyo inmediato.
- Proveer clara **información sobre TAR** y los beneficios para mantener la salud y reducir el riesgo de transmisión del VIH, así como dónde y cómo obtener la TAR.
- Hacer una **referencia activa** para un ahora y día específico. (Una referencia activa es aquella en la que el proveedor hace una cita para el cliente o acompaña al cliente a una cita, incluyendo la cita para otros servicios en la misma instalación y registro en el cuidado clínico de VIH).
- Discutir las barreras para vincularse al cuidado para el registro el mismo día y para la evaluación de elegibilidad a la TAR. Hacer arreglos para el seguimiento de los clientes que no pueden registrarse en el cuidado de VIH el mismo día del diagnóstico.
- Proveer información sobre cómo **prevenir la transmisión de VIH**, incluyendo información de la reducción del riesgo de transmisión cuando se alcanza supresión viral por la TAR, proveer condones para hombres o mujeres, lubricantes y guía para su uso.
- Discutir la posible revelación del resultado y **los riesgos y beneficios de la divulgación**, particularmente entre parejas y compañeros. Ofrecer consejería de parejas para apoyar la revelación mutua.
- Alentar y ofrecer **pruebas de VIH para compañeros sexuales, niños y otros miembros de la familia** del cliente. Esto puede hacerse individualmente, a través de prueba para parejas, pruebas indexadas o notificación de compañero.
- Evaluar el riesgo de **violencia del compañero íntimo o pareja** y discutir los posibles pasos para garantizar la seguridad física de los clientes, particularmente mujeres que son diagnosticadas VIH positivo.⁴
- Evaluar el riesgo de suicidio, depresión u otra consecuencia de **salud mental** de un diagnóstico por infección de VIH.
- Proveer **referencias adicionales para prevención, consejería, apoyo y otros servicios** según sea necesario (por ejemplo, diagnóstico y tratamiento de TB, profilaxis para infecciones oportunistas, tamizaje y tratamiento de ITS, contracepción, ANC, terapia de sustitución de opioides (OST por sus siglas en inglés), y acceso a agujas y jeringas estériles, y breve consejería sobre sexualidad).
- Alentar y proveer tiempo para que el cliente realice preguntas adicionales.

⁴ Es de mucha ayuda el entrenamiento en la evaluación de la violencia por pareja íntima y el conocimiento de las fuentes de referencia.

Ejemplo de Caso:

Asociación de VIH y Sida Adhara, España

En Sevilla, un programa de alcance a nivel comunitario de la Asociación de VIH y Sida Adhara (<http://www.adharasevilla.org>) se asegura de que el compañero de alguien cuya prueba es VIH positiva es prontamente vinculado a una consulta con un especialista en VIH. Ellos han comparado esta estrategia con las pruebas voluntarias por VIH en los centros comunitarios y encontraron que el número de nuevos casos diagnosticados VIH positivo en el centro comunitario descentralizado, fue más bajo que cuando se usa la estrategia de prueba indexada para compañeros.

Consideración especial con respecto a la revelación

Las personas con una prueba VIH negativa, raramente necesitan asistencia o apoyo con la revelación de su estatus de VIH a otros. En contraste, mantener la privacidad sobre las pruebas VIH positivas y decidir la revelación, son inquietudes serias para muchos que son diagnosticados VIH positivos.

Existen tres formas de revelación importante y apropiada para la prueba de VIH:

- **Revelación por el individuo a su compañero sexual, miembro de la familia o amigo.** Tal revelación puede tener beneficios considerables, particularmente para parejas y compañeros sexuales. Sin embargo, muchos clientes que saben que ellos son VIH positivos, necesitan tiempo para absorber el diagnóstico antes de que ellos están listos para revelarlo y pueden beneficiarse de consejería adicional. Investigaciones muestran que las consecuencias de la revelación, especialmente aquella en donde las mujeres revelan a sus compañeros masculinos, son mixtos. Las mujeres que han experimentado violencia por su compañero íntimo, antes de la prueba, pueden experimentar violencia de sus compañeros después de revelar su estatus de VIH. Los proveedores y consejeros deben evaluar el riesgo de violencia por el compañero íntimo, en los individuos a quienes le dan servicios y hacer referencias en caso necesario.

- **Revelación por un trabajador de salud al compañero sexual de un individuo.** En algunos escenarios, las leyes o regulaciones requieren la revelación del estatus VIH positivo a compañeros sexuales y/o de inyección de drogas. Cuando este es el caso, los proveedores deben discutir esto con sus clientes antes de pedir el consentimiento informado para la prueba. Los proveedores necesitan ser sensibles hacia los clientes que pueden ser más susceptibles a los resultados adversos de la revelación, tales como discriminación, violencia, abandono o encarcelación y adaptar la consejería de acorde al caso. Tales clientes pueden necesitar consejería adicional, tanto antes como después de la prueba.

- **La revelación por un trabajador de la salud a otros trabajadores de la salud,** involucrados en el cuidado del cliente. Los proveedores necesitan informar a las personas con resultado positivo que, para poder garantizar el apropiado cuidado médico, el diagnóstico será compartido con otros médicos o proveedores de la salud, si es necesario. Tal revelación debe respetar el derecho básico del cliente a la privacidad y confidencialidad de toda información médica.

La revelación por un trabajador de salud a la policía, no es considerado ético en el contexto de las HTS, a menos que el cliente haya consentido para tal revelación. En este caso, el proveedor de HTS debe obtener un consentimiento por escrito para revelar el estatus VIH del cliente a las autoridades legales.

Consejería post prueba para poblaciones especiales.

Poblaciones Clave. Consejería pos prueba intensificada, combinada con consejería de seguimiento por trabajadores de la salud comunitarios, incrementa significativamente la proporción de personas de poblaciones clave con VIH que se registran en el cuidado de su salud. También, las personas que se inyectan drogas, tienen más probabilidad de empezar y permanecer en el tratamiento de VIH si están participando de programas HST. De tal manera, las referencias a trabajadores de salud comunitarios y a otros servicios tales como las OST, deben incluirse en la consejería post prueba para personas de poblaciones clave.

Algunas personas de poblaciones clave con pruebas positivas de VIH pueden carecer de redes sociales y/o familiares que les apoyen y ayuden a lidiar con su diagnóstico. Estas personas pueden necesitar consejería adicional, así como servicios de apoyo de pares para hacer frente a su diagnóstico. Un consejero par puede ayudar particularmente a estas personas a enfrentarse con su diagnóstico y apoyar la vinculación al cuidado y tratamiento, al servir como un “navegador par”, que les asiste en encontrar, escoger y obtener un rango completo de servicios.

En el *WHO Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/ del 2014*, se describen servicios esenciales para poblaciones clave. En términos de HTS, estas regulaciones describen intervenciones para reducir barreras para realizarse la prueba y para la vinculación al cuidado después de la prueba.

Servicios de prueba de VIH para parejas y compañeros. La consejería de pareja requiere entrenamiento adicional y habilidades mejoradas de consejería. La consejería post prueba para parejas sero discordantes puede ser especialmente retadora, ya que estos resultados pueden ser difícil de explicar para el proveedor y difícil de aceptar para la pareja. Para más guía en consejería post prueba y servicios para parejas sero discordantes, ver *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf)*.

Mujeres Embarazadas. La consejería post prueba para embarazadas que son diagnosticadas con infección por VIH, debe incluir lo siguiente a los mensajes estándar descritos arriba para todas las personas diagnosticadas con infección por VIH:

- **Planes para el parto:** los proveedores deben alentar a las mujeres embarazadas VIH positivo, a dar a luz en instalaciones de salud por su propio bienestar así como garantizar el acceso a los servicios de prevención de la transmisión madre-hijo (PMTCT por sus siglas en inglés);
- **Uso de la TAR por parte de la cliente,** cuando sea indicado y esté disponible, así como el uso de **ARV**

para prevenir la transmisión al infante;

- La importancia de **la prueba para el compañero** e información sobre la disponibilidad de servicios para la prueba de parejas;
- Asegurar el **tamizaje por TB** y pruebas para otras infecciones tales como sífilis;
- **Consejería sobre la nutrición materna adecuada,** incluyendo hierro y ácido fólico;
- Consejo sobre las opciones para **la alimentación del infante** y el apoyo para la escogencia de la forma de alimentación del infante por la madre;
- **Prueba de VIH para el infante** y el necesario seguimiento para los infantes expuestos al VIH

Adolescentes. Junto con los mensajes estándar para todos aquellos diagnosticados con una infección por VIH, la consejería post prueba para adolescentes con VIH debe incluir:

- **Ayuda a la medida** con vinculación al cuidado y tratamiento del VIH;
- Consejería, referencia y vinculación a **servicios psicosociales y de salud mental** específicos, a la medida tanto de la situación en la cual sucedió la infección como de la edad de desarrollo del individuo;
- Información sobre **los derechos y responsabilidades** de los adolescentes, especialmente su **derecho a la confidencialidad;**
- Una oportunidad para hacer preguntas y discutir **temas relacionados a la sexualidad** y a los retos que ellos pueden encontrar en las relaciones, matrimonios y embarazos;
- Planes individualizados sobre **cómo, cuándo y a quién revelar** su estatus de VIH e involucrar a las familias y a los pares en la provisión de apoyo;⁵
- Referencia para **consejería para grupos pequeños y grupos estructurados de apoyo por pares**, los que particularmente pueden beneficiar a adolescentes con VIH.

Niños. Informar a los niños sobre su diagnóstico por VIH es complejo, y el abordaje depende de la edad del niño y las habilidades de consejería del proveedor de salud. Para información de revelación a los niños, ver la guía de *Guidance in HIV disclosure counselling for children 12 years of age and younger (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/)*.

⁵ La guía adicional de la OMS sobre la revelación a y por adolescentes aparece en <http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/disclosure>.

Vinculación al cuidado

Sin la vinculación al cuidado y tratamiento, la realización de la prueba y conocimiento del estatus VIH positivo, tiene valor limitado. También aquellos con prueba VIH negativo, si continúan con alto riesgo así como aquellos con prueba VIH positivos necesitan vinculación a servicios de prevención. En la tabla se clasifican la variedad de servicios que pueden tener vínculos apropiados para personas con VIH y para aquellas personas con prueba VIH negativa. La OMS provee guías sobre los servicios de cuidado y prevención de VIH que pueden ser ofrecidos de acuerdo a las necesidades del cliente y el contexto general.

Mensajes clave para vinculaciones y conexiones a prevención, tratamiento y cuidado.

- Parece que existen buenas prácticas para apoyar la vinculación a la prevención, tratamiento y cuidado,

(Ver matriz), sin embargo la evidencia es limitada.

- Todas las personas con prueba VIH positivo, necesitan vinculación inmediata al cuidado para maximizar los beneficios de TAR.
- Se necesita realizar esfuerzos especiales para vincular a las personas que han recibido resultados de prueba positiva en un escenario comunitario a los servicios en instalaciones para pruebas adicionales y un diagnóstico de VIH. Para aquellos con diagnóstico VIH positivo, repetir la prueba para verificar el diagnóstico es crítico antes de iniciar cuidado o tratamiento.
- Las personas diagnosticadas VIH positivo y aquellos con prueba VIH negativa con riesgo continuo de VIH, necesitan ser vinculadas a los servicios de prevención.
- Las políticas y planes estratégicos nacionales son necesarias para mejorar el acceso y la participación en las pruebas de VIH, así como la vinculación de las pruebas hacia la prevención, tratamiento y cuidado.

SERVICIOS DE CUIDADO Y PREVENCIÓN DEL VIH DE ACUERDO A EL RESULTADO DE LA PRUEBA

Tabla 3.1 Servicios de cuidado y prevención de VIH de acuerdo al resultado de su prueba

	HIV POSITIVO	HIV NEGATIVO
Tratamiento	Terapia Antiretroviral (TAR)	
Prevención	Condones masculinos y femeninos y lubricantes compatibles con los condones	
		PrEP para personas con riesgo sustancial de infección por VIH
		PEP a continuación de sospecha de exposición
		VMMC (en 14 países prioritarios)
	Reducción de daños para personas que usan drogas (programa de intercambio de agujas y jeringas), TSO, otros tratamientos para drogodependientes y manejo de prevención de sobredosis por opioides	
	Intervenciones para cambio de comportamiento que apoyen la reducción de riesgo, particularmente para personas con VIH y poblaciones clave	
Salud Sexual y Reproductiva	Contracepción	
	Breve consejería sobre sexualidad	
	PMTCT	
	Evaluación por cáncer cervical	
	Evaluación por cáncer anal (para hombres que tienen sexo con hombres)	
	Pruebas de ITS	Pruebas de ITS para aquellos que tienen riesgos, incluyendo poblaciones clave
Pruebas de VIH para parejas y miembros de la familia	Para todas las parejas y miembros de la familia (incluyendo la notificación de la pareja y pruebas de casos indexados)	Para parejas de las personas de la población clave, cuando sea apropiado
Realizar se otras pruebas y pruebas confirmatorias	Se hace otra prueba antes de la iniciación de TAR o de cuando se vincula al cuidado desde la prueba realizada en la comunidad	Realizarse otras pruebas por lo menos cada 12 meses si hay un alto riesgo, particularmente poblaciones clave.
Otros servicios clínicos	Evaluación y provisión de vacunas, tales como la de HBV para poblaciones clave, mujeres embarazadas e infantes, vacunación por tétano para hombres adolescentes y hombres que se realizan VMMC cuando sea apropiado	
	Pruebas de Hepatitis B y Hepatitis C y tratamiento	Pruebas de Hepatitis B y Hepatitis C y tratamiento en especial para poblaciones clave, de acuerdo a la epidemiología y tratamiento
	Quimioprofilaxis con Co-trimoxazol	
	Búsqueda intensificada de casos de TB y vinculación a tratamiento por TB	
	Provisión de terapia preventiva con Isoniazida si la persona no tiene TB	
	Prevención de Malaria (tal como mallas de cama y profilaxis), dependiendo de la epidemiología	
Otros Servicios de Apoyo	Servicios de Salud Mental	
	Consejería Psicosocial, apoyo y consejería para tratamiento y adherencia	
	Apoyo en la divulgación y en la notificación de parejas	
	Servicios Legales	

Fuente: OMS 2012 (41); OMS, 2008 (59)

La vinculación es definida como un proceso de acciones y actividades que apoyan a las personas que se realizan la prueba de VIH y a las personas con diagnóstico de VIH para que se comprometan con los servicios de prevención, tratamiento y cuidado, de acuerdo a su estatus VIH. Para personas con VIH, esto se refiere al período empezando con su diagnóstico de VIH y terminando con el registro en el cuidado y tratamiento.

La vinculación al cuidado después de recibir un diagnóstico VIH positivo, sigue siendo un reto. En escenarios con recursos limitados, principalmente en África Subsahariana, se estima que tanto como el 40% de los diagnosticados a través de la HTS, no están vinculadas al cuidado, la iniciación tardía de la TAR continúa siendo común. Los factores que pueden influir a la pobre vinculación y probablemente a las pobres tasas de registro al cuidado y tratamiento después de realizarse la prueba de VIH, van desde **factores del cliente**, tales como sentirse saludable, depresión, falta de apoyo social o familiar y miedo a la revelación, **hasta factores sociales y culturales**, tales como estigma y discriminación, **factores estructurales o económicos**, incluyendo temas legales y falta de transporte, y **barreras en el sistema de salud**, tales como pobres referencias, estigmatización o servicios no amigables y largo tiempo de espera en las instalaciones.

Buenas Prácticas para Incrementar la Vinculación

Los proveedores de HTS tienen un papel crucial en asegurar la vinculación al cuidado de las personas diagnosticadas con una infección por VIH, ya sea que la vinculación sea rápida o retrasada. La pronta vinculación al cuidado y tratamiento de VIH es ideal y debe ser fomentada. Sin embargo, muchas personas no se vinculan al cuidado y tratamiento inmediatamente. A menudo las personas necesitan tiempo para aceptar el diagnóstico y buscar el apoyo de compañeros y familiares antes de vincularse al cuidado, y otros tienen ciclos dentro del cuidado. Las revisiones sistemáticas y muchos estudios describen prácticas, listadas abajo, que podrían mejorar la vinculación al cuidado y tratamiento de la gente que han recibido un diagnóstico VIH positivo.

Las buenas prácticas incluyen:

- **Pruebas de VIH completas en casa**, lo cual incluye ofrecer evaluaciones en casa e iniciación de TAR en casa;
- **Servicios integrados**, donde las pruebas de VIH, la prevención, el tratamiento y el cuidado del VIH, el tamizaje por TB e ITS y otros servicios relevantes son provistos de manera conjunta en una sola instalación o lugar.
- Proveer **en el sitio o prueba inmediata de CD4 con resultados el mismo día**
- Proveer asistencia con transporte tal como **cupones para transporte** si el sitio para la TAR es lejos del sitio de la HTS ;
- **Provisión descentralizada de TAR** y distribución de TAR a nivel comunitario;
- Apoyo y participación de **proveedores no profesionales entrenados** que son pares y actúan como navegadores pares, experto paciente/cliente y trabajadores de alcance comunitario que provean apoyo e identifiquen y alcancen gente que perdió su seguimiento;
- **Consejería intensificada post prueba** por trabajadores de salud comunitarios;
- Usar tecnologías de la comunicación tales como **teléfonos celulares y mensajería de texto**, lo cual puede ayudar a la revelación, adherencia y retención, particularmente en adolescentes y personas jóvenes;
- Proveer **manejo de casos basados en fortalezas**, lo cual enfatiza la autodeterminación y fortalezas de las personas, es liderado por el cliente y se enfoca en futuros resultados; ayudan al cliente a establecer y cumplir metas, establece buenas relaciones laborales entre el cliente, el trabajador de la salud y otras fuentes de apoyo en la comunidad, y provee servicios fuera de los escenarios de la oficina;
- **Promover las pruebas al compañero** puede incrementar las tasas de prueba de VIH y la vinculación al cuidado, así como se puede abordar en escenarios de PMTCT que fomentan la participación masculina.
- **La notificación al compañero íntimo** por parte del proveedor, con su permiso, es posible en ciertos escenarios, esto identifica más personas VIH positivas y promueve su referencia temprana al cuidado.

Ejemplo de caso: “Probar, Tratar y Retener”, continuo del cuidado y herramientas de evaluación en el Este del Mediterráneo

En un esfuerzo para mejorar la vinculación a los servicios, la oficina regional de la OMS como resultado de esta evaluación, Egipto, Irán, Pakistán y Sudán pudieron identificar debilidades programáticas que causaban las pobres tasas de vinculación.

- En Egipto la evaluación identificó factores del cliente como la barrera clave a la vinculación al tratamiento del VIH. Los clientes temían la revelación y la falta de confidencialidad a lo largo del continuo del cuidado.
- En Irán, la evaluación mostró que la falta de seguimiento es más alta entre las personas que se inyectan drogas; el 62% de las personas que se inyectan drogas que tuvieron un RDT reactivo inicial, no se vincularon a las pruebas de confirmación a nivel del laboratorio.
- También en Pakistán, fue difícil vincular a las personas que se inyectan drogas a las pruebas confirmatorias y, según lo apropiado, al cuidado y tratamiento del VIH. De hecho, muchas personas que se inyectan drogas en Pakistán rehusaron los servicios, a menudo debido al temor del estigma y a la discriminación.
- En Sudán, los esfuerzos están siendo realizados para mejorar la vinculación al cuidado desde las pruebas móviles de alcance, las cuales han tenido pobres tasas de vinculación, al introducir navegadores pares para ayudar y apoyar a los clientes en la vinculación a los servicios.

Fuente: EMRO, 2014

inglés) prioritarios, la vinculación de los hombres VIH negativos a los servicios de VMMC es importante, aunque la vinculación de los hombres y jóvenes elegibles para VMMC desde las pruebas de VIH hasta los servicios de VMMC, puede ser un reto, puede ser exitoso cuando la vinculación es priorizada. Por ejemplo, en un programa de Mozambique, donde los proveedores no profesionales realizaron HTS, el 68% de los hombres VIH negativos fueron vinculados a los servicios de VMMC.

Ejemplo de caso: Programa de VMMC del gobierno de Mozambique y de JHPIEGO

El gobierno de Mozambique y JHPIEGO proveen un programa de circuncisión médica voluntaria para hombres (VMMC) y un programa de HST relacionado al hogar y a nivel comunitario. El programa de HTS usa proveedores no profesionales empleados por la comunidad local y por grupos en base de fe; ellos son conocidos como consejeros comunitarios. Los programas de HST a nivel de los hogares han sido muy aceptados en las comunidades de Mozambique, con más de un millón de clientes que se realizaron la prueba entre el 2007 y el 2014. A través de los años, el papel de los consejeros comunitarios se ha expandido para incluir educación y tamizaje de salud adicional.

El programa de VMMC de Mozambique inició en Noviembre de 2009 y ha alcanzado a 322,129 hombres hasta febrero del 2015. En el 2012, al expandirse el número y la capacidad de sitios para VMMC, se tomó la decisión de entrenar a los consejeros comunitarios para que refirieran a los hombres con prueba VIH negativo al hogar y a otros escenarios comunitarios para recibir servicios de VMMC. Se han realizado considerables esfuerzos para asegurar que los consejeros comunitarios fueran percibidos como fuentes confiables de información sobre la VMMC. Primero, ellos atendieron a entrenamientos para consejería en VMMC seguido de 2 semanas de internado en un sitio donde se realiza la VMMC. Durante este internado, ellos proveían HST para los clientes de VMMC y tuvieron la oportunidad de observar a los clientes desde el grupo de educación hasta el seguimiento post operatorio. Dos tercios de los hombres vinculados al sitio de VMMC se realizaron la circuncisión.

Vinculación a los servicios de prevención del VIH

Una variedad de servicios de prevención de VIH deben estar disponibles para aquellos con VIH, además de la iniciación a tiempo de la TAR, y para aquellos que son VIH negativos.

La vinculación a los servicios de prevención por parte de quienes tienen prueba VIH negativa, no está bien documentada o estudiada. Es importante apoyar la vinculación a los servicios de prevención de aquellos con el riesgo continuo más grande, por ejemplo, las personas con escenarios de alta incidencia de VIH, personas de poblaciones clave y otras con alto riesgo de VIH, tales como las parejas sero discordantes. En países con prioridad en la circuncisión médica voluntaria para hombres (VMMC, por sus siglas en

Política de vinculación.

Los países deben considerar políticas y estrategias para mejorar y priorizar la vinculación entre las HTS y los servicios de prevención, tratamiento y cuidado. Por ejemplo, en el 2009, el ministro de salud de Etiopía desarrolló su estrategia de referencia y vinculación nacional. Los aspectos clave de esta estrategia incluyen actividades para:

- Fortalecer el ambiente comunitario para reducir el estigma e incrementar el apoyo a nivel comunitario para la adherencia y retención en el tratamiento.
- Mejorar la provisión de los servicios, de los mecanismos de reporte y de retroalimentación.
- Reducir las barreras para la atención y cuidado, tales como procesos administrativos y el requerimiento de tarjetas de identificación para registrarse en el cuidado del VIH.

Monitorear la vinculación de las personas posterior a su prueba de VIH es crítico para el fortalecimiento de la cascada de tratamiento y prevención. Para guía adicional sobre el monitoreo y evaluación de la vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado, ver:

- *Consolidated strategic information guide for HIV in the Health Sector* (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>).
- *Metrics for monitoring the cascade of HIV testing, care and treatment services in Asia and the Pacific*. (http://www.wpro.who.int/hiv/documents/Metrics_2_Monitor_and_evaluate_the_Impact_of_ART/en/).

Abordaje de la Provisión de Servicios

Puntos Clave

- Existen **muchos abordajes a nivel de instalaciones y a nivel comunitario para la provisión de las HTS**. Es crítico seleccionar los abordajes estratégicamente y aplicar prácticas efectivas para la programación.
- Existen **muchas ventajas para la integración de las pruebas de VIH con las pruebas de HPV y HCV y con el tamizaje y prueba para TB e ITS**.
- **Los proveedores no profesionales entrenados que usan RDT deben estar autorizados para efectuar pruebas de VIH y proveer información pre prueba y consejería post prueba**. Esto incrementará el acceso a las HTS particularmente en los servicios a nivel comunitario.

- **La oferta rutinaria de HTS en escenarios clínicos (PITC)** ha sido extensamente implementado en las clínicas de cuidado prenatal y de TB en escenarios con alta carga de VIH, pero **a menudo no en escenarios de otras facilidades, incluyendo clínicas pediátricas; esto es una oportunidad perdida**.
- La OMS propone un **nuevo abordaje para las pruebas en escenarios comunitarios – “prueba por triage”**, en el que una sola RDT es ofrecida a nivel comunitario con vinculación a pruebas adicionales en una instalación para confirmar diagnósticos VIH positivos e iniciar cuidado cuando sea necesario.
- Está aumentando la disponibilidad de **a auto prueba de VIH (HIVST)**, ya sea formalmente o de forma regulada en algunos países. Los beneficios potenciales de la HIVST, temas relacionados y precauciones potenciales, deben ser sopesados y considerados.

ABORDAJES PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Principios y abordajes para la provisión de servicios.

Las HTS pueden ser provistas de diferentes maneras y a diferentes personas. Los servicios pueden ser ofrecidos en una variedad de escenarios, ya sea en instalaciones de salud o en la comunidad. Las HTS pueden ser ofrecidas en instalaciones tales como clínicas de cuidado primario, salones de pacientes ambulatorios y clínicas de consulta externa, incluyendo clínicas de especialidades tales como clínicas de ITS y de TB, en hospitales distritales, provinciales o regionales y en sus laboratorios y en servicios clínicos privados. En las comunidades, las HTS pueden ser ofrecidas a través de pruebas indexadas a nivel del hogar o por alcance de puerta en puerta, en escuelas y otros establecimientos educacionales y en lugares de trabajo, en lugares de adoración, parques, bares y otros espacios. Además, la auto prueba de VIH (HIVST), un proceso en el cual un individuo desea conocer su estatus de VIH recoge una muestra, realiza una prueba e interpreta el resultado por sí mismo, a menudo en privado, es un abordaje emergente que puede extender la HTS a personas que podrían estar impedidos o ser reacios a presentarse a los lugares existentes donde realizan HTS, así como para personas que repiten la prueba frecuentemente.

Evaluar la situación

Para identificar los abordajes con el mayor beneficio e impacto en la salud pública, debe realizarse una evaluación situacional. Esta evaluación debe considerar la cobertura de la HTS, las brechas en cobertura en áreas geográficas con altos niveles de infección no diagnosticada de VIH y entre poblaciones con alto riesgo de infección por VIH, el contexto social y epidemiológico y los recursos financieros y humanos disponibles.

Una mezcla estratégica de abordajes de HTS

Una mezcla estratégica de abordajes de HTS facilita el diagnóstico de muchas personas tan pronto como sea posible, con vinculación inmediata a la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo para aquellos con prueba VIH positiva y a los servicios de prevención para aquellos VIH negativa.

Los países necesitan considerar una mezcla estratégica de abordajes para la provisión de HTS. La mezcla debe facilitar el diagnóstico de tantas personas con VIH tan pronto como sea posible. Al diagnosticar tantas personas como sea posible, la mezcla debe dirigirse a maximizar el rendimiento, la eficiencia, la efectividad del costo y la equidad. Equidad no significa que la HTS deba ser provista igualmente para todo el país o la población; más bien debe enfocarse en las poblaciones con mayor riesgo de VIH y aquellos que son mal atendidos. Además, la mezcla debe proveer apoyo oportuno y vinculación completa a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo para aquellos con prueba VIH positiva. Aquellos con prueba VIH negativa, particularmente los de riesgo continuo, necesitan vinculación a los servicios de prevención así como aprender dónde y cuándo pueden repetirse la prueba. La organización del sistema de salud con contexto local, epidemiológico, con cobertura actual para la prueba y los recursos financieros y humanos disponibles y los que el cliente potencial desee, determinará la mezcla apropiada de abordajes de HTS para alcanzar poblaciones de alto riesgo y áreas geográficas con altos índices de infección por VIH no diagnosticada.

Proporcionar un entorno de apoyo con elementos críticos

Los elementos críticos son clave para el éxito en las intervenciones del sector salud. Los elementos críticos son condiciones, en cierta medida fuera del ámbito del sector

de la salud, que facilitan la accesibilidad, aceptabilidad, aceptación, cobertura equitativa, calidad, eficacia y eficiencia de intervenciones y servicios de VIH. Estos elementos críticos apoyan la adopción de la prueba de VIH, los vínculos con la prevención, el tratamiento y la atención, especialmente para grupos que son reacios al uso o tienen acceso limitado a los HTS, como hombres, adolescentes, poblaciones clave y otros grupos vulnerables. Es crucial la colaboración con otros ministerios, ONGs y organizaciones basadas en fe, para desarrollar estrategias necesarias, actividades y enfoques necesarios que apoyen los elementos críticos.

Abordando los elementos críticos de los programas HTS



*Incluye la despenalización y la edad de consentimiento

Fuente: OMS, 2014.

Todos los HTS deben cumplir con las normas

Todas las HST deben enfatizar las 5 C's de la OMS. Todas las personas que se realizan la prueba de VIH deben dar consentimiento informado de manera verbal y hay que hacerles saber su derecho de negarse a realizarse la prueba. Nunca es apropiada la prueba de manera mandatoria, obligatoria o coercitiva. Los HST deben ser siempre provistos de manera respetuosa, no discriminatoria y ética, reflejando la integridad profesional del proveedor y respetando los derechos humanos de la persona que se está realizando la prueba.

Todos los sitios que proporcionan HTS, deben tener SOPs y códigos éticos de conducta. Deben proteger la información del cliente y la confidencialidad, además de emplear trabajadores sanitarios supervisados (incluyendo a los proveedores no profesionales).

Todas las pruebas de VIH debería seguir un algoritmo nacional validado y la OMS recomienda estrategias

de realización de pruebas.⁶ Este enfoque debe incluir la re-evaluación de todas las personas previamente diagnosticadas VIH positivas antes de registrarse en los servicios de atención o que inicien tratamiento.

Todos los HTS deben tener en vigor el adecuado control de la calidad (QA) y mejoramiento de la calidad (QI).

Buenas Prácticas para la adecuada programación de HTS

Varias prácticas efectivas de programación de salud recomendadas por la OMS pueden mejorar la calidad y eficiencia de HTS en algunos entornos. Estas prácticas incluyen:

- Integración de HTS en otros servicios de salud
- Descentralización de las HTS a las instalaciones de atención primaria y fuera del sistema de salud (por ejemplo, áreas de trabajo, escuelas, áreas de culto)
- Tarea de compartir las responsabilidades de HTS para aumentar el rol de los proveedores no profesionales entrenados.

Definiciones

Integración: es la co-localización y el intercambio de servicios y recursos entre las diferentes áreas de enfermedades. En el contexto del VIH, esto puede incluir la provisión de servicios de pruebas, tratamiento y atención del VIH junto con otros servicios como servicios de TB, ITS, servicios de Hepatitis B y C, atención prenatal, anticoncepción y otros servicios de planificación familiar, así como el tamizaje y atención para otras condiciones, incluyendo enfermedades no transmisibles.

Descentralización: es el proceso de delegación o transferencia de autoridad significativa y los recursos del nivel central del ministerio de salud a otras instituciones u oficinas del ministerio en otros niveles del sistema de salud (Provincial, regional, distrital, sub-distrital, puesto de atención primaria de salud y la comunidad).

Intercambio de Tareas: es la distribución racional de tareas entre grupos de atención de salud y proveedores de formación más larga y otros grupos con menor formación, pero entrenados, así como los proveedores no

profesionales.

Integración de la realización de la prueba de VIH con otros servicios

La integración involucra no solamente la provisión de servicios relacionados en un mismo lugar, sino también vincular un sistema de registro y reporte para compartir información con el debido consentimiento del cliente, y proveer referencias entre sitios de atención y proveedores. **La OMS recomienda la integración de servicios de VIH, incluyendo HTS, con un amplio grupo de otros servicios clínicos relevantes**, tales como servicios de TB, salud materna y de infantes, salud sexual y reproductiva, programas de reducción de daño para personas que se inyectan drogas en países prioritarios, programas de VMMC. El propósito principal de dicha integración es hacer las HTS más conveniente para las personas que asisten a los centros de salud mayormente por otras razones y para aumentar la realización de pruebas de VIH. Además, ciertos servicios tales como los de TB, ITS y servicios de reducción de daños atraen una clientela que generalmente tiene alto riesgo de infección por VIH. Así, la integración de HTS con otros servicios, crea la oportunidad de diagnosticar co-infección y empezar los servicios de cuidado y tratamiento para todas las condiciones al mismo tiempo y en el mismo lugar. La integración es apropiada en todas las instalaciones epidémicas y particularmente importantes donde la prevalencia por infección con VIH es alta.

Para los clientes, la integración de los HTS a otros servicios de salud, facilita el poder resolver varias necesidades de salud al mismo tiempo y en el mismo lugar, ahorrándoles tiempo y dinero. Esto probablemente facilitará la vinculación a servicios complementarios de prevención o tratamiento y ampliará el alcance de las pruebas de VIH a las personas que buscan otros servicios de salud. Para los sistemas de salud, la integración puede reducir la duplicación de servicios y mejorar la coordinación por ejemplo en la gestión de insumos de salud.

⁶ Una estrategia de pruebas se refiere a la secuencia en la que las pruebas de diagnóstico se utilizan para un objetivo específico, teniendo en cuenta la presunta Prevalencia del VIH en la población evaluada. Un algoritmo de prueba se refiere a una combinación definida de ensayos específicos dentro de una estrategia de prueba.

La meta de la colaboración de los programas debería ser la creación de sistemas de atención integrados que faciliten el acceso y aumente el impacto.

La colaboración entre los programas de cada nivel en los sistemas de salud es de importancia para garantizar el éxito de los servicios de VIH y otros asuntos sociales relacionados a estos. Los aspectos de coordinación que necesitan ser considerados, incluyen movilizar, asignar y compartir recursos; entrenamiento, mentoría y supervisión de trabajadores de la salud; provisión y manejo de los medicamentos, kits de pruebas y otros insumos médicos; manteniendo la calidad de la prueba de VIH; reducir el estigma y la discriminación en el establecimiento de atención médica. La meta de la colaboración de los programas debería ser la creación de sistemas de atención integrados que faciliten el acceso y aumente el impacto de las HTS, el tratamiento del VIH y otros servicios.

Ejemplo de caso: Integración de servicios.

En Myanmar existe un esfuerzo creado por *Medicins du Monde* para reducir los daños asociados con prácticas sexuales inseguras entre las trabajadoras sexuales femeninas; hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, en el que se les provee servicios de VIH, salud sexual y apoyo psicosocial en un ambiente amigable que les ofrece varias actividades. Los usuarios son libres de acceder al cuidado médico o sólo ir a relajarse con actividades sociales y otros servicios ofrecidos como la meditación en áreas definidas para esto, juegos, servicios de peluquería o manicure.

Descentralización de Servicios

En HTS, la descentralización se refiere a proveer servicios de HTS en los servicios de salud periféricos, espacios que están a nivel de las comunidades y otros sitios diferentes a los lugares donde se realizan pruebas confirmatorias de VIH o servicios relacionados. La **Descentralización de servicios puede ser apropiada en ambos: áreas de alta y baja prevalencia**. Por ejemplo, el ofrecer pruebas de VIH en lugares cercanos a los hogares de las personas, puede reducir el costo de transporte y tiempos de espera que

sucede en hospitales centrales y por consiguiente, aumenta el número de personas que deciden realizársela. El compartir las tareas y particularmente el involucramiento de proveedores no profesionales, facilita los esfuerzos de descentralización de los servicios incluyendo las HTS.

La descentralización de los servicios sin embargo, no siempre es apropiada o aceptada por usuarios potenciales. En algunos establecimientos, los servicios de VIH centralizados proveen más anonimato que si se realiza en los centros comunitarios de los barrios donde hay servicios para poblaciones clave u otros que temen el estigma y la discriminación. También, en áreas de baja prevalencia, la descentralización de los servicios de HTS puede ser ineficiente y costosa. El contexto, las necesidades, las brechas en los servicios y los costos y beneficios generales deben ser sopesados antes de decidir si los HTS deben ser descentralizados.

Intercambio de tareas de HTS: aumentar el alcance de trabajo de los proveedores no profesionales

Intercambio de tareas: Antecedente y Racional

Muchos países continúan teniendo escasez de personal de salud entrenado. El intercambio de tareas – eso es la redistribución racional de tareas entre profesionales proveedores de salud con mucho entrenamiento con grupos de proveedores con poco entrenamiento – es una respuesta pragmática a la escasez de la fuerza laboral en el sector salud. Busca incrementar la efectividad y la eficiencia de personal disponible de manera que permita que el personal de salud pueda proveer HTS a más personas.

La redistribución de tareas con proveedores no profesionales entrenados busca proporcionar a la fuerza laboral existente a proveer HTS a más personas.

En particular, la redistribución de tareas a personal que trabaja a nivel comunitario puede ayudar a abordar las necesidades de la población clave y otros grupos prioritarios que sean reacios o incapaces de acceder las HTS que están a nivel de las instalaciones de salud, incluyendo la vinculación de estos, a los servicios y proveerles de manera continua el cuidado

y apoyo. Los servicios dirigidos por proveedores no profesionales entrenados, incluyendo intervenciones coordinadas por pares, pueden tener mejor acogida y por consiguiente, una manera importante de provisión de servicios, ofreciéndoles información y enseñándoles habilidades que promuevan conductas más seguras. Más allá de la provisión de servicios, los proveedores no profesionales entrenados que son pares de los clientes, pueden actuar como modelos y ofrecer apoyo de manera respetuosa y sin juicios, ayudando de esta manera a reducir el estigma, facilitar el acceso a los servicios y mejorar el número de clientes que se realiza la prueba.

Por sí misma, aumentar la redistribución de tareas y ampliar el alcance de las responsabilidades de los proveedores no profesionales entrenados no rectifica del todo la escasez de personal y la pobre calidad de los servicios. La redistribución de tareas no es solamente una forma de ahorrar recursos sino más bien una herramienta de valor potencial para mejorar ambos: el acceso y la cobertura de los servicios y la calidad de los mismos.

La OMS ha recomendado previamente el uso de proveedores no profesionales para realizar ciertos servicios clínicos, incluyendo consejerías y referencias, y ha recomendado particularmente la redistribución de tareas en la entrega de algunos servicios clínicos de VIH, incluyendo en los servicios de salud para madres, recién nacidos y niños y la promoción de las pruebas de VIH en el embarazo y las recetas de TAR por parte de enfermeras. El compartir tareas para expandir las HTS ha tenido lugar por más de una década en varios países a través de las Américas, Europa, África Sub-sahariana y Asia. Muchas revisiones sistemáticas en varios dominios de cuidado de la salud, apoyan la conclusión general que los buenos resultados de salud pueden lograrse devolviendo tareas a las enfermeras y proveedores de salud no profesionales o comunitarios.

Definición

Proveedor No profesional: es cualquier persona que realiza funciones relacionadas con la provisión de servicios de salud y ha sido entrenada para entregar servicios específicos, pero no ha recibido certificación profesional o para-profesional formal o título de educación del tercer nivel. **Fuente:** OMS, 2014.

Revisión de la evidencia respecto a la redistribución de tareas a proveedores no profesionales

En esta regulación la OMS emite una nueva recomendación avalando la provisión de HTS por proveedores no profesionales (ver definición en la ventana anterior) usando RDT. Sigue un sumario de los resultados de una revisión sistemática de la evidencia relevante y una discusión de la regulación.

La participación de HTS puede incrementarse cuando los proveedores no profesionales entrenados ofrecen los servicios.

En una prueba al azar en un departamento de urgencias de los Estados Unidos, la tasa de participación en las HTS fue más alto en la parte de proveedores no profesionales entrenados que en la parte de profesionales de cuidado de la salud entrenados – 57% (1,382/2,446) vs. 27% (643/2,409; $p < .001$). Similarmente un estudio pre/post en Malawi rural reportó que después de que la HTS fue delegada de los trabajadores de la salud con mayor entrenamientos a proveedores no profesionales con entrenamientos más cortos, la participación en las pruebas de VIH incrementó de 1,300 a 6,500 por mes.

Las pruebas de VIH conducidas por proveedores no profesionales entrenados son precisas y

equivalente a las pruebas hechas por personal de laboratorio y proveedores de cuidado de la salud con entrenamientos más largos, como lo han demostrado tres estudios. En el distrito de Sisonke de África del Sur, de 3,986 muestras realizadas por ambos, proveedores no profesionales entrenados y por personal de laboratorio, solamente 23 no coincidieron. De estos 23, solamente 2 fueron catalogados “errores críticos”: el proveedor no profesional entrenado encontró un resultado positivo a la prueba de VIH donde el laboratorio reportó resultado negativo a la prueba de VIH. Los restantes fueron casos en los cuales al menos un resultado fue inconcluso. La mayoría de estos fueron considerados casos en los que el proveedor no profesional entrenado fue extra cuidadoso y esperó por confirmación del laboratorio antes de darle al cliente su estatus de VIH. En total, la sensibilidad fue calculada al 98.0% (95% CI: 96.3-98.9) y la especificidad al 99.6% (95% CI: 99.4-99.7%). Las pruebas de VIH hechas en Malawi por proveedores no profesionales entrenados tuvieron una sensibilidad de 99.6% y una especificidad del 100%. De 2,911 muestras enviadas a la confirmación de laboratorio,

sólo 4 resultados no coincidieron con los resultados obtenidos por los proveedores no profesionales. Tres de estos cuatro fueron clasificados como “peculiaridades de la muestra” porque los resultados de varias estrategias paralelas de prueba continuaron siendo discordantes. En Camboya, de 563 muestras, los resultados obtenidos por los proveedores no profesionales entrenados y el personal de laboratorio coincidieron excepto en cuatro casos. Investigaciones adicionales encontraron que todos los resultados a las pruebas reportadas por proveedores no profesionales entrenados fueron correctas; los errores al escribir los reportes en el laboratorio explicaron las discrepancias halladas.

Valores y preferencias

Seis estudios adicionales reportaron que algunos aspectos de los valores y preferencias de los clientes en relación a los proveedores no profesionales entrenados que realizan HTS, 2 en USA y 4 en África Sub-sahariana. En una prueba controlada al azar en los Estados Unidos que incluyó encuestas de satisfacción del cliente, los clientes reportaron una mayor satisfacción en general con las HTS provistas por proveedores no profesionales entrenados que con las HTS provistas por profesionales de la salud entrenados (OR: 1.50; 95% CI:1.00-2.24). En Botswana, 46 de 47 clientes que recibieron HTS de un proveedor no profesional entrenado y participaron en una entrevista al salir, expresaron un alto nivel de satisfacción con los servicios y se sintieron cómodos acerca de regresar por servicios en el futuro. En general, los estudios encontraron apoyo entre los clientes para los proveedores no profesionales entrenados realizando HTS, particularmente en el más riguroso estudio, la prueba controlada al azar en los Estados Unidos.

La revisión sistemática y la búsqueda de valores y preferencias identificó otros beneficios de las pruebas y consejería ofrecidas por proveedores no profesionales entrenados. Estas incluyen:

- **Oportunidades para entregar un rango de servicios.** Los proveedores no profesionales entrenados pueden proveer varios servicios de salud dentro y más allá de la prevención, tratamiento y cuidado del VIH, incluyendo vacunación, tamizaje y pruebas de TB e ITS y distribución de mallas para la cama

en la prevención de Malaria.

- **Costo-ahorros.** El compartir tareas que involucran a los proveedores no profesionales entrenados con entrenamiento más corto puede costar menos que el uso de trabajadores de salud con entrenamientos más largos para realizar las mismas tareas. Los proveedores no profesionales entrenados generalmente reciben salarios menores que los profesionales de la salud. Sin embargo, el costo total del programa, el costo-efectividad y la asequibilidad varía de un escenario a otro.
- **Apoyo factible y apoyado actualmente por políticas nacionales.** Una de las políticas nacionales de pruebas de VIH en 48 países, mostró que a los proveedores no profesionales entrenados se les permite realizar pruebas de VIH con RDT en el 40% de los países en general y en más del 60% de los 25 países de la región OMS Africana. Un número aún mayor de países permite que los proveedores no profesionales entrenados provean información de pre prueba y consejería post prueba (60% de los 48 países y 80% en la región OMS Africana). Un número de países sin embargo, sigue limitando esas funciones a profesionales de salud con entrenamientos más extensos.
- **Contexto Social y Cultural.** El compartir tareas con proveedores no profesionales entrenados puede incrementar la posibilidad de que los servicios sean más sensitivos a la cultura de la comunidad. En particular, los proveedores no profesionales pueden alcanzar más gente porque ellos a menudo son culturalmente competentes al hablar con sus pares, particularmente con personas de poblaciones clave y adolescentes.

Recomendación de la OMS

Los proveedores no profesionales que son entrenados y supervisados para utilizar pruebas rápidas diagnósticas (RDT), pueden independientemente conducir servicios de pruebas de VIH seguros y efectivos (fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia).

Consideraciones adicionales

Selección. La selección de los proveedores no profesionales es importante. Por ejemplo, en Zambia, los clientes buscaron proveedores en los que ellos pudieran confiar; tal confianza estaba basada en la conducta profesional del proveedor, conocimiento, cortesía, adaptabilidad al enfrentarse con problemas de sensitivos y habilidad para escuchar.

Entrenamiento, mentoría y apoyo continuo. Así como otros profesionales del cuidado de la salud y técnicos de laboratorio, los proveedores no profesionales entrenados necesitan entrenamiento, mentoría y supervisión de supervisores en el sitio, idealmente incluyendo alguien entrenado en procedimientos de laboratorio. Los estándares nacionales de competencia pueden ayudar a asegurar que los proveedores no profesionales ofrecen HTS de alta calidad. El entrenamiento estandarizado debe cubrir cómo conducir todos los procedimientos de las HTS, incluyendo la recolección de muestras, realizar RDT siguiendo el algoritmo de pruebas nacionales validado y la estrategia de pruebas, proveyendo consejería y emitiendo reportes de prueba así como mantener registros y reportes.

Los proveedores no profesionales deben ser entrenados en ética médica de manera que estén completamente conscientes de sus responsabilidades al obtener consentimiento y mantener la confidencialidad respecto al cliente y a los resultados de la prueba del cliente y a su estatus de VIH. Así como con cualquier otro trabajador de salud proveyendo HTS, el apoyo continuo de supervisión y mentoría de proveedores no profesionales, deben cubrir ambos aspectos de la prueba y consejería en su trabajo, proveer informativos actualizados y SOPs, e implican una evaluación externa regular de la calidad (EQA por sus siglas en inglés). **Debe establecerse un sistema de control de calidad (QA) tanto para los proveedores de salud no profesionales como para los profesionales de salud que están en los HTS.**

Remuneración. Los proveedores de salud no profesionales cuestan menos que los proveedores más entrenados. Sin embargo, es importante que los programas compensen a los proveedores de salud no profesionales de manera apropiada por su trabajo. De

lo contrario es probable el intercambio de personal. Estos trabajadores deben recibir compensaciones e incentivos apropiados. La razón principal para involucrar trabajadores no profesionales será siempre aumentar el acceso a las HTS y no reducir costos.

Políticas y Regulaciones. La redistribución de tareas requiere de un liderazgo gubernamental para enfatizar su importancia, dar prioridad a su implementación y asegurar y permitir un marco de referencia regulatorio. Las políticas nacionales necesitan establecer un rol para los proveedores no profesionales con habilidades especiales para que realicen HTS e incluyan sus términos de referencia en la planilla salarial (ver cuadro). Algunos países puede que necesiten cambiar sus políticas y regulaciones de manera que permitan a las enfermeras y otros profesionales de la salud no médicos y proveedores no profesionales a ofrecer HTS. El apoyo de los concejos médicos, de enfermería y tecnólogos médicos deberían facilitar los cambios necesarios en las políticas.

Pasos clave para la introducción de HTS por proveedores no profesionales.

Los países deben revisar y adaptar sus políticas nacionales para:

- Permitir que los proveedores no profesionales entrenados realicen todos los servicios de prueba, incluyendo tomar la muestra, realizar pruebas de diagnóstico rápido para VIH, interpretar los resultados de la prueba y reportar el estatus de VIH; proveer información pre prueba y consejería post prueba; y apoyar la vinculación a los servicios de prevención tratamiento y cuidado;
- Reconocer y adecuadamente remunerar a los proveedores no profesionales entrenados por realizar HTS, en consistencia con sus habilidades especializadas;
- Reconocer el papel de los proveedores no profesionales entrenados en las políticas nacionales y marcos de referencia regulatorios, tales como recursos humanos para la salud y políticas de prueba para VIH.

La OMS recomienda hacer que las HTS estén disponible a través de un amplio rango de abordajes, a la vez en instalaciones y en la comunidad y apropiado a la epidemiología y el contexto local.

Servicios de prueba para VIH a nivel de las instalaciones

Los servicios de prueba de VIH a nivel de instalaciones se refiere a las HTS provistas en escenarios como una instalación de salud o en un laboratorio.

Prueba y Consejería Voluntaria

Desarrollado antes que el tratamiento estuviera disponible, la prueba y consejería voluntarios (VCT por sus siglas en inglés) fue un modelo inicial para la entrega de las HTS en una instalación dedicada sólo para ese fin. Ahora se reconoce que las pruebas de VIH en sitios clínicos pueden ser más efectivos cuando estas son ofrecidas como parte del cuidado médico general. Por lo tanto, en muchos escenarios las HTS han sido integradas con otros servicios de salud para que puedan ser ofrecidas rutinariamente a todos aquellos que asisten a los servicios u ofrecidas en escenarios de clínicas particulares a aquellos con condiciones indicadoras. Sin embargo, a pesar de las limitaciones debido al alto costo y la necesidad para que el cliente inicie el proceso de prueba, las HTS autónomas pueden seguir siendo una manera de alcanzar a las personas que complementen otros abordajes en algunos escenarios de alta prevalencia.

Prueba y Consejería iniciada por el proveedor

Las pruebas y consejería iniciadas por el proveedor (PITC por sus siglas en inglés) denota la HTS que es rutinariamente ofrecida en una instalación de salud. Esta incluye provisión de la información pre prueba y obtener el consentimiento, con la opción para que los individuos rehúsen realizarse la prueba. La PITC ha sido altamente aceptable y ha incrementado la participación en las pruebas de VIH en países de bajo y mediano ingreso. Sus resultados en términos de participación de los servicios de post prueba son similares a otros abordajes para prueba.

Aunque esto involucra el ofrecimiento de rutina de las HTS, **la PITS no se torna en una prueba obligatoria o en darle la prueba a personas sin antes informarles que ellos pueden rehusarse.** La PITC busca

incrementar la cobertura de las HTS para proveer diagnóstico temprano a aquellos que atienden las instalaciones médicas para normalizar las pruebas de VIH y remover la necesidad para la motivación personal de buscar la HTS. Esto le evita al cliente la posibilidad de avergonzarse al pedir una prueba de VIH y le ahorra tiempo para clientes que atienden los servicios clínicos por otras razones. En escenarios de baja prevalencia, la PITC de rutina probablemente no sea costo-efectiva. Sin embargo, la prueba de VIH debe seguir estando disponible para personas que soliciten la prueba o que muestren signos clínicos y síntomas significativos de VIH.

Desde que la OMS recomendó la PITS por primera vez en el 2007, este abordaje ha sido implementado en muchos escenarios clínicos, particularmente aquellos con una alta carga de VIH:

- **La PITS ofrecida rutinariamente en ANC** ha probado alta aceptabilidad en muchos países. Esto ha sido responsable por el alto nivel de conocimiento de su estado de VIH entre mujeres en muchos países, particularmente en países de alta carga, permitiendo que las mujeres se beneficien de las PMTCT y de la TAR. Sin embargo, las tasas de cobertura PITC en ANC varían; la tasa permanece baja en algunos escenarios.
- **La PITS ofrecida rutinariamente en clínicas de TB**, a todos los pacientes de TB, ya sean casos activos o presumidos ha probado ser altamente aceptable. En el 2014, 185 países reportaron datos sobre las pruebas de VIH para pacientes TB a la OMS; 83 países reportaron cobertura de más de 75% en pacientes con TB. En algunos países, sin embargo, las pruebas de VIH no es una práctica estándar en clínicas de TB, y el nivel de cobertura permanece bajo.

Recomendaciones de la OMS

1. La prueba de VIH de rutina debe ser ofrecida a todos los pacientes con presunto diagnóstico de TB y TB diagnosticada.
2. A los compañeros de los pacientes de TB conocidos VIH positivo, se les debe ofrecer la HTS con revelación mutua (fuerte recomendación para todas las personas con VIH en todos los escenarios con epidemia generalizada de VIH);

3. Los programas de control de TB deben mantener una provisión continua de HTS en sus operaciones y servicios de rutina. **Fuente: OMS, 2012.**

• **La PITC es ofrecida con menos frecuencia en escenarios clínicos**, aún en países con alta carga. Esto es una gran pérdida de oportunidad. En escenarios clínicos generales, la PITC puede tener altas tasas de participación y de nuevos diagnósticos.

- **La PITC ofrecida en escenarios clínicos** es probable que esté asociado con altas tasas de infección por VIH, incluyendo clínicas de ITS y servicios para poblaciones clave, incluyendo servicios de reducción de daños para personas que se inyectan drogas.

- **La PITC ofrecida a personas presentándose en escenarios de hospitales ambulatorios y de hospitalización con síntomas y condiciones clínicas** indicativas o relacionadas con infección por VIH, particularmente en escenarios de epidemia de bajo nivel o epidemia concentrada; este abordaje se ha probado efectivo en Europa.

- **PITC ofrecidas en clínicas pediátricas.** Este abordaje ha sido efectivo para encontrar casos entre los niños previamente no diagnosticados. La PITC ofrecida a adolescentes también ha probado ser efectiva en áreas de alta prevalencia. Pero los servicios de PITC para niños y adolescentes no son comunes. En el 2012 Global AIDS response progress reporting, (OMS/UNICEF/UNAIDS) reportó que sólo el 95% de 84 países dijeron que ellos tenían una política nacional que requiere la oferta rutinaria de HTS para niños. En muchos países la política de barreras tales como las leyes de edad para consentimiento, impiden que los niños y los adolescentes obtengan las HTS. Aún donde existen políticas favorables, los proveedores del cuidado de la salud a menudo se sienten incómodos haciendo pruebas de VIH para niños. Un estudio reciente en Zimbabue reportó que aunque los trabajadores para la salud se les

pidió que ofrecieran la prueba de VIH a todos los niños de estatus desconocido, a un tercio de los niños, no se les ofreció la prueba de VIH. Los proveedores reportaron que no les ofrecieron la prueba de VIH porque ellos percibían que los niños tenían un bajo riesgo de VIH y que ellos tenían mayor incomodidad dándole consejería a los cuidadores masculinos que a las cuidadoras femeninas.

En algunos escenarios de baja prevalencia, las PITC en clínicas de pediatría general y ambiente hospitalarios, no serán costo-efectivas. Sin embargo, el ofrecer pruebas de VIH a todos los niños cuyos padres tienen VIH o a todos los niños con condiciones indicativas de VIH y en clínicas de malnutrición, puede ayudar a identificar muchas infecciones.

• **Las PITC son ofrecidas en los servicios de VMMC** en los 14 países de prioridad VMMC.⁷

Como parte del paquete de servicios. Generalmente hay una alta participación de las PITC entre los clientes VMMC. De acuerdo a los reportes de Kenia, en el 2011, 86% de los clientes de VMMC aceptaron la PITC (2% de los que tomaron la prueba estaban infectados de VIH y fueron referidos a los servicios de cuidado y tratamiento). Esto marca un incremento en las pruebas de VIH entre los clientes de VMMC en Kenia, desde el 60% en el 2008. La falta de inventario de kits de pruebas de VIH y las largas esperas para realizarse las pruebas de VIH pueden ponerle retos a los sitios que proveen HTS en el contexto de los servicios de VMMC, particularmente en países con una alta participación tales como la República Unida de Tanzania y Zimbabue.

Pruebas para TB a través de los servicios de VIH

La TB es causa líder de muertes entre las personas infectadas con VIH. Sin embargo, sólo un estimado del 48% de los pacientes de TB infectados con VIH, reciben una prueba de VIH. Las pruebas de VIH en escenarios de TB necesitan incrementarse. La OMS recomienda intensificar la búsqueda de casos de TB entre las personas con VIH para facilitar la detección temprana de TB y el tratamiento. Las HTS ofrecen

⁷ Botswana, Etiopía, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Sur África, Suazilandia, República unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue.

una oportunidad para realizar tamizaje por TB y detectarla tempranamente. **El tamizaje sistemático de TB debe ser integrado en las HTS y ofrecido donde quiera que se den las pruebas de VIH y a todas las poblaciones recibiendo pruebas de VIH, sin importar sus propios resultados.** Intensificar la búsqueda de casos de TB en escenarios clínicos y de alcance, facilitaría la detección temprana de TB asociada al VIH y la vinculación al tratamiento. Particularmente en escenarios con una alta carga de ambas infecciones, TB y VIH, la búsqueda de casos de TB en las HTS podría contribuir apreciablemente a la detección y tratamiento de TB en general y así reducir la morbilidad y mortalidad asociada con TB.

La información pre prueba para todos los clientes dispuestos a tomar la prueba de VIH debe incluir información en la evaluación sistemática de TB. Los hallazgos por tamizaje deben ser devueltos prontamente de manera que los resultados puedan ser compartidos con el cliente junto con la información de post prueba de VIH. Todas las personas con síntomas de TB deben ser prontamente referidas para la realización de un diagnóstico por TB que incluya investigaciones tales como un frotis de esputo para microscopía, radiografía de tórax, histopatología y pruebas moleculares, dependiendo en el contexto del país y las regulaciones nacionales. Si se encuentra que una persona tiene TB, él o ella deben iniciar tratamiento para TB inmediatamente.

Pruebas simultáneas para VIH y otras ITS

El VIH y la co-infección con otras ITS es común. Los servicios que proveen cuidado para las ITS son uno de los puntos de entrada clave para los servicios de prevención y referencia de VIH. **La OMS recomienda la oferta rutinaria de pruebas de VIH a clientes diagnosticados con otras ITS.** Varios estudios han mostrado que las pruebas de VIH en clínicas de ITS es factible y la participación en las pruebas es alta. Las ITS tratables, tales como gonorrea y sífilis, indica sexo reciente sin el uso de condón y además, identifica personas con un riesgo elevado de adquisición de VIH. Las personas recibiendo tratamiento de ITS pueden también tener una infección primaria por VIH y, por consiguiente un alta carga viral de VIH. Así mismo, diagnosticar a individuos con co-infecciones es importante tanto para la estrategia de prevención, como para mejorar la calidad de cuidado para

personas con VIH.

Tanto las pruebas para sífilis como las pruebas para VIH, deben ser ofrecidas de manera rutinaria a las mujeres que asisten a los servicios de ANC. Dado su modo común de transmisión sexual, el VIH y la co-infección por sífilis es común. La infección por sífilis es un co-factor reconocido para la adquisición y transmisión del VIH, y la infección materna de sífilis ha sido asociada con un riesgo incrementado de la transmisión madre-hijo. En general el tamizaje y tratamiento de la sífilis para mujeres embarazadas, es una de las intervenciones prenatales más costo-efectiva, aún en escenarios con una baja prevalencia de sífilis.

Recomendaciones de la OMS

- **En escenarios epidémicos generalizados, las pruebas de VIH rutinarias, deben ser ofrecidas a todos los clientes (adultos, adolescentes y niños) en todos los escenarios clínicos.**
- **En escenarios epidémicos de baja nivel o concentrada,** las pruebas de VIH deben ser ofrecidas a clientes adultos, adolescentes y niños (en escenarios clínicos que presenten síntomas o condiciones médicas que puedan indicar infección de VIH, incluyendo casos de TB presumible y confirmada).
- **Sin importar el tipo de epidemia** las pruebas de VIH de rutina deben ser consideradas para las clínicas de malnutrición, ITS, los servicios para Hepatitis viral y TB, los escenarios de ANC y para los servicios de atención en salud de poblaciones clave. **Fuente: OMS 2004; OMS 2007; OMS, 2013.**

Servicios de prueba de VIH a nivel comunitario

Las HTS a nivel comunitario incluyen un número de abordajes, pruebas de puerta en puerta/a nivel de hogar, campañas móviles de alcance y en los lugares de trabajo, parques, bares, lugares de culto y establecimientos educativos. Este abordaje es importante para incrementar el diagnóstico temprano, alcanzando a personas que se hacen la prueba por primera vez y a personas que rara vez usan los servicios de atención clínicos, incluyendo a hombres y adolescentes en escenarios de alta prevalencia y a personas de poblaciones clave en todos los escenarios.

Las HTS a nivel comunitario son de ahora de gran extensión, con 93 de 124 países reportando en el 2014 que sus políticas nacionales apoyan las HTS a nivel comunitario.⁸

Sin embargo, algunos estudios encuentran que la vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado después de la HTS a nivel comunitario, es sub-óptimo. La vinculación a los servicios de prevención y tratamiento es crítica y debe ser enfatizada en todas las HTS a nivel comunitario.

Las HTS móviles/de alcance deben alcanzar a todos los sitios comunitarios a través de vehículos móviles o tiendas en lugares comunitarios tales como iglesias, mezquitas u otros escenarios de culto, en lugares de entretenimiento tales como bares y clubes, en lugares de encuentro y saunas o en escuelas o lugares de trabajo. Tales servicios deben ser ofrecidos continuamente en un horario regular o en un evento promocionado único u ocasional. También, el alcance puede estar ligado o vinculado a eventos públicos, tales como eventos deportivos, presentaciones musicales, el teatro, ferias de agricultura y festivales de días feriados. Los servicios de alcance deben ser designados para servir a las poblaciones clave, tales como “HTS a la luz de la luna”, en los cuales los servicios son ofrecidos en la noche. Las HTS de alcance también pueden estar diseñadas para servir a las poblaciones rurales, incluyendo mujeres embarazadas en áreas remotas, quienes pueden tener acceso limitado a las HTS a nivel de instalación. Los hombres en escenarios de alta prevalencia pueden ser alcanzados a través de las pruebas en los mercados y terminales de transporte. Los abordajes móviles complementan los abordajes a nivel de instalación, los que algunas veces no alcanzan a las poblaciones clave debido al estigma o no pueden servir a aquellos en áreas remotas por falta de instalaciones de salud.

HTS a nivel de hogar siguen dos modelos principales:

1. pruebas que son ofrecidas de puerta en puerta y provistas a todos los individuos que pueden dar su consentimiento, parejas o familias en un área geográfica y, 2. pruebas que son ofrecidas en casas con una persona conocida que tiene VIH (clientes

indexados) o un paciente activo o sospechoso de TB, con consentimiento obtenido del cliente antes de visitar el hogar. Las pruebas de puerta en puerta durante las horas del día pueden alcanzar solamente mujeres que no están trabajando y a niños menores. Los servicios durante las noches o en los fines de semana pueden incrementar la participación de otros, incluyendo hombres.

Las campañas nacionales de HTS son esfuerzos en todo el país para incrementar acceso y participación en las HTS. Las campañas han sido implementadas de varias maneras diferentes, algunas se enfocan en las pruebas en las instalaciones, otras usando abordajes a nivel comunitario, y algunas combinando las dos. El conocimiento diseminado de donde obtener pruebas, hacen las campañas a gran escala menos útiles en este punto. Los objetivos y los resultados de las campañas nacionales, han variado en relación a la cobertura de diferentes grupos de población, vinculación y costo-efectividad. Una campaña nacional de HTS puede afectar a la población entera, tanto a aquellos a riesgo como a aquellos que no están a riesgo de una infección de VIH al normar la realización de la prueba de VIH. Las campañas nacionales pueden incrementar el número de personas que se realizan la prueba, pero pueden resultar muy caras; un número sustancial de personas con VIH continúan sin diagnóstico a pesar de estas campañas y la vinculación al cuidado y tratamiento de las campañas, ha sido problemático. Las campañas no deben ser consideradas en escenarios de baja prevalencia a menos que se hagan esfuerzos especiales para alcanzar poblaciones clave y para apoyar la referencia y la vinculación efectiva.

Las HTS y las campañas de enfermedades múltiples

ofrecen pruebas de VIH en adición a otros servicios de salud. Dependiendo del contexto, éstas a menudo incluyen provisión de mallas tratadas con insecticidas para las camas, filtro de agua o tamizajes para ITS, Hepatitis, factores de riesgo cardiovascular tales como diabetes o hipertensión, e incluso depresión (154, 155). Sin embargo, estas campañas también pueden ser costosas y necesitan ser evaluadas. La vinculación y el impacto a largo plazo de otras

⁸ Global AIDS Response Progress Reporting (OMS, UNAIDS, UNICEF), 1 de Julio de 2015.

intervenciones provistas no han sido adecuadamente evaluados.

HTS en el lugar de trabajo buscan proveer a hombres y mujeres formalmente empleados con acceso a la prueba. Estas personas pueden tener acceso limitado a los servicios clínicos afuera y pueden perder salarios si tienen que dejar el trabajo para buscar cuidado de salud. Las pruebas en el lugar de trabajo han sido implementadas con alto nivel de participación y vinculación a los servicios de VIH y TB, particularmente en escenarios de alta carga.⁹ La confidencialidad, coerción y débil vinculación a los servicios, son inquietudes con este abordaje. En el medio oriente y el norte de África, más del 60% de las pruebas de VIH son hechas en relación a los lugares de trabajo y procedimiento de visas de trabajo y es generalmente obligatorio. Esto a menudo resulta obtiene resultados adversos para aquellos con pruebas VIH positivas. Las pruebas en el lugar de trabajo deben ser confidenciales. No deben ser promovidas donde el abuso es probable.

Ejemplo de Caso – PharmAcces, Rwanda

En el 2001, para ofrecer mejores servicios a sus empleados, la cadena de cervecería Heineken se asoció con PharmAcces International Foundation (<http://www.pharmacces.org/>) para lanzar un programa de VIH en el lugar de trabajo, llamado “The Heineken Access to HAART Programme” en sus instalaciones en Gisenyi y Kigali, Rwanda. El programa ofrecía a todos los empleados y sus dependientes, incluyendo niños, servicios de cuidado médico que incluían servicios de pruebas de VIH (HTS) y acceso a TAR. Una vez que iniciaron la TAR, los trabajadores mantenían el derecho al cuidado hasta el final de su vida, aunque él o ella fueran suspendidos del trabajo en la compañía.

Al 31 de mayo de 2015, el programa había realizado 2,951 pruebas de VIH para un total de individuos elegibles de 2,808. Como resultado, entre el 2001 y el 2015, fueron diagnosticados 131 individuos VIH positivos. De los individuos diagnosticados con VIH 13% han muerto; 6% no regresaron al seguimiento; otro 13% fueron referidos a otros programas de

VIH. En general, el programa retuvo 68% de los individuos con VIH en el programa; 90% están en TAR y el 84% de estos tienen una carga viral indetectable. Heineken ha adoptado las metas UN 90-90-90 y está comprometido a no discriminar contra individuos viviendo con VIH.

Las HTS en establecimientos Educativos pueden atender a jóvenes sexualmente activos en el contexto de educación de salud sexual e intervenciones de cambio de comportamiento. En África del Sur, por ejemplo, una campaña nacional provee HTS a estudiantes de 12 años y mayores. Otros ejemplos incluyen proveer HTS para niños por debajo de la edad de 5 años en localidades tales como centros de juego.

Sin embargo las HTS a nivel escolar es a menudo controversial, y actualmente hay pocos programas en escuelas y pocos estudios sobre este abordaje. La racional para la oferta de pruebas en las escuelas, es que puede ser retador para una persona joven, el buscar la HTS en una instalación de salud durante las horas de escuela y usando su uniforme escolar en donde las pruebas a nivel escolar ofrecen servicios a los estudiantes. De todas formas, los estudiantes son difíciles de alcanzar ya que ellos no utilizan servicios de salud ni servicios comunitarios que son principalmente utilizados por adultos mayores. Como parte de una intervención bien fundamentada que provee consejería post prueba sobre reducción de riesgo, las HTS en los establecimientos educacionales pueden ser una herramienta valiosa para la tasa creciente de la ola de infecciones entre mujeres adolescentes y hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. Se necesita más investigación para entender mejor los temas de confidencialidad, vinculación al cuidado y las experiencias de los adolescentes y las expectativas de las pruebas a nivel escolar.

Ejemplo de Caso: Organización para el desarrollo de Intervenciones de Salud Pública (OPHID por sus siglas en inglés), Zimbabwe

El diagnóstico temprano de niños que viven con VIH es necesario para su acceso a tiempo a los servicios de cuidado y tratamiento, lo que optimiza

⁹ Examples of workplace programmes include the International Labour Organization's VCT @ Work Programme (http://ilo.org/aids/WCMS_215899/lang-en/index.htm) and the Anglo American HIV Testing Programme <http://southafrica.angloamerican.com/media/pressreleases/2012/03-12-2012.aspx>.

sus resultados. En el 2008, la OPHID (<http://.co.zw>) desarrolló un proyecto de centro de juegos, como una adición a los programas de PMTCT que ya estaban siendo implementados, para proveer educación a los niños vulnerables en tres distritos de Zimbabue. Para el 2011, 176 comunidades con personal voluntario en 16 centros de juego, dieron el servicio a 697 niños de 3 a 5 años de edad. Como parte del programa, el 59% de los niños registrados en el centro de juego recibieron servicios de pruebas de VIH. Las pruebas de VIH fueron ofrecidas y realizadas con el consentimiento del proveedor de cuidado o su guardián. Todos los niños diagnosticados VIH positivo fueron exitosamente vinculados a TAR, el uso de registros estandarizados previno la pérdida del seguimiento. Cuando los cuidadores de los niños no recogían los medicamentos de los niños, las comunidades se movilizaron para visitarlos y ofrecerles su ayuda y apoyo.

Pruebas por Triage: una estrategia para apoyar la expansión de las HTS a nivel comunitario

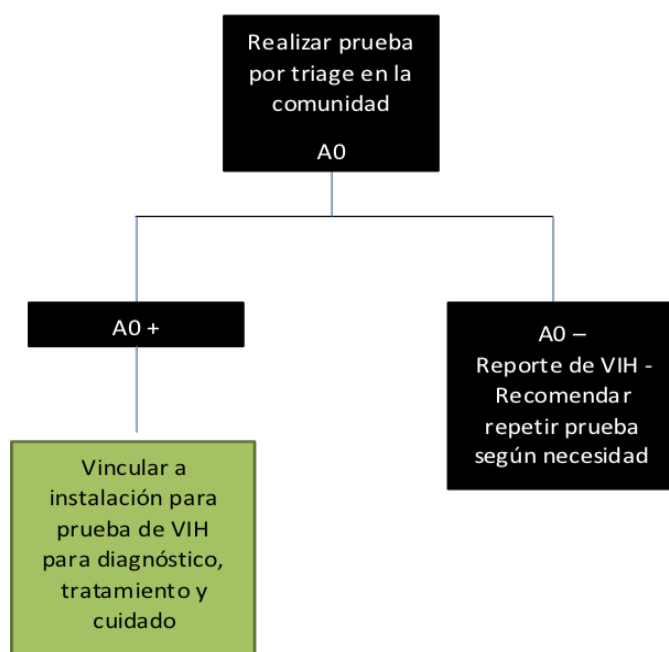
En este abordaje los proveedores no profesionales entrenados y apoyados, conducen necesario un abordaje simple para expandir las HTS a nivel comunitario, particularmente para alcanzar poblaciones de alto riesgo quienes de otra manera no se realizarían la prueba de VIH ni se vincularían a la atención, el tratamiento ni el cuidado.

La prueba por Triage es un abordaje de apoyo para las HTS a nivel comunitario provisto por los proveedores no profesionales. En este abordaje, los proveedores no profesionales entrenados y apoyados, conducen una sola prueba RDT de VIH, mencionado en la fig. 4.2 como A0. Nótese que la A0 no reemplaza a la A1 en el algoritmo nacional de prueba. Si esta única RDT es reactiva (A0 positivo), el individuo es prontamente vinculado a una instalación para pruebas de VIH, donde es realizada la validación con el algoritmo nacional de la prueba, empezando con A1. Si la prueba reactiva resulta A0 positivo (es confirmado y un individuo es así diagnosticado VIH positivo, esta persona es luego vinculada a una evaluación clínica y luego, si es elegible, a tratamiento. Individuos con una prueba con resultados no reactivos (A0 negativo) son diagnosticados VIH negativo, referidos para y vinculados a los servicios apropiados de prevención de VIH, y aconsejados para repetirse la prueba si han

tenido algún riesgo reciente o continuo de VIH.

Muchos servicios a nivel comunitario, particularmente aquellos ofrecidos por ONGs y otras organizaciones a nivel comunitario, ya usan el abordaje de “prueba por triage”. Aunque podría ser ideal proveer un diagnóstico definitivo en escenarios comunitarios, la conducción correcta de 2 o 3 RDT para cada individuo con resultado reactivo en la prueba inicial, puede ser retador. Particularmente para los proveedores no profesionales, la prueba por triage puede reducir la complejidad de los procedimientos de prueba en los escenarios de alcance o del hogar. Por lo tanto, la prueba por triage puede ser particularmente adecuada para los países sin políticas ni infraestructura que les permita a los proveedores no profesionales, ni a las organizaciones a nivel comunitario, realizar pruebas de VIH ni emitir reportes de prueba. Adicionalmente “el abordaje de prueba por Triage” puede facilitar el acceso a otros servicios de salud, usando herramientas simples tales como tamizaje por tos de más de 2 semanas de duración y referencia para diagnóstico de TB. Otras intervenciones de salud y referencias, pueden ser incluidas, tales como chequeo de presión sanguínea y referencias a salud reproductiva o servicios de reducción de daños. El éxito de este abordaje.

“La Estrategia de “Prueba por Triage”



Puede requerir una sociedad entre los proveedores no profesionales entrenados que realizan la prueba por triage y otros trabajadores de la salud que realizan las pruebas adicionales requeridas para dar un diagnóstico y proveer evaluación clínica para la iniciación de la TAR. Un programa así, tiene que tener un sistema de apoyo para los clientes y minimizar la pérdida de cuidado entre la prueba inicial en la comunidad (la prueba por triage) y el diagnóstico en una instalación.

Las ventajas clave del “abordaje de prueba por triage” son que esta:

- Simplifica la amplitud del trabajo para los proveedores no profesionales y los arreglos para compartir tareas;
- Puede reducir la logística, la cadena de provisión y los límites de entrenamiento, dado que se usa una sola RDT;
- Mejora el acceso para aquellos con más alto riesgo y que actualmente no se realizan prueba de VIH;
- Toman un primer paso hacia la introducción de las HTS a nivel comunitario completo, donde un diagnóstico definitivo utilizando el algoritmo de prueba completo, puede ser hecho.
- Facilita el rápido incremento proporcional de las HTS donde la prevalencia de VIH es alta.

Los retos potenciales del abordaje por “prueba por Triage” son:

- En escenarios de baja prevalencia, la tasa de resultados de pruebas falsas reactiva es más alta que en escenarios de alta prevalencia, lo cual, sin el mensaje apropiado puede llevar a desconfiar de los servicios;
- Puede ser difícil mantener una provisión ininterrumpida de los kits de prueba en los lugares comunitarios;
- Los proveedores no profesionales podrán no comunicar correctamente el significado de un resultado reactivo en la “prueba por triage”, y los clientes podrían entonces confundir un resultado reactivo de la prueba por un diagnóstico VIH positivo;
- La vinculación a las pruebas adicionales para confirmar la prueba de VIH puede ser pobre;
- Puede ser difícil seguir y monitorear a clientes que han tenido una “prueba por triage” reactiva y, que de ser confirmada VIH positivo, son luego vinculados al tratamiento y cuidado de VIH.

Ejemplo de Caso: Prueba de Triage por HTS a nivel comunitario

Aunque las “prueba por Triage” pueden ser un nuevo término, conducir una prueba en un escenario comunitario y luego, para aquellos con un resultado reactivo, conducir pruebas adicionales para confirmar el estatus VIH en una instalación de salud o laboratorio, es una práctica de rutina en muchos países.

- En Brasil, la colaboración entre el ministerio de salud y las ONG alcanzan poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, personas que se inyectan drogas y personas transgénero) en lugares convenientes para estos grupos, incluyendo bares, clubes, saunas y calles de la ciudad. Se realiza una RDT utilizando fluidos orales, todos aquellos con un resultado reactivo son referidos para pruebas adicionales que confirmen su estatus de VIH. Entre mayo de 2014 y marzo del 2015, se realizaron 28,400 pruebas en estos escenarios de alcance comunitario.
- En Chengdu, China, un programa enfocado a hombres que tienen sexo con hombres ha proveído pruebas por triage en escenarios de alcance desde el 2007. Al final del 2014, se había dado servicio a 18,663 hombres. En las instalaciones de salud apoyadas por el gobierno condujeron pruebas adicionales para confirmar el estatus de VIH. En el 2007, cerca del 40% de los hombres con una prueba con resultado reactivo, fueron por pruebas para conocer su estatus de VIH. Con un cuidadoso seguimiento, la tasa mejoró a más del 90% en el 2014.

Tasas de resultados de pruebas VIH positivas confirmadas después de las pruebas por Triage

No todas las personas con una prueba y resultado reactivo, se vincularán a pruebas adicionales para conocer su estatus de VIH y no todos los que se vinculan son confirmados y diagnosticados VIH positivo. Programas de varios países reportan tasas algo diferentes de pruebas de VIH con resultados reactivos y resultados de diagnóstico VIH positivo por pruebas adicionales después de la prueba por Triage.

- Una ONG en Portugal ha proveído pruebas desde el 2011 en un centro comunitario para hombres que tienen sexo con hombres. Las pruebas fueron reactivas para 296 hombres (4% de todos los que se realizaron la prueba). De estos hombres, 82% tomaron pruebas adicionales para confirmación

de su estatus de VIH en los servicios nacionales de salud. Los datos de su primera evaluación clínica están disponibles para 127 de aquellos que tomaron pruebas adicionales; casi todos los confirmados VIH positivo (98%) se registraron inmediatamente en TAR.

- Un programa a nivel comunitario en Grecia reportó haberle proveído pruebas de VIH gratis a 4,438 personas, de las cuales 303 tuvieron resultados de RDT reactiva. Todas estas personas fueron vinculadas a pruebas adicionales y recibieron un diagnóstico. Todos los diagnosticados VIH positivo, fueron referidos para cuidado y tratamiento.
- En Bolivia, una unidad móvil trabajando durante horas de la noche ofreció pruebas de VIH por 2 años a las poblaciones clave, incluyendo Hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, trabajadores sexuales y personas en situación de calle. De 3,371 personas con pruebas de VIH, 117 tuvieron resultados reactivos y fueron referidos para pruebas adicionales y confirmar su estatus de VIH, sin embargo, 51 (44%) no tomó las pruebas adicionales y no confirmaron su estatus de VIH.

Recomendaciones de la OMS

- En escenarios con epidemia generalizada se recomienda una estrategia combinada de pruebas de VIH a nivel comunitario y consejería, con una vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado, además de las pruebas iniciadas por el proveedor y consejería (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).
- En todos los escenarios epidémicos las pruebas y la consejería de VIH a nivel comunitario se recomienda para las poblaciones clave, con vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado, en adición a las pruebas y consejería iniciadas por el proveedor (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia). **Fuente: OMS, 2013; OMS, 2014.**

Autopueba de VIH

Al darle la oportunidad a las personas para tomar la prueba discreta y convenientemente, las HIVST pueden incrementar la participación en las pruebas de VIH entre las personas que no han sido alcanzadas por otros servicios de prueba de VIH

La auto prueba de VIH (HIVST) es un proceso en el cual un individuo que desee conocer su estatus de VIH recoge una muestra, realiza una prueba e interpreta él o ella misma el resultado, a menudo en privado. La HIVST no provee un diagnóstico definitivo. Más bien esto es una prueba inicial (A0), como en un abordaje de “prueba por triage” (ver sección anterior). La HIVST no reemplaza la necesidad de una primera prueba de VIH en el algoritmo de prueba nacional validado. Una auto prueba con un resultado reactivo siempre requiere pruebas adicionales de acuerdo con el algoritmo de prueba diagnóstico nacional validado. Por lo tanto, una persona distribuyendo kits de prueba por HIVST debe aconsejar a todos los que han tenido un resultado de auto prueba no reactiva que se repita la prueba si él o ella han tenido un reciente o tienen un riesgo de VIH continuo. También, si una persona ha tenido alguna incertidumbre sobre la correcta conducción del proceso de prueba y lectura del resultado de la prueba, más bien él o ella deben ir por una HTS a nivel de instalación o a nivel comunitario.

Al darle a las personas la oportunidad de hacerse la prueba discreta y convenientemente, la HIVST puede incrementar la participación en las pruebas de VIH entre las personas que no son alcanzadas por otros servicios de pruebas de VIH, muchos de los cuales toman la prueba por primera vez. Tan temprano como el 2005 se reportó que los trabajadores de salud del África Subsahariana estaban haciendo auto pruebas de VIH; particularmente en donde existían inquietudes sobre la confidencialidad. En general, los estudios reportan que la HIVST es altamente aceptada entre una variedad de poblaciones.

Los valores y preferencias del usuario para acceder a las HIVST varían. Usuarios potenciales de grupos de población clave, particularmente hombres que tienen sexo con hombres en escenarios de salario alto, quieren acceso a los kits de prueba por HIVST sin receta o a través de la internet. En particular, en los Estados Unidos, los hombres que tienen sexo con hombres reportan que ellos prefieren cupones en internet como una forma de acceso a los kits de prueba por HIVST, los cuales son enviados a ellos por correo. Entre la población general en Malawi, las personas prefieren obtener sus kits de prueba por HIVST del voluntariado en el vecindario. En Kenia las personas prefieren acceso a los kits de prueba por HIVST en las instalaciones de salud.

Los estudios generalmente reportan que los resultados de la auto prueba de VIH pueden ser exactos cuando los kits de prueba apropiadamente regulados son usados y las instrucciones para su uso son seguidas. Sin embargo, los resultados de las auto-pruebas de VIH han sido menos exactos, cuando se usan kits de pruebas inapropiados o cuando las instrucciones no son claras o cuando los individuos realizándose la auto prueba han sido recientemente infectados con VIH o están viviendo con VIH y ya están en TAR. Los modelos matemáticos sugieren que la HIVST es costo efectiva en identificar personas con VIH en ciertos escenarios. Con apoyo, vinculación al cuidado puede ser buena. Por ejemplo, en un grupo de prueba al azar en un programa de HIVST a nivel comunitario Plantare, Malawi, se reportó que, entre adultos que toman la auto prueba por VIH, la oferta de iniciación de cuidado opcional en el hogar dio como

resultado un incremento en 3 formas en la proporción de adultos iniciando TAR comparado con el cuidado estándar de VIH a nivel de instalación. Al día de hoy, no hay reportes de eventos adversos serios o daño en los resultados de la HIVST. Aun así, cuando el HIVST es usado, debe ser monitoreado, pues la experiencia es limitada. Algunos países, por ejemplo, Kenia, ya han presentado preguntas sobre el uso de la HIVST en encuestas a nivel de población nacional. Una pregunta respecto al HIVST ha sido agregada a la encuesta demográfica y de salud.

Existen muchas maneras en que los kits de prueba de HIVST pueden ser entregadas o distribuidas. Los programas pueden ofrecer más o menos apoyo junto con el continuo de cuidado, combinando diferentes niveles de acceso y sitios de distribución.

Continuo de los abordajes para HIVST

Acceso abierto	Semi-restringido	Clínicamente restringido
Supervisado para auto pruebas de VIH		
	Distribuido por trabajadores de salud comunitarios con supervisión	Supervisado por un trabajador de salud en una instalación
Sin supervisión para auto pruebas de VIH		
Sin receta en farmacias, tiendas o en supermercados	Distribución por organizaciones a nivel comunitario, ONG o departamento de salud a través de trabajadores de salud comunitaria sin supervisión	Clínicas distribuyen sin supervisión
Quioscos o maquinas vendedoras		
Ventas por internet		

Globalmente, el desarrollo de políticas en relación al HIVST está en etapas variadas. En palabras de USFDA, aprobó la venta sin receta de una prueba de VIH-1/2 RDT usando fluido oral en los Estados Unidos en el 2012, y aprobó dos VIH-1/2 RDT basada en sangre extraída con punción dactilar en el 2015. Muchos países (Australia, China, Francia, Kenia y el Reino Unido) han introducido políticas nacionales para prueba de VIH que incluyen la auto-prueba de VIH. Muchos otros países (Malawi, Zambia y Zimbabwe) están considerando estas políticas. La OMS no ha emitido recomendaciones sobre la HIVST debido a la brecha entre la evidencia actual, pero ha desarrollado una actualización técnica describiendo los posibles beneficios y los retos de su abordaje. La OMS está trabajando con colaboradores para generar la evidencia necesaria para emitir recomendaciones y guía adicional sobre este tópico.

Ejemplo de Caso: Guangzhou Tongzhi, Provincia de Guangdong, China

Guangzhou Tongzhi (GZTZ)¹⁰ con apoyo del Centro Guangzhou para el Control de Prevención de Enfermedades, opera servicios de prueba de VIH en 5 ciudades del sur de China. GZTZ también administra el sitio de internet GZTZ.org. Es el primero y más conocido sitio de internet en la China para hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero y es el más extenso, ente usado para proveer educación de salud y para conducir encuestas entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Iniciando en el 2014, GZTZ ha proveído apoyo en línea para las auto pruebas de VIH al enviar kits de auto prueba de VIH a los clientes y proveyendo apoyo e información en línea, información pre prueba y consejería post prueba, referencias para pruebas de VIH adicionales, diagnóstico e información de donde se pueden buscar servicios de apoyo adicionales.

En 5 meses, GZTZ vendió 199 kits de autoprueba de VIH a usuarios de la provincia de Guangdong por USD\$23, incluyendo un depósito reembolsable de USD\$16 después de proveer retroalimentación luego de la autoprueba. De esos 199 compradores, 174 ingresaron su retroalimentación en línea. De estos, 4 reportaron haber tenido una prueba con resultado reactivo y seis individuos, que de otra manera pudieron

no haberlo hecho, buscaron cuidado de seguimiento en una instalación de GTZT.

Poblaciones Clave

En muchos escenarios de alta prevalencia, la respuesta al VIH se ha enfocado mayormente en la población general y el papel de las poblaciones clave en la dinámica de la epidemia, no ha sido apreciado adecuadamente.

Las poblaciones clave – hombres que tienen sexo con hombres, personas en la cárcel u otras situaciones de encierro, personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero – continúan teniendo acceso limitado a los servicios de salud, incluyendo HTS. En muchos escenarios estos grupos experimentan particularmente una alta incidencia de VIH. En muchos escenarios de alta prevalencia, sin embargo la respuesta al VIH se ha enfocado mayormente en la población general y el papel de las poblaciones clave en la dinámica de la epidemia, no ha sido apreciado adecuadamente. Aún en países con epidemias concentradas, los esfuerzos para alcanzar las personas de cada grupo de población clave a menudo continúan siendo inadecuados.

Para las poblaciones clave, especialmente para aquellos cuyo comportamiento está criminalizado, los servicios de HTS son algunas veces mal usados como formas punitivas o coercitivas. Como resultado, las personas de poblaciones clave evitan los servicios de salud que ellos necesitan. El, estigma, la discriminación, la falta de confidencialidad, la coerción y el temor a las repercusiones, así como la falta de servicios de salud apropiados, recursos y suplementos, previene que estas personas se realicen la prueba y si son VIH positivo, vincularse al cuidado. Como todas las HTS los programas para poblaciones clave necesitan enfatizar “las 5 C’s” de las OMS – particularmente consentimiento, confidencialidad y conexión a prevención completa, cuidado y tratamiento.

La HTS a nivel comunitario es un abordaje crítico para alcanzar a las personas de las poblaciones clave que probablemente no van a las instalaciones por prueba de VIH, particularmente aquellos que son asintomáticos. Para mejorar el acceso a y la participación en las pruebas de VIH,

¹⁰ GZTZ está adoptando un nuevo nombre, Lingnan Partners Community Support Center.

las HTS a nivel comunitario deben ser hechas en localidades y escenarios aceptables y convenientes para las personas de las poblaciones clave. También, las HIVST pueden probar ser otra manera importante de incrementar el acceso a las pruebas de VIH para estas poblaciones clave por lo tanto, a los servicios de prevención, tratamiento y cuidado. La PITC para las poblaciones clave es recomendada siempre y cuando no sea obligatoria ni coercitiva y esté vinculada al tratamiento y al cuidado. Además de la HTS, las pruebas y el tamizaje para ITS, TB y hepatitis viral, deben ser ofrecidos a estas poblaciones. La búsqueda intensificada de casos de TB junto con las HTS, también es particularmente beneficiosa para las poblaciones clave. Estas poblaciones son altamente vulnerables a la TB, particularmente en países con altas cargas tanto de TB como de VIH.

En las cárceles y otras situaciones de encierro, ofrecer pruebas voluntarias de VIH como parte del paquete de cuidado, es un abordaje crítico. Las pruebas de VIH usando RDT pueden mejorar la participación en las HTS e incrementar la velocidad con que los clientes reciben los resultados de la prueba y así conocer su estatus de VIH. Atención particular debe prestársele a proveer información exacta, obtener consentimiento informado y mantener la confidencialidad. También, a menudo hay grandes retos para la continuidad del cuidado dentro de los escenarios de encierro y entre las cárceles y la comunidad; estos retos necesitan ser atendidos.

Es recomendado el repetir la prueba al menos anualmente para todas las personas de las poblaciones clave. Repetir la prueba voluntariamente de manera más frecuente puede ser beneficioso, dependiendo de los comportamientos de riesgo.

Prevención

Programación integral de condón y lubricante

Antecedentes y Racional

Uno de los componentes esenciales en la respuesta al VIH es incrementar la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y uso de los condones y lubricantes compatibles con condones para hombre y mujeres, entre las poblaciones clave a través de programas de distribución dirigida.

El uso correcto y consistente de los condones para hombres reduce la transmisión sexual de VIH y otras ITS hasta en un 94%.

El uso correcto y consistente de los condones para hombres reduce la transmisión sexual de VIH y otras ITS, ya sea a través del sexo vaginal o anal, hasta en un 94%. El uso de lubricantes con base de agua o de silicón (no en los de base de petróleo), ayuda a prevenir que el condón se rompa o se deslice. Aunque existe poca información sobre los condones para mujeres, la evidencia sugiere que su uso también previene el VIH y las ITS.

La programación efectiva para condones es particularmente importante para poblaciones clave. El sexo sin protección y otros comportamientos de alto riesgo, tales como uso de sustancias coincide en las poblaciones claves, especialmente en los adolescentes estas poblaciones.

Recomendaciones y Guía

PARA TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIONES CLAVE

El uso correcto y consistente de los condones y de los lubricantes compatibles con los condones, es recomendado para todas las poblaciones clave para la prevención del VIH y las ITS (*fuertemente recomendado, moderada calidad de evidencia*).

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave.

HOMBRE QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

- Los condones y los lubricantes compatibles con los condones están recomendados en el sexo anal.
- Es necesario enfatizar el uso de la adecuada cantidad de lubricante.

PERSONAS EN LA CÁRCEL Y EN SITUACIONES DE ENCIERRO

Las relaciones sexuales se dan en las cárceles y en situaciones de encierro, pero ahí el acceso general a los condones es muy limitado. Es muy importante iniciar, y expandir a escala, los programas de distribución de condones y lubricantes en las cárceles y en otros situaciones de encierro, sin restricciones de cantidad, en anonimidad y con fácil accesibilidad (por ejemplo, maquinas vendedoras de condones).

TRABAJADORES SEXUALES Y CLIENTES DE TRABAJADORES SEXUALES

- Los condones y los lubricantes compatibles con los condones están, recomendados para trabajadores sexuales y sus clientes.
- Trabajadores sexuales, hombres y mujeres, a menudo enfrentan desequilibrios que limitan su habilidad para usar condones con sus clientes. Las trabajadoras sexuales femeninas que se inyectan drogas pueden ser particularmente vulnerables a estos desequilibrios de poder. Los condones femeninos tiene ventajas sobre los condones masculinos, las mujeres pueden iniciar su uso y pueden ser insertados hasta horas antes de la relación sexual. Las intervenciones de líderes pares y de alcance pueden ayudar a elevar el conocimiento, desarrollo de habilidades y el empoderamiento de los trabajadores sexuales en el uso consistente del condón y los lubricantes.

PERSONAS TRANSGÉNERO

- Los condones y los lubricantes compatibles con los condones están recomendados en el sexo anal.
- Es necesario enfatizar el uso de la cantidad adecuada de lubricante entre los hombres y mujeres transgénero.

ADOLESCENTES EN POBLACIONES CLAVE

Las capacidades emocionales, intelectuales y sociales de los adolescentes están evolucionando continuamente. La gente joven en las poblaciones clave, quizás más que sus pares en la población general, experimentan desequilibrios de poder en las relaciones sexuales que limitan su habilidad de usar condones. Las intervenciones de líderes pares y de alcance pueden ayudar a elevar el conocimiento, desarrollo de habilidades y el empoderamiento de estos adolescentes en el uso consistente del condón y los lubricantes

Consideraciones para la implementación

La legislación y la aplicación de la ley necesitan apoyar la programación de condones. La posesión

de condones no debe ser usada como evidencia de actividad criminal, y la policía no debe acosar a aquellos que lleven condones.

Promover el acceso. Mientras que los condones y lubricantes son ampliamente vendidos en la mayoría de los países, proveer gratuitamente los condones y lubricantes a las poblaciones clave elimina cualquier barrera que su costo pueda tener (17, 18). Condones en varios tamaños para hombres y mujeres, deberían estar disponibles a través de diversos puntos de distribución que alcance a todas las diferentes poblaciones clave y particularmente a los jóvenes en esas poblaciones. Las campañas de promoción de condones deben aumentar la toma de conciencia, promover la aceptabilidad y los beneficios del uso del condón y ayudar a sobrepasar los obstáculos sociales y personales sobre su uso.

Lubricante. Los lubricantes compatibles con los condones deberían distribuirse siempre junto con los condones para hombres y para mujeres. Los lubricantes disminuyen el riesgo de que el condón se rompa o deslice, y puede disminuir la incomodidad durante el sexo penetrativo. Siempre se debe usar una buena cantidad de lubricante durante el sexo anal. Los lubricantes con base de agua o de silicón no dañan los condones de látex, los lubricantes con base de aceite si lo hacen, por lo que no deben ser usados con condones de látex.

La información y formación de habilidades. Junto con la promoción y la provisión, los programas para las poblaciones clave deben ofrecer información y la formación de habilidades para negociar el uso del condón. Además, las intervenciones de comportamiento pueden fomentar el uso consistente del condón. Todos los programas de condones deben abordar los factores de complejo genérico, religiosos y culturales que pueden impedir el uso del condón. Particularmente, antes de iniciar los programas de distribución de condones en las cárceles, la educación e información de los prisioneros y el personal de la cárcel deben ser cuidadosamente planeada.

Lecturas adicionales

- Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers. New York, UNFPA, 2005. <http://www.unfpa.org/public/global/pid/1291>
- Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming. New York, UNFPA, 2010. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/CCP.pdf>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. (Chapter 4). Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- Male latex condom specification, prequalification and guidelines for procurement. Geneva, WHO, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241599900/en/
- WHO, UNFPA, FHI360. Use and procurement of additional lubricants with male and female condoms – advisory note. Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf

Reducción de daño para personas que se inyectan drogas

Antecedentes y Racional

Personas que se inyectan drogas están en riesgo de VIH y otras infecciones virales de transmisión sanguínea (tales como Hepatitis B y C), al compartir equipo contaminado de inyección. En algunos ambientes, el uso de drogas puede ser más prevalente entre gente de otras poblaciones clave que entre la población general.

El **paquete integral**. Un paquete integral de intervenciones basadas en evidencia, para reducir el daño asociado al uso de drogas inyectadas está señalado en la **Guía Técnica para que los países construyan metas de acceso universal a la prevención, tratamiento y cuidado de usuarios de drogas inyectadas al VIH de OMS, ONUSIDA y UNODC**. Esta publicación y el paquete de intervenciones han sido ampliamente avaladas por las Naciones Unidas y grandes donadores internacionales tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, y PEPFAR.

El paquete integral de reducción de daño

1. Programas de agujas y jeringas (NSP por sus siglas en inglés)
2. Terapia de sustitución de opio (OST por sus siglas en inglés), y otras programas de dependencia de drogas basados en evidencias
3. Prueba de VIH y consejería
4. Terapia Antirretroviral
5. Prevención y tratamiento de ITS
6. Programas de condones para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales

7. Información dirigida, educación y comunicación para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales

8. Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento para hepatitis viral

9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de TB

Solamente las dos primeras intervenciones, NSP y OST, y otro tratamiento para dependencia de drogas son específicos para uso de drogas; y son discutidos en este capítulo.

Extensión Comunitaria. La extensión o alcance comunitario no está listada como una intervención separada en este paquete, pero es un método efectivo para alcanzar personas, particularmente aquellos que se enfrentan a barreras para obtener servicios generales, como es a menudo el caso de personas de las poblaciones clave. El alcance es un medio altamente efectivo para hacer llegar las intervenciones de prevención de VIH tales como los NSP, programas de condones y comunicación dirigida, así como un punto de acceso muy útil para referir a las TSO y las TAR. Por lo tanto, el alcance es un componente esencial de todos los programas relacionados con el VIH.

Un número de otras intervenciones no están incluidas en el paquete integral de reducción del daño debido a la insuficiente evidencia sobre su efectividad en la prevención y tratamiento del VIH. Sin embargo, una nueva recomendación en la distribución comunitaria de Naloxone está ahora incluida y descrita en detalle al final de este capítulo.

Reduciendo los daños relacionados con la inyección de sustancias para reafirmación del género.

A diferencia del uso de drogas inyectadas mencionado arriba, está la inyección de sustancias por personas transgénero para reafirmación del género. Donde se usa la terapia hormonal para reafirmación del género, es importante que los servicios de cuidado de la salud se aseguren de que se use la apropiada preparación, para evitar la dosificación incorrecta, y para manejar apropiadamente cualquier evento adverso, así como para reducir el compartir los equipos de inyección. En este momento, no existe una guía de la OMS sobre terapia hormonal para reafirmación de género.

La inyección de hormonas es diferente a la inyección de preparaciones no medicinales de silicón o de otros rellenos para modificación directa del cuerpo. La inyección directa de silicón y otros rellenos ha sido vinculada con daños a la salud tales como infección, desfiguramiento, movimiento de la sustancia inyectada dentro del cuerpo y enfermedad sistémica. Es importante que las personas Transgénero sean aconsejadas sobre los riesgos de salud de estas inyecciones y que puedan acceder a servicios del cuidado de la salud que les provean métodos seguros de reafirmación de género.

Adolescentes que se inyectan drogas.¹¹ Los adolescentes que se inyectan drogas se enfrentan a riesgos adicionales y barreras a los servicios debido a múltiples factores legales, de desarrollo y ambientales. Los adolescentes a menudo tienen menor conocimiento de prácticas seguras y de los servicios. En muchos países, las restricciones de edad y/o de permiso de los padres, excluyen a los adolescentes de los programas NSP y OST. Los adolescentes y la gente joven podrían requerir estrategias de acercamiento específicas y más creativas para promover el uso de los servicios.

Involucrar a los padres de los adolescentes que se inyectan drogas en los programas para la reducción del daño podría asegurar un apoyo adecuado al adolescente. Sin embargo, es muy importante obtener el permiso del adolescente antes de involucrar a los padres.

¹¹ Ver también Web Annex 6, briefs on young key populations.

Programas de agujas y jeringas

Antecedentes y racional

Los NSP son costo-efectivos y sustancialmente reducen la transmisión de VIH entre personas que se inyectan drogas.

Una vez que el VIH entra en una población de personas que se inyectan drogas y comúnmente comparten jeringas y equipo de inyección, las tasas de prevalencia pueden alcanzar proporciones epidémicas muy pronto. Distribuyendo equipo de inyección estéril de bajo costo o gratis a las personas que se inyectan, se facilita el uso de agujas y jeringas limpias y se reduce el número de inyecciones con equipo de inyección usado.

Los NSP son costo-efectivo y sustancialmente reducen la transmisión de VIH entre personas que se inyectan drogas. NSP podría también reducir la transmisión de virus por sangre, tales como Hepatitis B y C, entre las personas que se inyectan drogas. Al mismo tiempo, los programas de agujas y jeringas no fomentan el uso de drogas. No hay evidencia de consecuencias negativas no intencionales de los NSP, tales como iniciar la inyección entre personas que no se habían inyectado antes o un incremento en las inyecciones ni a nivel individual ni a nivel de sociedad.

Las NSP pueden usarse como un importante punto de entrada a otros servicios. Las NSP tratan de involucrar a sus clientes repetidamente de manera regular. Por lo tanto, ellas tienen múltiples oportunidades para facilitar el acceso a otros servicios tales como OST y otros tratamientos por dependencia de drogas, pruebas de VIH y consejería, tratamiento del VIH, TB y hepatitis viral. También, NSP puede ofrecer cuidado de salud básico y ocuparse de otros temas específicos que comúnmente afecta a las personas que se inyectan drogas, tales como cuidado de heridas y prevención de sobredosis. La distribución de varios modelos de jeringas y la provisión de servicios puede ser empleada, incluyendo distribución en sitios fijos como farmacias, máquinas dispensadoras automáticas y máquinas vendedoras, y los servicios móviles y de alcance. Adicionalmente, dada la alta tasa de encarcelación de personas que se inyectan drogas, el acceso a equipos estériles de inyección y a los NSP son importantes componentes de los servicios de salud en cárceles.

Para prevenir la transmisión de VIH a través del uso de drogas inyectables, es crucial que se no solo se provea información sobre cómo hacerlo, a través de inyectarse en forma segura y evitar el compartir los equipos de inyección, pero también los medios para poder hacerlo, a través de la distribución de equipo estéril de inyección a bajo costo. Los programas de agujas y jeringas también proveen la oportunidad de referir a otros servicios de salud y relacionados, incluyendo Prueba de VIH y consejería, así como tratamiento para drogo dependientes.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

Todos los individuos de poblaciones clave que se inyectan drogas deben tener acceso a equipo estéril de inyección a través de programas de agujas y jeringas (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).

Observaciones adicionales

- Se sugiere que los programas de agujas y jeringas también provean jeringas de baja capacidad (LDSS por sus siglas en inglés), junto con información de la ventaja preventiva comparada con las jeringas convencionales.
- El equipo de inyección debe ser apropiado para el contexto local, tomando en cuenta factores como el tipo y preparación de las drogas que son usualmente inyectadas.

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN LA CÁRCEL Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

- Es importante proveer a las personas en la cárcel y en otras situaciones de encierro, con medidas de prevención, tales como condones y equipos de inyección limpios, y no solamente información sobre cómo evitar los riesgos. Las personas en la cárcel y otras situaciones de encierro, deben tener acceso fácil y confidencial a los NSP.
- Los sistemas carcelarios deberían tener planes piloto y de evaluación sobre las prácticas seguras para tatuarse y determinar si estos reducen el compartir y reusar los equipos de tatuaje, reduciendo así las infecciones.

PERSONAS TRANSGÉNERO

Las personas transgénero que se inyectan sustancias para reafirmación de género deben usar equipo estéril de inyección y seguir las practicas seguras de inyección para reducir el riesgo de infección por

patógenos transmitidos por sangre tales como VIH, Hepatitis B y C.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

Las guías de la OMS no especifican restricciones de edad para programas de agujas y jeringas.

Consideraciones para la implementación

Un cambio estructural es necesario para crear una política, legal y de ambiente social de apoyo que facilite el acceso para la prevención y el tratamiento de VIH para todos, incluyendo NSP para personas que se inyectan drogas.

Abogacía citando evidencia en salud pública es usualmente requerida con varios factores, especialmente agencias de cumplimiento de la ley y la comunidad local, par que promuevan un ambiente que le permita a los NSP funcionar a cabalidad.

Criminalización contraproducente. Si el llevar consigo agujas y jeringas es una ofensa criminal o puede ser usado como evidencia de uso de drogas, las personas que se inyectan drogas podrían no estar dispuestas a llevar los equipos de inyección a los NSP para ser desechados.

Sirviendo a las poblaciones clave. Es importante que los NSP sean sensibles a las necesidades de salud de cada población clave. Las organizaciones de poblaciones clave pueden proveer estas intervenciones ellas mismas o tener una efectiva vía de referidos a servicios que lo puedan hacer.

Otros equipos. Además de las agujas y jeringas, otros equipos relacionados a la inyección también puede ser provisto, incluyendo algodones con alcohol, ampollitas de agua estéril, filtros, torniquetes, contenedores para mezclar (Ej. Cucharas, cocinitas) y acidificantes (Ej. Ácido ascórbico o polvo de ácido cítrico).

Desecho seguro. Los NSP deben implementar sistemas para el desecho seguro de equipos de inyección y promover su utilización. Hay varios modelos de sistemas para el desecho seguro, incluyendo la distribución de contenedores de una vía y resistentes a las punzadas. El efectivo desecho seguro reduce la cantidad de equipo contaminado en las comunidades, por lo tanto, reduce el re uso y las punzadas involuntarias con agujas y limita las reacciones negativas de la comunidad. La información provista también puede cubrir las oportunidades para reducir el uso de drogas en el largo plazo.

Información y educación en cárceles y otros ambientes cerrados. Los prisioneros y el personal de la cárcel deben recibir información de los programas y participar en su diseño e implementación. Los programas piloto de los NSP basados en la cárcel y cuidadosamente evaluados pueden ser de importancia para pavimentar el camino a programas existentes y de escala completa, pero la expansión de los programas no debería tener que esperar por los resultados de los programas piloto, particularmente en las cárceles donde es común el inyectarse.

Lecturas adicionales

- WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- WHO, UNAIDS, UNODC. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf
- Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/>
- Best practices for injections and related procedures toolkit. Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf

Terapia de sustitución de Opioides (TSO)

Antecedentes y racional

Las TSO son altamente eficientes en reducir comportamientos de inyección que ponen a las personas opio dependientes en riesgo de contraer VIH.

Las intervenciones que efectivamente tratan la dependencia de drogas pueden reducir el uso de drogas ilegales y la frecuencia de inyección, así como promueven la salud y la funcionalidad social.

Para personas opio dependientes, los potenciadores de las terapias de sustitución de opioides – tratamiento médicamente asistido (MAT por sus siglas en inglés) – son altamente efectivos en la reducción de comportamiento de inyección que ponen a las personas opioide dependientes en riesgo de contraer VIH. Las TSO pueden reducir el uso de opioides y mejorar la retención en tratamientos de VIH. El acceso y la adherencia a las TSO pueden mejorar los resultados de salud, reducir las sobredosis que resultan en muerte, reducir la actividad criminal,

obtener mejores resultados Psico-sociales y reducir el riesgo para las mujeres embarazadas dependientes de las drogas y para sus hijos.

La Metadona y la Buprenorfina, que están ambas en la lista de medicinas esenciales de la OMS, son las más comúnmente usados potenciadores opioides. La Metadona es un opioide sintético usado para tratar.

La dependencia a la heroína y a otros opioides. Ésta reduce el síndrome de abstinencia y el efecto eufórico cuando los opioides son usados. La Metadona es usada vía oral diariamente, es importante asegurarnos de que la dosis es suficiente (60-120 mg), y que es dada con la suficiente duración. La Buprenorfina es un potenciador parcial, su efectividad en el tratamiento de la dependencia a los opioides es similar al de la Metadona. Es tomada mayormente vía sublingual (8-24 mg/día). Los programas TSO deben crear un ambiente de apoyo y relaciones que faciliten el tratamiento coordinado de temas de co-morbilidad mental y salud física y que abordar factores relevantes Psico-sociales.

- Para alcanzar resultados óptimos de cobertura y tratamiento, la terapia de sustitución de opioides debe ser provista libre de costo o cubierta por un seguro de cuidado de la salud pública, y deben estar disponibles para todos aquellos que la necesiten, incluyendo a aquellos en la cárcel y otros ambientes cerrados.
- Las TSO no deben ser obligatorias, los pacientes deben proveer un consentimiento informado para el tratamiento.
- Para que sean más efectivas, las TSO deben ser provistas como tratamientos de mantenimiento por una suficiente duración y con una dosis adecuada.

Recomendaciones y guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

A todas las personas de poblaciones clave quienes son dependientes de opioides debe ofrecérseles terapias de sustitución de opioides para mantenernos dentro de las normas de la OMS (*fuerte recomendación, baja calidad de evidencia*), incluyendo a aquellos en las cárceles y otros ambientes cerrados.

Observaciones adicionales

Para maximizar la seguridad y efectividad de los programas TSO, las políticas y regulaciones deben fomentar estructuras de dosis flexibles, sin restringir el nivel de la dosis ni la duración del tratamiento. La dosis usual de mantenimiento para la Metadona debe estar en un rango mínimo de 60-120 mg por día, y una dosis de mantenimiento promedio de Buprenorfina debe de estar en al menos 8 mg por día. Las dosis para llevar a casa deben ser ofrecidas cuando la dosis y la situación social son estables y cuando hay bajo riesgo de desviación para propósitos ilegítimos. La TSO es más efectiva como un tratamiento de mantenimiento por largos periodos de tiempo (el tratamiento durante años puede ser necesario). La desintoxicación o la abstinencia opioide (en vez del tratamiento de mantenimiento) tienen resultados pobres en el largo plazo. Sin embargo, los pacientes deben ser ayudados a abstenerse de los opioides como resultado de una decisión informada.

- La TSO debe ser usada para el tratamiento de dependencia a opioides en embarazos en vez de intentar una desintoxicación.
- El apoyo Psico-social debe estar disponible para todas las personas opioide dependientes, en combinación con los tratamientos farmacológicos para personas opioide dependientes. Este apoyo, como mínimo, debe incluir evaluaciones de necesidades Psico-sociales, consejería de apoyo y enlaces a servicios familiares y comunitarios.

- Para las personas opioide dependientes con TB, Hepatitis viral B o C, deben administrárseles potenciadores opioides en conjunto con el tratamiento médico. No hay necesidad de esperar por un periodo de abstinencia de los opioides para empezar el tratamiento para estas condiciones.
- Los servicios de tratamiento deben ofrecer la vacuna contra la Hepatitis B, a todos los pacientes opioide dependientes (ya sea que estén o no participando de un programa de TSO).
- Los lugares de atención que proveen TSO deben iniciar y mantener con TAR a todas las personas que viven con VIH y que sean elegibles.

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN CÁRCELES Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

- Las autoridades carcelarias en países donde están disponibles los TSO en las comunidades, deben de manera urgente implementar programas de TSO y expandirlos a escala lo antes posible.
- Los países deben afirmar y fortalecer el principio de proveer tratamiento, educación y rehabilitación como alternativa a la condena y castigo por delitos relacionados a drogas.
- La atención debe ser conducida para que las personas que están en programas de TSO, previo a entrar a las cárceles o a otra situación de encierro, puedan continuar con el programa de TSO sin interrupción mientras estén en la cárcel o cuando sean transferidos entre instalaciones y puedan ser vinculados a programas comunitarios de TSO cuando sean liberados.
- La provisión de TSO antes de su liberación puede reducir la mortalidad asociada con sobredosis.

PERSONAS TRANSGÉNERO

No hay evidencia de interacciones de drogas entre la terapia de sustitución de opioides y el uso de medicamentos para afirmación de género; sin embargo, la investigación es muy limitada.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

Las guías de la OMS no especifican las restricciones por edad asociada a la terapia de sustitución de opioides.

Consideraciones para la implementación

Los procesos documentados deben establecerse para garantizar la segura y legal provisión, el almacenamiento, distribución y dosificación de medicinas, particularmente la Metadona y la Buprenorfina.

Supervisión. En etapas tempranas del tratamiento, la administración de dosis de la Metadona y la Buprenorfina debe ser directamente supervisado.

Las dosis para llevar a casa pueden ser recomendadas cuando la dosis y la situación social son estables y cuando hay un bajo riesgo de desviación para propósitos ilegítimos.

La exclusión involuntaria del tratamiento es algunas veces justificado para garantizar la seguridad del personal y de otros pacientes, pero la falla en continuar las reglas del programa por sí solo no debería ser, generalmente, la causa de la exclusión involuntaria. Medidas razonables para mejorar la situación deben ser tomadas antes de la exclusión involuntaria, incluyendo la reevaluación del abordaje del tratamiento.

Lecturas adicionales

- Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy for the management of opioide dependence. Geneva, WHO, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008. http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html
- Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO, 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

Otros tratamientos para dependencia de drogas

Antecedentes y racional

La evidencia en prevención de VIH no es tan fuerte como lo es para el NSP y e TSO. Sin embargo, otras intervenciones par la dependencia de drogas son fuertemente recomendadas donde las drogas no opioides son altamente utilizadas y no existen programas de TSO.

El objetivo del tratamiento de dependencia de drogas es alcanzar y mantener el bienestar físico, psicológico y social al reducir los riesgos asociados con el uso de drogas, reducir los niveles del uso de drogas, o abstenerse completamente del uso de drogas. Dada la naturaleza de recaída crónica de la dependencia de drogas y la necesidad de abordar las dimensiones sociales y psicológicas, el alcanzar la abstinencia, si se desea, es usualmente un largo y difícil proceso. Al proveer “pasos firmes” o “estrategias estabilizadoras” – metas de corto plazo más alcanzables – pueden ayudar a definir y estructurar el progreso. Esto puede también ayudar a reducir el daño asociado al uso de drogas, uno de los cuales es la transmisión de virus transmitidos por sangre tales como VIH y Hepatitis B y C.

La evidencia disponible sobre el impacto de tratamiento sobre otras formas de tratamiento de droga sobre la incidencia del VIH, es menos convincente que la de los TSO. Sin embargo, estas otras intervenciones son recomendadas, donde las drogas no opioides tales como los estimulantes tipo anfetaminas, cocaína, sedantes e hipnóticos, son ampliamente usados y también donde las TSO permanecen no disponibles. Los tratamientos para la dependencia de drogas ayudan a prevenir el VIH al reducir el uso de drogas inyectadas, reducir el compartir equipo de inyección, reducir los comportamientos sexuales de riesgo y creando oportunidades de educación sobre VIH y cuidado médico.

El tratamiento de dependencia de drogas, típicamente mezcla diferentes modalidades de tratamiento, pero el abordaje puede ser simplemente categorizado como psicosocial (intervenciones basadas en la abstinencia o en el comportamiento) o farmacológicas. Las modalidades farmacológicas pueden además ser categorizadas como desintoxicación, prevención de recaída y tratamientos para reducir la ansiedad de la droga y su uso.

La detención no es tratamiento. En un número de países, las personas que usan o se inyectan drogas, son detenidas y confinadas en centros de detención, aparentemente para el propósito de tratamiento de drogas y rehabilitación, pero sin juicio o evaluación clínica de dependencia, y los resultados del tratamiento clínico raramente determinan la duración de la detención. Típicamente estos centros carecen de la supervisión médica de la abstinencia de droga, y el tratamiento de dependencia de droga basado en la evidencia, no se ofrece. Los detenidos pueden ser forzados a involucrarse en trabajo no remunerado o ejercicios estilo militar y pueden ser sometidos a castigo físico. Seguido a la liberación de las personas de estos centros, muchos recaen en el uso de drogas, y el riesgo de una sobredosis, puede incrementarse.

Estos enfoques infringen o violan los derechos humanos. Más aún, no hay evidencia que estos traten la dependencia de droga efectivamente o reduzcan la transmisión del VIH. Por lo tanto no pueden ser considerados tratamientos de dependencia de drogas. Por estas razones, la OMS y otros asociados de las UN no apoyan estas formas de detención y han hecho

un llamado a los estados miembros a que cierren las detenciones obligatorias por drogas y los centros de rehabilitación para implementar servicios médicos y de salud en la comunidad que sean voluntarios, informados de acuerdo a la evidencia y basados en la evidencia y los derechos.

Controlando la diseminación del VIH es más exitoso donde hay un rango variado y completo de servicios basados en la evidencia para el tratamiento de la dependencia de drogas.

Recomendaciones y Guía

TODO LOS GRUPOS DE POBLACIONES CLAVE

Todos los grupos de poblaciones clave con el uso dañino de alcohol u otras sustancias, deben tener acceso a intervenciones basadas en la evidencia, incluyendo intervenciones psicosociales breves, que involucren evaluaciones, retroalimentación específica y consejería (recomendación condicional, muy baja calidad de evidencia).

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN CÁRCELES Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

- Las personas en las cárceles deben tener acceso a las mismas opciones de tratamiento basada en la evidencia por dependencia de sustancias, que las personas en la comunidad.
- Para reducir la encarcelación extra y la sobrepoblación carcelaria, lo cual incrementa el riesgo de infección de VIH, es importante que los países revisen sus leyes y políticas que criminalizan a las personas por su consumo de alcohol o drogas.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

El tratamiento debe ser provisto en los mejores intereses de los adolescentes y que sea concerniente y en consulta con el mismo adolescente.

Consideraciones para la implementación

Las intervenciones psicosociales deben ser parte de un tratamiento completo para dependencia de drogas.

Alternativas a la criminalización. Los países deben afirmar y fortalecer los principios de provisión de tratamiento, educación y rehabilitación como alternativas a la condena y el castigo por ofensas relacionadas con drogas. Actualmente muchos países hacen grandes gastos en encarcelamiento de personas dependientes de drogas, esto es un enfoque asociado con muy altas tasas de recaída poco después de la liberación. No hay evidencia que tal enfoque sea efectivo o costo-efectivo.

Lecturas adicionales

- mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.htm
- Technical briefs on amphetamine-type substances. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en/index.html
- Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/ AIDS. Geneva, WHO, 2006. http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf

Prevenición y Manejo de Sobredosis por Opioides

Antecedentes y Racional

A nivel mundial, la sobredosis de drogas es una causa líder de muerte entre las personas que se inyectan drogas y una causa común de muertes no relacionadas al VIH entre las personas con VIH. Un número estimado de 69,000 personas, muere por sobredosis cada año.

La sobredosis por opioides es a la vez prevenible y tratable, si es observada.

La sobredosis por opioide es a la vez prevenible y tratable si es observada. Los TSO proveen la prevención más efectiva entre las personas dependientes de opioides. La sobredosis por opioides es tratable con apoyo respiratorio y por vía del potenciador opioide de corta acción Naloxone. El Naloxone tiene una larga historia de uso exitoso en el tratamiento de sobredosis por opioides. El medicamento no tiene efecto en ausencia de opioides y no tiene potencial para su abuso. El Naloxone está incluido en la lista modelo de medicinas esenciales de la OMS.

Mientras que el Naloxone ha sido ampliamente usado por el personal médico en las instalaciones de cuidado de salud, un número de países en varias regiones ha empezado recientemente con una distribución basada en las comunidades, Ej. Permitiendo la distribución y la administración por personas opioide dependientes, sus pares y miembros de la familia, así como personal de respuesta primaria como la policía y los servicios de emergencia. La mayor disponibilidad de Naloxone

con distribución basada en la comunidad podría ayudar a reducir las altas tasas de sobredosis por opioides, particularmente donde el acceso a los servicios esenciales de salud están limitados para personas que se inyectan drogas.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

- Las personas que más probablemente observarían una sobredosis por opioides, deben tener acceso al Naloxone y deben ser instruidos para su uso en administración de emergencia de una presunta sobredosis de opioide (fuerte recomendación, muy baja calidad de evidencia).
- El Naloxone es efectivo cuando se administra intramuscular, intra nasal, intravenosa y subcutáneamente. Las personas administrando el Naloxone, deberían elegir la vía basada en la presentación disponible, habilidad para su administración, instalaciones y contexto local (recomendación condiciones, muy baja calidad de evidencia).
- En supuesta sobredosis por opioides, el personal de respuesta primaria debería enfocarse en mantener una vía respiratoria permeable, ventilación asistida, facilitando la respiración y proveyendo Naloxone (fuerte recomendación, muy baja calidad de evidencia).
- Después de una resucitación exitosa con administración de Naloxone, el nivel de conciencia y la respiración de la persona afectada, debe ser observada de cerca – donde sea posible hasta que la persona se haya recuperado completamente (fuerte recomendación, muy baja calidad de evidencia).

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave ADOLESCENTES DE POBLACIÓN CLAVE

La guía de la OMS no especifica restricciones de edad para el manejo de sobredosis.

Consideraciones para la implementación

Temas legales y por políticas. Puede haber a la vez barreras legales y por políticas para el acceso y uso de Naloxone para el personal de respuesta primaria, lo que puede necesitar ser revisado para implementar esta recomendación.

Dosis. De ser posible, deben hacerse esfuerzos para confeccionar la dosis para evitar síntomas marcados por abstinencia de opioides. La escogencia de la dosis inicial puede depender de su presentación y del contexto, sin embargo las dosis por encima de 0,8 mg IM/IV/SC probablemente pueden propiciar síntomas significativos de abstinencia.

Lecturas adicionales

- Community management of opioid overdose. Geneva, WHO, 2014 and add http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- WHO model list of essential medicines, 18th list. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf
- UNODC, WHO. Discussion paper. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality. Vienna, United Nations, 2013. <http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>

Intervenciones de Comportamiento

Antecedentes y Racional

Las intervenciones de comportamiento ayudan a los individuos a apoyar comportamientos más seguros y a sostener este cambio positivo

Para reducir su riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual o VIH, las personas deben entender su riesgo y tener el conocimiento, habilidades y creencias en su auto eficacia para reducir tal riesgo. Las intervenciones de comportamiento proveen información, motivación, educación y construcción de habilidades para ayudar a los individuos a reducir comportamientos de riesgo y sostener estos cambios positivos.

Las intervenciones de comportamiento pueden atender individuos o grupos. La consejería individual puede enfocarse en traer la conciencia del riesgo personal y buscar estrategias de reducción de riesgo; por ejemplo los consejeros o trabajadores comunitarios pueden discutir comportamientos de riesgo, relacionar la actividad del participante de manera inmediata del mismo de riesgo del VIH y considerar estrategias para reducir ese riesgo. En

contraste, las intervenciones de pares y las sesiones de grupo pueden enfocarse más en la conciencia del riesgo total, con las sesiones de grupo ofreciendo el beneficio agregado del grupo de apoyo para encontrar estrategias de reducción del riesgo que sean asequibles. Las campañas de mercadeo social también pueden ayudar promoviendo las pruebas, el tratamiento y otros servicios.

Las intervenciones de cambio de comportamiento pueden ser dadas como parte de otras intervenciones en el paquete completo. Ellas se pueden dar cara a cara o a través de transmisiones en los medios de comunicación masivas y medios digitales tales como el internet. La selección del contenido y el enfoque, así como de los medios usados, deben estar basados en un buen análisis formativo de la situación local.

Aunque la lógica de las intervenciones de comportamiento es primordialmente basado en la conciencia individual y en la toma de decisiones sobre el riesgo, tales intervenciones también pueden operar a nivel comunitario. Por ejemplo, las intervenciones pueden involucrar entrenamiento de los líderes de opinión para comunicarse con sus pares, cambiando así la percepción de las normas sociales sobre el riesgo y su prevención.

Los adolescentes se merecen consideraciones específicas dado que en este estado la urgencia de explorar y experimentar normalmente se desarrolla antes de la habilidad para tomar decisiones. La evolución de las habilidades cognitivas en los adolescentes es de importante consideración en el diseño de las intervenciones de comportamiento para ellos.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

Un rango de intervenciones de comportamiento puede proveer información y habilidades para apoyar la reducción de riesgo, prevenir la transmisión del VIH e incrementar la participación en el uso de los servicios entre todas las poblaciones clave. Hay evidencias insuficientes para hacer recomendaciones generales para todas las poblaciones clave. Sin embargo, los enfoques específicos de comportamiento para grupos particulares de población clave, han sido evaluados y pueden ser recomendados.

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

- Las siguientes estrategias están recomendadas para incrementar los comportamientos sexuales seguros e incrementar la participación en las pruebas de VIH y consejería entre los hombres que tienen sexo con otros hombres:
 - Información dirigida basada en internet.
 - Estrategias de mercadeo social.
 - Alcance basado en el lugar donde se tiene relaciones sexuales.
- Se sugiere implementar a la vez intervenciones de comportamiento a nivel individual e intervenciones de comportamiento a nivel comunitario .

PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- Las personas que se inyectan drogas y las redes comunitarias relevantes deben participar en el desarrollo y propagación de mensajes.

- Las intervenciones de comportamiento para las personas que se inyectan drogas, necesitan enfocarse en el riesgo relacionado en el uso de drogas y en el comportamiento sexual.
- Para las personas que se inyectan drogas, las intervenciones de pares son particularmente efectivas para la prevención del VIH y Hepatitis viral.
- La información y educación sobre las inyecciones seguras y la prevención de sobredosis, son también importantes

TRABAJADORES SEXUALES

Los programas de promoción de condones, incluyendo los programas liderados por la comunidad, pueden incrementar el uso de los condones por parte de los trabajadores sexuales y sus clientes. A través de las intervenciones de pares y liderados por la comunidad, estos programas pueden proveer información y construcción de habilidades para el uso del condón e información y crear demanda para las pruebas de VIH, de ITS, y tratamiento y cuidado del VIH.

PERSONAS TRANSGÉNERO

Las siguientes estrategias son recomendadas para incrementar los comportamientos sexuales seguros e incrementar la participación de la prueba de VIH y consejería entre las personas transgénero.

- Información dirigida basada en la internet.
- Estrategias de mercadeo social.
- Alcance basado en el lugar donde se tiene relaciones sexuales.

Se sugiere implementar a la vez intervenciones de comportamiento a nivel individual e intervenciones de comportamiento a nivel comunitario.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

Los enfoques interactivos y participativos basados en las habilidades de los y las adolescentes de poblaciones clave, incluyendo enfoques en línea, salud ambulatoria, de pares y de alcance, tienen aceptabilidad probada entre los adolescentes y han mostrado ser promisorios en ciertos contextos.

Lecturas adicionales

- Kennedy CE et al. Behavioral interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization, 2010, 88(8):615–623. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-068213/en/>
- Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/

Prevención de transmisión en instalaciones de cuidado de la salud

Los elementos esenciales para la prevención de la transmisión del VIH en las instalaciones de cuidado de la salud incluyen:

Procedimientos de prevención primaria

- Seguridad de sangre (ver <http://www.who.int/bloodsafety/publications/en/>);
- Prevención de inyecciones inseguras;
- Elementos esenciales para tratamiento de urgencias y cuidado quirúrgico que limiten la necesidad de las transfusiones de sangre
- Precauciones estandarizadas para minimizar la propagación de infecciones asociadas con el cuidado de la salud y evitar directo e indirecto contacto con la sangre, fluidos corporales, secreciones y piel no intacta. Estas precauciones básicas en el control de infecciones durante el cuidado de la salud involucra higiene de las manos, uso de equipo personal de protección para prevenir exposición, desecho seguro de objetos cortantes y basura, y limpieza y desinfección segura de ambientes y equipo;
- Identificar, eliminar y controlar la exposición a peligros en el lugar de trabajo y la prevención de lesiones por punzadas con agujas.

Prevención secundaria - esto es profilaxis de post-exposición (PEP por sus siglas en inglés) – es aplicable en **instalaciones para el cuidado de la salud** cuando la prevención primaria ha fallado o cuando el trabajador de cuidado de la salud o el paciente han sido expuestos al riesgo de transmisión del VIH, ya sea accidentalmente o a través de procedimientos inseguros.

Lecturas adicionales

- Blood donor selection. Guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en

ARV – prevención relacionada

Profilaxis Pre-exposición

En el 2015, la OMS desarrolló nuevas guías concernientes a la profilaxis pre-exposición (PrEP) para su inclusión en esta publicación. La discusión completa de la guía y su racional es presentada aquí.

Antecedentes y Racional

La PrEP vía oral es el uso de ARV para personas no infectadas con VIH para bloquear la adquisición del VIH antes de la exposición al mismo.

Doce pruebas clínicas de la efectividad del PrEP oral han sido conducidas entre parejas cero discordantes, hombres heterosexuales, mujeres, hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas y mujeres transgénero. Donde la adherencia ha sido alta, niveles significativos de eficacia han sido logrados mostrando el valor de esta intervención como parte de los enfoques combinados de prevención.

En el 2012 la OMS recomendó el PrEP para ser usado entre parejas cero discordantes, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero dado que proyectos de demostración eran necesarios en base a la necesidad de asegurar abordajes de entrega óptima.

Esta nueva recomendación reemplaza la recomendación previa de la OMS del PrEP y habilita la oferta del PrEP para ser consideradas por personas con un riesgo sustancial de adquisición del VIH en vez de limitar la recomendación para poblaciones específicas. La nueva recomendación habilitará a un mayor rango de poblaciones para que se beneficien de esta opción adicional de prevención. Esto también permite la oferta de PrEP en base a la evaluación individual en vez del riesgo grupal, y su intención es facilitar una implementación que sea informada por evidencia epidemiológica local en relación a los factores de riesgo de adquirir VIH.

Más información respecto a esta recomendación está disponible en las regulaciones de la OMS sobre cuando empezar la TAR y la profilaxis pre exposición para VIH.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DD POBLACION CLAVE

La PrEP oral (contiene TDF) debe ser ofrecida como elección de prevención adicional para poblaciones clave con un riesgo sustancial de infección por VIH, como parte de una combinación de enfoques de prevención. (Fuerte recomendación, alta calidad de evidencia).

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- Las intervenciones prioritarias para prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas (PWID por sus siglas en inglés) permanecen cubiertas por la reducción de daño, en particular los programas de agujas y jeringas y la sustitución de opioides para aquellos quienes son opioide dependientes.

Lecturas adicionales

- Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf
- Technical update on pre-exposure prophylaxis. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-technical-update-2015/en/>
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
- WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>

Profilaxis Post Exposición (PEP)

Antecedentes y Racional

La PEP es la única manera de reducir el riesgo de infección después de la exposición al VIH

La Profilaxis post exposición (PEP) es dada para reducir la probabilidad de adquirir la infección por VIH después de una posible exposición. Desde inicios de 1990 los medicamentos antirretrovirales han sido recetados por PEP después de una exposición ocupacional al VIH. Esta práctica ha sido extendida a situaciones no ocupacionales, incluido al asalto sexual. Otras exposiciones no ocupacionales, incluyendo aquellas que suceden por compartir equipo de inyección en personas que se inyectan drogas y posible exposición a través de sexo consensuado. La PEP es actualmente la única forma de reducir el riesgo de infección de VIH en un individuo que ha sido expuesto al VIH. De tal manera, es ampliamente considerada una parte integral de la estrategia completa de prevención.

Las regulaciones de la OMS para la PEP fueron actualizadas en el 2014 y son relevantes para todas las poblaciones. La duración recomendada actual de la PEP es 28 días; la primera dosis debe ser tomada tan pronto como sea posible y dentro de las 72 después de la exposición. Ha habido una tendencia progresiva

favoreciendo la adopción de regímenes de PEP, a menudo compuestos de la combinación de triple medicamento que se toma una vez al día, incluyendo análogos nucleótidos e inhibidores de proteasa de estables al calor. Más recientemente otras clases de drogas alternativas tales como análogos no nucleósidos y los inhibidores de la integrasa han sido considerados. Las regulaciones de la OMS para la PEP en el 2014 proveen regímenes actualizados para adultos, adolescentes y niños.

Sin importar su corta duración, las tasas de terminación reportadas, son bajas para la PEP. Por lo tanto, la consejería y las medidas para el apoyo de la adherencia, son recomendadas. La PEP no deberían ser considerada 100% efectiva. Por lo tanto es imperativo que las políticas de la PEP al VIH refuercen la importancia de la prevención primaria y la consejería de la prevención de riesgo en todos los escenarios donde el VIH pueda ser transmitido.

La oferta de la profilaxis pre exposición después de haber completado los 28 días del PEP puede ser considerado para personas que presenten un repetido comportamiento de alto riesgo o tratamientos PEP repetidos.

Las PEP deben estar disponibles para todas las personas elegibles de poblaciones clave y que voluntariamente la solicitan por posible exposición al VIH

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

La profilaxis de post exposición del VIH debe ser considerada para personas que se presentan luego de las siguientes 72 horas a un asalto sexual. Aplique la toma de decisión compartida con el sobreviviente para determinar si la profilaxis post exposición al VIH es apropiada (fuerte recomendación, muy baja calidad de evidencia).

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN CÁRCELES Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

Las PEP deben ser accesibles a todas las personas en la cárcel y todas personas en condición de encierro que hayan posiblemente sido expuestos al VIH, así como en ambientes no carcelarios. Claras regulaciones necesitan ser desarrolladas y comunicadas a los privados de libertad, al personas de cuidado de la salud y otros empleados.

Consideraciones para la implementación

Una evaluación de riesgo al VIH y una consejería específica para VIH y PEP debe ser parte de la intervención PEP. Servicios completos continuos deben estar disponibles para las personas después de la PEP incluyendo tratamiento y cuidado para personas que cero convierten.

Lecturas adicionales

- Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trim oxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children WHO, 2014. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, WHO, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Iniciación temprana de TAR/TAR a pesar del conteo de CD4

Antecedentes y Racional

La evidencia apoya una iniciación temprana de TAR en los individuos, a pesar del conteo CD4, para prevenir la transmisión de VIH

La carga viral es el único gran determinante del riesgo de transmisión del VIH. Cuando alguien está viralmente suprimido (la carga viral es indetectable), el riesgo de la transmisión de VIH se reduce significativamente. Hay un aumento en la evidencia sobre el potencial que trae la TAR para reducir la transmisión de VIH al bajar la carga viral. Esta evidencia apoya el inicio temprano de TAR en los individuos, a pesar del conteo de CD4, para la prevención de la transmisión del VIH. Nuevas regulaciones de la OMS sobre los antirretrovirales (ARV) recomiendan el inicio de TAR a

pesar del conteo CD4 para todas las personas viviendo con VIH. El inicio temprano de TAR está también recomendado por razones clínicas, con prioridad de personas co-infectadas con VIH y Hepatitis B con severa enfermedad hepática y/o TB activa.

Las regulaciones consolidadas de la OMS sobre ARV del 2015, recomiendan la iniciación de la TAR para todas las poblaciones, incluyendo personas de las poblaciones clave.

El racional para inicio de la TAR a pesar del conteo de CD4 en personas de las poblaciones clave viviendo con VIH, es a la vez operacional (para incrementar el acceso a la TAR en poblaciones que actualmente tienen poco acceso con pobre vinculación y alta pérdida de seguimiento después del diagnóstico) y por los beneficios en salud pública al disminuir la transmisión de VIH.

Aunque la TAR tiene un significativo efecto de prevención de VIH, deben ser usadas en combinación con otras intervenciones bio-médicas para reducir las prácticas de riesgo de adquirir el VIH y/o reducir la probabilidad de la transmisión de VIH por evento de contacto, incluyendo condones para hombres y mujeres, programas de agujas y jeringas, terapia de sustitución de Opioides con Metadona o Buprenorfina y la circuncisión médica voluntaria para hombres.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

La TAR debe ser iniciada en todos los individuos con VIH a pesar del estado clínico de la OMS o el conteo CD4 con prioridad de los siguientes grupos.

- Individuos con VIH y enfermedad de TB activa (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).
- Individuos co-infectados con VIH y el virus de Hepatitis B (HBV) con evidencia de severa enfermedad crónica hepática (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).
- Por razones programáticas y operacionales, particularmente en epidemias generalizadas, todas las mujeres con VIH, embarazadas y lactando, deben iniciar TAR como un tratamiento para toda la vida (recomendación condicional, baja calidad de evidencia).
- A las parejas cero discordantes con VIH se les debe ofrecer TAR para reducir la transmitir el VIH a la pareja no infectada (fuerte recomendación, alta calidad de evidencia).

Lecturas adicionales

- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre exposure prophylaxis for HIV. WHO, Geneva, September 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

4.1.6 Circuncisión masculina médica voluntaria para prevenir el VIH

Antecedente y Racional

La circuncisión masculina médica reduce el riesgo de la transmisión sexual mujer-hombre del VIH en alrededor del 60%

Existen pruebas convincentes de tres estudios de pruebas clínicas randomizadas controladas en África que indican que la circuncisión masculina reduce el

riesgo de transmisión sexual mujer-hombre del VIH en alrededor de un 60%. Por consiguiente la OMS y ONUSIDA recomiendan la circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV) como una intervención adicional y eficaz para la prevención de la transmisión heterosexual del VIH, particularmente en escenarios en donde la epidemia es generalizada. Los datos más recientes de Uganda muestran que en cinco años, desde que los estudios clínicos en Uganda fueron completados, hubo una alta efectividad que se ha mantenido entre hombres que fueron circuncidados, con un resultado de hasta el 73% de efectividad contra la infección por VIH.

La CMMV es segura cuando es provista por profesionales de la salud bien entrenados y en instalaciones apropiadamente equipadas. Los mensajes de salud deben ser cuidadosamente diseñados, culturalmente sensitivos, dibujados con símbolos y lenguaje local, y ser apropiados según el nivel de educación y entendimiento particular de los grupos de población a los que se les dirige. Estos mensajes deben dirigirse tanto a hombres como a mujeres.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

- La CMMV es recomendada como una estrategia importante y adicional para la prevención de la infección por VIH adquirida homosexualmente en hombres, particularmente en ambientes con epidemias hiperendémicas y generalizadas de VIH y baja prevalencia de circuncisión masculina.
- La provisión de servicios para la CMMV deben servir como una oportunidad para abordar las necesidades de salud sexual en hombres; tales servicios deben activamente aconsejar y promover comportamientos sexuales seguros.

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

- La CMMV no es recomendada para prevenir la transmisión del VIH en el sexo entre hombres, pues se carece de evidencia de que la CMMV da protección al recibir relación sexual anal.
- Los hombres que tienen sexo con hombres pueden aún beneficiarse de la CMMV si ellos también tienen sexo vaginal. Los hombres que tienen sexo con hombres no deben ser incluidos de los servicios de CMMV en países del este y el sur de África donde la CMMV es ofrecida como prevención de VIH.

PERSONAS EN CÁRCELES Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

La CMMV **no es** una de las intervenciones recomendadas en el paquete carcelario. Si la CMMV es ofrecida a hombres en las cárceles de países prioritarios del este y sur de África con epidemias generalizadas y bajas tasas de circuncisión masculina, es crucial que esta sea provista con adherencia total a la ética médica y a los principios de derechos humanos. El consentimiento informado, la confidencialidad y la ausencia de coerción deben ser garantizados.

TRABAJADORES SEXUALES (Y CLIENTES DE TRABAJADORES SEXUALES)

- Los mensajes de salud y la consejería deben enfatizar que re-iniciar relaciones sexuales antes del sanado completo de heridas puede incrementar el riesgo de adquisición del VIH entre los hombres VIH negativos recientemente circuncidados y puede incrementar el riesgo de transmisión de VIH a compañeras femeninas de hombres VIH positivos recientemente circuncidados.

- “Los servicios de salud para hombres” que ofrecen la CMMV a clientes de trabajadores sexuales o a otros hombres con alto riesgo (tales como aquellos en parejas cero discordantes) puede ser un enfoque promisorio en países con alta prioridad en el este y sur de África para alcanzar a hombres con un mayor riesgo de infección por VIH. Sin embargo, este enfoque no ha sido sistemáticamente revisado ni evaluado.

PERSONAS TRANSGÉNERO

La CMMV no está recomendada como prevención por VIH para mujeres transgénero.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

Los países con epidemias de VIH hiperendémicas y generalizadas y con baja prevalencia de circuncisión masculina deben incrementar el acceso a los servicios de CMMV como una prioridad para adolescentes y hombres jóvenes.

Consideraciones para la implementación

Protección parcial. La circuncisión masculina provee solamente prevención parcial para la infección por VIH de mujer a hombre. Por lo tanto, los servicios de CMMV no deben darse aisladamente sino más bien como parte de un paquete mínimo recomendado que también incluya información sobre los riesgos y beneficios de este procedimiento, consejería sobre prácticas de sexo seguro, acceso a pruebas de VIH, promoción y provisión de condones, y manejo de las ITS.

Oportunidad para expandir servicios. La introducción y expansión de los servicios para CMMV en países de alta prioridad del este y sur de África, debe sentirse como una oportunidad para expandir los servicios de VIH a todos los hombres.

Lecturas adicionales

- Male circumcision for HIV prevention. Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>
- Clearinghouse on male circumcision for HIV prevention. Research Triangle Park NC, USA, FHI360, 2014. <http://www.malecircumcision.org/>
- New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications. Geneva, WHO, 2007. http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf

Antecedentes y Racional

La consejería y pruebas de VIH (HTC por sus siglas en inglés) es el primer paso esencial para permitir que las personas con VIH conozcan su estatus y obtengan prevención de VIH, tratamiento y servicios de cuidado. Para aquellos con resultado negativo, el HTC es una importante oportunidad para poner aquellos con riesgos para el VIH en contacto con programas primarios de prevención y para fomentar realizar otras pruebas posteriormente.

Para poblaciones clave, especialmente aquellos cuyo comportamiento es criminalizado, los servicios de HTC son algunas veces como medios punitivos o de coerción. Por el contrario, las HTC siempre deben ser voluntarias y libres de coerción, en particular por proveedores del área de la salud, parejas, familiares, clientes de trabajadores sexuales o dentro de las cárceles u otras situaciones de encierro. Como en todas las pruebas de consejería, las HTC para poblaciones clave necesitan enfatizar las 5 C's de la OMS para las HTC: consentimiento, confidencialidad, consejería, correctos resultados y vinculación al cuidado (particularmente consentimiento y confidencialidad).

La HTC es el primer paso esencial, pero cerca de la mitad de las personas viviendo con VIH no conocen su estatus de VIH.

Además las HTC tienen que formar parte de los programas de prevención, cuidado y tratamiento. Es importante que haya vínculos claros y robustos entre las pruebas y la prevención VIH, el tratamiento y los servicios de cuidado para aquellos con resultado positivo y con servicios de prevención para aquellos con resultado negativo; los vínculos pobres previenen que las personas actúen sobre los resultados de su prueba. Las pruebas de VIH a las poblaciones clave deben seguir algoritmos validados para pruebas a nivel nacional, de acuerdo con las estrategias de la OMS para pruebas y tener la garantía de calidad apropiada/ y los mecanismos de mejora de la calidad en funcionamiento.

Desconocimiento del estado de VIH. Se estima

que globalmente, cerca de la mitad de las personas actualmente viviendo con VIH no conocen su estatus de VIH. Para personas de poblaciones clave, el acceso a HTC y por lo tanto, conocimiento de su estatus de VIH, tienden a ser mucho menos. Las personas de poblaciones clave a menudo toman la prueba tardíamente y fallan en vincularse de la HTC al cuidado y la evaluación para TAR. Por lo tanto muchos inician tratamiento cuando ya están significativamente inmunocomprometidos, con pobres resultados de salud – y- para mujeres embarazadas presentándose al cuidado prenatal tardío o transmisión vertical del VIH en el parto – son más probables.

Consejería es un componente esencial de la prueba. La consejería antes de la prueba tiene que proveer información exacta sobre la prueba y las implicaciones de un resultado positivo o negativo para permitirle a la persona que se va a hacer la prueba que tome una elección informada. La consejería post prueba debe ofrecer, además de muchas otras cosas, apoyo concerniente a la revelación del estado de VIH. También, la HTC ofrece una valiosa oportunidad para brindar o proveer información exacta sobre prácticas de sexo seguro y la reducción de daño que es relevante a la persona realizándose la prueba, de acuerdo al resultado de la prueba. La consejería para el cambio de comportamiento y la reducción del riesgo puede también tener valor.

Escenarios múltiples. Las pruebas rápidas permiten a los trabajadores de la salud proveerles a sus clientes resultados el mismo día. Por lo tanto, las HTC pueden ser ofrecidas en una variedad de escenarios, incluyendo clínicas de cuidado primario (Ej. Clínicas para la salud maternal, neonatales y de niños), y por una variedad de proveedores, incluyendo trabajadores de alcance.

Pruebas a nivel comunitario, vinculados a prevención, cuidado y tratamiento, tienen el potencial de alcanzar a un mayor número de personas que las HTC a nivel de clínicas – particularmente aquellos que probablemente no van a estas instalaciones por pruebas y aquellos que son asintomáticos. Es importante tener claros procedimientos en funcionamiento, siguiendo los algoritmos y las pruebas nacionales de VIH, para confirmar los resultados de resultados positivos del VIH y para vincular clientes al tratamiento y cuidado.

Prueba y Consejería de VIH iniciada por un proveedor

(PITC por sus siglas en inglés), cuando las HTC son ofrecidas rutinariamente en los centros de atención de salud, se busca incrementar la cobertura de la HTC. Se recomienda siempre y cuando no sea obligatorio, no sea coercitivo y esté vinculado al tratamiento y el cuidado, en línea con las regulaciones de la OMS. Debe proveerse atención particular a dar información exacta. El consentimiento informado debe obtenerse siempre; y los resultados deben permanecer confidenciales.

Todas las formas de HTC deben ser voluntarias y adherirse a las 5 C's: consentimiento, confidencialidad, consejería, correcto resultado de la prueba y conexiones a los servicios de cuidado tratamiento y prevención. Los controles de calidad para ambos, la prueba y la consejería, son esenciales en todos los abordajes de las HTC.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

- La HCT voluntaria debe ser ofrecida rutinariamente a todas las poblaciones clave en ambos escenarios de comunidad y clínico.
- La consejería y pruebas de VIH a nivel comunitario para las poblaciones clave con vínculo a la prevención, los servicios de cuidado y tratamiento, es recomendado, en adición a las pruebas y consejería iniciados por un proveedor (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).

Observación Adicional

Las parejas y los compañeros se les deben ofrecer voluntariamente las HTC con apoyo para la revelación mutua.

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN LAS CÁRCELES Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

Es importante la protección contra consecuencias negativas por pruebas en las cárceles – por ejemplo, segregación de prisioneros – y respetar la confidencialidad. Es también importante para las personas con resultados positivos en la prueba, el tener acceso y vincularse a los servicios de cuidado y

tratamiento de VIH.

- Las pruebas y consejería de VIH deben ser voluntarias.
- El uso de las pruebas rápidas de VIH puede aumentar la probabilidad de que los prisioneros reciban sus resultados.
- Las pruebas en conjunto con otros servicios de reducción de riesgo tales como la provisión de condones y lubricantes y las pruebas para ITS, pueden incrementar los beneficios de la prueba y consejería.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

En todos los escenarios epidémicos, los servicios HTC accesibles y aceptables deben estar disponibles a los adolescentes y ser proveídos de manera que no los ponga en riesgo. Se alienta a los países a examinar sus actuales políticas de consentimiento y considerar la revisión para reducir las barreras relacionadas con la edad para acceder y tomar las HTC y para vincularse a la prevención, tratamiento y cuidados posteriores a la prueba. La gente joven debe poder obtener las HTC sin que se requiera la presencia o el consentimiento de padres y/o guardianes.

- La consejería y prueba de VIH con vínculos a la prevención, tratamiento y cuidado, es recomendable para todos los adolescentes de poblaciones clave en cualquier escenario (epidemias generalizadas, concentradas y bajas) (fuerte recomendación, muy baja calidad de evidencia).
- Los niños de edad escolar deben estar informados de su estatus VIH positivo (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).

Consideraciones para la implementación

Pruebas rápidas. Las pruebas diagnósticas rápidas de VIH en los puntos de atención facilitan enormemente el acceso a las pruebas, los resultados el mismo día y el seguimiento

Provisión continúa. Se deben desarrollar mecanismos para la provisión constante de kits de pruebas y prevenir faltas de inventario.

La Calidad de los servicios determina la participación en las HTC, por lo tanto es crítico que se instituya un sistema de control de calidad a nivel nacional, sub-nacional, de instalaciones y comunitario.

Los sistemas carcelarios deben ser una parte integral de los esfuerzos nacionales para elevar el acceso a las HTC. Elevando los servicios de las HTC y VIH en las cárceles, no deben ser tomados por separado, sino más bien como parte de un programa integral de VIH dirigido a mejorar el cuidado de la salud y a lograr acceso universal a los servicios de prevención de VIH en las cárceles y otras situaciones de encierro.

Las HTC para parejas Existen muchas el principio – y la política – deben servir para proveer apoyo a todas aquellas personas en una relación sexual para que reciban pruebas como pareja o como compañeros, a pesar de su orientación sexual o de la longitud y estabilidad de relación.

Para VIH (HIVST por sus siglas en inglés) es un proceso desde donde una persona que desea conocer su estado serológico, recoge una muestra, se realiza una prueba e interpreta el resultado de la misma en privado. HIVST es una prueba de tamizaje; no provee un diagnóstico, de manera que la confirmación por prueba es requerida si hay un resultado positivo inicial. La HIVST puede incrementar el número de personas que se realizan la prueba, conocen su estatus y, si el resultado es positivo, se vinculan al tratamiento. La OMS publicará las regulaciones para la auto-prueba en el 2016 y actualmente alienta a los países a conducir proyectos de demostración y piloto para identificar enfoques efectivos para la implementación en poblaciones clave.

Aunque los kits de prueba de VIH han sido aprobados para su venta y uso, varios países no cuentan con políticas formales para su uso.

Lecturas adicionales

- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva, WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf
- UNODC, WHO, UNAIDS. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Vienna, UNODC, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prison_tech_paper.pdf
- Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults. Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf
- Service delivery approaches to HIV testing and counselling: a strategic policy framework. Geneva, WHO, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf
- Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf
- Report on the first International Symposium on Self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up. Geneva, WHO, 2013. www.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf

Vinculación y Registro en el cuidado

La HTC es solamente el primer paso en el cuidado continuo de VIH; un diagnóstico VIH positivo sin el vínculo a la prevención del VIH, su cuidado y tratamiento, confiere beneficios limitados. Asegurar que las personas sean vinculadas y se registren en el cuidado clínico del VIH, es necesario para obtener

los beneficios completos de salud y prevención de la TAR. Desafortunadamente, pérdidas sustanciales ocurren a cada paso del cuidado continuo del VIH. Estas pérdidas pueden ser particularmente grandes entre las personas de poblaciones clave.

Barreras Psicológicas y Sociales. Un sin número de barreras psicológicas y sociales impiden la vinculación al cuidado por parte de personas con nuevo diagnóstico

de VIH. El estigma percibido asociado con asistir a una clínica de VIH continúa siendo una barrera para el registro temprano en el cuidado. La falta de apoyo familiar y el miedo a la divulgación también impiden el acceso. Además, la manera en que las personas que viven con VIH perciben a la vez su propia salud y la efectividad de la TAR, puede afectar su disposición para buscar cuidado clínico. Las personas que viven con VIH que creen que las terapias alternativas serán efectivas, las que temen los efectos secundarios de la TAR y las que perciben que ellas tienen buena salud, son menos probable a registrarse en el cuidado del VIH que aquellos que no tienen estas percepciones. También el uso de drogas inyectables está asociado con pobre vinculación y retención en el cuidado .

Muchas intervenciones para atender estas barreras psicosociales han sido evaluadas. La consejería intensificada después de la prueba, combinada con consejería de seguimiento por trabajadores comunitarios de la salud, incrementan significativamente la proporción de aquellos que se registran en el cuidado del VIH. Es más posible que las personas que se inyectan drogas inicien y permanezcan tomando su tratamiento para VIH si están participando en programas de TSO.

Limitaciones Económicas. La migración en busca de oportunidades de empleo y la inhabilidad de faltar al trabajo para atender citas clínicas puede también inhibir el registro en el cuidado clínico de VIH.

Factores del Sistema de Salud que afectan la vinculación al cuidado incluye la dependencia en referencias pasivas como única estrategia de vinculación, personal inadecuado, largos períodos de espera, pobres servicios ofrecidos en las clínicas de VIH, y mala actitud en el personal de salud.

Los temas operacionales clave a ser considerados y atendidos para mejorar la vinculación al cuidado, incluyen mejores sociedades entre la comunidad y los proveedores clínicos e incrementar esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios.

Terapia Antirretroviral (TAR)

Antecedentes y Racional

El uso de la TAR para VIH en poblaciones clave deben seguir los mismos principios generales y recomendaciones para todos los adultos, estas también deben tener el mismo acceso. Las personas de poblaciones clave pueden experimentar discriminación y marginalización que puede impedir su acceso a los cuidados de la salud, incluyendo el tratamiento para el VIH. Es importante asegurar que las personas de poblaciones clave tengan acceso equitativo al tratamiento y cuidado del VIH.

Guía Actualizada. Las actualizaciones del 2013 y 2015 a las regulaciones de la TAR del a OMS incluyen nuevas recomendaciones sobre cuando iniciar la TAR, qué régimen de droga usar en tratamientos de primera línea, segunda línea y tercera línea, y cómo monitorear a las personas que están en TAR. Estas regulaciones deben ser consultadas en completo detalle en la administración de la TAR.

Las poblaciones clave que viven con VIH deben tener el mismo acceso a la TAR y al cuidado y la misma administración de la TAR que otras poblaciones.

Recomendaciones y Guía

TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

Iniciación de la TAR

- Como una prioridad, la TAR debe ser iniciada en todos los individuos con enfermedad clínica severa o avanzada (estado clínico 3 o 4 de la OMS) y a individuos con conteo de CD4 menor o igual de 350 cel/mm³ (fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia).
- La TAR debe ser iniciada en todos los individuos con VIH sin importar su estado clínico o según la OMS (fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia).
- La TAR debe ser iniciada en todos los individuos con VIH sin importar el estado clínico según la OMS o el conteo CD4, dándole prioridad a las siguientes personas:
 - Individuos con VIH y enfermedad por TB activa (fuerte recomendación, baja calidad de la evidencia);

- Individuos co-infectados con VIH y VHB con evidencia de enfermedad severa o crónica del hígado (fuerte recomendación, baja calidad de evidencia).
- Compañeros con VIH en parejas serodiscordantes, para reducir la transmisión de VIH a la pareja no infectada (fuerte recomendación, alta calidad de evidencia);
- Mujeres embarazadas y mujeres lactando (fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia).

Observaciones adicionales

No hay recomendación clínica especial para la TAR específica a ninguna población clave. Sin embargo, debido al estigma, discriminación y marginalización, estas frecuentemente se presentan de manera tardía para el tratamiento.

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN CÁRCELES Y OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

- La adherencia al tratamiento de VIH puede ser incrementada al atender el estigma y la discriminación causada por el VIH, asegurando la confidencialidad del estatus de VIH del prisionero y permitiéndole a las personas en las cárceles y otros ambientes de encierro, el acceso y cuidado al tratamiento, sin discriminación por parte de los oficiales de las cárceles.
- Si ellos son transferidos, a las personas en cárceles y otras situaciones de encierro se les debe dar una provisión de la TAR que dure hasta que el cuidado de su salud pueda ser establecido en la nueva localidad carcelaria o, si ellos son liberados, hasta que un vínculo pueda ser hecho en el cuidado del VIH a nivel comunitario.

PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- La guía actual de la OMS sobre el uso de la TAR para el tratamiento de VIH en adultos y adolescentes aplica para las personas viviendo con VIH que se inyectan drogas.
- Cuando la TAR es provista en un ambiente de apoyo, las personas que se inyectan drogas, tienen resultado del tratamiento similares a los resultados de otras personas.

ADOLESCENTES DE POBLACIONES CLAVE

Los enfoques a nivel comunitario pueden mejorar la adherencia al tratamiento y la retención en el cuidado de los adolescentes que viven con VIH.

El entrenamiento a los trabajadores del cuidado de la salud pueden contribuir a la adherencia al tratamiento y la retención en el cuidado de los adolescentes que viven con VIH.

Los proveedores del cuidado de la salud pueden apoyar la adherencia de los adolescentes al:

- Asistirlos en explorar factores de influencia en su adherencia
- Mejorar su entendimiento del VIH, la TAR y la adherencia
- Reconocer necesidades de desarrollo mientras apoyan su emergente independencia
- Asistirles en integrar la TAR en su vida diaria
- Ofrecer regímenes simplificados de la TAR
- Motivarles a la participación en los grupos de apoyo de pares y las intervenciones a nivel comunitario.

Consideraciones para la Implementación

Entrega de los servicios de TAR. Las regulaciones o guía consolidada de la OMS de la TAR del 2013 y la actualización del 2015 ofrecen un número de recomendaciones para la entrega del servicio, incluyendo la descentralización del cuidado de TAR y los servicios de integración de la TAR en otros servicios clínicos tales como servicios de TB, Cuidado Pre-natal (CPN) y servicios donde se proveen TSO.

Enfoques para apoyar la entrega de TAR, retención en el cuidado y adherencia

Las personas de poblaciones clave a menudo se enfrentan a más barreras que otras poblaciones para acceder al cuidado y continuación del cuidado de su salud. Ellos a menudo son poblaciones móviles y difíciles de contactar, tienen menos acceso y participación a los servicios de salud en general y pueden enfrentar estigma y discriminación en los servicios de salud. El capítulo 6 ofrece un rango de enfoque para apoyar mejores modelos de acceso, retención y adherencia.

Las TAR en prisiones y otras situaciones de encierro.

El tratamiento de VIH incluyendo la TAR, cuidado y

apoyo en las cárceles, debe ser equivalente a aquel disponible para personas viviendo con VIH en la comunidad y deben estar en línea con las regulaciones nacionales.

Las personas que son encarceladas tienen un riesgo adicional de adquirir TB. Sin embargo, con el adecuado apoyo y programas estructurados de tratamiento, se pueden alcanzar excelentes resultados

En los escenarios carcelarios. Dada las altas tasas de encarcelación en poblaciones clave, se deben hacer esfuerzos para asegurar que las TAR (y el tratamiento para TB) está disponible como parte de los servicios de salud en la cárcel.

Lecturas adicionales

- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
- Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

Prevención de la Transmisión Madre-hijo

Antecedentes y Racional

La prevención de la transmisión madre-hijo (PMTCT por sus siglas en inglés) de VIH, también conocida como prevención de transmisión vertical, se refieren a intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de una madre que vive con el VIH a través del embarazo, labor, parto o durante la lactancia a su infante. La PMTCT también se enfoca en la iniciación temprana de la TAR en la madre y en asegurar la salud de la madre.

La OMS recomienda un enfoque de cuatro etapas para una estrategia completa de PMTCT:

1. Prevención primaria de la infección entre mujeres en edad fértil
2. Prevención de embarazos no deseados entre mujeres que viven con VIH
3. Prevención de la transmisión de VIH de mujeres viviendo con VIH a sus infantes
4. Proveyendo tratamiento apropiado, cuidado, y apoyo a madres viviendo con VIH, sus niños y familias.

Intervenciones directas para prevenir transmisión vertical consiste en una cascada de servicios

En la primera etapa, la cual se enfoca en intervenciones directas para prevenir la transmisión vertical, las intervenciones preventivas consisten en una cascada

de servicios, desde pruebas de VIH, consejería, TAR, parto seguro, alimentación segura del infante, intervenciones post parto en el contexto de TAR en progreso, diagnóstico temprano en infantes y diagnóstico final para infantes expuestos al VIH, a través de vinculación tanto de la madre como del niño al cuidado y tratamiento adecuado.

Todas las mujeres embarazadas de poblaciones clave, deben tener el mismo acceso a los servicios de PMTCT y seguir las mismas recomendaciones que las mujeres en otras poblaciones.

Recomendaciones y Guía

TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS EN GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

- Todas las mujeres embarazadas y lactando que viven con VIH, deben iniciar la TAR (ARV), la cual debe mantener al menos por la duración del el riesgo de transmisión de madre a hijo. Las mujeres que cumplen con el criterio de elegibilidad para el tratamiento, deben continuar la TAR de por vida ($CD4 < \text{de } 500 \text{ cel/mm}^3$) (fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia).
- Por razones programáticas y operativas, particularmente en epidemias generalizadas, todas las mujeres embarazadas y lactando que viven con VIH, deben iniciar TAR y mantenerla como un tratamiento de por vida (opción B+) (recomendación condicional, baja calidad de evidencia).

Recomendaciones relacionadas y temas contextuales para grupos específicos de poblaciones clave

PERSONAS EN CARCELES U OTRAS SITUACIONES DE ENCIERRO

Consideración especial debe ser dada para asegurar que las prisioneras femeninas embarazadas tengan acceso disponible a servicios PMTCT, pues las mujeres a menudo enfrentan barreras más grandes para la prueba de VIH, consejería, cuidado, y tratamiento en la cárcel, que fuera de ella.

PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

Todas las mujeres embarazadas y sus familiares afectados por desórdenes de uso de sustancias, deben tener acceso a prevención y servicios de tratamiento asequibles y a intervenciones llevadas a cabo con especial atención a la confidencialidad, la legislación nacional y a los estándares internacionales de recurso Humano. Las mujeres no deben ser excluidas de sus cuidados de salud por su uso de sustancias.

Consideraciones para la implementación

Equidad y Superación de barreras al acceso. En la mayoría de los países, las mujeres de poblaciones clave tienen menos acceso a PMTCT que las mujeres en la población general. En particular, personas que se inyectan drogas, sus parejas, y los trabajadores sexuales tienen menos acceso. También, las mujeres adolescentes en general y las mujeres adolescentes de poblaciones clave en particular, tienen menos acceso a las intervenciones de PMTCT y tienen peores resultados. Especiales esfuerzos deben ser hechos para entender y superar las barreras al acceso y para proveer servicios aceptables que alcancen a mujeres adultas y adolescentes en las poblaciones clave.

Las mujeres adultas y adolescentes de mujeres clave a menudo se presentan tardíamente al cuidado pre-natal (CPN) o se presentan por primera vez en labor sin ningún CPN y, consecuentemente acceden a las intervenciones PMTCT muy tarde. También ellas a menudo se enfrentan a retos especiales para el seguimiento e intervenciones continuas de post parto. Esto tiene consecuencias adversas para su propia salud y la de sus infantes y disminuye la efectividad de las intervenciones PMTCT. Se necesita desarrollar estrategias para promover y apoyar la asistencia temprana al CPN en las mujeres embarazadas de poblaciones clave.

Apoyando la adherencia. Se necesitan esfuerzos especiales e iniciativas para optimizar el acceso al cuidado y apoyar la adherencia de mujeres de poblaciones clave y para apoyar vinculación efectiva a tratamientos de largo plazo. Esto se da especialmente durante la lactancia; un período donde el seguimiento es a menudo, pobre.

Lecturas adicionales

- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
- Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

Interacciones de TAR con otras drogas

Antecedentes y Racional

Las posibles interacciones de las drogas agregan complejidades cuando se recetan las drogas antirretrovirales y se monitorea el tratamiento.

Los proveedores de salud deben ser conscientes de todas las drogas que las personas con VIH están tomando cuando se inicia la TAR y de nuevas drogas que se usan durante la continuación del tratamiento. Para muchos en

las poblaciones clave, esto puede incluir drogas recreacionales, drogas para co-infecciones y comorbilidades, y entre las personas transgénero, las hormonas asociadas al cambio de sexo. Las posibles interacciones de las drogas agregan complejidades cuando se recetan drogas ARV y se monitorea el tratamiento. La consejería sobre las posibles consecuencias de las interacciones de las drogas y un ambiente que promueva y permita reportar medicamentos concomitantes son componentes críticos de cuidado de alta calidad para personas con VIH.

Tuberculosis

Las regulaciones de tratamiento de la TB de la OMS, revisan consideraciones clave para el manejo de la co-infección TB/VIH. Una combinación de drogas contraindicada clave es Rifampicina y los inhibidores de proteasa (PI por sus siglas en inglés). Cuando las personas con co-infección TB/VIH están recibiendo PI reforzados, la Ribafutina no debe ser sustituida por Rifampicina. Si la Ribafutina no está disponible, solamente Lopinavir/Ritonavir (LPV/r, por sus siglas en inglés) pueden ser utilizadas concomitantemente por la duración del tratamiento de la TB, siempre que la dosis de Ritonavir o la doble dosis estándar de LPV/r sea utilizada.

Hepatitis C

El Ribavirin y el Interferón Alfa-2A pegilado son a menudo utilizados para tratar la infección crónica por el virus de Hepatitis C (HCV). La administración de estos agentes juntos con la Zidovudina (AZT por sus siglas en inglés) ha sido asociada con un aumento de riesgo de anemia y descompensación hepática. Las personas co-infectadas con VIH/HCV que están recibiendo AZT, necesitan cambiársele el régimen a Tenofovir (TDF por sus siglas en inglés).

Hormonas usadas para contracepción

Las drogas ARV tienen el potencial de aumentar o disminuir la biodisponibilidad de hormonas esteroides en los contraceptivos hormonales. La limitada data sugiere potencial interacciones de drogas entre las hormonas contraceptivas y varias de las drogas ARV, especialmente algunos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (Antis por sus siglas en inglés) y el Ritonavir (RTV por sus siglas en inglés) – potenciado (Pis). Estas interacciones pueden alterar la seguridad y efectividad en los

contraceptivos hormonales y en las drogas ARV por igual. Sin embargo, las regulaciones actuales sobre contraceptivos de la OMS concluyen que ninguna de las interacciones de drogas entre las actualmente recomendadas ARV para tratamiento y para PrEP, por un lado y por el otro los contraceptivos hormonales, son suficientemente significativos como para prevenir su uso en conjunto. Si las mujeres recibiendo TAR deciden iniciar o continuar usando los contraceptivos hormonales, se recomienda el uso consistente de condones a la vez para prevenir transmisión de VIH y para compensar por la posible reducción de la efectividad del contraceptivo hormonal.

Hormonas usadas en los protocolos de tratamiento de cambio hormonal para hombres y mujeres transgénero

Hay información limitada sobre las interacciones entre las ARV y una variedad de drogas utilizadas en los protocolos de tratamiento de cambio hormonal para mujeres transgénero, particularmente con anti androgénicos (Ej. Acetato de ciproterone, Flutamida). Lo mismo es también cierto para andrógenos (Ej. Dihidrotestosterona) comúnmente usada por hombres transgénero. Actualmente no hay interacciones de drogas documentadas entre estos medicamentos y las Arvs. Sin embargo este tema merece más investigación, pues los hombres y mujeres transgénero a menudo usan varias drogas combinadas y algunas veces en dosis altas, con potencial para interacciones multidireccionales de drogas. Mientras tanto, como los tratamientos ARV pueden provocar fluctuaciones hormonales en las mujeres transgénero tomando medicamentos de afirmación de género, se recomendada monitoreo cercano. Ver Policy Brief Transgender people and HIV. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/>.

Además, algunas drogas ARV pueden potenciar anormalidades metabólicas de glucosa y de lípidos asociadas con alteraciones en los niveles hormonales así como el incremento en el riesgo de episodios trombóticos y toxicidad hepáticas. Todos estos riesgos se incrementan aún más por la práctica frecuente de automedicación, lo cual a menudo involucra productos y dosis que son menos seguros que las dosis típicamente recetadas por trabajadores de la salud. También se necesita mayor investigación en estas áreas.

Opioides

La OMS recomienda la Metadona y la Buprenorfina para tratar la dependencia a opioides. La co-administración de Efavirenz (EFV por sus siglas en inglés) disminuye las concentraciones de Metadona. Esto subsecuentemente podría causar síntomas de abstinencia e incrementar el riesgo de recaída en el uso de opioides. Las personas recibiendo Metadona y RFV deben ser monitoreadas de cerca, y aquellos experimentando abstinencia de opioides pueden necesitar ajuste en su dosis de Metadona.

La evidencia limitada sugiere que no hay interacción entre las ARV y las drogas recreacionales.

TERCERA SECCIÓN

- ⌘ AGENDA TERCER DÍA DEL TALLER
- ⌘ HOJAS DE TRABAJO
- ⌘ DIAPOSITIVAS O MATERIAL EN POWER POINTS

AGENDA TERCER DÍA DEL TALLER

ACTIVIDAD

BIENVENIDA DÍA TRES / PRO Y CONTRAS

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PRUEBAS DE VIH

RECESO

COMUNICACIÓN Y PRUEBAS DE VIH

CUIDADO DEL ORIENTADOR

EVALUACIONES FINALES

ALMUERZO

¿QUÉ TAN VULNERABLE ERES TÚ ANTE EL ESTRÉS?

La siguiente prueba fue desarrollada por los psicólogos Lyle H. Miller and Alma Della Smith. Califica cada indicador del 1 (casi siempre) al 5 (nunca), de acuerdo a cada cuanto tiempo aplica cada afirmación.

- ___1. Yo como por lo menos una comida caliente balanceada al día.
- ___2. Duermo de 7-8 horas por lo menos cuatro noches a la semana.
- ___3. Doy y recibo cariño regularmente.
- ___4. Tengo al menos un pariente dentro de 50 millas en quien puedo confiar.
- ___5. Me ejercito al punto de sudar por lo menos dos veces a la semana.
- ___6. Fumo menos de la mitad de la cajetilla de cigarros al día.
- ___7. Tomo menos de cinco bebidas alcohólicas a la semana.
- ___8. Tengo el peso apropiado a mi estatura.
- ___9. Tengo ingresos de acuerdo a mis gastos básicos.
- ___10. Soy firme a mis principios religiosos.
- ___11. Asisto con regularidad a clubes o actividades sociales.
- ___12. Tengo un grupo de amigos y conocidos.
- ___13. Tengo uno o más amigos a quienes confío asuntos personales.
- ___14. Tengo buena salud (incluyendo vista, oído y dentadura.)
- ___15. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos cuando estoy enojado o preocupado.
- ___16. Regularmente tengo conversaciones con las personas que vivo sobre problemas del hogar, por ejemplo tareas, dinero y asuntos cotidianos.
- ___17. Hago algo gracioso por lo menos una vez a la semana.
- ___18. Puedo organizar mi tiempo efectivamente.
- ___19. Tomo menos de tres tazas de café, té o soda al día.
- ___20. Tomo un tiempo de meditación al día.

- **Ahora suma la puntuación y réstale 20.**
- **¡Cualquier número superior a 30 indica vulnerabilidad AL ESTRÉS!**
- **¡Una puntuación entre 50-75 = SERIAMENTE VULNERABLE!**

LISTA DE CUIDADO PERSONAL

Las siguientes son algunas indicaciones de cómo puede cuidarse usted mismo. Hay cuatro espacios en blanco para cada indicador. Por favor llene el primer espacio en blanco seguido del código proporcionado. También encierre en círculo el número de cualquier elemento en el que a usted específicamente le gustaría trabajar este año. Guarde la lista, revísela más o menos en tres meses y llene el siguiente espacio en blanco. Haga esto dos veces en intervalos de tres meses para verificar sus logros durante el próximo año. Recuerda que una pequeña mejoría en un área es un paso adelante y las mejorías llegan a hacerse una costumbre.

Seleccione el número que mejor concuerde con su cuidado personal en las áreas abajo descritas. Luego calcule el resultado. Mientras más bajo sea el puntaje, probablemente usted está haciendo mejor el trabajo. Decimos probablemente, porque es posible mejorar muchas áreas, pero hacerlo escasamente en unas pocas podría estar afectando negativamente su salud.

Por favor seleccione una:

1= Siempre 2= Usualmente 3= A Menudo
4= Algunas Veces 5= Rara Vez 6= Nunca

1. ____ ¿Consumes alimentos nutritivos? (Granos enteros, frutas y vegetales, pocas cantidades de cafeína o azúcar)
2. ____ ¿Desayunas todos los días? (más que solo café y donas o una tostada y te)
3. ____ ¿Almuerza y cenas todos los días?
4. ____ ¿Evitas fumar o estar cerca de quienes fuman? (Si tu fuma más de un par de cigarros al día, ponte un 6; no fumas, pero vives y trabajas con fumadores, ponte un 5; solo vives o trabajas con un fumador, ponte un 4; a menudo estas cerca de fumadores, ponte un 2 o un 3, depende de la frecuencia)
5. ____ ¿Evito beber alcohol o tomo moderadamente o no lo haces?

6. ___ ¿Te ejercitas regularmente? (por lo menos 30 minutos cada dos días. Eliges ejercicios que se adaptan a tu condición física y preferencias)

7. ___ ¿Regularmente haces aeróbicos o ejercicios de respiración?

8. ___ ¿Tienes la costumbre de prestarle atención a tu cuerpo? (¿intentas chequearte o paras regularmente si te sientas de manera tensa o incomoda? ¿Por qué tienes dolor de cabeza o tensión en el cuello? ¿El asiento de tu carro o silla de escritorio te ocasiona dolor de espalda? ¿Te pone estresado solo el hecho de pensar en ir a trabajar? ¿Necesitas enfermarte para cuidarte, tomar un descanso o prestarte cuidado?)

9. ___ ¿Trabajas constantemente resolviendo situaciones estresantes? (¿Puedes reducir los efectos de la mayoría de las situaciones imposibles o muy difíciles analizándolas? ¿Eres capaz de buscar soluciones, separándolas, plantear opciones y ponerlas en práctica hasta mejorarlas?)

10. ___ ¿Tomas un día a la vez, te das a ti mismo y a la situación que se presenta la oportunidad para cambiar?

11. ___ ¿Te propones metas a largo y corto plazo? Trabajas las metas a largo plazo dando pequeños pasos y revisando periódicamente su avance. (Algunas veces descubrimos que ya no queremos lo que nos propusimos inicialmente. No tengas miedo de cambiar de rumbo “La decisión ya está tomada” y ya has comunicado a todos lo que vas a hacer)

12. ___ ¿Pides ayuda cuando la necesitas?

13. ___ ¿Sientes que tienes apoyo de los demás?

14. ___ ¿Aceptas tus sentimientos de manera normal? ¿Te tomas el tiempo para entender tus sentimientos- de donde vienen y que significan? (Los problemas emocionales se desarrollan cuando evadimos o reprimimos nuestros sentimientos, reaccionamos ocultándolos o expresando actitud negativa como comer compulsivamente, consumir excesivamente alcohol o drogas)

15. ___ ¿Te tomas el tiempo para estar solo o con tus amigos regularmente?

16. ___ ¿Tienes la habilidad para reírte de la vida y de ti mismo?

17. ___ ¿Practicas el arte de ver lo positivo de las cosas? (Por lo menos todo lo que sucede deja una lección o pone a prueba nuestra habilidad de superarlo)

18. ___ ¿Regularmente te tomas el tiempo para reflexionar sobre ti mismo? (Meditar, rezar, llenar un diario personal, dar paseos al aire libre, tomar baños largos)

19. ___ ¿Piensas en tu propósito de la vida y en lo que quieres? ¿Piensas que es posible cumplir tus sueños? (Lo que esperamos que pase a menudo se vuelve realidad. ¿Tus expectativas son generalmente positivas o negativas?)

20. ___ ¿Eres amable contigo y te tratas con respeto? (¿Te tratas a ti mismo como lo harías con un amigo o un enemigo?)

EJERCICIO: TOMANDO LA VIDA POSITIVAMENTE

Por favor tome unos minutos para responder las siguientes preguntas. Este no es un examen; no hay formas de responder correcta o incorrectamente. Por favor responda como usted se sienta cómodo.

1. Me gustaría hacer _____
_____pero lo he dejado del lado porque no tengo tiempo.

2. Me arrepiento de haber hecho _____

3. Me gustaría haber compartido con _____
lo mucho que significan/significaron para mí.

4. Me gustaría haber hecho _____
Para _____

5. Quiero tratar de hacer algo para mí:

	Diariamente	Semanalmente	Cuando tengo tiempo	Nunca	
Espiritualmente					
Emocionalmente					
Físicamente					
Intelectualmente					

6. Si yo pudiera hacer algo esta semana que fuera beneficioso para mí...

- Espiritualmente, tendría que ser _____
- Emocionalmente, sería _____
- Físicamente, sería _____
- Intelectualmente, sería _____

7. Tengo conciencia de la naturaleza:

	Diariamente	Semanalmente	Cuando tengo tiempo	Nunca	
Veo el atardecer					
Observo las nubes					

La última vez que me senté y escuche el sonido/silencio de la mañana fue _____

Y sentí _____

8. Describe brevemente una experiencia especial que hayas tenido con lo bello de la naturaleza.

HOJA DE TRABAJO/CONCEPTOS DE MERCADEO

Concepto	¿Qué le gustaría transmitir?	Ejemplo

PLAN DE ACCIÓN

1. Mi meta con relación a integrar y compartir lo aprendido es:
2. De aquí a treinta días yo habré tomado los siguientes pasos
3. De aquí a sesenta días yo habré tomado los siguientes pasos
4. Para conseguir mi meta a largo plazo yo planeo...

HOJA DE PLAN DE ACCIÓN

Objetivo:

ACTIVIDAD	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUIÉNES	RECURSOS

MANEJO DE CRISIS DEL USUARIO

SERVICIOS DE PRE TEST Y POST TEST

La crisis es un estado transitorio de intensa carga afectiva que conduce al desarrollo de comportamientos inadecuados y es generada por la dificultad de la persona de evaluar objetivamente las circunstancias actuales. Los comportamientos inadecuados son conductas de respuesta que ponen a la persona o a su entorno en peligro contra su integridad.

Características de la situación de crisis y como reconocerla:

- Fuertes sentimientos de angustia, rabia o depresión.
- Pérdida de control sobre los propios actos.
- Descarga o incremento de la actividad motora.
- Búsqueda de soluciones apresuradas, incoherentes o desorganizadas.
- Ideación de autodestrucción fija y repetitiva.
- Actitudes agresivas o desafiantes.

La persona en crisis podría verse afectada de tres maneras que fácilmente podemos reconocer:

COGNOSCITIVO	AFECTIVO	DE COMPORTAMIENTO
Supensamiento se ve afectado; se confunde a menudo; puede tener una percepción limitada de la realidad y creencias irracionales; sus habilidades de juicio y solución de problemas se ven entorpecidas.	La persona se puede sentir ansioso, tenso, recargado, inútil y deprimido. Los sentimientos negativos interfieren con la solución efectiva de los problemas.	Las personas pueden estar actuando en formas que son fuera de lo común para él/ella y pueden ser auto-derrotistas, tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Sobre reaccionando (bebe o toma más, llora más, discute más). • Se aleja de sus actividades normales (duerme más, no habla con otros).

Entre más seria perciba la crisis el miembro, más afectadas se ven cada una de estas áreas. El orientador debe tener en cuenta que todos los seres humanos, a través del desarrollo, afrontan situaciones extremas o no, que nos llevan a generar repuestas en ocasiones críticas, que posteriormente nos sirven para afrontar una nueva situación desfavorable

Características del orientador que interviene en crisis

Es una persona con capacidad de observar más allá de las apariencias y las palabras, sabe anticiparse y ofrece la oportunidad para que las y los consultantes logren expresar en palabras sus sentimientos. Goza de autocontrol, paciencia y respeto hacia las personas, brinda oportuna y claramente sus conocimientos, sabe guardar confidencia, establece límites y ofrece una autoridad segura, comprensiva y acogedora.

Es fundamental escuchar a las personas a las que se está ayudando para entender su situación y sus necesidades, para ayudarles a tranquilizarse y para poder ofrecerles la ayuda adecuada.

Aprender a escuchar con:

- Los ojos: prestando a la persona toda su atención.
- Los oídos: escuchando sus preocupaciones de verdad.
- El corazón: siendo atento y respetuoso.

La manera de comunicar con una persona angustiada es muy importante. Las personas que hayan vivido una situación de crisis pueden estar muy alteradas, ansiosas o confundidas. Algunas personas pueden culparse a sí mismas por cosas que han ocurrido durante esa crisis. Mantener la calma y demostrar comprensión puede ayudar a que la persona angustiada se sienta más segura y a salvo, comprendida, respetada y atendida de forma apropiada.

Alguien que ha pasado por un episodio de este tipo quizás quiera contarle su historia. Escuchar esa historia puede suponer una gran ayuda. Sin embargo, es muy importante no presionar a nadie para que les cuente por lo que ha pasado. Algunas personas quizás no quieran hablar de lo que les ha ocurrido ni de sus circunstancias.

No obstante, es posible que esa persona valore que usted se quede a su lado en silencio; hágale saber que ahí está si quiere hablar, puede también ofrecerle apoyo práctico, como una comida o un vaso de agua. No hable demasiado, deje lugar para el silencio. Mantener el silencio durante un rato puede dar a la persona el espacio y el valor necesarios para compartir su historia con usted si lo desea.

Para comunicar bien, preste atención no sólo a sus palabras sino también a su lenguaje corporal (expresiones faciales, el contacto visual, los gestos y cómo se coloca usted junto a la persona, ya sea sentado o de pie). Cada cultura tiene sus propias formas de comportarse que son apropiadas y respetuosas. Hable y compórtese teniendo en cuenta la cultura, la edad, el género, las costumbres y la religión de la persona.

Es importante enfatizar que el abordaje o intervención de crisis es diferente de otros tipos de asistencias. Aquí hay tres formas que hacen apropiado que sea dirigida por alguien en el papel de orientador. Estas son:

1. Se enfoca en el aspecto saludable, adaptativo de la persona;
2. No hay patología o clasificación en términos de enfermedad mental en el modelo de crisis; y
3. Es un alcance orientado al problema y dirigido a la conducta de la persona y el proceso de pensamiento.

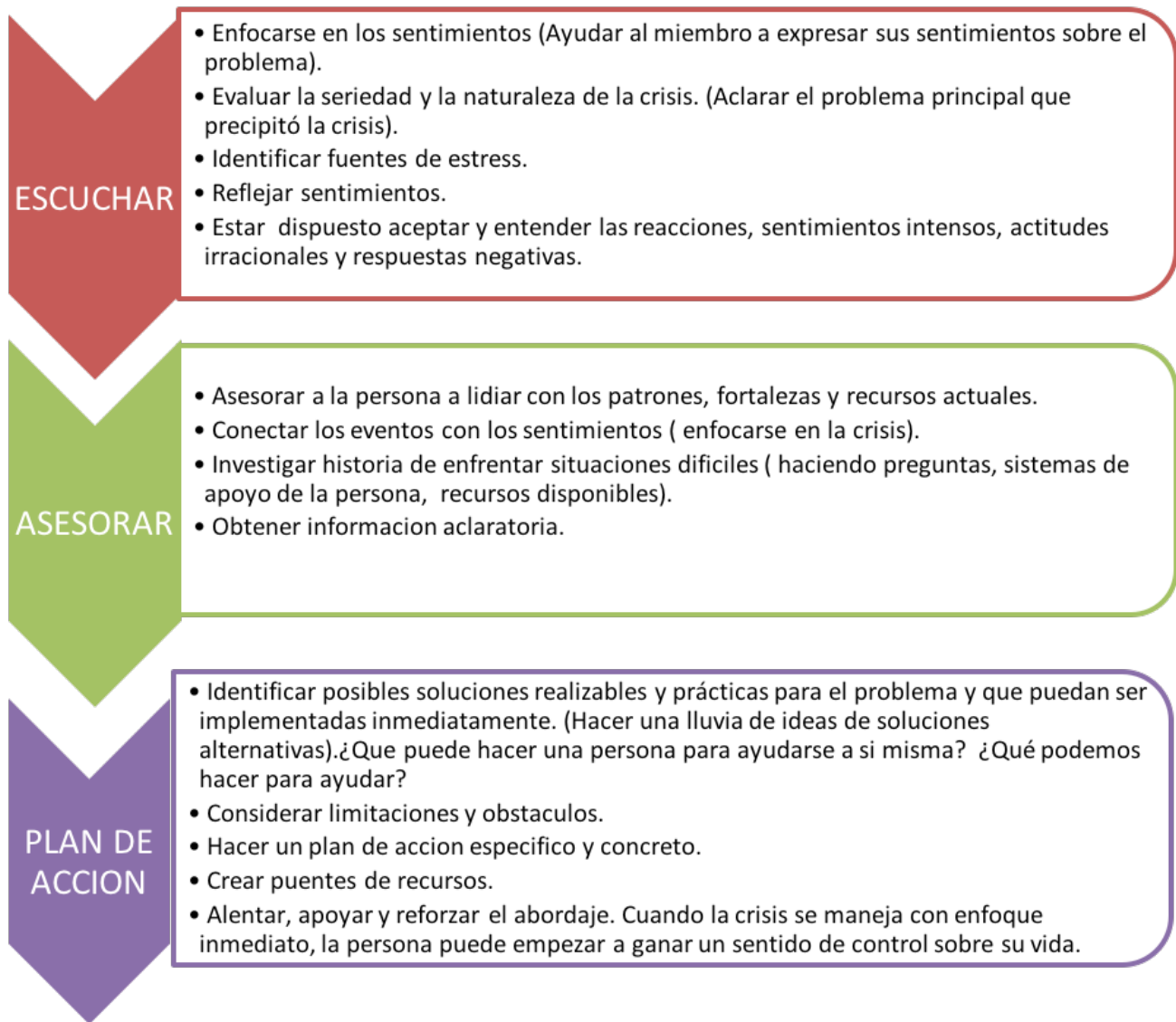
Como abordar una situación de crisis

Las situaciones o ejemplos potenciales de una crisis que puede enfrentar un orientador al estar con una persona pueden ser muy variados. Por ejemplo, conocer el resultado de una prueba positiva personal o de una persona cercana, escuchar Independientemente de cual sea ese ejemplo Para abordar una crisis, podemos apoyarnos de tres pasos claves que se detallan a continuación:

Tres pasos claves para la intervención de crisis (Escuchar, Asesorar, Plan de Acción).

(Ver página siguiente)

Tres pasos claves para la intervención de crisis (Escuchar, Asesorar, Plan de Acción).



Las crisis tienden a tener límite de tiempo, resolviéndose entre una a seis semanas. Hay varias maneras en las cuales una crisis puede ser resuelta:

- La persona se adapta a un nivel más bajo de funcionamiento de lo que venía operando antes de la crisis.
- La persona regresa a su nivel normal de funcionamiento antes de la crisis.
- La resolución de la crisis deja a la persona a un nivel de funcionamiento mejor o mejorado previo a la crisis.

Guía para asistir a una persona en crisis ¹²

Expresa su preocupación

Sea enfático/a. Permita que la persona sepa que usted está preocupado por él/ella y puede ver que está pasando por un momento difícil.

¹² Adaptado de Crisis Intervention, Pittsburgh Action Against Rape.

Permanezca Neutral	Siempre recuerde, es la persona quien debe tomar las decisiones. Guarde sus opiniones personales, lo que es lo correcto para una persona no necesariamente es lo correcto para otra. Dé información relevante y opciones, para que las decisiones se basen en hechos.
Aliente los sentimientos	Dé a la persona oportunidad de hablar sobre sus sentimientos. Estos sentimientos pueden ser intensos y difíciles de escuchar para usted, pero manténgase con él. Trate de ayudar a la persona a aclarar sus sentimientos con sus respuestas enfáticas. Si su respuesta está equivocada, él se lo hará saber. Por ejemplo, si usted dice "Suenas confundido/a," y responde "No, estoy enojado/a," no trate de convencerle de lo contrario. Permita que dirija la conversación. Una manera de incentivar a compartir los sentimientos es hacer preguntas que den apertura.
Conozca sus propios sentimientos	Si se escucha a si mismo/a decir "debería" o "podría" se debería conectar una alarma en su cabeza. La persona no necesita su consejo, pero sí necesita idear sus soluciones propias con su ayuda. Si usted está experimentando sentimientos propios muy fuertes, haga un anota mental, y háblelo después con alguien más.
Manejo de los Silencios	No le tema a los silencios, los propios y los de la persona. Las personas no esperan respuesta a todo lo que dicen. Silencio de su parte puede ser de ayuda, permitiendo al miembro una oportunidad de considerar verbalmente y evaluar sus sentimientos y asuntos en voz alta. En algún punto podrá hacer notar que escucha sus preocupaciones y la ayudará a explorarlas más a fondo. La persona puede necesitar tiempo para estar en silencio y pensar acerca de lo que está sucediendo y recopilar sus pensamientos. Si usted cree que está en silencio porque es muy difícil para él hablar, puede hacer el comentario. Por ejemplo, podría decir algo como "Las noticias del doctor parece que le tienen asustado/a, y parece que estás pasando por un mal momento hablando del asunto."
Buscar alternativas	Ayudar al miembro en aflicción a evaluar sus recursos y fortalezas y cursos de acción razonables sin un consejo anticipado. Puesto que usted ha sido capacitado/a y puede tener información de posibles alternativas, usted podría querer ofrecerlas. De forma amable ayude al miembro a determinar pros y contras de las diferentes alternativas y permítale sobrepasarlas. Manténgase tan neutral como le sea posible sobre las varias alternativas. Puede hacer preguntas como "Usted que cree si usted _____?"
Evaluar recursos/ fuentes de apoyo	Trate de ayudar a la persona a evaluar sus recursos y con quién puede contar para tener apoyo. ¿Quién le ha ayudado a sentirse mejor, clasificar las cosas? ¿Le ha dicho a alguien todavía? ¿La familia y amigos darán apoyo? (Para una persona a menudo esto es difícil, podrían estar acostumbrados a ayudar a otros y no saben cómo pedir apoyo para sí mismos. ¿Tiene un orientador/a o terapeuta? Recuerde, pedir ayuda y apoyo y ser dependiente no son lo mismo.
Resumir	Después que ha hablado por algún momento, podría ser útil resumir lo que han discutido. Esto puede ayudarle a empezar a organizar sus pensamientos y sentimientos y moverse a otros asuntos. Aún ponerlos por escrito puede ser útil.
Confíe en sí mismo	No hay reglas estrictas ni rápidas para ayudar a alguien a pasar una crisis. Pero en lugar de usar su tiempo y energía en preocuparse por respuestas en el momento, permita que la conversación fluya. Sus habilidades para escuchar, preocupación e interés, agregado a su sentido común es lo que usted necesita.

A continuación se presentan una serie de recomendaciones acerca de lo que hacer y decir, así como de lo que no decir ni hacer. Lo más importante es que sea usted mismo, que sea genuino y sincero a la hora de ofrecer su ayuda y sus cuidados.

LO QUE DEBEMOS HACER Y DECIR	LO QUE NO DEBEMOS HACER NI DECIR
<ul style="list-style-type: none"> • Intente encontrar un lugar tranquilo para hablar, minimizando las distracciones externas. 	<ul style="list-style-type: none"> • No presione a la persona para que le cuente su historia.
<ul style="list-style-type: none"> • Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad de la historia salvo razones de fuerza mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> • No interrumpa ni apure a la persona mientras cuenta su historia (por ejemplo, no mire la hora, ni hable demasiado rápido).
<ul style="list-style-type: none"> • Sitúese cerca de la persona pero guardando la distancia apropiada según su edad, género y cultura. 	<ul style="list-style-type: none"> • No toque a la persona si no está seguro de que sea apropiado.
<ul style="list-style-type: none"> • Hágale entender que está escuchando, p. ej. asintiendo con la cabeza o diciendo “hmmm...”. 	<ul style="list-style-type: none"> • No juzgue lo que hayan hecho o dejado de hacer ni sus sentimientos. No diga cosas como “No debería sentirse así”, “Debería sentirse afortunado de sobrevivir”.
<ul style="list-style-type: none"> • Tenga paciencia y mantenga la calma. 	<ul style="list-style-type: none"> • No invente cosas que no sabe.
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca información concreta en caso de que disponga de ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • No utilice expresiones demasiado técnicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Sea honesto acerca de lo que sabe y de lo que no sabe. “No lo sé, pero intentaré averiguárselo” 	<ul style="list-style-type: none"> • No cuente la historia de otra persona y no le hable de sus propios problemas.
<ul style="list-style-type: none"> • Dé la información de un modo en que la persona la pueda entender; es decir, de forma simple. 	<ul style="list-style-type: none"> • No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona en su lugar.
<ul style="list-style-type: none"> • Hágale saber que comprende cómo se sienten y que lamenta sus pérdidas y lo que les ha pasado, como haberse quedado sin hogar o haber perdido a un ser querido. “Lo siento mucho. Imagino que esto es muy triste para Ud.”. 	<ul style="list-style-type: none"> • No haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Hágale saber que reconoce sus fortalezas y la manera en que se están ayudando a sí mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No le quite su fortaleza, su sensación de poder cuidarse a sí mismo/a.
<ul style="list-style-type: none"> • Deje espacios para el silencio. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hable de otras personas en términos negativos (por ejemplo llamándoles “locos” o “desorganizados”).

IMPORTANTE

- Las situaciones de crisis puede ser que no se presenten muy seguido, pero es importante que usted esté preparado para saber cómo abordarlas.
- Recuerde que muchas veces lo mejor es referir ese caso aun especialista. No trate de hacer un rol que no le corresponda, por ejemplo de profesional en psicología o psiquiatría, el daño que le puede causar al usuario puede ser peor. Conozca sus limitantes y sepa hasta dónde puede llegar.

MITOS SOBRE SUICIDIO¹³

1. NO COMETEN SUICIDIO LAS PERSONAS QUE HABLAN DE ELLO.

- FALSO: 60-80% comunica sus intenciones por adelantado.
- Señales de aviso pueden ser sutiles o patentes.

2. CUALQUIERA QUE TRATA DE SUICIDARSE DEBE ESTAR LOCO/A.

- FALSO: La mayoría de suicidas NO son sicóticos o dementes.
- ESTÁN en una aflicción extrema.

3. SI UNA PERSONA ESTÁ DECIDIDA A SUICIDARSE NADA LE DETENDRÁ.

- FALSO: 5-10% de las personas que tratan eventualmente
- LO HACEN, lo que significa que el 90% NO LO HACE.
- Personas en depresión son mayormente ambivalentes respecto a morir.
- La mayoría de suicidas solamente quieren detener el dolor.
- El impulso no tarda por siempre.

4. HABLAR DE SUICIDIO PUEDE DAR ALGUNA IDEA.

- FALSO: A pesar de que las personas raramente expresan sus pensamientos suicidas, usualmente sienten alivio cuando se les pregunta. Una discusión abierta es una de las mayores ayudas que se pueden dar.

5. EL SUICIDIO ES HEREDITARIO:

- FALSO: A pesar de que existe una alta incidencia entre las personas que han perdido a familiares de esta manera, esto no es genético.

SISTEMAS DE APOYO AL ORIENTADOR

Cuando iniciamos un trabajo frecuentemente somos idealistas y entusiastas. Muchas veces nos prometemos ser siempre los mejores, nunca cansarnos y pensar que nunca llegaremos a tener conductas o actitudes negativas cuando desempeñamos nuestra labor, responsabilidades o trabajo, como por ejemplo: cansancio, frustración, desmotivados, fríos, o como individuos frustrados quienes no parecen importarles nada de lo que hacen y quienes han perdido la pasión de su trabajo.

Es bastante difícil cuando iniciamos un trabajo poder imaginarnos que podemos llegar a ese nivel, o pensar que personas con más experiencia y que hacen una labor similar a la nuestra, están ahora agotados, pero fueron anteriormente también idealistas.

Nadie empieza a ejercer su profesión planeando los días para cuando su trabajo ya no les parezca vibrante y emocionante. Esta es la razón por la cual es importante discutir el agotamiento del orientador, en esta guía y durante la capacitación. Anticipar las presiones predecibles y las tensiones de la orientación, así como las consecuencias que podría tener a la salud física y emocional de uno, permite que los orientadores den pasos para minimizar esos efectos.

¿Qué es el estrés y agotamiento?¹⁴

“Estrés” puede ser definido como cualquier cosa que estimula a un individuo e incrementa su nivel de alerta. La vida sin estrés sería increíblemente lenta y aburrida; la vida con mucho estrés se hace desagradable y agotante y puede por último, dañar la salud y el bienestar. Demasiado estrés interfiere con los resultados del trabajo.

El estrés frecuentemente se origina en eventos externos o circunstancias que demandan los recursos internos o externos de un individuo. La cantidad de estrés que un evento provoca depende parcialmente de los recursos del individuo. Si la demanda en la persona (ej. revelar el resultado VIH positivo de una prueba) excede su habilidad de luchar con ella, la persona experimenta estrés.

¹³ Fuente: Thomas, Nina, PhD. El Suicidio no tiene que suceder.

¹⁴ Consejería y Pruebas Voluntarias del VIH: Una Guía de Referencia para Consejeros y Entrenadores, Family Health International, 2005

“Agotamiento o Síndrome de agotamiento “BURN OUT” generalmente se refiere a un estado físico/mental exhaustivo causado por un prolongado y excesivo estrés. También ha sido descrito con relación a las personas en las profesiones de ayuda como una progresiva pérdida del idealismo, energía y propósito. El término “agotamiento” evoca una imagen de fuego extinguiéndose y dejando solo cenizas.

El síndrome de agotamiento es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar situaciones laborales negativas. Los resultados son: baja productividad, confusión y sentimiento de estar vacío, o de no tener nada más que dar.

¿Quiénes se agotan?¹⁵

Cualquiera puede agotarse. El agotamiento atraviesa las características demográficas afectando a las personas a pesar de sus edades, antigüedad en el trabajo, estado civil, número de dependientes o número de horas que trabajen a la semana. Pero algunas personas tienen mayor probabilidad que otras de tener agotamiento. Por ejemplo:

- Individuos altamente comprometidos quienes se trazan altas expectativas a sí mismos.
- Trabajadores al frente de una especialidad (más que detrás del escenario) por ejemplo las enfermeras posiblemente se agotan más que los médicos.
- Los orientadores o personal que trata asuntos difíciles tales como el VIH.

El agotamiento del orientador puede ser causado por diferentes factores. Esas presiones y esfuerzos que son enumerados abajo no son para alarmar, sino para crear conciencia sobre la realidad de las presiones y esfuerzos excesivos que un consejero puede enfrentar.

• Factores personales

El estrés de un orientador se origina porque se identifica con la angustia del usuario y/o de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios, y/o por su dificultad para mantener una adecuada distancia emocional respecto a la problemática que enfrenta de manera cotidiana.

También por asuntos relacionados al cliente (ej. como informar a los clientes o sus parejas de los resultados

de sus pruebas, especialmente si ellos son VIH positivo o una pareja discordante; una pareja rechazando ser separada; conflictos entre alentar a los clientes y dar falsas esperanzas, las propias emociones de los orientadores alrededor de VIH, temor a infectarse, excesiva identificación con el cliente, etc). Por lo que puede llegar el momento en que falle, se agote o quede exhausto emocionalmente, debido a que se implica de forma excesiva en su trabajo, llegando a ser ineficaz para el adecuado desempeño de sus actividades laborales.

• Factores institucionales

La mayor causa de “agotamiento o burn out” es un ambiente laboral tenso, esto ocurre por:

- **Sobrecarga laboral:** Debida al excesivo número de personas que debe atender o por la disminución de recursos disponibles, esto provoca agobio.
- **Burocratización excesiva:** Suele perderse mucho tiempo en labores burocráticas.
- **Escaso trabajo de equipo:** No suele propiciarse la labor de equipo por parte de muchas instituciones u organizaciones, lo cual provoca la competitividad no sana.
- **Falta de sintonía con las autoridades:** Las autoridades no escuchan las necesidades y demandas de los trabajadores, lo que disminuye la calidad asistencial. Presiones políticas.

¿Cuáles son las etapas del agotamiento?

La extenuación física y emocional asociada al agotamiento causa que los individuos acorten sus responsabilidades en el trabajo (cuando ellos solían enorgullecerse de hacer su trabajo completo). Esto puede causar culpa o vergüenza. Otras características son signos alarmantes frecuentes, tales como la inhabilidad de salir de prolongados estados de frío o fiebre, frecuentes dolores de cabeza, y/o insomnios. Otro signo de agotamiento es cuando el pensamiento de ir a trabajar cada mañana pierde su encanto.

Mientras el agotamiento progresa, muchas experiencias cambian en sus perspectivas. Esto podría involucrar el desarrollo de una actitud que aparta a los demás, o estar agrio hacia el trabajo. Signos emocionales y de comportamientos tales como exabruptos de cólera, impaciencia o irritabilidad obvia y/o tratar a las personas

¹⁵ Manual sobre consejería en VIH/SIDA E ITS, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA, 2006.

con aparente menosprecio son comunes. Estos con frecuencia llevan a las personas experimentar sentimientos severamente negativos hacia sí mismos, otros, o, posiblemente hacia toda la humanidad.

Intensa soledad y alienación son características comunes de las etapas finales de agotamiento mientras que las estructuras de enfrentamiento y las defensas psicológicas se derrumban. Un leve choque emocional dispara excesivamente una reacción sensitiva y personal. Un humor oscilante podría ser común con altos cortos y bajos largos.

Reconociendo el estrés y agotamiento

Pensar en el agotamiento como la culminación de una serie de etapas puede hacer más fácil reconocerlo. A continuación se presentan los síntomas asociados con los tres estados de agotamiento (presión alarmante, conservación de energía y extenuación).

Etapas del estrés y agotamiento

Primera Etapa: Presión alarmante (incluye dos de los siguientes síntomas)	Segunda Etapa: Conservación de energía (incluye 2 de los siguientes síntomas)	Tercera Etapa: Extenuación (incluye cualquiera de los siguientes síntomas)
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad persistente • Ansiedad persistente • Períodos de alta presión sanguínea • Rechinar los dientes en las noches • Insomnio • Olvidos frecuentes • Palpitaciones • Taquicardias • Ritmos cardíacos inusuales • Incapacidad para concentrarse • Dolores de cabeza <p>Si al menos dos de estos síntomas están presentes puedes estar experimentando la primera etapa del ciclo de agotamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasarse para ir a trabajar • Aplazamiento del trabajo • Necesidad de 3 días durante el fin de semana. • Disminución del deseo sexual • Cansancios persistentes en las mañanas • Entregar el trabajo tarde • Aislamiento social (de amigos y/o familia) • Actitudes cínicas • Resentimientos • Incremento del consumo de té, café o "colas". • Incremento del consumo de alcohol • Apatía <p>Cualquiera de estos síntomas puede señalar la segunda etapa del ciclo de agotamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión o tristeza crónica • Problemas intestinales y/o estomacales crónicos. • Fatiga mental crónica • Fatiga física crónica • Dolores de cabeza crónicos • Deseo de retirarse de la sociedad • Deseo de alejarse de los amigos, trabajo y tal vez hasta de la familia • Tal vez el deseo de suicidarse. <p>Dos de estos síntomas pueden señalar la tercera etapa del ciclo de agotamiento</p>

También podemos reconocer el agotamiento por síntomas físicos, de comportamiento, y cognoscitivos, incluyendo los enumerados en la siguiente tabla. Los efectos visibles del agotamiento en la orientación o trabajo en VIH son un pronunciado cambio de actitud, ausentismo, declinación de la calidad del servicio, declinación del entusiasmo, y aumento de quejas de los clientes.

Síntomas de agotamiento Físicos, conducta y cognoscitivos

Físicos	Conducta	Cognoscitivo
Extenuación	Irritado y frustrado rápidamente	Exasperación (ej. "he tenido suficiente" o "no puedo más con esto")
Enfermedades menores persistentes	Tendencia rápida a la ira e Irritabilidad	Murmurar (Rumia)
Dolores de cabeza y de espalda	Inclinado a prejuzgar	Embotamiento, indiferencia, empobrecimiento
Falta de sueño	Abuso de droga y alcohol	Hipersensibilidad emocional
Disturbios gastrointestinales	Problemas de relaciones o Matrimoniales	Sobre identificación
Dolores vagos y crónicos	Rigidez (inflexibilidad) en resolver problemas	Pesimismo, desesperanza
Malestar general	Impulsividad o sobreactuar	Dolor y tristeza

IMPORTANTE:

Una vez que se identifique el síndrome de agotamiento, es necesario recurrir a profesionales de la salud (Psicólogos, médicos, psiquiatras).

Manejo del estrés y agotamiento

El manejo del estrés y agotamiento se refiere a los esfuerzos para controlar o reducir la tensión que se siente cuando una situación es percibida como difícil o va más allá de los recursos disponibles. Es esencial que los orientadores en VIH aprendan a prestar atención a sus propias necesidades y sentimientos. Esto significa saber cuándo relajarse, dormir un poco más, o implementar estrategias para el manejo del estrés. Si los consejeros no advierten sentimientos de cansancio, hastío o disgustos, en serio, pueden enfrentar fracasos o agotamiento.

Los orientadores tienen que:

- Cuidar del instrumento más importante: "Ellos mismos".
- Estar alerta de las causas de estrés y agotamiento.
- Saber cómo reconocer y remediar el estrés y agotamiento.
- Saber cómo prevenir el estrés y agotamiento.

¿Qué estrategias puedo utilizar para abordar el estrés y el agotamiento?

Existen varias estrategias para enfrentar el estrés y el agotamiento. Las técnicas seleccionadas dependerán de las causas

del estrés y el agotamiento, y la situación en la cual ocurre el estrés. Por esa razón, los consejeros deben de preguntarse a sí mismos de dónde viene su estrés. Por ejemplo:

- Si eventos importantes y relaciones difíciles están causando presiones, un pensamiento positivo, o una técnica basada en imagines (cambiando nuestra forma de pensar) puede ser útil.
- Si la presión y la fatiga son estilos de vida y cambios organizativos de largo plazo (adoptar un estilo de vida saludable y manejo del tiempo) pueden ser apropiados.
- Si los sentimientos de estrés vienen desde el interior, (causados por ansiedad, preocupaciones sobre los resultados de los clientes, asuntos fuera de su control, o ansiedad basada en sus propios comportamientos) las técnicas de relajación podrían ser las más apropiadas.

Técnicas para abordar estrés y el agotamiento ¹⁶

TÉCNICA	EXPLICACIÓN
Adoptar un estilo de vida saludable	Los orientadores pueden cuidar de sí mismos hablando con otros (amigos, miembros de la familia, colegas, supervisores) acerca de sus presiones y pedirles ayuda cuando lo necesitan. Ellos pueden tratar ejercicios físicos y/o recreacionales, evitar fumar, tomar alcohol en moderación, adoptar una adecuada rutina de sueño, y comer comidas regulares y balanceadas. Los orientadores deben de tratar de descansar. Una reacción común de las personas al estrés es concentrarse en el trabajo y las actividades. Esto puede auto derrotarlos física y mentalmente.
Administrando el tiempo	Los orientadores pueden manejar mejor el tiempo trabajando más eficiente que fuertemente. Un rango de habilidades podría ayudar en el manejo del tiempo: examinando el valor y uso del tiempo, tener metas y rutinas, crear más tiempo, manejar y evitar las distracciones, aumentar la productividad y la efectividad personal y elegir prioridades. Para un efectivo manejo del tiempo, es importante aprender a decir “no”, planear proyectos o deberes para que ellos sean hechos con los recursos adecuados, hacer una cosa a la vez, y dividir las grandes metas en componentes manejables.
Cambiando la forma de pensar	Las fuentes del estrés pueden ser rediseñadas o neutralizadas transformándolas de negativas a positivas. Por ejemplo, si los orientadores experimentan presiones significativas de otras personas, o se dan cuenta que no tienen el control de sus vidas, ellos pueden eliminar los sentimientos negativos teniendo una visión más positiva, manteniendo las cosas bajo perspectivas, estableciendo metas personales, recibiendo bien los cambios, o reconociendo y cambiando creencias irracionales. Es importante evitar generalizar, enfocarse en detalles insignificantes, adelantarse a conclusiones, “hacer una montaña de una insignificancia”, y tomar las cosas de modo personal. Puede ser de utilidad emplear un método ilustrativo. Con ilustraciones, una persona sustituye la experiencia actual con escenas de su imaginación. El cuerpo reaccionará a las escenas imaginadas como si fueran reales. Imaginar escenas placenteras puede reducir el estrés.

¹⁶ FUENTE: Adaptado del documento: Consejería y Pruebas Voluntarias del VIH: Una Guía de Referencia para Consejeros y Entrenadores, Family Health International, 2005.

TÉCNICA	EXPLICACIÓN
Empleando técnicas de Relajación	<p>Las técnicas de relajación son frecuentemente eficaces en el manejo del estrés cuando el estrés parece estar llegando desde el interior. La meditación ayuda a la persona a sentirse en paz, relajando el cuerpo y aclarando la mente de los pensamientos opresivos.</p> <p>Concentrarse en algo por un período extendido (posiblemente 20 o 30 minutos) ayuda a lograr el efecto deseado; el enfoque de la concentración de uno podría incluir la respiración, un objeto, un sonido o una escena imaginada. La relajación muscular progresiva y la respiración profunda son técnicas puramente físicas para relajar los músculos tensos y calmar el estrés.</p> <p>Elas pueden ser usadas conjuntamente con técnicas mentales tales como imaginaciones o meditación.</p>
Desarrollando límites entre la vida profesional y personal	<p>Es prioritario y crítico que los orientadores mantengan límites entre sus vidas profesionales personales. Deben de regular el balance entre sus vidas de trabajo y su vida personal de modo que el trabajo no consuma todo su tiempo.</p> <p>Algunos orientadores pueden más fáciles mantener los límites evitando redes sociales laborales. Es también útil desarrollar una rutina descomprimida o un ritual que señale donde termina una parte de la vida y donde comienza la otra (ej. el día de trabajo termina y ahí comienza la vida personal). Esas rutinas ayudan a difundir la energía emocional del trabajo y entrar a la vida personal de una manera relajada.</p>
Respirando Profundamente	<p>La mayoría de nosotros respiramos muy superficialmente, utilizando la parte superior del pecho; para el uso eficiente del aire que respiramos, debemos respirar desde el diafragma, el cual está localizado en la parte inferior de nuestro pecho. Esto le proporciona aire a la parte inferior de nuestros pulmones donde el intercambio de oxígeno ocurre más eficientemente.</p> <p>Como se sabe, el estrés tensa tus músculos y la respiración se vuelve superficial y rápida. Esto disminuye tu nivel de oxígeno y la sangre se ve forzada a moverse rápidamente para transportar oxígeno al cerebro y órganos mayores. La presión arterial incrementa.</p> <p>Al respirar profundamente, podemos lograr disminuir la presión arterial y el ritmo cardíaco, incrementa los niveles de oxígeno en la sangre, disminuye la tensión, nos da un "tiempo de receso", aumenta las endorfinas (analgésicos del cuerpo), alivia dolores de cabeza, dolores de estómago y la somnolencia y aumentamos la salida emocional.</p>

Posiblemente el mayor porcentaje de estrés cotidiano es ocasionado por problemas de control. En muchos de esos casos se invierte mucho tiempo y energía tratando de influir y manejar situaciones sobre las cuales no tenemos el control. Crear estrategias para el manejo del estrés es un compromiso individual porque no todas las personalidades son iguales. A pesar de esas diferencias, hay algunas sugerencias que se pueden tomar en cuenta a lo largo del camino las cuales resultan menos problemáticas en nuestra vida y ayudan para que esta sea más llevadera y agradable. Las siguientes ideas pueden ayudar a mejorar nuestro diario vivir.

1. Aprender a responder en lugar de reaccionar negativamente a los problemas que te molestan o que crees que violan tus derechos individuales.
2. Aprender a aclarar tus intereses y tener paciencia frente a situaciones que molestan tu estabilidad emocional.
3. Motivarte diariamente de forma positiva para mejorar tu autoestima y dignidad. La autoestima es como una planta que necesita cuidado diario. Esto puede parecer incomodo al principio, pero se debe de intentar.
4. Crearse el hábito de salir y ejercitarse para deshacerse de todas las malas vibras absorbidas en el lugar de trabajo. Cuando tengas poca motivación, recuerda, que caminar es una buena forma de ejercitarse.

5. Equilibra tus emociones con dosis de humor cómico y alegría diariamente.
6. Fomentar las relaciones personales con tu círculo de amigos y familiares. Si esas relaciones no aportan nada positivo, tomate el tiempo para conocer nuevas personas con intereses personales similares a los tuyos y crea con ellos nuevas relaciones.
7. Extiende tus actividades e intereses que no estén relacionadas completamente con tu trabajo ni tu sueldo. Esto te ayudará a mejorar tu día laboral y también puede mejorar tu actitud en el trabajo.
8. Reconoce y aprende a vivir con tus emociones; transforma el odio en amor y aprende a externar tus emociones de forma productiva y creativa.
9. Ejercita tu creatividad y usa tu ingenio como un recurso para relajarte en tu lugar de trabajo.
10. Aprende a resolver problemas y preocupaciones con las demás personas en su momento, de manera pacífica y diplomática, enfrentando las situaciones y no evadiéndolas.
11. Toma recesos a lo largo de tu día laboral para relajarte y darle a tu cuerpo la oportunidad de regresar a su estado de serenidad.
12. Hágase el hábito de dedicarse tiempo a usted mismo como persona todos los días sin sentirse culpable. Tómese unos minutos al inicio y al final de cada día para reflexionar sobre quién es usted y hacia dónde va su vida. Comience con 5 minutos y luego increméntelos.

CUARTA SECCIÓN

⌘ ACRÓNIMOS

⌘ GLOSARIO

⌘ REFERENCIAS/BIBLIOGRAFÍA

ACRÓNIMOS

APV	Asesoría y Prueba Voluntaria
ARV	Antirretrovirales
CAP	Conocimientos Actitudes y Práctica
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CV	Carga viral
DNA	Ácido Desoxiribonucleico
ELISA	Inmunensayo Ligado a Enzimas
EVC	Encuesta de Vigilancia de Comportamiento
FESPAD	Fundación de Estudios para la Aplicación del Derecho
HPTN 052	Siglas en inglés de The HIV Prevention Trial Network
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IO	Infecciones Oportunistas
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASCA	Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH
PEMAR	Población en Mayor Riesgo de VIH
PNS	Programa Nacional VIH/Sida
PVC	Prueba Voluntaria y Consejería
PVV	Personas que Viven con el VIH
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno infantil Del VIH
TSF	Trabajadora Sexual Femenina
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH y Sida.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VD	Violencia Domestica
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VICITs	Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ADHERENCIA	Situación en la cual el usuario/a cumple con el régimen de toma de medicamentos exactamente como los recetó el proveedor de atención de salud, así como también cumple con la asistencia a sus citas de control de salud y retiro de medicamentos. Los beneficios del estricto cumplimiento con un régimen de tratamiento del VIH y de asistencia a los controles médicos, incluyen disminución sostenida del virus, menor riesgo de resistencia a los medicamentos, mejor estado de salud general y calidad de vida y menor riesgo de transmisión del VIH.
ANTICUERPO	Proteína producida por los linfocitos (las células) B en respuesta a un antígeno. Los anticuerpos se unen a los antígenos y ayudan a destruirlos.
ANTÍGENO	Cualquier sustancia que es extraña para el cuerpo y desencadena una respuesta inmunitaria. Los antígenos incluyen bacterias, virus y alérgenos, como el polen.
CARGA VIRAL	Cantidad del VIH en una muestra de sangre. Se notifica como el número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre. Una meta importante del tratamiento antirretroviral (TAR) es reducir la concentración de carga viral de una persona a un nivel indetectable, que es demasiado baja para detectar el virus con una prueba de la carga viral.
CARGA VIRAL INDETECTABLE	Cuando la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para detectarla con una prueba. De carga viral (ARN del VIH). Los medicamentos antirretrovirales (ARV) pueden reducir la concentración de la carga viral de una persona a un nivel indetectable; sin embargo, eso no significa que la persona esté curada. Una cierta concentración del VIH, en forma de reservorios del virus latente, permanece dentro de las células y en los tejidos del cuerpo, pero no es detectable por las pruebas de laboratorio.
CLÍNICA VICITS	Clínicas de atención primaria en salud, en las cuales se ha implementado un programa de Vigilancia Centinela de ITS en poblaciones específicas y de mayor riesgo a las ITS.
CONSEJERÍA	Proceso mediante el cual se brinda información y asesoría sobre un tema específico, sobre el cual se tienen conocimientos especiales. La consejería puede ser proporcionada por el personal de salud o consejeros pares debidamente capacitados y competentes.
CONSEJERO/A	Es un experto que puede ayudar a cualquier persona que lo necesite a tomar decisiones, relativas al cuidado de su salud, y le brinda el acompañamiento necesario para alcanzar las metas propuestas para la prevención, restablecimiento y mantenimiento de su salud.
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Proceso de comunicación entre una persona y un proveedor de atención de salud o un investigador para asegurarse de que la persona entienda todos los hechos pertinentes relacionados con un procedimiento médico o un ensayo clínico. Antes de someterse al procedimiento o de participar en el ensayo, la persona debe firmar un formulario de consentimiento informado que indique que entiende los riesgos y beneficios de dicho procedimiento o ensayo y los riesgos y beneficios de otras opciones.

CONTINUO DE ATENCIÓN	En el campo de la medicina, describe la atención médica dada durante un período de tiempo. En los pacientes con una enfermedad, esto abarca todas las fases de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la etapa final de la vida. En el caso de VIH, es una estrategia de monitoreo de la respuesta de los Estados y los sistemas de salud a esta epidemia en términos de su capacidad para diagnosticar a las personas infectadas, incorporarlas y retenerlas en la atención y brindarles un tratamiento efectivo, hasta lograr la supresión viral.
DETECCIÓN	Proceso mediante el cual se descubre la existencia de algo que no era manifiesto o perceptible. Dentro del enfoque del continuo o cascada de atención en VIH, corresponde a la etapa en la cual el usuario se realiza la prueba de VIH.
DIAGNÓSTICO	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado de salud o enfermedad. En el marco del continuo de la atención en VIH, corresponde a las personas de una población que han sido diagnosticadas con infección por el VIH y que siguen vivas en un momento dado. El hecho de que una persona conozca su diagnóstico es el primer paso básico para acceder a los servicios de atención y tratamiento del VIH.
ESPECIFICIDAD	Probabilidad de que una prueba médica produzca correctamente un resultado negativo en una persona que no tiene la afección para la cual se realizó. En otras palabras, una prueba específica es la que produce resultados negativos verdaderos. Por ejemplo, la especificidad de la prueba de Western blot es muy alta; la prueba raras veces confunde los anticuerpos contra otras enfermedades con los anticuerpos contra el VIH. Por esa razón, se emplea la prueba de Western blot para confirmar los resultados positivos de un enzimoimmuno análisis de absorción (ELISA) o de otras pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH. Si fueran contra el VIH (resultado positivo falso), se realiza una prueba de Western blot u otra prueba de detección del VIH para confirmar los resultados positivos de una prueba ELISA de detección de anticuerpos contra el VIH.
ITS	Son enfermedades infecciosas, que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual vaginal, anal u oral. Las ITS afectan a todos independientemente de la orientación sexual o identidad de género. Las producen más de 30 diferentes tipos de virus, bacterias, hongos y parásitos.
MORBILIDAD	Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos (Personas o animales) considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población.
MORTALIDAD	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

PC	Poblaciones en Mayor Riesgo con respecto a la infección por VIH. Ejemplo de estas poblaciones son: Hombres que tienen sexo con hombres, Trabajadores y trabajadoras sexuales, y Personas Trans.
PERÍODO DE VENTANA	Período comprendido entre el momento de contraer el VIH, hasta que el cuerpo produce suficientes anticuerpos contra el virus, que puedan detectarse con una prueba estándar de anticuerpos contra el mismo. Durante este período, una persona puede arrojar un resultado negativo en la prueba de anticuerpos contra el VIH a pesar de tener el virus.
PROFILAXIS PRE EXPOSICIÓN	Con el reconocimiento de la OMS y de los CDC de Atlanta, se recomienda fuertemente como una práctica que reduce significativamente el riesgo de adquirir VIH. Esta profilaxis que consiste en la toma diaria de una pastilla de Emtricitabina y Tenofovir, reduce arriba del 90% el riesgo de adquirir el VIH. Esta estrategia ha sido ampliamente estudiada con resultados exitosos. Su uso no es accesible en muchos países aun, por el costo del medicamento.
PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN	Esta tecnología bio médica funciona para las personas que han tenido un accidente laboral o han sido víctimas de violación. Algunos países la recomiendan para accidente sexual. Es decir para personas que han tenido sexo con personas de alto riesgo sin uso adecuado del condón. En tal sentido se recomienda fuertemente como una opción de prevención, si se inicia en las primeras 72 horas después de la actividad de riesgo (OMS, 2015). Consiste en la toma de un medicamento antiretroviral diariamente por 28 días.
PRUEBA CONFIRMATORIA	Prueba de mayor especificidad que la prueba utilizada inicialmente (prueba rápida), para el diagnóstico de VIH. Estas pruebas pueden detectar anticuerpo o antígenos o ambos. Los resultados de esta prueba confirman o descartan el diagnóstico de VIH.
PRUEBA RÁPIDA	Tipo de prueba empleada para detectar la infección causada por ese virus. Una prueba rápida permite detectar anticuerpos o antígenos contra el VIH en la sangre o las secreciones bucales en menos de 30 minutos. Los resultados positivos deben confirmarse con una segunda prueba de anticuerpos o antígenos diferente (de acuerdo a algoritmo diagnóstico normado) para poder darle a una persona un diagnóstico definitivo de infección por el VIH.
PVV	Se consideran Personas Viviendo con VIH a todos aquellos lactantes, niños, adolescentes y adultos infectados con el VIH
RETENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN	La retención de los pacientes en los servicios de atención al VIH se define como la participación continua en la atención médica a la infección por el VIH. Asimismo, el tratamiento de la infección por el VIH sólo puede ser eficaz si los pacientes reciben servicios de atención de forma continuada.

SENSIBILIDAD	Probabilidad de que una prueba médica detecte la afección para la cual se hace en personas que realmente la tienen. En otras palabras, una prueba sensible es la que produce resultados positivos verdaderos. Por ejemplo, la prueba de anticuerpos contra el VIH realizada por medio del enzimo inmunoanálisis de adsorción (ELISA) es sumamente sensible, lo cual significa que permite detectar el VIH en la mayoría de las personas que lo tienen. Sin embargo, como la prueba ELISA a veces puede reconocer erróneamente anticuerpos contra otras enfermedades como si fueran contra el VIH (resultado positivo falso), se realiza una prueba de Western blot u otra prueba de detección del VIH para confirmar los resultados positivos de una prueba ELISA de detección de anticuerpos contra el VIH.
SEROCONVERSIÓN	Transición de la infección por el VIH a la presencia detectable de anticuerpos contra ese virus en la sangre. Cuando ocurre seroconversión (por lo general, a las pocas semanas de la infección), el resultado de una prueba de detección de anticuerpos contra el VIH cambia de seronegativo a seropositivo
SERODISCORDANTE	Resultados no concordantes en las pruebas serológicas pareadas, realizadas para la detección de VIH u otras infecciones detectables en muestras de sangre. Se aplica también para las parejas en las cuales un solo integrante tiene una infección de transmisión sexual, como el VIH, y el otro no está infectado .
Sida	Enfermedad del sistema inmunitario causada por la infección por el VIH. Este virus destruye los linfocitos (las células) T CD4 del sistema inmunitario y deja el cuerpo vulnerable a varias infecciones y clases de cáncer potencialmente mortales. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) es la etapa más avanzada de la infección por el VIH.
SUPRESIÓN VIRAL	La supresión viral corresponde al nivel reducido de VIH en sangre. La OMS establece que para la medición del continuo de la atención en VIH, este término corresponde a las personas incorporadas a servicios de atención al VIH, que tienen al menos una medición de carga viral con resultado menor a 1,000 copias/ ml en el periodo determinado (usualmente un año calendario).
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.
VINCULACIÓN	El proceso de conexión directa de un cliente de un servicio a otro, en este caso de la prueba del VIH preliminar a la prueba confirmatoria y/o de la prueba confirmatoria al cuidado médico y/o de apoyo en VIH.

QUINTA SECCIÓN

- SOLO PARA FACILITADORES -

- ⌘ OBERVACIONES PREVIAS A LA CAPACITACIÓN
- ⌘ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

OBSERVACIONES PARA EL CAPACITADOR

La clave del éxito para sus sesiones de adiestramiento es la preparación minuciosa. A continuación, le ofrecemos un listado con algunos de los puntos a observar antes y durante la capacitación.

- **Audiencia:** Se recomienda que el número de participantes en esta capacitación sea entre 10 y 25.
- **Facilitación:** Dada que esta capacitación tendrá una sesión práctica, se recomienda que la misma sea co-facilitada, es decir, que dos facilitadores trabajen juntos para conducir el programa de adiestramiento particularmente durante las sesiones de juegos de roles. Si hay un grupo grande de hasta 25, es importante la colaboración de dos capacitadores ayudará para un mejor desarrollo de las sesiones grupales.
- **Marco de Tiempo:** Se recomienda que cada día de capacitación se lleve a cabo en un periodo de entre 7 1/2 - 8 horas. Este periodo de tiempo permitirá una entrega diaria de 6.5 horas de contenido, dos recesos de 15 minutos cada uno, y periodos de una hora para el almuerzo. Se sugiere a los capacitadores que den a los participantes un periodo de "estiramiento" de cinco minutos siempre que sea necesario.
- **Local:** Seleccione un local donde los participantes quepan cómodamente, y que cuente con los servicios adecuados, tales como transporte (servicio de autobús, parqueo, etc.) y baños. Asegúrese de que tenga fácil acceso para personas discapacitadas. Si en el local no hay disponibilidad de alimentos y bebidas, se debe extender el tiempo del almuerzo. Asegúrese que en los alrededores existan lugares adecuados para almorzar.
- **Registro:** Las hojas de registro y los distintivos con los nombres de los participantes deben prepararse con antelación. Lo mismo con las carpetas con el material de apoyo para capacitación las cuales deben entregarse a los participantes antes de comenzar la capacitación.
- **Equipo:** Para poder conducir todas las secciones de la capacitación descrita en este manual, usted necesitará hojas de papelógrafo, un caballete, marcadores, un retroproyector y transparencias del material de apoyo que se proveen en la sección de Material de Apoyo.
- **Técnicas (Varias):** Algunas actividades ya cuentan con el ejemplo de algunas técnicas para agrupar a las personas, rompe hielo, etc. No obstante, una buena facilitación requiere que la persona o personas que facilitan posean conocimiento sobre otro tipo de técnicas o dinámicas que permitan que los participantes tengan una mejor apertura, activación de los sentidos, movilización dentro del espacio, etc. Se exhorta a las personas facilitadoras considerar particularmente este punto y prepararse.

Lista de Cotejo General para Capacitadores:

Equipo:

- Material de Apoyo para los/as Participantes
- Copias de los ejercicios / Estudios de caso
- Presentaciones PowerPoint (copias para los/as participantes)
- Distintivos
- Tarjetas o fichas
- Gráficos / stand; Hojas de Papelógrafo / Atril
- Marcadores; Pizarra/ tiza
- Proyector/ pantalla
- Evaluaciones
- Certificados; Hojas de Registro
- Bloques de "Post It"

Salón:

- Con buena Acústica
- Temperatura
- Asientos / Espacio/ Luces
- Calidad del aire
- Comodidad para personas con discapacidad

GUÍA DE PROCESAMIENTO PARA EL FACILITADOR

EL CICLO DE APRENDIZAJE VIVENCIAL

Los capacitadores pueden utilizar el Ciclo de Aprendizaje Vivencial para ayudar a los participantes a procesar su propia experiencia durante la capacitación y para que puedan aplicar lo aprendido a situaciones de la “vida real”. Las etapas del Ciclo de Aprendizaje Vivencial son:

EXPERIENCIA:

Generar información individual mediante una o más formas de sentir, pensar, percibir, desear o hacer. La etapa de la experiencia corresponde a la actividad misma de la capacitación. Esta podría ser desde una cátedra hasta un juego de roles o una actividad estructurada.

COMPARTIR:

Comunicar a otros, así como el escuchar las experiencias de los demás otros durante la experiencia. En los participantes presentan ante el grupo y el facilitador las cosas que ellos escucharon, observaron, sintieron y percibieron durante la experiencia

INTERPRETAR:

Hacer que tenga sentido la información generada, tanto para los individuos como para el grupo. Durante esta fase el grupo analiza el porqué de la experiencia

GENERALIZAR:

Desarrollar hipótesis que puedan probarse y extrapolar la experiencia a otras situaciones con la información obtenida. Es en otras palabras conectar la experiencia a situaciones anteriores de valor comparable.

APLICAR:

Luego de Conectar el presente y el futuro y después de comprender y/o planificar cómo se pueden ensayar estas generalidades en situaciones nuevas. La fase de aplicación busca que el participante utilice lo aprendido en situaciones futuras.

Los siguientes ejemplos de preguntas, cuando se combinan con el resumen y la reflexión que hace el capacitador, ayudan al grupo a profundizar dentro de la etapa en la que se encuentre, o proseguir a otra etapa. Es obvio que muchas de estas preguntas enfocan lo mismo y educen respuestas similares; o sea que se superponen en contenido y significado. Sin embargo, para un facilitador diestro, las variaciones del mismo tema le brindarán más de una vía para llegar al mismo lugar.

La Etapa de Experimentación es la actividad misma, y necesita ser elaborada adecuadamente, con instrucciones e información completas, pero no está incluida en el “cuestionamiento.”

COMPARTIR

En la segunda etapa, la fase de compartir, los participantes han completado la experiencia.

Las preguntas están orientadas hacia la generación de información.

- ¿Quién se ofrece como voluntario para compartir? ¿Quién más?
- ¿Qué sucedió? ¿Cómo se sintió usted al respecto?
- ¿Quién más tuvo la misma experiencia?
- ¿Quién reaccionó de manera diferente?
- ¿Hubo algunas sorpresas/ confusiones?
- ¿Cuántos se sintieron de la misma manera?
- ¿Cuántos se sintieron de forma diferente?
- ¿Qué observaron?
- ¿De qué se dieron cuenta?

INTERPRETAR

En la tercera etapa, la fase de interpretación, ya los participantes tienen información.

Las preguntas están orientadas a lograr que la información tenga sentido para el individuo y para el grupo.

- ¿Cómo justificó usted eso? ¿Por qué sucedió?
- ¿Qué significa eso para usted?
- ¿De qué manera fue importante?
- ¿De qué manera fue bueno/ malo?
- ¿Cómo encajan juntos?
- ¿Cómo pudo haber sido diferente?
- ¿Usted notó que algo sucedía allí?
- ¿Qué le sugiere esto con relación a usted mismo /su grupo?
- ¿Qué es lo que mejor entiende de sí mismo/ su grupo?

GENERALIZAR

En la cuarta etapa, la fase de generalización, los participantes tratan de hacer extractos del conocimiento específico que han adquirido sobre sí mismos y sobre su grupo, para lograr principios de un nivel superior. Las preguntas están orientadas a promover las generalizaciones.

- ¿Qué pudiéramos concluir de eso?
- ¿Está eso conectado con algo?
- ¿Qué aprendió o volvió a aprender?
- ¿Qué le sugiere eso a usted- en general??
- ¿Eso le recuerda algo?
- ¿Qué principio / ley ve usted en funcionamiento?
- ¿Le recuerda eso algo a usted? ¿Cómo le ayuda a explicar algo?
- ¿Cómo se relaciona esto con otras experiencias?
- ¿Con qué lo asocia?
- ¿Y entonces?

APLICAR

En la quinta etapa, la fase de aplicación, los participantes se preocupan por utilizar el aprendizaje en su situación real.

Las preguntas están orientadas hacia la aplicación del conocimiento general que ellos han adquirido a su vida personal y /o profesional.

- ¿Cómo aplicaría/ transferiría eso?
- ¿Qué le gustaría hacer con eso?
- ¿Cómo repetiría usted eso de nuevo?
- ¿Qué pudiera usted hacer para aferrarse a eso?

- ¿Cuáles son las opciones?
- ¿Qué pudiera usted hacer para ayudarse / afectarse?
- ¿Cómo lo mejoraría?
- ¿Cuáles serían las consecuencias de hacer /no hacer eso?
- ¿Qué modificaciones haría para que le funcionara a usted?
- ¿Qué podría usted imaginarse /fantasear sobre eso?

“META-PROCESAMIENTO” / PROCESANDO TODA LA EXPERIENCIA

Aquí se puede añadir una etapa, la de procesar la experiencia completa como experiencia de aprendizaje. Las preguntas están dirigidas hacia la búsqueda de retroalimentación.

- ¿Cómo le pareció esto a usted?
- ¿Cuáles fueron los más /los menos?
- ¿Cómo pudo haber sido más significativo?
- ¿Cuáles son las buenas /malas noticias?
- ¿Qué cambios haría usted?
- ¿Qué continuaría haciendo?
- ¿Alguna sugerencia?
- Si tuviera que hacerlo de nuevo, ¿qué haría?
- ¿Cuáles adiciones/ eliminaciones le ayudarían?

INSTRUCCIONES PARA EL/LA FACILITADOR/A DÍA 1

PRIMER DÍA

Generalidades:

- Este día está considerado para la parte teórica, se busca con ello actualizar la nueva evidencia científica y definir cómo esta impacta en el trabajo de consejería.
- El participante debe luego de su participación durante este día, tener clara a que se refiere el concepto de consejería plus, identificando al menos tres características que la definan.

INTRODUCCIÓN DEL TALLER Y BIENVENIDA DE LOS/AS PARTICIPANTES METAS Y OBJETIVOS



Tiempo Estimado: 30 Minutos.



Tipo de actividad: Cátedra.



Propósito: Crear un ambiente de aprendizaje cómodo y proporcionar el panorama general del taller para los/las participantes.



Objetivos:

- Dar la bienvenida a los participantes de la capacitación
- Hacer una introducción de la capacitación a los/as participantes
- Dar a conocer los objetivos del curso, el contenido, y el orden del día.
- Familiarizar a los participantes con los capacitadores
- Realización de evaluaciones iniciales. (Pre-test de habilidades)



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
- Lapiceros.
- Hojas de trabajo (Evaluaciones iniciales)



Materiales para el Capacitador:

- Power Point con antecedentes, metas y objetivos del taller
- Papelógrafo y hojas de rotafolio. (Parqueo de preguntas)
- Marcadores.



Descripción de la actividad:

1. De la bienvenida a los/as participantes a la capacitación.
2. Los capacitadores se presentan a los participantes.
3. Haga una introducción de la capacitación.
 - Presente los antecedentes del proyecto Prevención Combinada de VIH.
 - Hable sobre el propósito de la capacitación en el contexto del proyecto de prevención combinada de VIH.
 - El/la facilitadora dará una presentación en power point con los objetivos y metas del programa, así como los objetivos específicos y resultados del taller.
 - Posteriormente se discute con los participantes su opinión al respecto y si desean agregar algo más a este proceso.

- Se toma nota de las sugerencias propuestas por los participantes
- Es importante ser flexible y tomar en cuenta las expectativas del grupo, sin desenfocarse de las metas puntuales del taller.
- Repase el horario del curso, los recesos, parqueo de pregunta y las expectativas diarias.
- Repase brevemente la descripción del manual del participante con sus respectivas secciones y materiales.
- Informe a las participantes dónde pueden encontrar los sitios importantes (o sea, baños, salón para el almuerzo, etc.)
- Entregue el pre-test a cada participante y brinde un tiempo prudencial para su llenado.
- Debe ser llenado de forma individual y explique que es un test confidencial para medir el nivel de conocimiento previo al curso, el cual no debe generar estrés.
- Recolecte la evaluación inicial y pase a la siguiente actividad.

Pase a la siguiente actividad

INTRODUCCIÓN DE LOS/LAS PARTICIPANTES, EXPECTATIVAS Y NORMAS



Tiempo Estimado: 30 Minutos.



Tipo de actividad: Rompe Hielo



Propósito: Familiarizar a los participantes con sus pares, conocer sus expectativas, y ponerse de acuerdo sobre una lista de normas de grupo.



Objetivos:

- Presentación de participantes.
- Conocer las expectativas de los participantes.
- Crear acuerdos grupales para la capacitación.



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
- Lapiceros.
- Hojas de trabajo (Conociéndonos con figuras de animales) Página 6.



Materiales para el Capacitador:

- Power Point
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.



Descripción de la actividad:

1. Explicar a los participantes que van a compartir información acerca de cada uno/a de ellos/as, para conocernos:
2. **PRESENTACIÓN DE PARTICIPANTES:** Pídales a las participantes que llenen individualmente sus hojas de trabajo. Con las siguientes preguntas:
 - ¿Su nombre
 - ¿Lugar de trabajo?
 - ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en consejería de VIH?
 - ¿De las actividades que hace dentro de su rol, en la labor de consejería cual es la que más difícil le parece?
 - ¿Expectativa del taller?

3. Posteriormente, indíqueles que busquen las personas que tienen la misma imagen que ellos/as en sus papeles. (Perro, Gato, Pato, Vaca)

(Opcional: Los participantes pueden añadir sonidos o mímicas para encontrar la misma imagen de sus papeles) luego deles unos 15 minutos para que discutan y lleguen a un consenso de sus respuestas, también debe seleccionar un moderador o portavoz del grupo.

4. Instruya que un participante de cada grupo reporte al grupo completo los nombres de los integrantes de sus grupos.

5. En relación a las expectativas no olvide destacar aquellas que no serán cubiertas en este taller.

6. Procese la actividad y continúe con la sección de normas de grupo. (Página 7)

7. **NORMAS DE GRUPO**, coloque otra hoja de papelógrafo y apoyándose de la diapositiva en power point realice las siguientes preguntas dirigiéndose a todo el grupo:

- ¿Cómo espero ser tratado durante esta capacitación?
- ¿Cómo espero tratar a los demás durante esta capacitación?
- ¿Que espero que suceda durante esta capacitación?
- ¿Que espero que no suceda durante esta capacitación?

8. Anote las respuestas de los participantes en el papelógrafo. Los capacitadores también podrán sugerir normas al grupo. Las normas deberán ser conductas concretas y posibles de cumplir (Ej. Si un participante dice "respetar al otro", pídale que den ejemplos de conductas que demuestren respeto, ya que no podemos "ver" una actitud).

9. Los capacitadores deberán asegurarse de que se incluyan normas importantes, tales como hablar uno a la vez, levantar la mano para hacer una pregunta, apagar los celulares y beepers, respetar la confidencialidad, etc. Asegúrese de que todas las normas estén bien definidas, y que sean conductas concretas, no actitudes.

10. Pídale a los participantes que repasen las normas, y decidan si hay alguna que deseen agregar o eliminar. Pídales que levanten la mano en señal de aprobación de estas normas. Coloque la lista final en un lugar visible, y déjela en ese lugar durante toda la capacitación.

11. Procese la actividad con el grupo completo.

Pase a la siguiente actividad

INTRODUCCIÓN AL NUEVO ENFOQUE



Tiempo Estimado: 60 Minutos.



Tipo de actividad: Grupal - Carrusel



Propósito: Que los participantes logren identificar las diferentes barreras que existen para la realización de la Prueba de VIH, pero que estas directamente relacionadas principalmente con El Usuario, El Consejero y El Sistema de Salud, no obstante, para fines prácticos deberá enfocarse en las de El Consejero, para tratar de superarlas y también apoyar con su labor algunas de El Usuario y / o El Sistema.

Es importante también que analice los beneficios que el usuario tiene de conocer su estatus, pues esto puede apoyar su labor para enfrentar algunas de las barreras identificadas en él.



Objetivos:

- Explorar las barreras del usuario y consejero sobre las pruebas de VIH y de la vinculación
- Explorar las barreras del sistema sobre las pruebas de VIH y de la vinculación
- Explorar los beneficios del usuario sobre las pruebas de VIH y de la vinculación



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
- Lapiceros.
- Hojas de trabajo (Ejercicio de barreras y beneficios página 8)



Materiales para el Capacitador:

- Power Point
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.










Descripción de la actividad:

1. Previamente coloque en el salón 4 papelógrafos con las siguientes frases:
 - Barreras del consejero
 - Barreras del usuario
 - Barreras del sistema
 - Beneficios del usuario
2. Seguidamente, ubique a los participantes de acuerdo a cada grupo de animal en unos de los papelógrafos, por ejemplo (Perro = Beneficios, Gato = Barreras Usuario, Pato = Barreras del sistema, Vaca = Expectativas), cada grupo ira escribiendo sus respuestas consensadas en cada papelógrafo.
3. Indíqueles que una vez colocadas sus respuestas roten al siguiente papelógrafo donde deberán complementar las respuestas de sus compañeros. Todos los grupos deberán pasar por todos los papelógrafos y regresar a su papelógrafo inicial.
4. Instruya que un participante de cada grupo reporte al grupo completo los hallazgos
5. Procese la actividad con el grupo completo
6. Preguntas de procesamiento:
 - a. Indagar inicialmente si todas las barreras identificadas en cada ítem, corresponden realmente a él, en algunos casos se colocan barreras de El Sistema en El Usuario, y viceversa. Es importante recalcar el hecho de colocar las que corresponden a cada ítem.
 - b. ¿Qué barreras dependen realmente de nosotros y cómo podríamos superarlas? Ejemplos

- c. ¿Qué barreras que no dependen de nosotros es importante tener en cuenta porque pueden repercutir directamente en nuestra labor?
- d. ¿Qué podemos apoyar desde nuestra labor, para reducir algunas barreras identificadas en otro ítem?

Pase a la siguiente actividad

PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE MUESTRA

-  **Tiempo Estimado:** 30 Minutos.
-  **Tipo de actividad:** Cátedra
-  **Propósito:** Fortalecer conocimientos en relación a las modalidades y tecnologías de pruebas de VIH rutinarias y enfocadas.
-  **Objetivos:**
- Actualizar información referente a modalidades y tecnologías de pruebas rutinarias y enfocadas.
 - Revisar y discutir los algoritmos diagnósticos de cada país.
-  **Material de apoyo para los participantes:**
- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
 - Lapiceros.
-  **Materiales para el Capacitador:**
- Power Point con información de /modalidades de la prueba de VIH /nuevas tecnologías / algoritmos
 - Papelógrafo y hojas de rotafolio.
 - Marcadores.
-  **Descripción de la actividad:**
1. La siguiente información que compartirá con los participantes requiere su debido estudio y conocimiento, puede apoyarse de la presentación power point y de un papelógrafo para dejar más clara su explicación a los participantes. Pueden surgir varias preguntas de los participantes por lo que debe de estar bien familiarizado con la información.
 2. Inicie el desarrollo del tema con una cátedra sobre modalidades de pruebas de VIH rutinaria y enfocada y tecnología de pruebas, apoyándose de la presentación power point. Aclare cualquier duda relacionada al tema.
 3. Posteriormente, pregunte a los participantes con qué nivel de detalle conocen los algoritmos diagnósticos de VIH de su país. (quienes lo conocen, desde hace cuánto lo conocen, saben cuándo fue la última actualización, saben porque hicieron la actualización, etc)
 4. Procese la actividad y pase a la siguiente actividad.

Pase a la siguiente actividad

ACTUALIZACIÓN DEL VIH: EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN



Tiempo Estimado: 90 Minutos.



Tipo de actividad: Cátedra - Práctica



Propósito: Brindar información actualizada sobre el VIH y su nuevo enfoque de abordaje en el marco del continuo de la atención.



Objetivos:

- Revisar la historia y evolución de la pre y post consejería y su nuevo enfoque.
- Aportar y discutir información actualizada sobre VIH (Cascada de VIH)



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
- Lapiceros.
- Hojas de trabajo / Material de lectura (Hoja de trabajo sobre el continuo de atención página 9)



Materiales para el Capacitador:

- Power Point con información del VIH
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.









Descripción de la actividad:

1. La siguiente información que compartirá con los participantes requiere su debido estudio y conocimiento, puede apoyarse de la presentación power point y de un papelógrafo para dejar más clara su explicación a los participantes.
2. Pueden surgir varias preguntas de los participantes por lo que debe de estar bien familiarizado con la información. Explíquelo a su audiencia que compartirá cual es el nuevo enfoque en VIH.
3. Inicie el desarrollo del tema con la power point de la línea del tiempo en relación a la evolución de la consejería y su nuevo enfoque a nivel mundial.
4. Continúe preguntando a los participantes si han oído o conocen el tema del **“Cuidado del Continuo en VIH” y sobre la “Cascada de atención en VIH”**.
 - Detalle los estudios e investigaciones que apoyan esta información.
 - Presente las cascadas en Centroamérica.
 - Al finalizar su explicación, puede presentar el video de la cascada del continuo de atención (<https://www.youtube.com/watch?v=-zypp9gFpyU>) para dejar más clara la información presentada a los participantes.
 - Preguntas de Procesamiento:
 - ¿Conocían esta información?
 - ¿Quiénes sabían sobre esta información, quienes no sabían?
 - ¿Creen que es importante esta información?
 - ¿Del 1 al 10 que tan importante es para usted esta información (siendo el 10 la mayor calificación)?
 - ¿Cómo conecta esto con el trabajo de consejería?

5. Posteriormente, forme 4 sub-grupos y entregue la hoja de trabajo sobre el “**Continuo de atención**” sobre el continuo y las acciones que realiza un consejero. Primero deben de llenar la hoja de forma individual y posteriormente discutirla con su grupo.
6. Posteriormente, pida a cada grupo que compartan algunas de las respuestas que escucharon en algunas de las áreas del continuo. Compartiéndolo con el grupo grande.
7. Procese la actividad con el grupo completo. Preguntas de procesamiento:
 - ¿Qué les pareció esta discusión?
 - ¿Por qué fue creen que fue importante?
 - ¿Qué relevancia tiene con el trabajo que hace un consejero?
 - ¿Qué se queda con usted de esta actividad?

Pase a la siguiente actividad

ACTIVIDAD DE CIERRE - LOS PRO Y LOS CONTRA DÍA UNO

-  **Tiempo Estimado:** 15 minutos.
-  **Tipo de actividad:** Práctica
-  **Propósito:** Conocer por parte de los participantes lo bueno y malo, lo práctico lo no práctico del primer día de capacitación.
-  **Objetivos:**
 - Llenado de hoja de trabajo pro y contras.
-  **Materiales:**
 - Hoja de trabajo (A favor y en contra para el día 1 página 10)
-  **Descripción de la actividad:**
 1. Distribuya el formulario de Los Pro y los Contra. Describa su propósito y uso.
 2. Pida a los participantes que lo completen y lo devuelvan antes de irse.
 3. Destaque que el formulario es anónimo.
 4. Dígale a los participantes que mañana en la mañana compartiremos sus comentarios con el grupo.
 5. Deséales éxitos y buen descanso para el resto de la jornada.







SEGUNDO DÍA

Generalidades:

Este día está considerado para la parte práctica, se busca con ello actualizar la forma de hacer consejería, basados en la evidencia científica que lo avala y ponga en práctica conceptos básicos como:

- Da certeza del estado serológico, ya que, al dar un resultado, posibilita ofrecer alternativas reales y específicas de prevención.
- Tiene claro que la reciente evidencia científica establece que la prevención de VIH se enfoca en evitar nuevas infecciones y que la participación de personas con y sin VIH es igualmente importante.
- Es inclusivo, promueve el uso de nuevas y diversas tecnologías para la prevención sin olvidarse de las tradicionales.
- Cierra las brechas de la cascada de atención, es decir, no concluye con la entrega de resultados, sino que vincula a la persona usuaria con su necesidad específica inmediata.
- Conecta con los servicios de prevención y atención. En cada resultado positivo observa la posibilidad de vincular a la persona usuaria con el servicio de salud y en cada resultado negativo la posibilidad de retención.
- Cambia el paradigma de vivir con VIH. Reconoce que el cambio de enfoque no solo es en la consejería sino también en las personas que la realizan; entregar un resultado positivo significa la posibilidad de ayudar a una persona a mejorar la calidad de su vida, deja de lado la compasión y el fatalismo.

INTRODUCCIÓN DEL TALLER Y BIENVENIDA DE LOS/AS PARTICIPANTES METAS Y OBJETIVOS

-  **Tiempo Estimado:** 30 Minutos.
-  **Tipo de actividad:** Cátedra.
-  **Propósito:** Dar la bienvenida a los participantes y dar un espacio para compartir las vivencias del día anterior y atender cualquier problema.
-  **Objetivos:**
 - Retroalimentar a los participantes con los pro y contras del día anterior
 - Hacer un pequeño resumen de las enseñanzas del día anterior.
-  **Materiales:**
 - Hojas de papelógrafo, Atril y Marcadores
 - Los Pro y los Contra del día anterior
-  **Descripción de la actividad:**
 1. Los capacitadores hacen un resumen de la retroalimentación en los Pro y los Contra del día anterior y comparten con el grupo completo. Atienda cualquier problema o comentarios.
 2. Pregúntele a los participantes si tienen algún comentario o preguntas sobre el día anterior, o sobre los Pro y los Contra.
 3. Repase la agenda del día.

Pase a la siguiente actividad

EXPERIENCIA EN EL PROCESO ACTUAL DE CONSEJERÍA



Tiempo Estimado: 30 Minutos.



Tipo de actividad: Grupal



Propósito: Que los participantes puedan identificar emociones y sentimientos tanto del Usuario como del consejero desde que entra a la pre consejería hasta que sale de la post consejería con su resultado.



Objetivos:

- Identificar emociones vividas y hacer una discusión sobre lo que las puede desencadenar.
- Al identificar lo que puede causar ciertas emociones, podrá saber entonces que debe procurar para cambiar la experiencia para ambos, Usuario y consejero.



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
- Lapiceros.
- Papelógrafos



Materiales para el Capacitador:

- Power Point con información del VIH
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.



Descripción de la actividad:




1. Con el ejercicio trazado en la pantalla se les pide a los cuatro grupos ya formados que 2 trabajen en identificar la vivencia del USUARIO en el proceso y los otros dos que trabajen la vivencia del CONSEJERO.
2. Es importante que recalque la importancia de identificar emociones y no actividades.
3. Al finalizar el ejercicio se le solicita a cada uno que comparta lo que identificó.
4. Al finalizar los 4 grupos su exposición, en plenaria se discuten las siguientes preguntas.


Preguntas de procesamiento:


- ¿Hay similitud entre las emociones identificadas en los USUARIOS que en los CONSEJEROS?
- Cuando hay emociones identificadas como de: Miedo, temor, angustia, incertidumbre, desconfianza, confusión, etc. Deberá indagar y discutir con el grupo, ¿Qué creen ustedes que puede estar ocasionando estas emociones tanto en USUARIO como en CONSEJERO?
- ¿Consideran ustedes que experimentando estas emociones el USUARIO esté en condiciones de comprometerse a un siguiente paso? ¿Consideran ustedes que experimentando estas emociones el CONSEJERO puede desarrollar óptimamente su trabajo y lograr que la persona se comprometa al siguiente paso?
- ¿Qué puede hacerse diferente dentro de la actividad de consejería para hacer una experiencia diferente tanto para USUARIO como para CONSEJERO?


Pase a la siguiente actividad


EL PAPEL DEL CONSEJERO/A EN PRUEBAS DE VIH

-  **Tiempo Estimado:** 40 Minutos.
-  **Tipo de actividad:** Juego de roles
-  **Propósito:** Identificar las estrategias utilizadas de manera regular en consejería por parte de las personas participantes.

-  **Objetivos:**
 - Brindar a las personas participantes la posibilidad de mostrar el abanico de estrategias utilizadas de manera regular en el proceso de consejería.
 - Ejemplificar situaciones comunes asociadas al proceso de consejería

-  **Material de apoyo para los participantes:**
 - Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante
 - Lapiceros.
 - Hojas de trabajo / Estudios de caso (#1 Mike y #2 Sebastián página 26)

 Mike es un chico gay de 21 años, nunca antes se ha realizado la prueba de VIH. Tiene bastante miedo por la posibilidad de obtener un resultado reactivo. Le preocupan todos los mitos asociados al VIH especialmente los que lo plantean como sinónimo de muerte.

 Sebastián tiene 39 años, realiza su prueba de VIH frecuentemente desde los 30. En varias ocasiones ha solicitado los servicios de detección de PASMO, conoce los procedimientos y los formatos que hay que llenar. Le interesa obtener un servicio lo más rápido posible ya que en otras ocasiones ya le han aclarado todas sus dudas en torno al VIH.

Materiales para el Capacitador:

- Power Point con información del VIH
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.
- Mesa disponible para la simulación del proceso de consejería e insumos asociados a la realización de las pruebas de detección.

Descripción de la actividad:

1. El facilitador de la actividad solicitará la participación voluntaria de dos personas. Ambos realizarán el papel de consejeros. En caso de que no haya voluntarios se elegirán dos personas al azar.
2. Pida a las personas que jugarán el rol de consejeros que salgan del salón de forma tal que solo la audiencia conozca los casos.
3. Dos personas integrantes del equipo facilitador jugarán el rol de Mike y Sebastián.
4. Terminados los juegos de roles se cuestionará a las personas que jugaron el rol de miembros de la población para que compartan su experiencia y posteriormente se lanzará la misma pregunta a los que jugaron el rol de consejeros.
5. En plenaria se enfatizará en los aspectos que promueven la visión moderna en consejería y se comentarán los aspectos que obstaculizan la transición de una consejería tradicional a una moderna.

Pase a la siguiente actividad

CARRUSEL DE JUEGO DE ROLES – PRE CONSEJERÍA CON EL NUEVO ENFOQUE



Tiempo Estimado: 60 minutos



Tipo de actividad: Carrusel de juego de roles.



Propósito: Practicar la consejería Pre-Prueba con el nuevo enfoque o consejería plus



Objetivos:

- Desarrollar destrezas para brindar pre consejería plus
- Ofrecer la posibilidad de que las personas participantes asuman visiones distintas dentro de la consejería plus.
- Identificar retos comunes asociados al proceso de consejería tradicional y consejería plus.



Material de apoyo para los participantes:

- Power Point/Hojas de trabajo “Juego de roles de Tony, Sharon y Joshua” (Página 30)
- Lapiceros.



Materiales para el Capacitador:

- Papelógrafo y hojas de rotafolio y Marcadores.
- Presentación Power point (Pre consejería)
- Power Point con los casos de Tony, Sharon y Joshua
- Mesa disponible para la simulación del proceso de consejería e insumos asociados a la realización de las pruebas de detección.



Descripción de la actividad:

1. El facilitador de la actividad dividirá al grupo en subgrupos de 3.
2. Indique a las personas que durante un minuto jugarán el rol de consejero(a), usuario(a) u Observador(a). Cada grupo elige que rol tendrán, considerando que quienes tienen más tiempo en consejería sean quienes hagan ese rol inicial, quienes tienen poco tiempo el de usuario(a) y quienes tienen muy poco tiempo, nada de tiempo, nunca han hecho o nunca harán consejería sean observadores(as).
3. El primer minuto será para determinar los roles.
4. Cada 5 minutos las personas de los subgrupos jugarán los roles de consejero, persona usuaria y observador.
5. Una vez jugados los 3 roles se hará una plenaria para observar diferencias, habilidades, visiones y forma en que abordaron cada una de las situaciones. Las mismas indicaciones aplican para carrusel de pre y post consejería.

Preguntas de procesamiento.

- ¿Qué diferencias identifican entre la consejería pre tradicional y la consejería plus?
- ¿Qué elementos de la consejería plus pueden utilizar en su labor y cuáles no?
- ¿Qué beneficios identifica para el usuario(a)?
- ¿Cómo este nuevo enfoque puede mejorar su trabajo?

Pase a la siguiente actividad

PROCEDIMIENTOS DE CONSEJERÍA POST PRUEBA DE VIH



Tiempo Estimado: 30 minutos



Tipo de actividad: Cátedra y actividad de grupos



Propósito: Discutir los elementos de la consejería para la Post-Prueba con el nuevo enfoque.



Objetivos:

- Revisar los elementos de la consejería post prueba con el nuevo enfoque.



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante.
- Hojas de trabajo
- Lapiceros.



Materiales para el Capacitador:

- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.
- Presentación Power point (Post consejería)



Descripción de la actividad:

1. Usando la power point, hable brevemente sobre la siguiente información, que cubre la consejería Post-Prueba no importa el resultado:
2. Recuérdeles a los participantes que se continúan aplicando las **Observaciones General para las Sesiones Post-Prueba**, discuta la siguiente información con el grupo:
 - Objetivos de una Sesión Post-Prueba
 - Comunicar el resultado de la prueba del VIH
 - A. Dar un resultado negativo de la prueba del VIH
 - B. Dar un resultado preliminarmente positivo de la prueba del VIH
 - C. Dar un Resultado confirmatorio Positivo de la Prueba d del VIH
3. Ofrecer Consejería Post-Prueba

Información tradicional Post prueba para resultados VIH Negativo Incluyen:

- Significado del resultado de una prueba
- Posibilidad de exposición al VIH en los últimos 2 meses (período de ventana) o desde que se hizo esta prueba
- Ponga énfasis en lo que no implica una prueba negativa
- Refuerce el plan personal para la reducción de riesgos
- Documente en los registros cuando ofrezca consejería post-prueba
- Modernamente los proveedores pueden referir a los clientes con alto riesgo a programas de prevención especiales.
- Uno de los retos de entregar resultados negativos es que las personas no siempre comprenden el significado de la palabra “negativo” en el contexto médico. Tradicionalmente “negativo” significa algo malo. Es importante asegurarse que los clientes comprendan el término.

Información tradicional Post-prueba para resultados de prueba de VIH preliminarmente Positivas (Prueba inicial)

- La prueba de tamizaje resulta positiva, pero esto es solo una prueba preliminar. Los resultados no son finales hasta que el cliente obtenga los resultados de la prueba confirmatoria.
- Conduzca una evaluación a profundidad sobre riesgos y ayude al cliente a entender la posibilidad de que su prueba resulte en un “verdadero” positivo.
- Desarrolle un plan de prevención y reducción de daños, centrado en el cliente.
- Explíquelo que, si está infectado, es capaz de transmitir el VIH a su pareja sexual o compañero/a con quien comparte jeringa/aguja;
- Enfatique la importancia de evitar comportamientos que puedan transmitir el virus a otras personas
- Evalúe la habilidad del cliente de lidiar con los resultados y provéale con referencias y apoyo mientras espera los resultados confirmatorios.
- Recolecte la muestra para la prueba confirmatoria y realice la cita para la entrega de los resultados.
- Trabaje con el cliente para agendar un tiempo conveniente y que regrese a retirar su resultado confirmatorio.
- Considere iniciar una discusión preliminar con respecto a la notificación de su/s pareja/s y evalúe posibilidad de violencia doméstica.

Información tradicional Post-prueba para resultados confirmatorios Positivos.

- Debe quedar claro para la persona como para el consejero que un resultado positivo es una oportunidad para iniciar un proceso en donde se puede mejorar la calidad de vida de las Personas positivas,
- No se trata de celebrar con las personas el resultado, pero el consejero debe tener claro que el hecho de que la persona sepa su estatus es lo mejor que le puede pasar en términos de oportunidad para que en el seguimiento de su cuidado, esté sabido de lo que esto conlleva.
- El dar un resultado positivo a una persona, hoy por hoy no es más una sentencia de muerte y ello debe estar claro para el consejero no en su verbalización hacia la persona, pero si en cuanto a la experiencia que la persona viva, al enterarse de su resultado y de lo que se le pueda en ese momento motivar a que inicie su atención en salud.
- La tarea del consejero al entregar un resultado positivo, es principalmente hacer del conocimiento de la persona su resultado, pero de cómo lo haga dependerá grandemente las acciones que la persona quiera seguir, y el momento en que decida hacerlo.
- Hacer frente a las consecuencias emocionales al conocer el resultado
- Informar al cliente sobre tratamientos médicos disponibles y servicios de apoyo
- Explique que la información relacionada a su estado serológico es confidencial
- Manejo de posibles actos discriminatorios como resultado de la divulgación del resultado de la prueba
- Guiarles con procesos de cambio de comportamiento para prevenir la transmisión de infección por VIH
- Notificación de pareja/s sexuales o de intercambio de jeringas/aguja, incluyendo contactos (tal como un esposo/a) que ya conoce el consejero o proveedor de salud.
- Requerimientos de reporte de VIH
- Evaluación sobre violencia doméstica
- Prevención de transmisión perinatal
- Responsabilidad del proveedor de servicios en realizarle citas de seguimiento para el cuidado médico

TAREAS PARA EL CONSEJERO/A DURANTE EL PROCESO DE POST-CONSEJERÍA BAJO EL NUEVO ENFOQUE

Negativos:

- El consejero debe estar claro que la prevención de VIH se hace con positivos y negativos y que la prueba inicial permite dar alternativas realistas e inmediatas.
- Un caso negativo representa una oportunidad de retención a los servicios de prueba.

- Procure la retención en los servicios de detección promoviendo la realización de al menos dos pruebas de VIH al año.
- Promueva el uso de estrategias de prevención. (No se centre solo en el uso del condón).
- Ofrezca opciones de reducción de riesgos.
- Promueva el conocimiento del estado serológico de las parejas sexuales.

Positivos:

- De certeza del siguiente paso inmediato. No incluya información a mediano ni a largo plazo.
- Elimine o minimice cualquier idea negativa en torno al VIH, utilizando la nueva evidencia científica.
- Concrete lo más pronto posible (antes de 72 hrs.) el proceso de vinculación al servicio de salud y ejecute estrategias que eliminen las posibles barreras. Ejemplo: Confirmar datos de contacto.
- Informe a la persona que se le acompañará durante todo el proceso.
- Resalte los beneficios de ser enlazado con el agente hospitalario.
- No olvide continuar con una visión amplia (de cascada de atención).
- Recuerde que acceder al siguiente pilar de la cascada de atención garantiza el mantenimiento o mejoramiento de la calidad de la vida de la persona usuaria

Preguntas de procesamiento.

- ¿Cuál es el nuevo rol del consejero(a)?
- ¿Qué es el plus en la consejería después de ver las tareas en consejería con base al nuevo enfoque?
- ¿Cuál considera que es la actitud que debe mostrar el o la consejera al dar un resultado positivo?
- ¿Qué importancia tiene dar la post consejería con base al resultado?
- ¿Qué diferencias identifica entre la consejería pre y post prueba?
- ¿Qué diferencias identifica entre la consejería tradicional y la consejería plus?

Nota: Diga al grupo que procederemos a practicar lo anterior con casos de estudios.

Pase a la siguiente actividad

CARRUSEL DE JUEGO DE ROLES – POST CONSEJERÍA DE VIH CON EL NUEVO ENFOQUE



Tiempo Estimado: 60 minutos



Tipo de actividad: Juego de Roles



Propósito: Practicar la consejería Post-Prueba bajo el nuevo enfoque plus.



Objetivos:

- Desarrollar destrezas para brindar post consejería bajo el nuevo enfoque.



Material de apoyo para los participantes:

- Hojas de trabajo “Juego de roles de Tony, Sharon y Joshua” (Página 30)
- Lapiceros.



Materiales para el Capacitador:

- Papelógrafo y hojas de rotafolio y Marcadores.
- Presentación Power point (Post consejería)



Descripción de la actividad:

1. El facilitador de la actividad dividirá al grupo en subgrupos de 3 que se crearon en el ejercicio de consejería pre.
2. Indique a las personas que durante un minuto jugarán el rol de consejero(a), usuario(a) o Observador(a). Cada grupo elige que rol tendrán, considerando que quienes tienen más tiempo en consejería sean quienes hagan ese rol inicial, quienes tienen poco tiempo el de usuario(a) y quienes tienen muy poco tiempo, nada de tiempo, nunca han hecho o nunca harán consejería sean observadores(as).
3. Aclare que los casos son los mismos que en el ejercicio de consejería pre.
4. El primer minuto será para determinar los roles.
5. Cada 5 minutos las personas de los subgrupos jugarán los roles de consejero, persona usuaria y observador.
6. Una vez jugados los 3 roles se hará una plenaria para observar diferencias, habilidades, visiones y forma en que abordaron cada una de las situaciones. Las mismas indicaciones aplican para carrusel de pre y post consejería.

Preguntas de procesamiento.

- ¿Qué diferencias identifican entre la consejería post tradicional y la consejería plus?
- ¿Qué elementos de la consejería plus pueden utilizar en su labor y cuáles no?
- ¿Qué beneficios identifica para el usuario(a)?
- ¿Cómo este nuevo enfoque puede mejorar su trabajo?
- ¿Qué diferencias identifica al hacer consejería post con base al resultado con el nuevo enfoque?

Pase a la siguiente actividad

ACTIVIDAD DE SUPOSICIONES / CAJA REGISTRADORA



Tiempo Estimado: 15 a 30 minutos



Tipo de actividad: Práctica



Propósito: Discutir el impacto de las suposiciones en la labor de la consejería.



Objetivos:

- Revisar las barreras de las suposiciones en el rol del consejero/a.



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes, situados en el escritorio de cada participante.
- Hojas de trabajo (caja registradora Página 38)
- Lapiceros.



Materiales para el Capacitador:

- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.
- Presentación Power point (Arco de Distorsión - Imágenes sobre percepción)



Descripción de la actividad:

1. Diga al grupo que ahora exploraremos brevemente las dinámicas de comunicación efectiva y la importancia a la hora de realizar una orientación.
2. Dígale a los participantes que ahora van a trabajar más este tema, leyendo y discutiendo un breve escenario. Distribuya la **Caja Registradora** a cada persona. Pida a los participantes que lean la historia de manera individual y que luego contesten las preguntas. Dele unos 5 minutos.
3. Una vez los participantes hayan terminado de contestar las preguntas, dígales que se dividan en pequeños grupos. En estos grupos, pida a los participantes que compartan sus respuestas con los demás, y que discutan sobre cualesquier diferencias que puedan tener. Dele aproximadamente 5 minutos.
4. Discuta las preguntas con el grupo completo. **Nota: No hay suficiente información en la historia para poder contestar definitivamente ninguna de estas preguntas, excepto la #3 (Falso) y la #6 (Verdadero)** Discuta con los participantes. Destaque el hecho de que, para todas las demás expresiones, ellos tuvieron que hacer suposiciones a fin de contestar las preguntas, o sea, que la información que ellos necesitaban no estaba explícita. ¿Cuáles fueron algunas de las suposiciones que hicieron? ¿Todos los del grupo hicieron las mismas suposiciones? ¿Por qué o por qué no?
5. Hable sobre lo que son las suposiciones. ¿De dónde provienen? ¿Cómo las aprendemos? ¿Qué propósito cumplen? Discuta con el grupo.
6. Hable con el grupo sobre los beneficios de las suposiciones: ¿Cómo nos ayudan? Hable sobre las desventajas de las suposiciones: ¿cómo nos hacen daño?
7. Destaque el hecho de que todos hacemos suposiciones (Pida ejemplos de suposiciones que la gente hace) y que existen aspectos positivos y negativos del uso de suposiciones. Las suposiciones pueden ser protectoras, pero también pueden ser dañinas. Las empleamos todo el tiempo, pero normalmente no nos damos cuenta. ¿Qué podemos hacer para estar más conscientes de nuestras suposiciones a fin de poder tomar decisiones más informadas?
8. Procese la actividad

Pase a la siguiente actividad

VINCULACIÓN Y PRUEBAS DE VIH



Tiempo Estimado: 60 minutos



Tipo de actividad: Cátedra – Juego de roles



Propósito: Discutir el concepto de vinculación de las personas de poblaciones claves a los servicios de prueba confirmatoria, de tratamiento y de apoyo.



Objetivos:

- Revisar las barreras de las suposiciones en el rol del consejero/a.



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes.
- Lapiceros.
- Hoja de trabajo juego de roles / vinculación (Página 39)



Materiales para el Capacitador:

- Power Point
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores.



Descripción de la actividad:

1. Inicie la sesión pidiendo al grupo que responda a la siguiente pregunta:
 - “Cuál es la diferencia entre vincular/enlazar a la persona a un servicio de salud y hacer un referido hacia un servicio de salud?”
 - Escriba las respuestas en un papelógrafo (opcional)
2. Comparta las siguientes repuestas usando la presentación PPT (escribalas en un rotafolio)
 - **Vinculación o enlace:** El proceso de conexión directa de un cliente de un servicio a otro, en este caso de la prueba del VIH preliminar a la prueba confirmatoria y/o de la prueba confirmatoria al cuidado médico y/o de apoyo en VIH.
 - **Referido:** El acto en el que un proveedor/ institución da a un cliente la dirección de otro proveedor/ institución de servicios de salud o tratamiento y les recomiendan que vayan a este servicio.

Actividad de grupo: Diseño de línea de tiempo

- Divida al grupo como lo hizo en el ejercicio de La experiencia del proceso.
- Muestra el ejemplo de línea del tiempo en rotafolio, indique que al desarrollar cada grupo la suya, el proceso inicia en la post consejería y que concluye con la llegada de la persona usuaria al servicio de salud.
- Divididos en grupos de máximo 6 personas se pedirá a las personas participantes que realicen una línea del tiempo para concretar una vinculación a servicios de salud tomando en cuenta las barreas identificadas en el día 1 asociadas al sistema, la persona usuaria y la persona consejera.
- Es importante hacer hincapié en que muchas situaciones no podrán cambiar, pero la indicación será crear estrategias de eliminen o reduzcan la posibilidad de que la persona no acuda a los servicios de salud.
- La actividad deberá contextualizarse a la situación de cada país debido a que en algunos países la vinculación se realiza una vez que se tiene un resultado reactivo preliminar y en otros casos la vinculación se realiza a servicios de laboratorio para toma de muestras.







- Una vez concluida la línea del tiempo un representante del equipo la expondrá al resto de los asistentes.
- El facilitador rescatará las estrategias más valiosas que beneficien la vinculación a servicios de salud.
- Es importante que quede claro que durante la vinculación debe asumirse una postura directiva especialmente a la hora de concretar la vinculación a los servicios de salud, es decir en un caso positivo al VIH, Algunas veces se piensa que entre más libertad se ofrezca a las personas usuarias más fácil será que accedan a los servicios ofertados, sin embargo, en este caso particular deberán enfatizarse en la importancia de agendar horarios, citas, fechas. Todo esto de la forma más amigable posible y que se evidencie la actitud de servicio de parte del consejero, puede incluso ofrecer acompañamiento si se requiere y la labor lo considera, porque una postura directiva no es sinónimo de coercitiva.

Preguntas de procesamiento

- ¿Cuál es el rol del consejero(a) con el nuevo enfoque?
- ¿Qué barreras identifica en el usuario(a) y cómo se pueden superar?
- ¿Qué cosas considera estratégicas en la vinculación con el nuevo enfoque?
- ¿Cómo se relaciona la vinculación con la consejería pre y pos prueba rápida?

Pase a la siguiente actividad

ACTIVIDAD DE CIERRE - LOS PRO Y LOS CONTRA DÍA DOS

-  **Tiempo Estimado:** 15 minutos
-  **Tipo de actividad:** Práctica
-  **Propósito:** Conocer por parte de los participantes lo bueno y malo, lo practico lo no practico del primer día de capacitación.
-  **Objetivos:**
 - Llenado de hoja de trabajo pro y contras.
-  **Material de apoyo:**
 - Hoja de trabajo (Los Pro y los Contra Página 42)
-  **Descripción de la actividad:**
 1. Distribuya el formulario de Los Pro y los Contra. Describa su propósito y uso.
 2. Pida a los participantes que lo completen y lo devuelvan antes de irse.
 3. Destaque que el formulario es anónimo.
 4. Dígale a los participantes que mañana en la mañana compartiremos sus comentarios con el grupo.
 5. Deséeles éxitos y buen descanso para el resto de la jornada.

TERCER DÍA

Generalidades:

- Este día está considerado para trabajar algunos aspectos importantes que podrán apoyar a que la experiencia tanto para usuario como para consejero sea diferente y apoye al seguimiento oportuno de la población clave.
- El participante debe luego de su participación durante este día, tener claro y definidas algunas acciones para hacer que la Consejería este:
 - Centrada en la persona usuaria, dejando de promover comportamientos saludables generales y coercitivos, y busca la empatía al conocer la necesidad específica expresada por la persona usuaria, libre de estigmas y discriminación.
 - Transforma la experiencia de detección, en un proceso menos estresante, más agradable, de mayor valía y por tanto de mejor calidad en el servicio a través de herramientas de la mercadotecnia social.
 - El consejero identifica ejercicios que le ayudaran a manejar situaciones de crisis, sobre todo internas o personales y podrá cuidarse del proceso de estrés y agotamiento con algunos cuidados personales.

BIENVENIDA AL DÍA TRES & LOS PROS Y LOS CONTRA DEL DÍA ANTERIOR



Tiempo Estimado: 30 Minutos.



Tipo de actividad: Cátedra.



Propósito: Dar la bienvenida a los participantes y dar un espacio para compartir las vivencias del día anterior y atender cualquier problema.



Objetivos:

- Retroalimentar a los participantes con los pro y contras del día anterior
- Hacer un pequeño resumen de las enseñanzas del día anterior.



Materiales:

- Hojas de papelógrafo, Atril y Marcadores
- Los Pro y los Contra del día anterior



Descripción de la actividad:

1. Los capacitadores hacen un resumen de la retroalimentación en los Pro y los Contra del día anterior y comparten con el grupo completo. Atienda cualquier problema o comentarios.
2. Pregúntele a los participantes si tienen algún comentario o preguntas sobre el día anterior, o sobre los Pro y los Contra.
3. Repase la agenda del día.

Pase a la siguiente actividad

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PRUEBAS DE VIH



Tiempo Estimado: 60 minutos



Tipo de actividad: Cátedra



Propósito: Proveer los contenidos básicos para el manejo de las situaciones de crisis que podrían surgir al entregar resultados de pruebas de VIH.



Objetivos:

- Revisar contenidos sobre el manejo de situaciones de crisis
- Reconocer pasos claves para un abordaje de una situación de crisis.



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes,
- Material de lectura
- Lapiceros.



Materiales para el Capacitador:

- Power point
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores



Descripción de la actividad:

1. Informe a los participantes que hablaremos de intervención en crisis, Puede iniciar preguntado a los participantes:
 - ¿Cuántos han estado en procesos de crisis?
 - ¿Cuántos han tenido que manejar procesos de crisis al entregar un resultado?
 - ¿Qué tan frecuentes es? ...Y lo difícil que es manejar esas situaciones.
 - Nota: Las situaciones de crisis puede ser que no se presenten muy seguido, pero es importante que usted esté preparado para saber cómo abordarlas.
2. Puesto que los consejeros irán encontrando varias personas que se encuentran en estado de crisis antes de la realización de la prueba de VIH o como resultado de un diagnóstico, esta sesión está diseñada para dar el conocimiento y las habilidades necesarias para identificar la crisis, y para ayudar a los participantes a tomar medidas positivas hacia la resolución de la crisis.
3. Es importante enfatizar a los/as participantes que esta sesión se enfocará en la intervención de crisis que es diferente de otros tipos de asistencias. Aquí hay tres formas que hacen apropiado que sea dirigida por alguien en el papel de “apoyador/a”. Estas son: 1) se enfoca en el aspecto saludable, adaptativo de la persona; 2) no hay patología o clasificación en términos de enfermedad mental en el modelo de crisis; y 3) es un alcance orientado al problema y dirigido a la conducta del miembro y el proceso de pensamiento.
4. Indíqueles que procedan hacer una lectura del material de esta sección de forma individual y posteriormente en grupos de trabajo conteste las siguientes preguntas:
 - ¿Qué les pareció el material que leyeron?
 - ¿Qué les llamo más la atención? ¿Por qué?
 - ¿Qué cosas o elementos son importantes o que debemos tener presentes como consejeros?
 - ¿Cómo ha manejado anteriormente usted una situación de crisis? ¿Lo ha hecho de forma diferente o similar a lo que se expone en la lectura?

- ¿Qué cosas podrían faltar?
5. Al finalizar, procese la actividad.
- ¿Qué les pareció la actividad?
 - ¿Útil o no útil?
 - ¿Por qué?
 - ¿Que se queda con ustedes de esta actividad?

Notas para el Capacitador: Recuerde las siguientes claves básicas para intervención en crisis:

- Escuche a la persona (sentimientos)
- Manejo del silencio
- Brinde asesoría (alternativas)
- Ayude hacer un plan de acción.
- Haga un resumen.

Pase a la siguiente actividad

CUIDADO DEL ORIENTADOR



Tiempo Estimado: 30 minutos



Tipo de actividad: Cátedra - lectura y practica



Propósito: Aumentar el conocimiento y las habilidades de los/as facilitadores sobre los posibles efectos nocivos del estrés y empezar a explorar mecanismos de afrontamiento positivo y técnicas de relajación.



Objetivos:

- Definir “Estrés” y su efecto sobre la salud de los orientadores/as
- Examinar habilidades eficaces para el manejo del estrés y las técnicas de relajación



Material de apoyo para los participantes:

- Carpetas de los participantes,
- Material de lectura
- Lapiceros.
- Hojas de trabajo (Páginas 101, 102 y 104)



Materiales para el Capacitador:

- Power point
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores



Descripción de la actividad:

1. Esta sección es básicamente de llenado de hojas de trabajo y lectura.
2. Puede iniciar comentando la importancia del bienestar físico y mental para poder dar una adecuada consejería. No podemos transmitir lo que no tenemos. Si nosotros no cuidamos por nuestro cuidado nadie lo hará tampoco.
3. Indíquelo a los participantes que luego de la primera lectura “manejo del estrés” llenen las hojas de trabajo en el siguiente orden:
 - “Que tan vulnerable eres tú ante el estrés”
 - “Como manejas el estrés”
 - “Tomando la vida positivamente”
4. Cada participante puede ir finalizando a diferentes tiempos, es recomendable que el facilitador este acercándose a las mesas para ir orientando el llenado de las hojas trabajo y aclarando las interrogantes de los participantes, principalmente a la hora de sacar los cálculos y puntajes de las valoraciones de estrés y vulnerabilidad.
5. Al finalizar, indíqueles que hagan las últimas lecturas de la sección y procese la actividad e indíqueles que continúen con la siguiente sección.
 - Preguntas de procesamiento:
 - ¿Habían tenido la oportunidad de llenar evaluaciones de autocuidado?
 - ¿Qué les parece sus resultados? ¿Malos o Buenos?
 - ¿Qué les llamo más la atención de los resultados? ¿Por qué?
 - ¿Considera importante el tema del autocuidado? ¿Por qué?
 - ¿Qué tiene esto que ver con grupos de apoyo?
 - ¿Si el facilitador llega quemado/ cargado, que puede pasar en el grupo?
 - ¿Que se queda con ustedes de esta actividad?

Pase a la siguiente actividad

CONCEPTOS DE MERCADEO EN EL NUEVO ENFOQUE DE CONSEJERÍA



Tiempo Estimado: 30 minutos



Tipo de actividad: Cátedra y Práctica



Propósito: Introducir algunos conceptos de Mercadeo Social que ayudaran con pequeños detalles a hacer diferente la experiencia en el espacio en donde se lleva a cabo la Consejería.



Objetivos:

- Explicar brevemente que, con pequeños detalles, se puede hacer que la experiencia se viva de forma diferente.
- Definir los conceptos de mercadeo que más aplican a este ejercicio.
- Hacer un plan a corto plazo de algunos de estos detalles que podrán incorporar de forma inmediata a la experiencia.



Materiales para el Capacitador:

- Power point
- Papelógrafo y hojas de rotafolio.
- Marcadores
- Hojas de trabajo Páginas 106 y 107



Descripción de la actividad:

1. Con ayuda de la presentación defina cada uno de los conceptos y explique de que forma aplican a la situación planteada al interior de los espacios en donde se realiza la consejería pre y post prueba.
2. Haga uso de los ejemplos de otras marcas y como estas quedan en la mente y en el corazón de los consumidores, pida a los participantes que le digan lugares a los que ellos regresarían y a los que no y pregunte por qué lo harían.
3. Al obtener las respuestas la mayor parte de las personas recuerdan lugares o espacios a donde regresarían justamente por el "Servicio y /o atención al cliente" que ahí reciben. Indague en que aspectos ellos pueden evidenciar este "buen trato", palabras, frases, gestos, etc.
4. Pida a los participantes realizar el ejercicio que aparece en pantalla y rescate de ellos pequeños ejemplos de detalles que no son costosos o que no implicarían una logística muy elaborada para ponerlos en práctica y apoyar que la experiencia vivida dentro del espacio de consejería sea diferente tanto para el USUARIO como para el CONSEJERO.

Pase a la siguiente actividad

ACTIVIDAD DE CIERRE - CIRCULO DE LANA



Tiempo Estimado: 30 minutos



Tipo de actividad: Práctica



Propósito: Realizar un cierre del taller con todos los participantes.



Objetivos:

- Permitir participantes provee retroalimentación relacionado al aprendizaje y experiencia de la capacitación.
- Esforzar la importancia de trabajar en equipo.



Material de apoyo:

- Hilo de Lana



Descripción de la actividad:

1. Pida a los participantes que se coloquen en un círculo.
2. Dígales que ahora estaremos concluyendo la sesión ponderando sobre la misma.
3. Explique que para esto estaremos realizando dicha reflexión usando la actividad el círculo de lana.
4. Modele para el grupo lo que ellos deben de hacer:
 - Tome un lado de la lana y diga una frase o palabra que revele cómo se siente al finalizar esta sesión.
 - Arroje la lana a otra persona del salón hasta que la misma haya pasado por todas las manos sin dejar a nadie.
 - Pida a las personas del grupo que noten como la madeja los une y que de la misma forma ahora estarán unidos en este esfuerzo.
 - Dígales que noten como cuando uno tira de la madeja otros pueden sentirlo y que ninguno para desapercibido al otro mientras estemos unidos.
 - Corte los hilos de la madeja y deje a los participantes un pedazo del mismo para hacer un listón de solidaridad de VIH.

Pase a la siguiente actividad

EVALUACIONES Y CIERRE



Tiempo Estimado: 15 minutos



Tipo de actividad: Evaluación



Propósito: Completar las evaluaciones finales y despedirse de los participantes.



Objetivos:

- Evaluar el nivel de efectividad del taller y los materiales.
- Evaluar el nivel de satisfacción del taller
- Hacer entrega de los certificados.



Material de apoyo:

- Evaluaciones post taller
- Certificados



Descripción de la actividad:

1. Distribuya las hojas de evaluación y recordar que son confidenciales y anónimas, no poner nombre.
2. Entrega de certificados.
3. Agradecer la participación y cierre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prevention Access Campaign. Undetectable=Untransmittable Primer Consensus Statement. 2016; Accessed Sept. 7, 2016.
2. CDC.gov. Living with HIV. 2016; Accessed 10/25/16.
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 Transmission. New England Journal of Medicine. 2016; (July 18):1-10.
4. Del Romero J, Castillo J, Hernando V, Rodríguez C, García S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. British Medical Journal. 2010; 340:c2205.
5. Frieden TR, Foci KE, Mermin J. Applying Public Health Principles to the HIV Epidemic—How Are We Doing? New England Journal of Medicine. 2015; 373(23):2281-2287.
6. I-Base. Q&A on the PARTNER study: how to interpret the zero transmission results. 2016; Accessed 07/18/2016.
7. Loutfy M, Tyndall M, Baril J-G, Montaner JS, Kaul R, Hankins C. Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law. Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology. 2014; 25(3):135-140.
8. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, et al. Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. PloS one. 2013; 8(2):e55747.
9. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. Journal of The American Medical Association. 2016; 316(2):171-181.
10. Vernazza P. HIV-infizierte Menschen ohne andere STD Sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. 2008.
11. Vernazza PL, Bernard EJ. HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later Swiss Med Weekly 2016; Accessed Sept. 4, 2016, 146.
12. AIDS Vancouver. In the News: Dr. Julio Montaner's TED Talk HPTN052 and What it Means to Be Undetectable. 2016; Accessed July 31, 2016.
13. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. New England Journal of Medicine. 2011; 365(6):493-505.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention Benefits of HIV Treatment. 2015; Accessed July 31, 2016.
15. Avert. Treatment as Prevention (TasP). 2016; Accessed 06/23/16.
16. O'Connor J, Smith C, Lampe F, Johnson M, Sabin C, Phillips A. Rate of viral load failure over time in people on ART in the UK Collaborative HIV Cohort (CHIC) study. Journal of The International AIDS Society. 2014; 17(4).
17. NAM. Factors affecting stable blood plasma undetectable viral loads. HIV Transmission and Testing Guide ND; Accessed June 30, 2016.

18. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents -Virological Failure. 2014; Accessed June 30, 2016.
19. NAM. Viral Blips. Treatment Directory ND; .Accessed June 30, 2016.
20. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents- Limitations to Treatment Safety and Efficacy Adherence to Antiretroviral Therapy. 2014; Accessed June 30, 2016.
21. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents - Viral Load Testing. 2014; Accessed June 30, 2016.
22. Mykhalovskiy E, Betteridge G, McLay D. Scientific research on the risk of the sexual transmission of HIV infection on HIV as a chronic and manageable infection. In, HIV Non-Disclosure and the Criminal Law: Establishing Policy Options for Ontario, 2010 (cited section updated 2013). 2013; Accessed September 4, 2016.
23. AIDSinfo.gov. Fact Sheet: Side Effects of HIV Medicines: HIV Medicines and Side Effects. 2016; Accessed June 30, 2016.
24. Cairns G. Viral Load and Transmission - a Factsheet for People with HIV. 2015; Accessed 06/23/16.
25. Bujan L, Pasquier C. People living with HIV and procreation: 30 years of progress from prohibition to freedom? Human Reproduction. 2016; 31(5):918-925.
26. Cairns G. Viral Load and Transmission - a Fact Sheet for HIV-Negative People. 2015; Accessed 06/23/16.
27. AIDSlaw.com. HIV Disclosure to Sexual Partners - An Overview. Resource Kit for Service Providers 2015; Accessed June 30, 2016.
28. Human Rights Campaign. What do I do if? 2016; Accessed August 1, 2016.
29. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida CENSIDA. Manual sobre consejería en VIH/Sida E ITS. México. 2006.
30. Edward M, Gardner y colaboradores. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. 2011.
31. Family Health International. Consejería y Pruebas Voluntarias del VIH: Una Guía de Referencia para Consejeros y Entrenadores. 2005
32. Kalichman, S. Co-occurrence of Treatment Nonadherence and Continued HIV Transmission Risk Behaviors: Implications for Positive Prevention Interventions Psychosomatic Medicine 70:593–597 (2008).
33. Ministerio de Salud de Argentina. Atención Integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. 2012
34. Ministerio de Salud de Paraguay. Modelo de Atención en VIH-Sida/ITS para la Población Clave Afectada. 2011
35. National Institute of Mental Health; (2008) The Numbers Count: Mental Disorders in America. June 26, 2008. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america.shtml#KesslerPrevalence>

36. OMS. Estrategia Mundial para el Control y prevención de las ITS. 59ª. Asamblea Mundial de la Salud. 2006
37. OMS/OPS. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Junio 2013.
38. OMS/OPS. Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico de VIH. 2008
39. OMS/OPS. La renovación de la atención primaria en salud en las Américas. 2010.
40. OMS/OPS. Lineamientos para la orientación sobre asesoramiento y pruebas de VIH a parejas, incluyendo la terapia antiretroviral para el tratamiento y prevención en parejas serodiscordantes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.2012
41. OMS/OPS. Marco de monitoreo del continuo de la atención al VIH. 2014
42. OMS/OPS. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención del VIH.2014. OMS/OPS. Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención del VIH.2014.
43. OMS/OPS. Unidad de género, etnia y Salud. Boletín Informativo. 2006
44. ONUSIDA/OMS. Consulta sobre las intervenciones contra las ETS para prevenir el VIH: ¿cuál es la evidencia? Mayo 2000.

Este material fue realizado por Asociación PASMO con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su contenido es responsabilidad de Asociación PASMO y no necesariamente refleja la perspectiva de USAID, del Gobierno de los Estados Unidos de América ni de otra organización o institución pública o privada.



Prevención
Combinada en VIH
Centroamérica y México



Región del Hemisferio Occidental



MILKnCOOKIES™

