

Reconocimientos

Queremos agradecer y reconocer a los muchos individuos que han contribuido con el desarrollo de este currículo.

Health Resources and Services Administration

Este proyecto fue subvencionado por el Human Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, subvención #4H97HA001580201. Queremos extender nuestro agradecimiento a Karen Brown y a Steve Young, PhD, de HRSA por su apoyo y orientación continua.

La responsabilidad del contenido de este currículo es sólo de los autores y no necesariamente refleja el punto de vista del Health Services and Resources Administration.

AIDS Education and Training Centers

Los siguientes AIDS Education and Training Centers fueron seleccionados para participar en la prueba piloto de este currículo. Estos centros tomaron parte en el desarrollo del currículo y proveyeron una respuesta valiosa durante el proceso. Les agradecemos su tiempo y apoyo.

Mountain Plains AETC
Texas/Oklahoma AETC
Puerto Rico AETC
University of California at Davis AETC
New England AETC
New Jersey AETC

Adiestradores nacionales

El desarrollo de este currículo no hubiera sido posible sin la experiencia de los adiestradores nacionales. Estas personas aportaron una cantidad significativa de tiempo a este proyecto y agradecemos su gran esfuerzo y compromiso con nuestras metas.

Dwight Clark, MBA
Chinazo Cunningham, MD
Glen Fischer
Dawn Fukuda, MSPH

Laura Gillis, MS, RN
Jim Hogan
Ken Kraybill, MSW

Revisores del currículo

Las siguientes personas revisaron el currículo y proveyeron respuestas extensas basadas en sus áreas de peritaje. Les agradecemos su tiempo y que hayan ofrecido sus comentarios.

Judy Asermely, BSW
Robert Baxter, MPA, Med
Barbara Blake, RN, PhD
Lucy Bradley-Springer, PhD, RN, ACRN
Victor Burk

Dennis McCarty, MD
Kate McCoy, PhD
Veronica Miller, PhD
Luis Ortiz, MSN, MPH
Hyun-Ju Erin Park, MA, CADC

John Charette, MSW
Jean Comolli, BSN, MBA
Marla Corwin, LCSW, CAC III
Hendi Crosby Kowal
Lisa DaValle
Deb Davis, MSW, LICSW
Loretta Dutton, MPA, CSW
Brienne Fitzgerald, RN
Jacqualyn F. Green, PhD
Debbie Hagler, LPC, MA, CADC
Wendell Hicks
Lisa R. Hirschhorn, MD, MPH
Leah Holmes, MSW, LICSW
Julie Hope
Tyronne Howze, MA
Wanda Kennel
Anna Kinder, MS, OTR/L
Michael Mancusi, MSW, LICSW
Terry Mardis
Joseph Masci, MD

Janet Parker, MA
Margarita Parrilla, MPHE
Kathy Pierce, PhD
Cynthia Poindexter, MSW, PhD
Crystal Rhodes
Dion Richetti, DC
John R. Roberts, MSN, RNCS
David Rosenbloom, PhD
Anne Rossi, RN, CS
David Rubenstein, PsyD, MSW
Jacqueline Rubino, MPH
Jorge Sanchez, M.Ed
Dan Sendzik
Peter Simpson, MS
Mary Sowder, LCDC
Sharon Stancliff, MD
Risa Taylor, RN, MSN
Elaine Thomas, MD
Karen Walker, LPN
Jeff Watts, MD

Comité Asesor Nacional

Durante los pasados tres años, las siguientes personas han formado parte del National Advisory Committee for the Health and Disability Working Group's Evaluation and Program Support Center. Han contribuido a conceptualizar este proyecto y han brindado su apoyo durante el proceso de desarrollo del currículo.

Paul Bouey, PhD
Yolanda Cantu, Dr.PH
Laura Gillis, MS, RN
Jacqualyn F. Green, PhD
Warren Hewitt, MS
Robert L. Johnson, MD

Jeanette Lazam
Felipe Rocha, MSW
Geoffrey Smereck, JD
Fred Walker
Alfred White

Conferenciantes destacados

Además, agradecemos a Cynthia Gomez, PhD por ser nuestra oradora principal en el National Training Conference y por compartir su conocimientos con los participantes de la conferencia.

SPHERE – The Statewide Partnership for HIV Education in Recovery Environments

Mindy Domb, Directora del programa SPHERE, un programa del Health Care of Southeastern Massachusetts, ha servido como asesora técnica del equipo del proyecto en el desarrollo de este currículo, en la construcción del programa de adiestramiento y como recurso para los adiestradores nacionales.

Health and Disability Working Group

La facultad del proyecto del Health and Disability Working Group de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston fue responsable de la administración general de este proyecto. Estas personas dedicaron una cantidad significativa de tiempo al desarrollo del currículo, a trabajar con los adiestradores nacionales y los revisores del currículo y a organizar la Conferencia de Adiestramiento Nacional.

Deborah Allen, Sc.D.
Kate Brown
Mari-Lynn Drainoni, PhD
Regina Murphy

Serena Rajabiun, MPH
Irene Shui
Carol Tobias, MMHS

Editor y diseñador gráfico

Fueron muchas las horas dedicadas a editar el currículo y a brindar asesoramiento en el diseño gráfico. Damos las gracias a Eric Brus y a Alex Gonzalez por su tiempo y dedicación en este proceso.

Acreditaciones y Relevo

Declaración de Acreditación de la AMA

Esta actividad ha sido planificada e implementada según las Áreas Esenciales y las Políticas del Concilio de Acreditación de Educación Médica Continua (ACCME, por sus siglas en inglés) mediante el patrocinio conjunto entre la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston y el Health & Disability Working Group de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston. La Escuela de Medicina de la Universidad de Boston está acreditada por ACCME para brindar educación médica continua a médicos.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Boston ha designado esta actividad educativa a base de créditos hora por hora en la categoría 1 del AMA Physician's Recognition Award. Cada médico deberá someter sólo los créditos de la actividad a la que asistió.

Declaración de Acreditación de la APA

Esta actividad es patrocinada junto con el Centro de Gerontología de la Universidad de Boston. El Centro de Gerontología de la Universidad de Boston tiene la aprobación de la Asociación Americana de Psicología para ofrecer educación continua a psicólogos y es responsable del programa.

Relevo

Todos los programas, actividades y materiales provistos por el Departamento de Educación Médica Continua de la Universidad de Boston o sus asociados son ofrecidos con la condición de que se utilicen sólo para propósitos educativos por profesionales de la salud cualificados. La Universidad de Boston no se hará responsable de ninguna decisión hecha o acción tomada basada en la información contenida en los programas, actividades o materiales de educación médica continua. De ninguna manera, la información contenida en el programa deberá utilizarse en lugar del cuidado profesional. No se establece ninguna relación entre el médico y el paciente.

Introducción al Currículo de Adiestramiento

Visión General

Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicios: Respondiendo a los retos del VIH y uso de drogas es un currículo de adiestramiento interdisciplinario desarrollado para aumentar el conocimiento y la conciencia de la relación entre la infección del VIH y el uso de drogas. El currículo de adiestramiento está diseñado para los proveedores médicos del VIH y de tratamiento de uso de drogas, con la meta de que aumenten la capacidad de proveer cuidado a los usuarios de drogas infectados con el VIH. Este currículo ha sido subvencionado como un Proyecto Especial de Significado Nacional del Health Resources and Services Administration's HIV/AIDS Bureau. El Health and Disability Working Group (HDWG) de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston desarrolló *Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio* en conjunto con un grupo de expertos en contenido y adiestramiento.

Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio es un currículo para adiestrar al adiestrador diseñado para una audiencia de adiestradores interdisciplinarios. Se espera que las personas que se adiestren para convertirse en adiestradores adapten y repliquen los componentes seleccionados de este currículo llevando a cabo adiestramientos en sus comunidades. La audiencia meta de este currículo, y para los adiestramientos locales que siguen, es una audiencia mixta de proveedores de cuidado de la salud del VIH y proveedores de tratamiento de uso de drogas. Además, el currículo es adecuado para otros proveedores de servicios, como manejadores de casos, profesionales de salud mental, intercesores y trabajadores de alcance comunitario que pueden formar parte de la audiencia del adiestramiento en algunos de los adiestramientos que se repliquen localmente.

Este currículo está dirigido a atender una brecha importante en la capacidad que tienen los sistemas y los proveedores para ofrecer los últimos adelantos científicos de cuidado a los usuarios de drogas infectados con el VIH. El contenido principal del currículo incluye tres presentaciones didácticas y cuatro módulos de adiestramiento interactivo:

- Valorando los Vínculos Entre el VIH y el Uso de Drogas
- Uso de Drogas, Abuso y Dependencia Visión General 2002
- VIH/SIDA Visión General 2002
- Estrategias para el Compromiso y la Retención en el Cuidado
- Promoción de la Salud y Adherencia
- Integrando la Reducción de Daños a Nuestro Trabajo con Usuarios de Drogas
- Cuidado Interdisciplinario: Construyendo Relaciones entre los Proveedores y las Agencias

Las primeras versiones de este currículo fueron revisadas por expertos externos en los campos pertinentes y por los seis AIDS Education and Training Centers (AETCs) que inicialmente recibirán el adiestramiento y luego participarán como adiestradores del currículo. Las modificaciones del currículo fueron hechas basadas en estas revisiones. Se espera poder hacer

modificaciones adicionales al currículo tomando en cuenta las necesidades de las replicaciones locales.

Trasfondo del Currículo

Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio es el producto final de una iniciativa subvencionada por HRSA a lo largo de cuatro años. El propósito de la iniciativa mayor fue entender los últimos adelantos al ofrecer servicio a los usuarios de drogas infectados con el VIH a nivel nacional, desarrollar guías para ejecutar el cuidado médico del VIH, el tratamiento de uso de drogas, el manejo de casos y el alcance comunitario dirigido a usuarios de drogas infectados con el VIH; identificar programas modelos innovadores o estrategias para servir esta población y desarrollar e implementar un currículo de adiestramiento. Estos objetivos se alcanzaron mediante una serie de actividades realizadas por HDWG, que culminaron en el desarrollo de este currículo de adiestramiento. Las actividades incluyeron:

- Convocar y dotar de personal al Comité Nacional de Asesoramiento,
- Revisar la literatura extensamente,
- Entrevistar a informantes clave,
- Realizar una encuesta del consumidor,
- Realizar encuestas de los otorgadores de Títulos I y II,
- Realizar una encuesta de los proveedores de cuidado de los usuarios de drogas infectados con el VIH y
- Visitar lugares con programas innovadores.

En particular, la encuesta de proveedores informó sobre el desarrollo de *Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio*. Durante la primavera y el verano de 2000, el HDWG condujo una encuesta de más de 250 proveedores que servían a usuarios de drogas infectados con el VIH. La amplia mayoría de los que respondieron recibían fondos del Ryan White CARE Act, incluidos el personal de lugares que ofrecían cuidado médico para el VIH, programas de tratamiento de uso de drogas, programas de servicios de apoyo y programas de servicios múltiples. A los proveedores se le hizo una amplia variedad de preguntas sobre las poblaciones que servían, las necesidades no alcanzadas por los clientes y los programas y sobre los programas innovadores.

Más de tres cuartas partes de los que respondieron indicaron que necesitaban adiestramiento adicional para servir a usuarios de drogas infectados con el VIH. Los temas de los adiestramientos mencionados con mayor frecuencia incluyeron:

- Las estrategias para el compromiso y la retención del cuidado de los usuarios de drogas infectados con el VIH,
- El abuso de drogas (etiología, manifestaciones, opciones de tratamiento y estrategias de servicios) y
- La reducción de daños.

Otras sugerencias comunes incluyeron adiestramiento sobre adherencia y el manejo médico de los usuarios de drogas, el diagnóstico triple (VIH, enfermedad mental, uso de drogas), interacciones de drogas lícitas e ilícitas, estrategias efectivas para la subvención de programas y para desarrollar propuestas, competencia cultural, modelos interdisciplinarios de cuidado

integrado del VIH y el uso de drogas y los conceptos de biología básica y de tratamiento del VIH. *Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio* fue diseñado para atender estas necesidades que fueron informadas, enfocando temas que se mencionaron con mayor frecuencia para los cuales no se encontraban materiales fácilmente disponible en otros lugares.

Pruebas Piloto, Replicación y Evaluación

Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio será una prueba piloto de un currículo para adiestrar al adiestrador presentado por un equipo nacional de adiestradores expertos que adiestrarán aproximadamente a 70 personas. Los 70 participantes del adiestramiento nacional fueron reclutados por el AETC de seis regiones distintas del país e incluye proveedores de cuidado médico y de tratamiento de abuso de drogas, proveedores de salud mental, manejadores de casos, empleados de alcance comunitario y otras personas que trabajan con usuarios de drogas infectados con el VIH. Estas personas han acordado trabajar como equipos regionales para participar en la conferencia nacional de adiestramiento y en los adiestramientos que serán replicados. Después de la conferencia nacional para adiestrar el adiestrador, los equipos regresarán a sus regiones para conducir adiestramientos que incorporarán los segmentos del currículo que mejor se adapten a las necesidades locales.

Los objetivos del modelo para adiestrar al adiestrador y la replicación piloto son:

- Proveer las destrezas de adiestramiento a los expertos de contenido en el tratamiento de uso de drogas, cuidado médico del VIH y otros campos relacionados que puedan tener experiencia limitada en adiestramiento,
- Aumentar las destrezas de adiestradores experimentados con el modelaje del currículo por adiestradores reconocidos nacionalmente
- Proveer a los participantes del adiestramiento un currículo que pueda adaptarse para uso local,
- Promover el diálogo interdisciplinario y la solución de problemas y
- Proveer a los participantes del adiestramiento información y perspectivas nuevas sobre la conexión entre el VIH y el uso de drogas..

Proveer cuidado a usuarios de drogas infectados con el VIH es un reto, y también es una tarea difícil desarrollar programas de adiestramiento que aumenten la capacidad de proveer este cuidado. La posibilidad de adiestrar un grupo interdisciplinario de proveedores y de personas que ofrecen cuidado le añade otra dimensión al reto de desarrollar un currículo de adiestramiento útil. Las personas aprenden de maneras diversas, y las distintas profesiones están acostumbradas a distintos estilos de adiestramiento.

A la misma vez, las personas infectadas con el VIH que usan drogas muchas veces “se pierden como agujas en un pajar” en los sistemas de cuidado, y puede que reciban mensajes variados de los distintos proveedores de cuidado que los atienden. Es esencial desarrollar un mecanismo que reúna estas distintas profesiones y perspectivas en un salón. Es importante que aprendan juntas y

de cada una a solucionar problemas, y que se unan entorno a proveer servicios a personas que necesitan el cuidado de múltiples profesiones y sistemas de cuidado.

La utilidad de *Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio* y cuan adecuado sea este modelo para adiestrar adiestradores y conducir la replicación de adiestramientos se mantendrá bajo continua evaluación. Tanto a los adiestradores nacionales como a los participantes de la conferencia de adiestramiento nacional se le solicitará que evalúen su experiencia y que sugieran las revisiones al currículo que entiendan que son de utilidad. Además, se le solicitará a los participantes (a los adiestradores y los adiestrados) que evalúen sus experiencias de la replicación de los adiestramientos locales. Finalmente, se evaluará el modelo de adiestramiento en su totalidad para determinar la eficacia de este modelo para adiestrar a los adiestradores, y así aumentar nuestro entendimiento de las estrategias efectivas de adiestrar a una audiencia interdisciplinaria.

Características clave del enfoque de adiestramiento

Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio incluye las siguientes características:

Está diseñado para una audiencia integrada. El currículo está diseñado para una audiencia integrada por profesionales de cuidado médico del VIH (médicos, enfermeras, “nurse practitioners”, “physician’s assistants”) y profesionales de tratamiento de uso de drogas (consejero de dependencia de sustancias químicas, trabajadores sociales, etc.). También, puede utilizarse para adiestrar manejadores de caso y otros proveedores de tratamiento del VIH y de uso de drogas. Como un objetivo clave del enfoque de adiestramiento es proveer oportunidades para que los profesionales que pertenecen al campo de tratamiento del VIH y de uso de drogas aprendan uno del otro, las sesiones están planificadas de manera que en los grupos integrados se fomente una discusión sustancial entre los participantes. Por lo tanto, tanto el proceso como el contenido de este adiestramiento están diseñados para enriquecer el conocimiento y las destrezas de los participantes.

Construye sobre el conocimiento previo de los participantes. El currículo fue desarrollado para atender algunos de los muchos asuntos importantes relacionados con el tratamiento del VIH y del uso de drogas. A pesar de que se incluyen actualizaciones sobre el VIH y el uso de drogas, el currículo está diseñado para participantes con experiencia y conocimiento en una o en ambas de estas áreas – no es VIH 101 ni Uso de drogas 101. Las actividades y ejercicios construyen sobre el conocimiento existente de los participantes y aumentan este conocimiento mediante la interacción con personas de otras disciplinas.

Está estructurado para promover la interacción entre los participantes. El currículo se planificó para alumnos adultos. Las investigaciones demuestran que los adultos responden mejor cuando los adiestramientos mantienen un equilibrio entre ver, escuchar y ejecutar. Este adiestramiento incorpora una combinación de presentaciones visuales, presentaciones didácticas y discusión e interacción entre los participantes.

Enfoca objetivos de aprendizaje específicos. Los programas de adiestramiento para adultos tienen varios tipos de objetivos. Pueden desarrollar concienciación, aumentar conocimiento, desarrollar destrezas o pueden lograr alcanzar una combinación de estos objetivos. Sin embargo,

como regla general, mientras más tipos de objetivos de aprendizaje contenga un adiestramiento, más tiempo requerirá el adiestramiento. En *Un Caleidoscopio de Cuidado y Servicio*, los módulos de adiestramiento están diseñados para desarrollar conciencia y aumentar conocimiento. Cada módulo fue diseñado para cubrir aproximadamente cinco horas de duración en un currículo para adiestrar al adiestrador. Al replicarlo a nivel local, los adiestradores pueden usar el currículo completo, los módulos individuales o segmentos dentro de los módulos, de acuerdo a las necesidades locales, los objetivos de adiestramiento locales y el tiempo disponible para el adiestramiento.

La organización del currículo

La primera sección del currículo incluye materiales para una visión general de los últimos adelantos y resalta temas clave del cuidado del VIH y el tratamiento de uso de drogas. La sesión que presenta una visión general es didáctica e incluye diapositivas y notas de la presentación. Al adaptar esta sesión para el adiestramiento local, la debe presentar un líder reconocido localmente con experiencia tanto en el VIH y el tratamiento de uso de drogas, como con suficiente conocimiento del área de servicio para adaptar la presentación al escenario local.

La segunda sección del Currículo contiene cuatro módulos de contenido. Estos módulos siguen un formato estándar que incluye:

1. Una visión general del módulo que indica el contenido y el tiempo sugerido,
2. Una declaración breve sobre el propósito del módulo,
3. Los objetivos específicos y mensajes clave para llevar consigo,
4. Las actividades o presentaciones del adiestramiento en un orden sugerido. Para cada actividad o presentación, el currículo provee:
 - El nombre de la actividad o presentación,
 - El propósito de la actividad o presentación,
 - El tiempo estimado para completar la actividad o presentación,
 - Los materiales necesarios para conducir la actividad o presentación,
 - Las notas para el adiestrador, enfatizando los puntos clave del adiestramiento y las estrategias para dirigir o implementar la actividad o presentación y
 - Las diapositivas, impresos educativos y estudios de casos necesarios para conducir la actividad o presentación.

Los módulos no tienen ningún orden particular y se alienta a los participantes a que seleccionen y organicen módulos y actividades o presentaciones para replicar los adiestramientos, tomando en cuenta las necesidades de los participantes locales.

Los estudios de casos se utilizan en varios módulos para ilustrar puntos clave o para recalcar temas que particularmente representan un reto para los proveedores. Los clientes en estos estudios de caso presentan una combinación de experiencias del equipo que desarrolló el currículo. Al adaptar este currículo para uso local, los adiestradores podrían modificar estos estudios de casos con ejemplos de sus propias prácticas.

Finalmente, el currículo incluye cinco apéndices, A-E:

- Apéndice A: Glosario
- Apéndice B: Guía de Recursos
- Apéndice C: Consejos para los Adiestradores
- Apéndice D: Uso de Drogas, Abuso y Dependencia Visión General 2002
- Apéndice E: VIH/SIDA Visión General 2002

El currículo provee a los adiestradores todos los materiales necesarios para replicar el programa localmente, mientras permite espacio para la adaptación según las necesidades locales. Los materiales también se encuentran disponibles en formato electrónico para facilitar la adaptación.

Notas sobre el lenguaje y la terminología

Dentro de las diversas disciplinas del cuidado del VIH y el tratamiento de uso de drogas, se utilizan distintas palabras para referirse a la misma cosa. Reconocemos que con frecuencia las personas tienen sus preferencias distintas en el lenguaje. Sin embargo, para el propósito de este currículo, hemos seleccionado utilizar el lenguaje y la terminología descritos a continuación. Al adaptar el currículo para uso local, los adiestradores pueden elegir modificar la terminología según sea apropiada.

En el currículo, en la mayor parte de los casos, la palabra “cliente” se utiliza para referirse a personas que están recibiendo servicios de programas para el tratamiento de uso de drogas o de agencias de servicios sociales. La palabra “paciente” se utiliza para referirse a personas que están recibiendo servicios en un hospital, clínica u otra institución médica. La palabra “consumidor” no se utiliza en ninguno de estos contextos.

El término “infectado con el VIH” se utiliza para referirse a alguien que está infectado con el VIH/SIDA.

El término amplio “proveedor” se refiere a una persona que provee servicios. En el contexto médico, el término “proveedor médico” se refiere a un médico, enfermera u otro profesional médico. En el contexto del uso de drogas, el término “proveedor de tratamiento de uso de drogas” se refiere a cualquier persona que provee servicios de tratamiento de uso de drogas. El término “consejero de uso de drogas” no se utiliza debido a que el término “consejero” tiene distintas interpretaciones.

Este currículo trata de evitar ponerle etiquetas a las personas, como “adicto” o “que abusa de las drogas,” al referirse a personas que utilizan drogas. El término preferido es “usuario de drogas”. Sin embargo, los términos “tratamiento del uso de drogas y proveedor de tratamiento del uso de drogas” se utilizan para referirse a un tipo específico de tratamiento o a un título específico de una posición de trabajo.

La abreviatura “ART”, en lugar de “HAART” se utiliza para referirse a la terapia antirretroviral usada para tratar personas infectadas con el VIH. “ART” es un término amplio, mientras que

“HAART” se utiliza solamente cuando la terapia referida es específicamente una terapia antirretroviral altamente activa.

Reconocimientos

Queremos agradecer y reconocer a los muchos individuos que han contribuido con el desarrollo de este currículo.

Health Resources and Services Administration

Este proyecto fue subvencionado por el Human Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, subvención #4H97HA001580201. Queremos extender nuestro agradecimiento a Karen Brown y a Steve Young, PhD, de HRSA por su apoyo y orientación continua.

La responsabilidad del contenido de este currículo es sólo de los autores y no necesariamente refleja el punto de vista del Health Services and Resources Administration.

AIDS Education and Training Centers

Los siguientes AIDS Education and Training Centers fueron seleccionados para participar en la prueba piloto de este currículo. Estos centros tomaron parte en el desarrollo del currículo y proveyeron una respuesta valiosa durante el proceso. Les agradecemos su tiempo y apoyo.

Mountain Plains AETC
Texas/Oklahoma AETC
Puerto Rico AETC
University of California at Davis AETC
New England AETC
New Jersey AETC

Adiestradores nacionales

El desarrollo de este currículo no hubiera sido posible sin la experiencia de los adiestradores nacionales. Estas personas aportaron una cantidad significativa de tiempo a este proyecto y agradecemos su gran esfuerzo y compromiso con nuestras metas.

Dwight Clark, MBA
Chinazo Cunningham, MD
Glen Fischer
Dawn Fukuda, MSPH

Laura Gillis, MS, RN
Jim Hogan
Ken Kraybill, MSW

Revisores del currículo

Las siguientes personas revisaron el currículo y proveyeron respuestas extensas basadas en sus áreas de peritaje. Les agradecemos su tiempo y que hayan ofrecido sus comentarios.

Judy Asermely, BSW
Robert Baxter, MPA, Med
Barbara Blake, RN, PhD
Lucy Bradley-Springer, PhD, RN, ACRN
Victor Burk

Dennis McCarty, MD
Kate McCoy, PhD
Veronica Miller, PhD
Luis Ortiz, MSN, MPH
Hyun-Ju Erin Park, MA, CADC

John Charette, MSW
Jean Comolli, BSN, MBA
Marla Corwin, LCSW, CAC III
Hendi Crosby Kowal
Lisa DaValle
Deb Davis, MSW, LICSW
Loretta Dutton, MPA, CSW
Brienne Fitzgerald, RN
Jacqualyn F. Green, PhD
Debbie Hagler, LPC, MA, CADC
Wendell Hicks
Lisa R. Hirschhorn, MD, MPH
Leah Holmes, MSW, LICSW
Julie Hope
Tyronne Howze, MA
Wanda Kennel
Anna Kinder, MS, OTR/L
Michael Mancusi, MSW, LICSW
Terry Mardis
Joseph Masci, MD

Janet Parker, MA
Margarita Parrilla, MPHE
Kathy Pierce, PhD
Cynthia Poindexter, MSW, PhD
Crystal Rhodes
Dion Richetti, DC
John R. Roberts, MSN, RNCS
David Rosenbloom, PhD
Anne Rossi, RN, CS
David Rubenstein, PsyD, MSW
Jacqueline Rubino, MPH
Jorge Sanchez, M.Ed
Dan Sendzik
Peter Simpson, MS
Mary Sowder, LCDC
Sharon Stancliff, MD
Risa Taylor, RN, MSN
Elaine Thomas, MD
Karen Walker, LPN
Jeff Watts, MD

Comité Asesor Nacional

Durante los pasados tres años, las siguientes personas han formado parte del National Advisory Committee for the Health and Disability Working Group's Evaluation and Program Support Center. Han contribuido a conceptualizar este proyecto y han brindado su apoyo durante el proceso de desarrollo del currículo.

Paul Bouey, PhD
Yolanda Cantu, Dr.PH
Laura Gillis, MS, RN
Jacqualyn F. Green, PhD
Warren Hewitt, MS
Robert L. Johnson, MD

Jeanette Lazam
Felipe Rocha, MSW
Geoffrey Smereck, JD
Fred Walker
Alfred White

Conferenciantes destacados

Además, agradecemos a Cynthia Gomez, PhD por ser nuestra oradora principal en el National Training Conference y por compartir su conocimientos con los participantes de la conferencia.

SPHERE – The Statewide Partnership for HIV Education in Recovery Environments

Mindy Domb, Directora del programa SPHERE, un programa del Health Care of Southeastern Massachusetts, ha servido como asesora técnica del equipo del proyecto en el desarrollo de este currículo, en la construcción del programa de adiestramiento y como recurso para los adiestradores nacionales.

Health and Disability Working Group

La facultad del proyecto del Health and Disability Working Group de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston fue responsable de la administración general de este proyecto. Estas personas dedicaron una cantidad significativa de tiempo al desarrollo del currículo, a trabajar con los adiestradores nacionales y los revisores del currículo y a organizar la Conferencia de Adiestramiento Nacional.

Deborah Allen, Sc.D.
Kate Brown
Mari-Lynn Drainoni, PhD
Regina Murphy

Serena Rajabiun, MPH
Irene Shui
Carol Tobias, MMHS

Editor y diseñador gráfico

Fueron muchas las horas dedicadas a editar el currículo y a brindar asesoramiento en el diseño gráfico. Damos las gracias a Eric Brus y a Alex Gonzalez por su tiempo y dedicación en este proceso.

Acreditaciones y Relevo

Declaración de Acreditación de la AMA

Esta actividad ha sido planificada e implementada según las Áreas Esenciales y las Políticas del Concilio de Acreditación de Educación Médica Continua (ACCME, por sus siglas en inglés) mediante el patrocinio conjunto entre la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston y el Health & Disability Working Group de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston. La Escuela de Medicina de la Universidad de Boston está acreditada por ACCME para brindar educación médica continua a médicos.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Boston ha designado esta actividad educativa a base de créditos hora por hora en la categoría 1 del AMA Physician's Recognition Award. Cada médico deberá someter sólo los créditos de la actividad a la que asistió.

Declaración de Acreditación de la APA

Esta actividad es patrocinada junto con el Centro de Gerontología de la Universidad de Boston. El Centro de Gerontología de la Universidad de Boston tiene la aprobación de la Asociación Americana de Psicología para ofrecer educación continua a psicólogos y es responsable del programa.

Relevo

Todos los programas, actividades y materiales provistos por el Departamento de Educación Médica Continua de la Universidad de Boston o sus asociados son ofrecidos con la condición de que se utilicen sólo para propósitos educativos por profesionales de la salud cualificados. La Universidad de Boston no se hará responsable de ninguna decisión hecha o acción tomada basada en la información contenida en los programas, actividades o materiales de educación médica continua. De ninguna manera, la información contenida en el programa deberá utilizarse en lugar del cuidado profesional. No se establece ninguna relación entre el médico y el paciente.

Módulo II: Estrategias para lograr el compromiso y la retención en el cuidado

Tabla de contenido

Introducción	página II- 2
Sesión 1: Introducción y rompiendo el hielo (20 minutos)	
Actividad: Las diez razones principales de por qué no asistí a mi cita con el dentista	página I- 3
Actividad: Compromiso es . . . Retención es . . .	página II- 4
Sesión 2: ¿Qué hace que los usuarios de drogas infectados con el VIH busquen el cuidado? (1 hora 40 minutos)	
Actividad: Audiencia pública	página II- 5
Presentación: La efectividad de atraer a los usuarios de drogas al cuidado	página II- 9
Presentación: Escenarios tradicionales versus no tradicionales	página II- 18
Presentación: Construyendo relaciones dentro de la comunidad	página II- 23
Presentación: Los pares mediadores	página II- 26
Actividad opcional: Conciencia cultural (Parte 1)	página II- 30
Actividad opcional: Conciencia cultural (Parte 2)	página II- 31
Session 3: Destrezas interpersonales para aumentar el compromiso y la retención (2 horas 35 minutos)	
Actividad: ¿Qué haría usted si . . . ?	página II- 34
Actividad: El modelo relacional de compromiso y retención	página II- 38
Actividad: Marcos de compromiso	página II- 48
Actividad: Aumentar la motivación para un cambio positivo	página II- 54
Actividad: Practicar con PAER	página II- 63
Actividad: Referidos y enlaces efectivos	página II- 66
Session 4: Manteniéndonos comprometidos (40 minutos)	
Actividad : Promover el bienestar en el lugar de trabajo	página II- 68
Actividad opcional: El río de la vida	página II- 70
Actividad opcional: Seguridad y precauciones del trabajador: ¿Cuáles son los riesgos?	página II- 71
Actividad opcional: Guías de seguridad para el alcance comunitario en la calle	página II- 72
Actividad opcional: Autocuidado: El gran dilema	página II- 76
Actividad opcional: Herramienta de autoevaluación: Autocuidado	página II- 79
Sesión 5: Conclusión (10 minutos)	
Actividad: ¿Qué debo hacer cuándo . . . ?	página II- 82
Referencias	página II- 83

Introducción

Propósito

Este módulo está diseñado para proveerle a los participantes los conocimientos y las estrategias para lograr el compromiso y la retención en el cuidado de los usuarios de drogas infectados con el VIH. Examinaremos los asuntos ambientales, personales y culturales que impactan afectan el compromiso y la retención en el cuidado. También, ofreceremos una orientación básica de las destrezas que pueden usar los proveedores para motivar el cambio de los usuarios de drogas infectados con el VIH y ayudarlos a acceder a los servicios que podrían mejorar su salud. Finalmente, discutiremos las estrategias para incrementar el bienestar del proveedor en el lugar de trabajo. El currículo está diseñado para todas las personas que proveen servicios a usuarios de droga infectados con el VIH, incluidos los proveedores médicos, los trabajadores sociales, los proveedores de salud mental y de tratamiento de abuso de drogas, trabajadores de alcance comunitario y directores de programas.

Materiales necesarios

- Impresos educativos II-1-20
- Diapositivas II-1-29
- Rollo de papel de estraza o similar
- Marcadores
- Video

Objetivos

Al finalizar el módulo, los participantes podrán lograr lo siguiente:

- Describir los asuntos ambientales, sociales, personales y culturales que impactan las decisiones de los usuarios de drogas infectados con el VIH para comprometerse y permanecer en el cuidado.
 - Desarrollar estrategias y destrezas de práctica que puedan ser utilizadas para crear relaciones con los usuarios de drogas infectados con el VIH y ayudarlos a permanecer comprometidos con el cuidado.
 - Identificar métodos para que ellos mismos sigan comprometidos en un ambiente retante difícil.
-

Sesión 1: Introducción y rompiendo el hielo

Actividad: Las diez razones principales de por qué no asistí a mi cita con el dentista

Propósito: Presentar los temas principales del módulo

Tiempo: 15 minutos

Materiales:

- Identificadores con los nombres
- Rotafolio y marcadores de colores
- Tarjetas índices

Notas para el adiestrador

1. Divida el grupo grande en grupos de trabajo pequeños, cada grupo puede estar compuesto de cuatro a cinco personas.
2. Distribuya a cada grupo diez tarjetas índice y pídale que escriban “las diez razones principales de por qué no asistir a una cita con el dentista”.
3. Pida a cada grupo de trabajo que organice las razones, que vayan de las más comunes hacia las menos comunes.
4. Una vez que los grupos de trabajo hayan terminado con la lista de razones, pídale que la compartan con el resto del grupo.
5. Cierre esta actividad introductoria identificando algunos de los temas comunes que surgieron en cada grupo de trabajo. Esto puede incluir sus creencias, miedos o necesidades que compiten o las prioridades. Por ejemplo, las personas pueden decir que tienen miedo de que el dentista se entere de que no han usado el hilo dental según se les indicó.
6. Explíquelo al grupo, que durante las próximas horas tendrá la oportunidad de explorar algunos de estos temas y de aprender las maneras de identificar las razones por las cuales los usuarios de drogas infectados con el VIH reciben o no reciben el cuidado y los servicios que necesitan. Los participantes también aprenderán sobre las estrategias para lograr que las personas reciban el cuidado y hacer que permanezcan en él. Las actividades y presentaciones en este módulo también ayudarán a los participantes a enfrentarse con los asuntos y los retos que puedan impedir la capacidad de trabajar efectivamente con los usuarios de drogas infectados con el VIH.

Actividad: Compromiso es . . . Retención es . . .

Propósito: Hacer que los participantes definan amplia y creativamente los conceptos de compromiso y retención según se relacionan con los usuarios de drogas infectados con el VIH.

Tiempo: Cinco a siete minutos

Materiales: Rotafolio y marcadores de colores

Notas para el adiestrador

1. Al prepararse para esta actividad, revise el objetivo y reflexione en sus propias respuestas a las frases “Compromiso es...” y “Retención es...” y cómo se relacionan con el trabajo con usuarios de drogas infectados con el VIH. Considere cómo las actividades de “*compromiso*” tienden a ser iniciadas mayormente por un proveedor, mientras que las actividades de “*retención*” tienden a ser más mutuas y colaborativas.
2. Escriba la frase “Compromiso es . . .” en una hoja del rotafolio. Pida a los participantes que discutan las ideas abiertamente en voz alta para ver qué palabras, ideas o metáforas le vienen a la mente cuando contestan esta frase. Insístales que piensen amplia y creativamente sin autocensurarse. Por ejemplo, las personas pueden responder en maneras similares a las siguientes oraciones. Compromiso es:
 - Una invitación al cuidado
 - Un primer paso en la reducción de la transmisión del VIH
 - Ser hospitalario
 - Como un río serpenteante que fluye lento
 - Sembrando las semillas de la esperanza
 - El proceso de dos pasos hacia adelante, un paso hacia atrás
 - Como una carrera en la montaña rusa
 - Retante
 - Pleno
 - Un ejercicio de paciencia
3. Repita el mismo ejercicio con la frase “Retención es . . .” Los participantes pueden responder en maneras similares a las siguientes oraciones. Retención es:
 - Ayudar a las personas a permanecer en el tratamiento
 - Una predicción en la disminución en el uso de drogas o en la transmisión del VIH
 - Cómo cuidar un jardín frágil
 - Acompañar a la personas en su camino
 - Mantener los niveles de CD4
 - Una actividad colaborativa

4. Cierre la actividad señalando la variedad de maneras cómo podemos pensar sobre estos conceptos. La intención de este módulo es explorar con profundidad lo que implica comprometer y retener efectivamente en el cuidado a los usuarios de drogas infectados con el VIH.

Sesión 2: ¿Qué hace que los usuarios de drogas infectados con el VIH busquen el cuidado?

Objetivos de la sesión

Al finalizar la sesión, los participantes podrán:

- Identificarán algunas de las razones de por qué los usuarios de drogas infectados con el VIH pueden o no pueden mantenerse en el cuidado y el reto de trabajar con esta población.
- Nombrarán dos métodos que los proveedores de servicio pueden usar para abordar los asuntos ambientales y estructurales en sus agencias, y por lo tanto, aumentar el compromiso y la retención en el cuidado.
- Nombrarán al menos dos o tres métodos para trabajar eficientemente en la comunidad y que sirven para mejorar el acceso y el uso de los servicios.

Actividad: Audiencia pública

Propósito: Identificar las barreras en el cuidado de salud desde el punto de vista operacional, del proveedor y del cliente

Tiempo: 60 minutos

Materiales

- Rotafolio, marcadores de colores y cinta adhesiva
- Impreso educativo II-1, “Estudio del caso de audiencia pública”

Notas para el adiestrador

1. Divida a los participantes en cuatro subgrupos:
 - Usuarios de drogas
 - Proveedores de cuidado (proveedores de tratamiento para usuarios de drogas, consejeros, manejadores de caso, doctores, enfermeras y otros)
 - Personal administrativo de la clínica
 - Mediadores pares
2. Distribuya a los participantes el estudio de caso y las preguntas.

3. Detenga la audiencia pública y pida a cada grupo que dé su testimonio. Usted será responsable de facilitar la reunión, monitorear el tiempo y velar que todas las personas estén siguiendo el proceso. Todos los miembros de cada subgrupo deberán compartir su testimonio. Permita tiempo para el intercambio de preguntas y respuestas entre los testimonios de las personas y el resto del grupo grande.
4. Concluya la audiencia con un breve resumen de los temas principales relacionados con el tema de por qué los usuarios de drogas infectados con el VIH no buscan los servicios en su comunidad. La siguiente lista sugiere algunos de los asuntos que pueden destacarse:
 - Razones estructurales que pueden impedir a las personas el acceder a los servicios médicos
 - Asuntos relacionados con el seguimiento de los referidos
 - Actitudes a las que se enfrentan los usuarios de drogas cuando interactúan con los proveedores y otros miembros de la comunidad
 - Barreras personales o asuntos culturales que afectan el nivel del servicio que se ofrece y se recibe por los usuarios de drogas infectados con el VIH
5. Luego de la audiencia, escriba las siguientes palabras en la parte superior de cuatro hojas en blanco del rotafolio: “Actitudes”, “Estructural/Ambiental”, “Personal/Cultural” y “Referido/Seguimiento”. Agrupe los temas y las barreras identificadas por los participantes en las categorías apropiadas. (Asegúrese de preguntarle los participantes la opinión sobre las categorías bajo las cuales se deben acomodar las respuestas). Estas cuatro hojas deberán pegarse en lugares donde los participantes puedan verlas según se van completando las otras actividades de este módulo.

Impreso educativo II-1

Estudio de caso de audiencia pública

El Departamento de Salud del municipio, que financia muchos de los servicios clínicos para personas infectadas con el VIH, le ha pedido que informe sobre el índice de retención de pacientes y también que desarrolle una iniciativa para mejorar la calidad para aumentar este índice.

Específicamente, la agencia financiadora quiere saber cuántos de los pacientes actuales infectados con el VIH han asistido a una visita por trimestre durante el pasado año. El director de su programa o el gerente de sistemas de información ha analizado los números y los mismos no se ven muy bien. Durante el pasado año, un tercio de los pacientes nuevos que vinieron para la toma inicial de datos personales y para la muestra de sangre nunca regresaron a recoger los resultados. Los dos tercios restantes de los pacientes nuevos de la clínica, menos de la mitad asistió a una visita por trimestre. Usted está trabajando con otras actividades para mejorar la calidad del funcionamiento relacionado con proveer pruebas de detección para TB, llevar a cabo pruebas de carga viral y de CD4 trimestrales y prescribir tratamiento antirretroviral (TAR) para pacientes elegibles. A usted le va muy bien con todas estas medidas. De hecho, su programa puede ser considerado modelo.

Sin embargo, la muestra de los otros estudios para mejorar la calidad, consiste en pacientes que han estado comprometidos con el cuidado durante el último año. Ahora le piden que conteste otro tipo de pregunta. ¿Quién asiste al cuidado y se mantiene? Los resultados son muy diferentes y, claramente, necesita hacer algo al respecto. Cuando observa los perfiles de la toma de datos personales y demográficos, se da cuenta que algunas de estas personas informan que usan drogas inyectables como un factor de riesgo. También tiene conocimiento de que existen otras formas de abuso de drogas que tienen alta prevalencia en la comunidad. El problema es que está muy ocupado asegurándose que los pacientes que llegan a la clínica reciban el cuidado apropiado según los estándares, y son pocos los recursos disponibles para localizar y comprometer a las personas que no llegan al cuidado.

El departamento de salud del municipio ha convocado visitas públicas para presentar los resultados de los datos nacionales y específicos de los proveedores sobre la retención de pacientes y para poder obtener información e intercambiar ideas sobre estrategias para mejorar el compromiso y la retención.

Preguntas para los grupos de trabajo

Usuarios de drogas: Aborde el asunto de por qué las personas no vuelven luego de su primera visita o no se adhieren al patrón de una visita trimestral. Éstas son algunas de las preguntas específicas que puede considerar:

- ¿Cuáles son algunas de las actitudes que le impiden obtener el cuidado?
- ¿Cómo el uso de drogas afecta su adherencia al tratamiento?

- ¿Cuáles de los aspectos operacionales de la clínica le ayudan a obtener el cuidado?
- ¿Cuáles de los aspectos operacionales de la clínica le impiden obtener el cuidado?

Proveedores de cuidado: Aborde el asunto de por qué sus pacientes tienen problemas para permanecer en el cuidado médico luego de su primera visita. Éstas son algunas de las preguntas específicas que puede considerar:

- ¿Qué políticas ha adoptado su clínica para ayudar a que los usuarios de drogas puedan tener acceso al cuidado?
- ¿Qué políticas de la clínica impiden o dificultan el acceso al cuidado?
- ¿Existen asuntos de relaciones interpersonales entre el personal de la clínica que promuevan o dificulten el acceso al cuidado?
- ¿Cómo ha interferido el asunto del uso de drogas con el esfuerzo de la clínica de comprometer y retener a los pacientes en el cuidado?

Personal administrativo de la clínica: Éstas son algunas preguntas específicas que puede considerar:

- ¿Qué problemas tiene su clínica?
- ¿Qué razones usted ve para que las personas no regresen al cuidado?
- Para las personas que regresan, ¿qué factores los ayudan a continuar con el acceso al cuidado médico?

Mediadores pares: Éstas son algunas preguntas específicas que puede considerar:

- ¿Qué políticas o programas ayudan a las personas a buscar el servicio que necesitan?
- ¿Qué políticas o programas no permiten que las personas puedan llegar a los servicios?
- El estigma, ¿juega un papel para que las personas no puedan llegar a los servicios?

Presentación: La efectividad de atraer a los usuarios de drogas al cuidado

Propósito: Revisar la evidencia de la efectividad de los programas que atraen a los usuarios de drogas al cuidado

Tiempo: 10 minutos

Materiales

- Diapositiva II-1, “Éxitos basados en la evidencia para atraer al cuidado a los usuarios de drogas infectados con el VIH
- Diapositiva II-2, “National Institute on Drug Abuse”
- Diapositiva II-3, “Intervenciones del National AIDS Demonstration Program”
- Diapositiva II-4, “Resultados del National AIDS Demonstration Program”
- Diapositiva II-5, “Acceso a los programas de tratamiento de abuso de drogas”
- Diapositiva II-6, “Acceso a los programas de tratamiento de abuso de drogas (continuación)”
- Diapositiva II-7, “Acceso a los servicios de cuidado de salud”
- Diapositiva II-8, “Acceso a los servicios de cuidado de salud (continuación)”
- Diapositiva II-9, “Acceso a los servicios de cuidado de salud (continuación)”
- Diapositiva II-10, “Acceso a los servicios de cuidado de salud (continuación)”
- Diapositiva II-11, “Acceso a los servicios de cuidado de salud (continuación)”
- Diapositiva II-12, “Adherencia médica mejorada”

Notas para el adiestrador

1. Durante esta presentación, revisará y presentará las Diapositivas II-1 a la II-12, las que examinan la evidencia de cómo atraer a los usuarios de drogas infectados con el VIH al cuidado médico y al tratamiento para uso de drogas. Lea las diapositivas y las notas para el adiestrador para familiarizarse con el material.
2. Señale que los estudios en estas diapositivas discuten algunos de los temas principales planteados en la actividad de la audiencia pública en la sesión 2. La siguiente lista contiene algunos puntos que puede incluir:
 - La importancia de contar con personas tales como los pares o manejadores de caso que ayudan a los clientes con el seguimiento de sus citas
 - La importancia de proveer servicios auxiliares, tales como transportación o cuidado de niños
 - La importancia de la comunicación frecuente y el contacto con los clientes, familiares y amigos
 - La importancia de usar a los pares para abordar algunos asuntos relacionados con la actitud y la cultura
3. Displiegue la Diapositiva II-2, “National Institute on Drug Abuse.”

Éxitos basados en la evidencia para atraer al cuidado a los usuarios de drogas infectados con el VIH

Slide II - 1

National Institute on Drug Abuse

- National AIDS Demonstration Program, 1987-1992
- Utilizaron trabajadores comunitarios de la propia comunidad
- Personas familiarizadas con la cultura de la droga y fuentes confiables de información
- Población beneficiaria: usuarios de drogas & sus parejas
- Metas: Reducir el riesgo de transmisión del VIH y del uso de drogas

Slide II - 2

4. Observe que el National Institute on Drug Abuse (NIDA) ha apoyado estudios para investigar la reducción en el riesgo de los usuarios de drogas de contraer el VIH. En 29 proyectos demostrativos de comunidad, el NIDA examinó la efectividad de las intervenciones con base en la comunidad para usuarios de drogas que estaban fuera del tratamiento y sus parejas sexuales.

Los programas modelos seleccionaron personas de la comunidad local para servir como trabajadores de alcance comunitario para ofrecer información y educación a los usuarios de drogas sobre cómo cambiar su conducta. Además de pertenecer a la comunidad local, los trabajadores de alcance comunitario estaban familiarizados con la cultura de la droga y eran vistos como fuentes confiables de información.

Intervenciones del National AIDS Demonstration Program

- Ofrecer pruebas de VIH y orientación
- Llevar a cabo grupos de apoyo
- Proveer educación e información sobre VIH
- Proveer referidos para tratamientos de drogas y otros servicios de salud

Slide II - 3

5. Muestre la Diapositiva II-3, “Intervenciones del National AIDS Demonstration Program”.
6. Observe que el objetivo principal del estudio fue proveerle los recursos a los usuarios de drogas y a sus parejas para cambiar las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir los riesgos relacionados con el VIH.

Los servicios ofrecidos a los usuarios de drogas incluyeron las pruebas de VIH y consejería, grupos de apoyo para que las personas pudieran ayudarse ellos mismos, compartir experiencias en la cultura de la droga y reducir el riesgo de infectarse con el VIH.

Los trabajadores de alcance comunitario le ofrecieron a sus pares información sobre el VIH, los modos de transmisión y las maneras de promover conductas saludables. Ya que los trabajadores de alcance comunitario eran vistos como recursos de información confiable en la comunidad, fueron efectivos al proveer referidos para tratamientos de drogas y otros servicios de salud a los actuales usuarios.

7. Muestre la Diapositiva II-4, “ Resultados del National AIDS Demonstration Program”.

Resultados del National AIDS Demonstration Program

- 46% redujo o suspendió el uso de drogas
- 37% redujo o suspendió el compartir agujas
- 50% dejó de pedir agujas prestadas
- 60% redujo o dejó de compartir equipo para inyectarse
- Aumento informado sobre el uso del condón de un 10 a un 19%
- Tener dos o más parejas sexuales, redujo de un 44% a un 36%

Slide II - 4

8. Fíjese que los resultados del estudio del NIDA demostró que los programas con base en la comunidad son efectivos para reducir los riesgos relacionados con el VIH. Éstos son algunos de los puntos destacados del programa:

- 46% redujeron o dejaron de usar drogas inyectables
- 37% redujeron o dejaron de compartir agujas
- 50% dejaron de prestarse agujas
- 60% redujeron o dejaron de compartir equipo para inyectarse

Aunque los cambios en las conductas sexuales fueron menos marcados que los cambios en el uso de drogas, todavía mostraron mejoría.

9. Los resultados de este estudio llevaron al NIDA a desarrollar modelos de alcance con base comunitaria que actualmente son implementados con hombres y mujeres multiétnicos y multiraciales infectados con el VIH y usuarios de drogas que no están infectados.

10. Muestre la Diapositiva II-5.

Acceso a programas de tratamiento para abuso de drogas

- Intervención: Programa ampliado para tratamiento de abuso de drogas para mujeres con niños, en Chicago
- Resultados: La transportación y el alcance comunitario se relacionaron positivamente con el aumento en el uso de los servicios sociales que hicieron las mujeres. Esto fue asociado negativamente con el uso de drogas

(Marsh et al 2000)

Slide II - 5

11. Este estudio que fue llevado a cabo por la Universidad de Chicago examinó la efectividad de un programa de tratamiento de abuso de drogas ampliado para mujeres con hijos.

Las mujeres con hijos fueron matriculadas en un servicio de intervención ampliado que incluía: transportación, servicios sociales de alcance comunitario y cuidado de niños, además de tratamiento para el abuso de drogas. El estudio comparó a estas mujeres con un grupo similar matriculado en un programas de tratamiento para el abuso de drogas (no ampliado).

12. El estudio encontró que las mujeres en el grupo de intervención ampliado estaban más dispuestas a acceder a los servicios y reducir el uso de drogas.

13. Muestres la Diapositivas II 6-11 y presente los puntos bosquejados en las diapositivas.

Acceso a tratamientos para el uso de drogas

- Project Bridge, Providence RI
 - Intervención: Uso de trabajadores de caso para conectar con los servicios ex ofensores infectados con el VIH
 - Resultados: 67% de los que necesitaban tratamiento para el abuso de drogas mantuvieron sus citas y usaron los servicios

(Rich et al 2001)

Slide II - 6

Acceso a servicios de cuidado de salud

- Intervención: Manejadores de caso en un programa médico de VIH para pacientes externos en Nueva Orleans que trabajaron con mujeres infectadas con el VIH
- Resultados: Las mujeres con 4 o más visitas al mes al manejador de caso estaban más dispuestas a:
 - A tomar un inhibidor de proteasa
 - A permanecer comprometidas con el cuidado médico primario

(Magnus et al 2001)

Slide II - 7

Acceso a servicios de cuidado de salud

Nursing LIGHT Program, Detroit, MI

- Intervención: Un programa de manejo de caso intensivo y de alcance comunitario
 - El personal de enfermería coordina el cuidado y provee apoyo a mujeres infectadas con el VIH y con problemas de uso drogas
 - Servicios auxiliares, que incluyen: transportación, grupos de apoyo y servicios legales

(Anderson, 2001)

Slide II - 8

Acceso a servicios de cuidado de salud

Nursing LIGHT Program Detroit, MI

- Resultados
 - Las mujeres infectadas con el VIH estaban más dispuestas a continuar con los referidos para servicios médicos y tratamiento para el uso de drogas, que las que no participaron en el programa

(Anderson, 2001)

Slide II - 9

Acceso a servicios de cuidado de salud

AIDS Street Outreach Evaluation, CDC 1998

- Intervenciones con usuarios drogas inyectables
 - Orientación y pruebas de VIH en el lugar
 - Adiestramiento de trabajadores comunitarios sobre la disponibilidad para cambiar conductas de riesgo
 - Acompañar a los participantes a las citas
 - Hacer referidos al cuidado médico o al tratamiento para uso de drogas

Slide II - 10

14. Observe que los AIDS Evaluation of Street Outreach Projects del CDC examinaron la efectividad de los programas en cinco ciudades de los EE.UU. (Atlanta, Chicago, Los Ángeles, Nueva York y Filadelfia) que tenían programas de alcance comunitario y de conexión de servicios para hombres negros que usaban drogas inyectables. Las intervenciones ampliadas incluyeron: orientación y pruebas de VIH en el lugar, adiestramiento de trabajadores de alcance comunitarios sobre la disposición para cambiar conductas de riesgo en etapas de cambio, acompañar a los participantes a las citas y preparar referidos de cuidado médico y tratamiento de drogas, y documentar el uso de los servicios por los usuarios de drogas inyectables. Todos los participantes eran usuarios de drogas inyectables y se desconocía si estaban infectados con el VIH.

Acceso a servicios de cuidado de salud

Resultados:

- 36% a 66% recibieron referidos para tratamiento para uso de drogas, orientación y prueba, tratamiento ETS o cuidado médico
- 14% o 55% entraron a tratamiento para abuso de drogas
- 52% actuaron por el referido médico
- A mayor intensidad en el contacto comunitario, mayor disponibilidad de la persona a respaldar el referido

(Greenberg, 1998)

Slide II - 11

15. Fíjese que los programas que crearon los sistemas de referidos ampliados y los adiestramientos a los proveedores de servicios sirvieron de ayuda para llegar a poblaciones difíciles de alcanzar, tales como los de usuarios de drogas inyectables, para que entraran al cuidado médico y al tratamiento para abuso de drogas.

15. Muestre la Diapositiva II-12, “Adherencia médica mejorada”

Adherencia médica mejorada

National HIV Health Cost and Service Utilization Study (2001)

Las personas en contacto con el manejador de caso durante 6 meses antes tuvieron:

- Mayor uso de la terapia antirretroviral combinada
- Disminución en las necesidades no cubiertas para otros servicios, incluido la asistencia económica, seguro médico, cuidado de salud en el hogar y orientación emocional

Slide II - 12

16. Observe que una de las metas del “National HIV Health Cost and Service Utilization Study (HSUS)” era examinar el efecto de manejo de las necesidades

no cubiertas y la utilización del cuidado médico y los medicamentos entre las personas infectadas con el VIH (Katz, et al., 2001).

El estudio se llevó a cabo con personas infectadas con el VIH quienes recibieron cuidado médico en hospitales o clínicas de los Estados Unidos. Las personas infectadas con el VIH que tuvieron contacto con un manejador de caso en los seis meses previos, registraron un mayor uso del tratamiento antirretroviral de regímenes de dos medicamentos y de tres medicamentos, que los que no estuvieron con el manejador de caso. Este grupo también tuvo menos necesidad de tratamiento para el uso de drogas. Además, las personas que recibieron manejo de caso continuo (esto es, contacto con un manejador de caso desde el principio y contacto de seguimiento seis meses más tarde), tenían mayor probabilidad para acceder al tratamiento antirretroviral y hubo una disminución de las necesidades no cubiertas por los servicios, incluido los siguientes:

- Ayuda con los ingresos
- Seguro médico
- Cuidado de salud en el hogar
- Orientación emocional

Presentación: Escenarios tradicionales versus los no tradicionales

Propósito: Comparar los escenarios tradicionales versus los no tradicionales y las diferencias en el enfoque para lograr el compromiso con el cuidado de salud de los usuarios de drogas infectados con el VIH

Tiempo: 15 minutos

Materiales

- Hojas del rotafolio y marcadores de colores
- Diapositiva II-13: “Escenarios tradicionales versus no tradicionales”
- Diapositiva II-14: “Sugerencias para mejorar los escenarios tradicionales”
- Diapositiva II-15: “Sugerencias para mejorar los escenarios tradicionales (continuación)”
- Diapositiva II-16: “Escenarios no tradicionales”
- Diapositiva II-17: “Los beneficios de los escenarios no tradicionales”
- Diapositiva II-18: “Combinación del servicio tradicional y no tradicional”
- Diapositiva II-19: “Ejemplos de enfoques prometedores para comprometer y retener a las personas”
- Diapositiva II-20: “Ejemplos de enfoques prometedores (continuación)”

Notas para el adiestrador

1. Describa las diferencias entre los escenarios tradicionales y no tradicionales. Observe que los escenarios tradicionales son las clínicas de salud de la comunidad, lugares para tratamiento de drogas, hospitales y organizaciones de base comunitaria que tienen un lugar permanente o reconocido donde se llevan a cabo los servicios. Con los escenarios no tradicionales, los servicios son ofrecidos en un lugar donde una población particular se congrega. Los lugares no son permanentes, sino temporeros, hasta que se cubren las necesidades de esa población.
2. Presente la información de las Diapositivas II-13 a la II-17.
3. Explíquelo a los participantes que esta presentación incluirá las sugerencias de cómo mejorar los servicios para los usuarios de drogas infectados con el VIH.

Escenarios tradicionales versus no tradicionales

<ul style="list-style-type: none">▪ Tradicional<ul style="list-style-type: none">– Lugares establecidos para el servicio<ul style="list-style-type: none">• Clínica/Hospital• Centros para abuso de drogas	<ul style="list-style-type: none">▪ No tradicional<ul style="list-style-type: none">– Reunirse con las personas en el lugar donde se encuentran– Temporero<ul style="list-style-type: none">• Móvil• Conexión con otros servicios de la comunidad
---	--

Slide II - 13

Sugerencias para mejorar los escenarios tradicionales

- Cambie el horario de funcionamiento para acomodarlo al estilo de vida del usuario de drogas
- Brinde servicios diurnos para adultos
- Establezca grupos de apoyos para VIH
- Cree un puesto de defensor VIH o establezca una relación formal con una organización que provea apoyo
- Provea adiestramiento a los consumidores y al personal sobre la importancia de la adherencia al tratamiento

Slide II - 14

Sugerencias para mejorar los escenarios tradicionales (cont.)

- Establezca un programa de incentivo con certificados de regalos, productos para la higiene personal, cupones de alimentos, pañales desechables o dinero para motivar a los clientes VIH
- Ofrezca adiestramiento en manejo de casos de VIH, uso de drogas, o ambos
- Revise las políticas de la clínica para ver si las barreras para el tratamiento fueron creadas por:
 - Influencia
 - Ir con los niños a la cita, etc.

Slide II - 15

Escenarios no tradicionales

- Alcance comunitario móvil
Escenarios donde se utilizan vehículos médicos o “vans” para llevar servicios para VIH a diferentes lugares
- Alcance comunitario fijo
 - Escenarios donde se llevan a cabo servicios o clínicas en lugares donde se congregan personas (albergues, centros de distribución de alimentos, hoteles y hoteles de ocupación sencilla)

Slide II - 16

Beneficios de los escenarios no tradicionales

- Llevar los servicios a lugares donde viven y trabajan los usuarios de drogas infectados con el VIH
- Mantener contacto con los pacientes mejora la tasa de seguimiento
- Establecer presencia o buena voluntad dentro de la comunidad
- Proveer acceso a los servicios a personas que por lo general no usan los servicios tradicionales

Slide II - 17

Combinación de los servicios tradicionales y no tradicionales

- Los trabajadores de alcance comunitario pueden referir a personas a los servicios médicos tradicionales y atraer a los pacientes al cuidado
- Los lugares de cuidado médico pueden usar los servicios de alcance comunitario para dar seguimiento a los pacientes

Slide II - 18

Acercamientos prometedores para comprometer y retener a las personas

- **Health Care for the Homeless, Baltimore MD**
 - Sirve a 276 individuos sin hogar, infectados con el VIH
 - 70% son usuarios de drogas
 - Provee servicios integrados para clientes que incluye: cuidado médico, tratamiento para abuso de drogas, servicios de salud mental y de alcance comunitario
 - Uso de un equipo multidisciplinario (médicos, profesional de enfermería, trabajadores sociales, profesionales en salud mental y pares trabajadores de alcance comunitario)

Slide II - 19

Enfoques prometedores (cont.)

Continuum HIV Services, San Francisco, CA

- Sirve a 900 personas infectadas con el VIH
- 80% usuarios de drogas, personas sin hogar y marginadas
- Agencia de multiservicios que ofrece servicios de enfermería móvil, salud mental, nutrición, mediadores pares y tratamiento, manejo de caso en transición
- Tiene un programa nocturno: un equipo compuesto por personal de enfermería y un manejador de caso que provee servicios a personas en SROs y albergues
- Tienen el *Tenderloin Care*: programa de alcance comunitario con un equipo de enfermera/médico, trabajador de salud comunitario, psiquiatra, trabajadores sociales y consejeros pares. El equipo visita las calles, los parques y SROs para enseñar sobre el cuidado de las heridas y crear confianza para atraer a las personas a la clínica para cuidado médico
- Proveer servicios de reducción de daños y referir a clientes a tratamiento para abuso de drogas según lo necesiten

Slide II - 20

4. Muestre las Diapositivas 19 y 20 sobre los Enfoques prometedores. Observe que éstos son ejemplos de programas que combinan ambos servicios, tradicional y no tradicional, para comprometer y retener a las personas en el cuidado.
5. Pídale a los participantes que describan los tipos de servicios que se proveen en sus organizaciones y que expliquen si trabajan en un programa tradicional o no tradicional. Escriba las observaciones en un papel del rotafolio y demuestre cómo éstas son similares o diferentes de las ideas provistas en la presentación.
6. Haga referencia a los comentarios escritos en las hojas del rotafolio (Actitudes, Estructural/Ambiental, Personal/Cultural y Referido/Seguimiento) desarrollados en la actividad de Audiencia Pública, Sesión 2. Demuestre cómo la información presentada aquí es pertinente a las discusiones anteriores.

Presentación: Construyendo relaciones dentro de la comunidad

Propósito: Explorar los enfoques para construir relaciones dentro de la comunidad mientras vemos las maneras de cómo comprometer en el cuidado de salud a los usuarios de drogas infectados con el VIH.

Tiempo: 15 minutos

Materiales

- Diapositiva II-21, “Construyendo relaciones dentro de la comunidad”
- Diapositiva II-22, “Relaciones con la comunidad”
- Diapositiva II-23, “Acuerdos interagenciales”
- Diapositiva II-24, “Agencias”

Notas para el adiestrador

1. Pregúntele a los participantes cuán conectados están con la comunidad y con otras organizaciones en la comunidad. ¿Cuál es la naturaleza de su relación?
2. ¿Qué persona en su agencia es responsable de interactuar con la comunidad? ¿Cuáles son las responsabilidades de esa persona? ¿Cómo ha evolucionado su función con el tiempo?
3. Presente la información de las Diapositivas II-21 a la II-24.



Relaciones con la comunidad

- Pueden apoyar el reclutamiento de pacientes o clientes
- Aumentar la aceptación de los servicios que ofrece su programa
- Presentar el programa y los servicios a:
 - Comercios del área
 - Organizaciones religiosas
 - Reuniones políticas
 - Asociaciones vecinales o de condómines
 - Actividades de la comunidad
 - Programas de servicios sociales

Slide II - 22

Acuerdos interagenciales

Es importante que su programa establezca relaciones con organizaciones que provean servicios que complementen los de su programa y que le ofrezcan servicios que sean más abarcadores.

Slide II - 23

Agencias

- Establezca contactos y acuerdos con:
 - Programas para tratamiento de drogas
 - Clínicas para VIH
 - Agencias de empleo
 - Ayuda para la vivienda
 - Grupos de apoyo para VIH
 - Organizaciones de autoayuda
 - Grupos defensores

Slide II - 24

4. Enfatique la importancia de cada relación al proveer un tratamiento integrado a los usuarios de drogas infectados con el VIH que participan en programas tradicionales y no tradicionales. Además, haga hincapié en la importancia de designar una persona contacto, y en el caso de otras agencias de servicios sociales, desarrollar un proceso de referido efectivo.
5. Haga referencia a los comentarios de las hojas del rotafolio desarrollados en la Actividad de audiencia pública, Sesión 2. Demuestre cómo la información presentada aquí es relevante a esa discusión anterior. Resalte el cómo crear relaciones dentro de la comunidad puede tener los siguientes beneficios:
 - Aborda el síndrome de “A mí eso no me pasa”
 - Aumenta el seguimiento con los clientes
 - Ayuda a aumentar la comprensión de la cultura de la comunidad
 - Ayuda a asegurar el acceso a más servicios integrados mediante los referidos
 - Clarifica las diferentes responsabilidades de las funciones del personal de la agencia

Presentación: Los pares mediadores

Propósito: Presentar y explorar el concepto de los pares mediadores

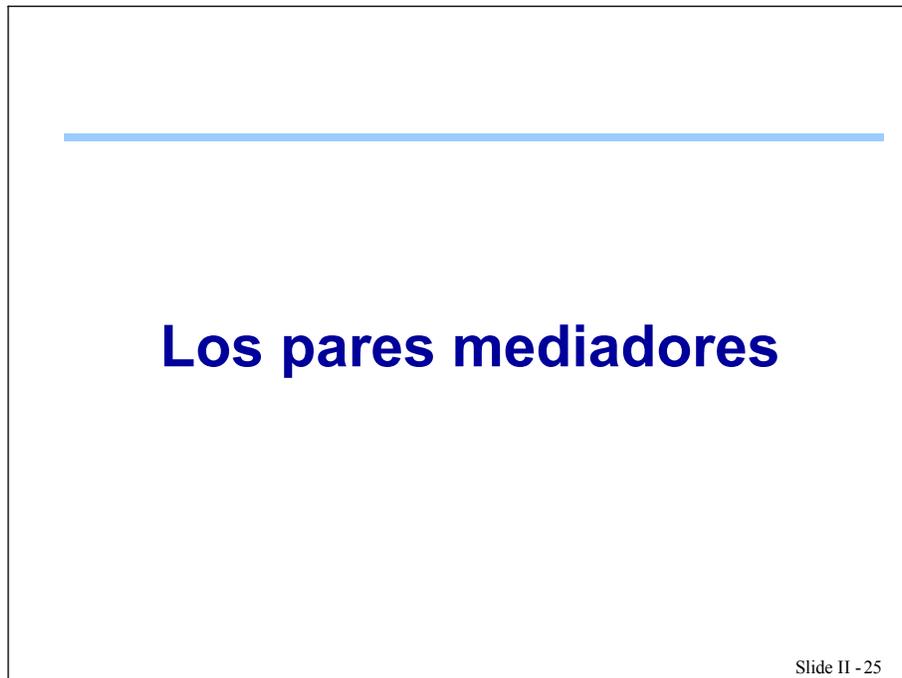
Tiempo: 15 minutos

Materiales

- Diapositiva II-25, “Los pares mediadores”
- Diapositiva II-26, “¿Quiénes son los pares?”
- Diapositiva II-27, “¿Qué hacen los mediadores?”
- Diapositiva II-28, “¿De dónde vienen los mediadores?”
- Diapositiva II-29, “Retribuirlle a la comunidad”

Notas para el adiestrador

1. Muestre y presente las Diapositivas II-25 y II-29.



¿Quiénes son los pares?

Personas que tienen experiencia con el uso de drogas, con el HIV, o ambos, y pueden ser tremendos aliados de los clientes y del personal de tratamiento.

Slide II -26

2. Muestre la Diapositiva II-27 “¿Qué hacen los mediadores?”

¿Qué hacen los mediadores?

- Acompañar a los clientes a las citas
- Llenar los papeles
- Ayudar a los clientes a encontrar un tratamiento

Slide II -27

3. Explique que el uso de mediadores puede definirse de la siguiente manera: En el contexto del compromiso y de la retención de los clientes, el trabajo con mediadores comprende el asistir y acompañar a los clientes según acceden al tratamiento y a otros servicios. Este trabajo cubre una variedad de actividades, que incluye: el llenar papeles, llevar los clientes a las citas y proveer otras ayudas cuando son necesarias.

4. Despliegue y presente la Diapositiva II-28 “¿De dónde vienen los pares mediadores?”

¿De dónde vienen los pares mediadores?

- Reclute voluntarios de
 - Grupos de apoyo de VIH
 - Grupos de autoayuda
 - Clientes exitosos
 - Voluntarios de los centros de información

Slide II - 28

Retribuirle a la comunidad

Ex usuarios de drogas que trabajan con usuarios activos

- Los conectan con los servicios
- Les dan apoyo durante el tratamiento para la adicción
- Proveen información y educación sobre la cultura de la droga

Slide II - 29

5. Despliegue y presente la Diapositiva II-29 “Retribuirle a la comunidad”. Explique que la mayoría de los programas de recuperación de abuso de drogas instan a sus clientes a que encuentren formas positivas de retribuirle a la comunidad. Muchos clientes retribuyen al ayudar a los usuarios de drogas activos a tener acceso y

mantenerse en el tratamiento para su adicción y también, en otros problemas relacionados con la salud. Los clientes podrían contribuir también al proveer información sobre la comunidad y la cultura de la droga.

6. Pídale a los participantes que comenten sobre cada una de las diapositivas presentadas. Usted puede preguntar lo siguiente para provocar comentarios:
 - ¿Qué piensan los participantes sobre los pares mediadores?
 - Su programa, ¿utiliza a los mediadores? Si la respuesta es negativa, ¿los utilizaría? ¿Cuál es potencial de éxito y cuáles son los retos?
7. Refiérase a los comentarios en las hojas del rotafolio de la actividad de Audiencia pública en la Sesión 2. Demuestre cómo la información aquí presentada es relevante para esa discusión llevada a cabo anteriormente.
8. Al finalizar esta presentación, resuma qué lograron y qué cubrieron los participantes durante la Sesión 2. Use los objetivos de la Sesión 2 como guía para su resumen. Observe, sin embargo, que este resumen no debe hacerse ahora si las actividades descritas a continuación como opcionales se añaden a ésta sesión.

Además de las actividades principales de la Sesión 2, le proveemos dos actividades opcionales. Los adiestradores pueden añadir estas actividades a la sesión, si el tiempo lo permite, o pueden sustituirlas por las actividades que se describen a continuación. Alentamos a los adiestradores a llevar a cabo una evaluación breve de las necesidades antes de comenzar con los adiestramientos para que puedan adaptar las actividades y los mensajes de acuerdo a los participantes.

Actividad opcional: Conciencia Cultural (Parte 1)

Propósito

- Entender cómo proveer servicios de salud culturalmente sensibles
- Explorar cómo las creencias culturales y las actitudes de las personas pueden afectar el acceso y el uso de los servicios
- Aprender cómo las personas están condicionadas al ver el mundo con una actitud de “nosotros” versus “ellos” y ver cuán variadas son estas distinciones

Tiempo: 30 minutos

Materiales: Sellos de varios colores

Notas para el adiestrador

1. Pídale a los participantes que cierren sus ojos. Explíquelo al grupo que usted va a estar caminando alrededor del salón y colocando un sello en la frente de cada participante.
2. Coloque los sellos de la siguiente manera:
 - Seleccione una persona que recibirá un sello de un color diferente a todas las personas en el salón.
 - Para el resto del grupo, asegúrese que al menos hay dos personas, pero no más de cinco, que comparten los mismos colores.
 - Si desea, puede variar el tamaño de los grupos. Por ejemplo, puede tener uno anaranjado, dos verdes, tres o cuatro rojos y cinco azules.
 - Dé a una persona dos sellos de diferentes colores para indicar que él o ella es un miembro de múltiples grupos.
3. Haga que los participantes abran sus ojos y sin hablar, que se unan al grupo al cual ellos creen que pertenecen. Explique que ellos pueden ayudar a otros a encontrar sus respectivos grupos, pero sin hablar.

4. Una vez que cada persona haya tenido la oportunidad de unirse a un grupo, pídeles que se sienten y discutan la actividad. Algunos de los siguientes puntos pueden ser utilizados para estimular la discusión:
 - Explore los sentimientos de las personas que fueron la única persona en un “grupo”, al igual que los sentimientos de aquellos que formaron parte de un grupo más grande. Discuta como se siente al pertenecer a más de un grupo.
 - Señale que usted nunca dijo que los participantes no podían recibir a otros a ser parte de su grupo.
 - Pregunte si se le ocurrió a alguien invitar a una persona “diferente” a su grupo.
 - ¿Alguien quiso salirse de su grupo y unirse a un grupo diferente?
 - Trate de relacionar esta actividad con las interacciones diarias con otras personas, tanto dentro como fuera de nuestros grupos sociales (familia, amistades, compañeros de trabajo, compañeros de equipo y otros).
 - Pregunte cómo la participación en grupos diferentes podría afectar a las personas quienes trabajan en servicios de salud.
-

Actividad opcional: Conciencia Cultural (Parte 2)

Propósito

- Entender cómo proveer servicios de salud culturalmente sensibles
- Explorar cómo las creencias culturales y las actitudes de las personas pueden afectar el acceso y el uso de los servicios
- Descubrir que existen diferentes maneras de definir el término “cultura” y discutir cómo cada una de estas definiciones influyen en la formas como se ofrecen los servicios

Tiempo: 30 minutos

Materiales

- Papel del rotafolio, marcadores de colores y cinta adhesiva
- Bolígrafos o lápices
- Impreso educativo II-2, “Conciencia cultural y educación en salud: juramento personal”
- Impreso educativo II-3, “Conciencia cultural y educación en salud: juramento personal”

Notas para el adiestrador

1. Pegue con la cinta adhesiva varias hojas de papel del rotafolio en la pared con el encabezamiento: “Elementos de la cultura”. Dirija una discusión de grupo donde los participantes desarrollen una lista detallada de los elementos de la cultura. Aborde cualquier pregunta o preocupación que las personas tengan sobre la lista. Una vez las

personas hayan terminado de añadir sus puntos a la lista, verifique si los puntos que señalamos a continuación han sido incluidos. De no ser así, sugiera que se añadan:

- Raza
- Identidad étnica
- Género
- Orientación sexual
- Condición de enfermedad (por ejemplo, infectado con el VIH)
- Edad
- Religión
- Familia

2. Divida a los participantes en grupos de trabajo pequeños de tres a cinco personas y provea a cada grupo de trabajo con papel del rotafolio y marcadores de colores. Usando la lista como guía, pídale a cada grupo que desarrolle una o dos oraciones que definan la cultura.
3. Pida voluntarios de cada grupo de trabajo para que lea y pegue las definiciones de su grupo.
4. Enfaticé en la variedad de pensamientos, ideas y definiciones alrededor de la palabra “cultura”.
5. Distribuya los lápices, los bolígrafos, los papeles y el Impreso educativo II-2, “Conciencia cultural y educación en salud: juramento personal”. Muestre la Diapositiva II-30, que tiene el mismo título que el impreso educativo. Haga que varios participantes lean el juramento en voz alta para que pueda ser escuchado en diferentes voces.
6. Discuta los puntos principales del juramento y pida que se intercambien ideas. Revise la función de los proveedores de salud mientras revisa el juramento. Pregunte a los participantes si ellos quieren firmar el juramento como un compromiso personal. No necesita entregar los juramentos.

Impreso educativo II-2
Conciencia cultural y educación en salud
Juramento personal

Mi compromiso personal

El trasfondo cultural de una persona forma los valores, las creencias y las acciones de muchas maneras diferentes.

Los servicios de salud trabajan mejor cuando los profesionales de la salud son conscientes de cómo la familia, la comunidad y la cultura han formado los valores, las creencias y las acciones relacionadas con la sexualidad y el uso de sustancias.

Los servicios de salud efectivos pueden demostrar un sentido genuino de apertura y respeto por las culturas de todas las personas que participan en sus programas.

La conciencia personal de cómo mi trasfondo cultural, étnico, racial y regional ha formado mis valores, creencias y acciones es un paso importante para ser más consciente de las otras personas.

El conocer mis propios prejuicios y limitaciones con relación a otras culturas, me ayudará a fortalecer mi capacidad para ser un un profesional de la salud efectivo.

Yo acepto las expresiones antes mencionadas y haré todo lo posible para promover la armonía en la salud y el bienestar personal entre las personas no importa su raza, cultura, identidad étnica, o región.

Firma

Fecha

Sesión 3: Destrezas interpersonales para aumentar el compromiso y la retención

Objetivos para toda la sesión

Al finalizar la sesión los participantes:

- Identificarán dilemas comunes encontrados en los esfuerzos de compromiso y retención y revisar las guías profesionales y éticas relevantes a esos dilemas
- Nombrarán y describir las cuatro etapas del Modelo Relacional de Compromiso y Retención
- Discutirán tres marcos conceptuales que informen el proceso de compromiso y retención en el cuidado
- Entenderán los principios básicos de la entrevista motivacional y el uso de técnicas específicas diseñadas para motivar a los usuarios de drogas infectados con el VIH a lograr un cambio positivo en la conducta
- Describirán al menos tres maneras de hacer referidos más efectivos

Actividad: ¿Qué haría usted si . . . ?

“A veces parece que tratamos de hacer una cirugía del cerebro con un hacha, un destornillador y un teléfono celular”

Heather Barr, enfermera salubrista

Propósito: Identificar los dilemas comunes encontrados en los esfuerzos del compromiso y la retención, y revisar las guías profesionales y éticas relevantes a estos dilemas

Tiempo: 25 minutos

Materiales

- Rotafolio y marcadores de colores
- Impreso educativo II-3, “Guías profesionales y éticas para proveedores de cuidado”

Notas para el adiestrador

1. Inevitablemente, los proveedores enfrentan situaciones en su trabajo que traen dilemas morales, éticos o prácticos. Poder identificar por adelantado algunos de estos dilemas, puede ayudar a que no lo cojan fuera de base cuando surja la situación. Además, las guías profesionales y éticas relevantes proveen una orientación importante a los proveedores en el trabajo que realizan.

2. A través de la actividad, recuérdale a los participantes que deben estar alerta a sus reacciones con relación a los asuntos que surjan y la importancia de discutir sistemáticamente con sus pares y supervisores estos “tema peliagudos”.
3. Comience la actividad reconociendo que el trabajo con usuarios de drogas infectados con el VIH puede ser un reto. Los proveedores, a menudo confrontan situaciones únicas y complejas para las cuales la respuesta adecuada no siempre es evidente. Los dilemas prácticos y éticos surgen inevitablemente. Algunas veces los proveedores se ven forzados a “romper” ciertas reglas, o al menos, adaptar las reglas a la manera en que acostumbra a hacer las cosas. Esto puede dejar en los proveedores una sensación de incertidumbre de si están haciendo lo correcto en una situación dada. Esta actividad está diseñada para reconocer estas preocupaciones de la vida real y ofrecer unas guías básicas que ayuden preparar una base y dar dirección a los proveedores.
4. Pídale a los participantes que intercambien ideas activamente sobre algunos de los “temas peliagudos” y los dilemas que han confrontado, o que puedan confrontar, relacionados con el compromiso y la retención en el transcurso de sus trabajos. Los ejemplos pueden incluir lo siguiente:
 - Asistir a una persona que se dedica a prácticas sexuales de alto riesgo y se niega a usar protección
 - Ayudar a una persona que está desesperada por entrar un programa de metadona pero no puede porque no hay ninguno disponible.
 - Trabajar con una persona cuyo uso de sustancias interfiere con la habilidad que él o ella tenga para lograr la adherencia a un regimen de tratamiento para VIH.
 - Ayudar a los usuarios de drogas inyectables quienes no están listos para dejar de usarlas y poder tener acceso a agujas estériles y jeringas en lugares donde no hay programas de intercambio de agujas.
5. Divida en grupos pequeños de trabajo de cuatro o seis personas. Explique que cada grupo de trabajo va a hacer un ejercicio llamado “¿Qué haría usted si...?”
6. Pídale a la mitad de las personas en cada grupo de trabajo que traiga alguno de los dilemas de la vida real que hayan confrontado o esperan confrontar en el transcurso de su trabajo. Pídale a la otra mitad de cada grupo de trabajo que asuma el papel de un panel de expertos en un programa radial. Pídale a las personas con los dilemas que tomen turnos para “llamar” al panel de expertos, que le preguntará, “¿Qué haría usted si . . . (si ocurriera este escenario en particular)?”
7. La tarea del panel de expertos es discutir entre ellos las preguntas relevantes y los asuntos presentados por el caso y dar consejo sobre los pasos que pueda seguir las personas que llaman. Cada miembro del panel debe tener la oportunidad de hablar. Fomente un intercambio animado entre las personas que llaman y los miembros del panel.

8. Haga que la persona que llama y los subgrupos expertos cambien de función para que cada persona en cada grupo de trabajo tenga la oportunidad de presentar al menos un dilema y que obtenga una respuesta al mismo.
9. Reúna al grupo y pídale a algunos de los participantes que comente sobre que situaciones surgieron durante este ejercicio.
10. Distribuya el Impreso educativo II-3, “Guías profesionales y éticas para los proveedores de cuidado”. Revise las guías con el grupo e invite a que las personas comenten sobre cualquiera de ellas, especialmente aquellas que puedan hacer que levantes interrogantes. Pregunte si alguien tiene otras ideas para añadirla a las guías que no hayan sido incluídas en el impreso educativo.
11. Concluya la actividad enfatizando la importancia de consultar sistemáticamente con los pares y los supervisores cuando surjan los dilemas en el transcurso del trabajo. Fomente la revisión regular de estas guías éticas o del asesoramiento profesional e institucional similares.

Impreso educativo II-3

Guías profesionales y éticas para proveedores de cuidado

“La ética... es sólo una reverencia a la vida.”
Albert Schweitzer

La filosofía dominante en estas guías es tratar a las personas como le gustaría le trataran a usted o, por lo menos, no hacer daño. Esto aplica no sólo a la interacción con otras personas a las que tratamos y proveemos servicios, sino también a la interacción con los compañeros de trabajo, los supervisores, los empleados de otras agencias, los responsables de crear las políticas y otros. La esperanza está en que los proveedores sistemáticamente serán respetuosos y proveerán cuidado de manera competente y compasiva sin importar la forma que sea.

Los proveedores deberán tratar de anticipar e identificar los dilemas éticos que puedan surgir en su trabajo y discutir los mismos con los supervisores y con sus compañeros. Algunos de las guías aquí mencionadas están diseñadas para incitar tales discusiones y por lo tanto aumentar el entendimiento sobre lo que significa proveer cuidado dentro los límites apropiados. Las recomendaciones recogidas en estas guías pueden ser utilizadas para complementar las políticas y los códigos de ética específicos que han sido desarrollados para, y aceptados por varias disciplinas profesionales y organizaciones.

- Comprométase a estar bien preparado física, intelectual, emocional y espiritualmente para hacer este trabajo.
- Conozca sobre la cultura de las personas a las que va a proveer el servicio. Comprenda la influencia que ejerce la cultura en las creencias de salud de las personas y su acceso a los cuidados de salud.
- Desarrolle conciencia de las causas, las experiencias, los patrones y las políticas sobre el VIH y el uso de sustancias.
- Aborde los asuntos de la persona con VIH y el uso de drogas al igual que sus necesidades de servicios sociales y emocionales.
- Entienda los códigos de ética y las políticas relevantes que son específicas a su disciplina profesional y para la organización que trabaja.
- Sea genuino y amable con las personas que interactúa.
- Procure ser objetivo en sus actitudes y acciones. Evite juzgar.

- Respete los deseos de privacidad de los demás y el deseo de no compartir alguna información personal.
- Adhiérase a las reglas de confidencialidad que se requieren en su trabajo.
- Mantenga su palabra. Sea formal y confiable. Prometa sólo lo que puede cumplir.
- Respete a las personas por lo que son y no como un medio. Nunca explote a los clientes para ganancia personal o de la agencia.
- Promueva comportamientos que aumenten la salud y el bienestar, y que disminuyan el riesgo o el daño personal o a otras personas.
- Trabaje dentro de los límites de sus conocimientos, destrezas y entrenamiento.
- Busque supervisión inmediatamente en situaciones de crisis.
- Evite intervenir en situaciones para las que no está adiestrado o no tiene conocimientos.
- Absténgase de imponer sus creencias morales o religiosas en otras personas.
- Nunca tenga actividad sexual con alguien a quien ofrece servicios.
- No acepte dinero en efectivo de los clientes. Acepte otros regalos sólo si son culturalmente aceptables.
- Absténgase de dar dinero en efectivo o regalos personales a clientes, excepto cuando es culturalmente aceptable.
- Nunca lleve armas (sólo la posibilidad de usar el aerosol de pimienta).
- Nunca use alcohol o drogas ilícitas en el trabajo.
- Tome tiempo para usar sus conocimientos y experiencias en beneficio de la planificación pública y para formular políticas.
- Desarrolle prácticas de cuidado propio y autocuidado dentro y fuera del lugar de trabajo.

Actividad: El modelo Relacional de Compromiso y Retención

Propósito: Explorar las cuatro etapas bosquejadas en el Modelo relacional de compromiso y retención para el cuidado de usuarios de drogas infectados con el VIH

Tiempo: 20 minutos

Materiales

- Rotafolio y marcadores de colores
- Impreso educativo II-4, “Modelo relacional de compromiso y retención”
- Impreso educativo II-5, “Pasos en el continuo del compromiso y la retención”
- Impreso educativo II-6, “Estudio de caso: María”

Notas para el adiestrador

1. Distribuya los Impresos educativos II-4 y II-5. Escriba las cuatro etapas del modelo relacional en el rotafolio:
 - Haciendo una conexión
 - Desarrollando una relación
 - Educación y enlace con los servicios
 - Apoyo del bienestar y la estabilidad
2. Presente el modelo al señalar que es esencial el desarrollar relaciones de confianza entre los usuarios de drogas infectados con el VIH si es que se quiere tener éxito en el compromiso y la retención de éstos en nuestros servicios. Los usuarios de drogas infectados con el VIH a menudo tienen dificultad para acceder a los servicios y al cuidado que necesitan por razones de estigma, miedo, falta de conocimientos, ambivalencias, desesperanza y otras barreras presentadas por los mismos servicios sociales y de salud. Uno de los roles más importantes es ayudar a los usuarios de drogas infectados con el VIH a superar estas barreras personales y de sistema. Sencillamente, no es suficiente el proveer información y educación. El establecer una relación continua y de apoyo con el proveedor es a menudo el primer paso que las personas toman para moverse hacia la dirección para el cambio positivo.
3. Explique que el modelo relacional está basado en la experiencia del proveedor y en la literatura de alcance comunitario y en métodos de compromiso efectivos. Tiene la intención de informar a los proveedores de todas las disciplinas sobre el progreso relacionado al compromiso y a la retención de las personas en el cuidado.
4. Las etapas descritas en el modelo no son necesariamente discretas, ni las etapas progresan siempre de forma suave y lineal. En cambio, el modelo sencillamente trata de ilustrar las diferentes fases de desarrollo en las relaciones de ayuda y las tareas

comunes a cada fase. Es importante observar que algunas relaciones de ayuda nunca pasan de la etapa inicial de “hacer una conexión” y relativamente unas pocas llegan hasta el final de la etapa cuatro de apoyo al bienestar y la estabilidad”. Además, el movimiento de una persona en el continuo relacional puede tomar mucho o poco tiempo, dependiendo de la disposición de él o ella y la disponibilidad de los recursos apropiados.

5. Distribuya el Impreso educativo II-6, titulado “Estudio de caso: María.” Para ilustrar el modelo, refiérase al ejemplo de caso de María en el Impreso educativo II-6. Pídale a cuatro voluntarios que lean en voz alta una de las cuatro secciones del ejemplo de caso. Invite a que surjan preguntas y comentarios. Estimule a que los participantes piensen sobre cuáles actividades específicas en cada etapa pueden ser más relevantes para su propia situación de trabajo y su rol.
6. Concluya la actividad al estimular a los participantes a pensar sobre cuál(es) etapa(s) de relación se encuentra con relación a los diferentes usuarios de drogas infectados con el VIH con los que trabaja.

Modelo Relacional de Compromiso y Retención

Un aspecto importante del compromiso y la retención es el proceso de construir y mantener una relación segura y de apoyo con la persona infectada con el VIH y que utiliza drogas. La meta de este proceso es ayudar a que las personas atiendan sus distintas necesidades de salud y de servicios sociales y proveerles la información necesaria para reducir el daño a ellos y a otros. Los proveedores de cuidado “comparten una parte de este viaje” con las personas a quienes sirven, al proveerles ayuda material, información, cuidado médico, orientación e intercesoría. Estos esfuerzos están diseñados para ayudar a las personas a mejorar la salud y la estabilidad y prevenir una mayor transmisión del VIH. Por lo general, esta relación progresa a través de las siguientes cuatro etapas relacionales:

- Haciendo una conexión
- Desarrollo de la relación
- Educación y enlace con los servicios
- Apoyo del bienestar y la estabilidad

Haciendo una conexión

Esta etapa aplica particularmente al trabajo con personas difíciles de alcanzar. Comienza con la observación de la persona en su medio ambiente, seguido de algún tipo de presentación. Siempre que sea posible, es útil dedicar tiempo meramente a observar cómo actúa la persona, cómo se relaciona con otros, qué tipo de espacio necesita y cómo se relaciona con el ambiente y su respuesta al mundo que lo rodea.

La observación cuidadosa ayuda al proveedor a determinar la manera adecuada de hacer su presentación. Si el contacto ocurre fuera de un escenario clínico, como en la calle, uno simplemente pasa y hace un gesto con la cabeza o saluda, para reconocer básicamente la presencia de la otra persona. En un escenario clínico, se puede saludar afectuosamente o entablar una conversación casual y breve. Según se desarrolla la confianza, el proveedor pasa de una presentación general como vecino o miembro de la comunidad o alguien que se preocupa hacia una presentación más específica como trabajador de alcance comunitario/profesional de enfermería/médico.

El desarrollo de la relación

En palabras sencillas, el desarrollo de la relación trata de proyectar preocupación y confianza y compartir un trayecto corto del viaje de una persona. Esto requiere poder dedicar tiempo a la persona. El proveedor crea el ambiente para aumentar la confianza, escuchando atenta y respetuosamente la historia del cliente y sintonizándose con su situación actual, viendo cómo se visualizan ellos mismos, sus percepciones del mundo que les rodea y su capacidad para alcanzar sus

necesidades personales. Una relación de confianza está fundamentada en la colaboración con el cliente y no en hacer exigencias. El proveedor debe ser confiable y una persona en quien se pueda contar, asegurándose que cumple sus promesas.

La educación y el enlace con los servicios

Esta etapa de la relación está centrada en ofrecer educación e información adaptada al cliente y a su disposición para aceptar ayuda. Según se desarrolla la relación, el proveedor enlaza al cliente con otros recursos y proveedores clínicos en el momento apropiado. Al unirlos con otros – manejadores de caso, proveedores médicos, proveedores de tratamiento de uso de drogas, programas de servicios sociales y miembros de la familia – el proveedor ayuda a crear un círculo de cuidado amplio, en el que el cliente puede depender para obtener ayuda en varios aspectos de la vida. El proveedor juega un papel integral durante esta etapa, al ayudar a coordinar el cuidado, acompañando al cliente cuando sea necesario, resolviendo problemas, apoyando el seguimiento de los planes de tratamiento y aumentando de manera continua la motivación del cliente.

El apoyo de la salud y la estabilidad

La relación se mueve hacia esta fase cuando el cliente ha establecido un patrón regular en el uso de los recursos y servicios de la comunidad y ha alcanzado una estabilidad relativa. En esta etapa de la relación, hay un énfasis aumentado en ver el proveedor y el cliente como ciudadanos y miembros de la comunidad. La función del proveedor, como aquel que ofrece cuidado, disminuye según el cliente se va integrando a la vida comunitaria. Algunos clientes deciden llegar a otros y ofrecer una ayuda similar a la que ellos recibieron. Con el tiempo, el proveedor y el cliente reconocen que su relación ha alcanzado las metas y acuerdan terminar la relación formal.

Este Impreso educativo fue adaptado de *Relational Outreach and Engagement Model* de Craig Rennebohm, Mental Health Chaplaincy, Seattle, WA.

Impreso educativo II-5

Pasos en el continuo del compromiso y la retención

Este Impreso educativo se preparó, particularmente, para los proveedores cuyo trabajo es lograr comprometer a individuos difíciles de alcanzar en escenarios no tradicionales. Sin embargo, muchos de estos pasos, se pueden adaptar fácilmente a proveedores que trabajan en escenarios clínicos.

Haciendo una conexión

- **Observe la persona:** Observe la persona para que conozca su conducta, sus necesidades básicas y su nivel de funcionamiento. Inspeccione el medio ambiente (cuando se encuentre fuera de un escenario clínico tradicional) para que evalúe la seguridad del proveedor y de la persona. Determine cómo mejorar el acercamiento para que la persona se sienta cómoda y que sea adecuado al ambiente.
- **Salude a la persona:** Salude a la persona brevemente con un movimiento de la cabeza o un “hola”, sin entrar en una conversación.
- **Preséntese:** Acérquese a la persona y preséntese diciendo su nombre, entienda que la persona puede responder o no. Inicialmente, puede identificarse de una manera general – por ejemplo, como vecino o persona que trabaja en el alcance comunitario.
- **Inicie una conversación casual:** Hable con la persona de manera informal sobre temas no específicamente relacionados con los servicios o necesidades. La meta de este paso es formar una relación y aumentar el nivel de comodidad de la persona.
- **Identifíquese en su función específica:** Permita que la persona conozca su disciplina o título, y descríbele su trabajo para un programa local que provee servicios a personas que tienen algún interés en el VIH y el uso de drogas. En el modelo de compromiso y retención, se entiende que este paso es un punto de transición significativo hacia el próximo paso, que es el desarrollo de la relación entre proveedor y cliente.

El desarrollo de la relación

- **Escuche la historia del cliente:** Escuche las preocupaciones del cliente, sus deseos, historia, percepciones, sentimientos y otros. Utilice las destrezas de entrevistas, como hacer preguntas abiertas, afirmación de las fortalezas, escuchar reflexivamente y resumir.
- **Hagan una actividad juntos:** Hagan algo juntos, como tomar café, dar un paseo, salir a comer o cualquier otra actividad que fomente la relación.
- **Identifique las necesidades percibidas por el cliente:** Averigüe cuales son las necesidades percibidas por el cliente y determine si estas necesidades tienen que ver con su condición del VIH o del uso de drogas.

- Provea asistencia material: Ofrezca al cliente algo tangible, como un certificado para una comida, una frisa, condones, equipo de desinfección o un equipo higiénico.
- Acompañe al cliente cuando solicite servicios a corto plazo y de supervivencia: Acompañelo a una cita o a conseguir servicios, como alimentos, alojamiento o vestimenta.
- Provea información y referido a servicios a corto plazo y de supervivencia: Ofrezca información y referido para ayudar a mejorar la situación inmediata del cliente.
- Responda a situaciones de emergencia: Contacte los servicios de emergencia apropiados cuando la vida, la salud o la seguridad del cliente se encuentran a riesgo.
- El cliente inicia el contacto con el proveedor: En este paso, el cliente contacta al proveedor de cuidado personalmente o por teléfono o le deja un mensaje.
- Encuentro en un lugar público: Cuando el cliente esté listo, encuéntrense en un lugar que tenga una estructura, como en un centro para personas sin citas, un restaurante u oficina. Este paso se considera un punto de transición hacia la próxima etapa.

La educación y enlace con los servicios

- Identifique metas mutuas a largo plazo: Trabaje junto con el cliente para identificar metas de mutuo acuerdo, como obtener cuidados de salud, abordar el uso de drogas, reducir el riesgo, regresar al trabajo u obtener servicios de salud mental, programas para obtener ingresos o a los que tiene derecho, alojamiento u oportunidades educativas.
- Aumente la motivación hacia cambios positivos: Evalúe la disposición del cliente hacia el cambio, y utilice las destrezas de aumentar la motivación para explorar la ambivalencia, las necesidades de información y apoyo, entre otras.
- Planifique cómo alcanzar metas a largo plazo: Trabajen juntos para desarrollar un plan para alcanzar metas en varias áreas.
- Provea educación: Brinde al cliente información pertinente sobre el VIH y el uso de drogas, y edúquelo sobre las prácticas de reducción de riesgo y temas relacionados.
- Provea información sobre servicios: Brinde al cliente información sobre otros proveedores de cuidado y servicios que podrían ayudarle a alcanzar sus metas.
- Haga conexión con otros servicios de larga duración: Reúnase con el cliente y otros proveedores de servicio para trabajar en un plan de acción para alcanzar las metas.

El apoyo del bienestar y la estabilidad

- El cliente infectado con el VIH se reúne con otros proveedores de servicio cuando usted no está presente: Haga ajustes en su función de ayudar cuando el cliente esté listo para establecer relaciones para trabajar con otros proveedores de cuidado y de servicio.
- Haga referidos externos, coordine citas y negocie servicios: Provea apoyo al cliente y facilítele el acceso a los servicios.
- Abogue por el cliente en los nuevos sistemas de apoyo: Abogue por el cliente y sirva de puente entre el cliente y el sistema de servicio de larga duración.
- Reúnanse con otros proveedores de servicios de larga duración para revisar el trabajo realizado por el cliente: Esto implica actividades como continuar sirviendo de apoyo, escuchar las preocupaciones del cliente, centrarse en las metas expresadas por el cliente y abordar asuntos sobre adherencia.
- Monitoree el progreso del cliente: Manténgase periódicamente en contacto con el cliente y con los otros proveedores de servicios, de ser necesario. Ayude al cliente a mantener la estabilidad.
- Termine la relación formal entre proveedor y cliente: El paso final ocurre cuando ambas partes acuerdan que el cuidado del cliente ha pasado exitosamente a otros proveedores. Celebre el progreso que el cliente ha hecho y demuestre agradecimiento y tristeza cuando se despidan. Deséense el bien mutuo en el viaje que ha de continuar.

El material del Impreso educativo ha sido adaptado del formulario “Outreach and Engagement Checklist”, publicado en 1996 por Northwest Resource Associates, Seattle, Washington.

Impreso educativo II-6

Estudio de Caso: María

El *Better Health Alliance Group* (BH) es una clínica de base comunitaria localizada en el lado sur de Metro City. Sirve un vecindario culturalmente diverso donde predomina una clase trabajadora de bajos ingresos. La clínica ofrece una variedad de servicios que incluyen pediatría, obstetricia y ginecología, medicina general y cuidado de enfermedades de transmisión sexual. Cuando el uso de heroína comenzó a aumentar en la comunidad, alrededor de hace diez años, BH abrió una clínica de metadona y comenzó un programa extensivo de alcance comunitario de orientación del VIH y cuidado médico básico. Todos los días, BH envía una unidad móvil a dos parques principales del área con una enfermera llamada Ángela, un médico llamado Pedro y un consejero llamado Juan para ofrecer tratamiento del VIH y de uso de drogas.

Haciendo la conexión

En las pasadas semanas, Juan se ha percatado de que una mujer, ocasionalmente, se sienta en un banco cerca del lugar donde está estacionada la unidad móvil. Se ve muy delgada y parece que la vigilan. Un día, Juan pasa por su lado y simplemente la saluda con la cabeza, y le dice hola. El próximo día le ofrece café, pero no lo acepta, y mira hacia otro lado. La próxima semana, Juan continúa saludándola y un día ella le pide café. Juan le responde que “seguro que sí” y le da el café. Entonces, él pregunta si puede sentarse en el banco con ella por un rato. Según pasa el tiempo, comienzan a hablar, y ella le cuenta a Juan algunos detalles de su historia. Le dice que se llama María y que tiene 27 años. Ella ha vivido en el área durante los pasados cinco años.

El desarrollo de la relación

Al pasar los días, María le cuenta a Juan que una vez ella tuvo un trabajo estable y que sus cosas le iban bien hasta que comenzó a usar heroína, cuando su madre murió. Perdió su casa hace varios meses, debido a que casi todo su dinero lo gastaba en heroína. Durante el pasado mes, María ha estado viviendo con su hija de 3 años en uno de los albergues de la comunidad, pero el tiempo allí es limitado. Ella dice que la gente en el albergue está dispuesta a ayudarlo a conseguir un trabajo y un lugar propio donde vivir, pero le dicen que primero tiene que estar limpia. Otro residente del albergue le dijo que la gente de la unidad móvil del BH podría ayudarla a limpiarse.

María admite que se siente ambivalente sobre si quiere dejar la heroína, pues le agrada como la hace sentir. Sin embargo, ella se da cuenta que por su bien y el de su hija, no puede continuar viviendo así. Juan le indica que él es consejero de tratamiento de abuso de drogas y le habla sobre algunas opciones de tratamiento posibles y de las ventajas y desventajas de cada uno. Le indica que desafortunadamente en el área no hay ningún programa interno en el que pueda llevarse a su hija. Después de analizar varias opciones, María dice que le gustaría tratar un programa de metadona. John le explica como funciona el programa de metadona en la clínica de BH. John le pregunta a María si desea asistir para ayudarla a coordinar una entrevista de evaluación y que vaya por su cuenta o

si ella desea que él la acompañe. María le dice que ella puede ir por su cuenta, siempre y cuando Juan le haga un mapa con las instrucciones, cosa que él hace.

Después de dos semanas sin ver a María, Juan la divisa un día sentada en el banco cerca de la unidad móvil. Él sabe que ella nunca ha ido a la clínica. John se acerca a María y le pregunta como le va. También John le dice que ha notado que ella aún no ha ido a la clínica. María le dice que ella trató de obtener los servicios de la clínica, pero comenzó a utilizar heroína fuertemente otra vez cuando se enteró de la larga lista de espera para entrar al programa.

La educación y el enlace con los servicios

Juan y María acuerdan seguir encontrándose. Juan es persistente hasta que logra que María le ofrezca información, y además usa sus destrezas para motivarla a buscar tratamiento. Como resultado de los esfuerzos mutuos, Juan logra ayudar a María a completar los pasos necesarios para comenzar el tratamiento de metadona.

Algún tiempo más tarde, María se presenta a la unidad móvil de alcance comunitario con su hija, que tiene tos fuerte y no puede dormir. María había llevado a su hija a la sala de emergencia del hospital local el fin de semana anterior, pero decidió irse después de esperar dos horas sin que la atendieran. Juan le pregunta a María si quiere que Angela, la enfermera de la unidad móvil, atienda a su hija. María está de acuerdo y Angela examina a la niña y le recomienda que la lleve a la clínica pediátrica, al otro lado del pueblo, para un examen más minucioso. Angela coordina una cita en la clínica para María. María le comenta a Angela que ella no tiene transportación para llegar a la clínica y que no sabe como llegar.

Juan está de acuerdo en acompañar a María y a su hija a la clínica pediátrica. Le da a María el número de su extensión de teléfono y le sugiere que le pida a la enfermera pediátrica que lo llame después de la cita. María lo hace, y la enfermera pediátrica llama a Juan después de la cita. Luego Juan se sienta con María y le pregunta sobre la cita de la niña. María le indica que todo fue bien, pero le confiesa que está preocupada de que la niña esté más enferma de lo que la gente piensa. María le dice que hace un año supo que ella estaba infectada con el VIH y que teme que su hija también esté infectada. Ella no quería decírselo al pediatra, porque temía que las autoridades le quitaran la niña. Juan le asegura que hay personas en la clínica BH que están dispuestas a ayudarla, y le habla sobre los servicios que ofrece la clínica para el VIH y las enfermedades de transmisión sexual. Juan le dice que él trabaja con Julie, una de las manejadoras de caso, y le sugiere que se reúnan todos para establecer un plan. Juan llama a Julie y coordina una cita para el próximo día.

Juan y Julie se reúnen con María y le preguntan qué es lo que ella quisiera lograr en los próximos meses. María le indica que le gustaría encontrar un lugar estable para vivir y, tal vez, conseguir un trabajo para poder mantener a su hija. También, Juan le pregunta a María cómo supo que estaba infectada con el VIH y si había visto algún médico. María le menciona que había visto un médico hacía varios meses cuando se enteró que estaba

infectada con el VIH. Sin embargo, como se sentía bien en ese momento, ella creía que no tenía que volver a menos que no se sintiera mal. Ahora que su hija está enferma, María está preocupada por su propia infección del VIH. Julie hizo arreglos para que María y su hija vean al médico de la clínica.

El apoyo del bienestar y la estabilidad

Ha pasado un año. María y su hija están recibiendo la atención médica necesaria. María continúa su tratamiento de metadona y viven en un residencial público con subsidio para personas de bajo ingreso. Está recibiendo ayuda mínima de manejo de caso. María ha podido conseguir trabajo a tiempo parcial para complementar la asistencia pública que recibe. Aunque María aún enfrenta ciertos retos, se siente mucho mejor con su situación general. María espera poder completar el tratamiento de metadona algún día, regresar a la escuela, y, a la larga, conseguir un trabajo con mejor paga para poderse mantener ella y a su hija.

Preguntas para la discusión

- ¿Cuáles son algunos ejemplos de cómo el equipo de BH hizo la conexión con María?
- ¿Cuáles son algunos ejemplos de las gestiones concretas que realizaron Juan y Julie para ayudar a crear la relación con María?
- ¿Cuáles son algunas de las razones de por qué María no se decidía a solicitar los servicios del BH?
- ¿Cómo abordó el personal del BH estas preocupaciones y apoyó la estabilidad y bienestar de salud de María?

Actividad: Marcos de compromiso

Propósito: Explorar varias perspectivas conceptuales para aumentar los esfuerzos de compromiso y retención

Tiempo: 20 minutos

Materiales

- Impreso educativo II-7, “Hospitalidad – Creando espacio para el extraño
- Impreso educativo II-8, “La historia como marco para el compromiso”
- Impreso educativo II-9, “Qué significa brindar cuidado?”

Notas para el adiestrador

1. Como preparación para esta actividad, lea cada uno de los Impresos educativos y las preguntas de discusión relacionadas. Piense sobre sus propias respuestas a las preguntas.
2. Escriba la palabra “Hospitalidad” en un papel del rotafolio y pida a los participantes que desarrollen una discusión breve de ideas sobre las imágenes o ideas que esa palabra le traen a la mente inmediatamente. Escriba las respuestas obtenidas. Luego, haga otra actividad breve de discusión de ideas para la palabra “Historia” y luego otra para la palabra “Cuidado”.
3. Divida los participantes en, al menos, tres grupos de trabajo pequeños de cuatro a seis participantes cada uno. Pida que cada grupo escoja uno de los tres marcos de compromiso (hospitalidad, historia o cuidado) para una discusión, y utilice el Impreso educativo correspondiente para que cada grupo guíe la discusión. Si hay más de tres grupos, algunos grupos examinarán el mismo marco de compromiso.
4. Pida que uno de los participantes de cada grupo lea su Impreso educativo en voz alta al resto del grupo de trabajo. Dígale que, una vez se haya leído el Impreso educativo, cada grupo debe discutir las respuestas a las preguntas del Impreso educativo.
5. A los diez minutos, un representante de cada grupo informará al grupo completo sobre una de las ideas más importantes o ejemplos de la discusión. Los representantes de grupos describirán cómo los conceptos de hospitalidad, historia o cuidado pueden utilizarse para aumentar las actividades de compromiso y retención al trabajar con los usuarios de drogas infectados con el VIH. De esta manera, cada participante se expondrá a cada uno de los tres marcos de compromiso.
6. Termine la actividad preguntando a los participantes si conocen algún otro marco de compromiso útil que utilicen en su trabajo.

Impreso educativo II-7

Hospitalidad – Creando espacio para el extraño

Las personas infectadas con el VIH y que utilizan drogas activamente, muchas veces, se sienten rechazadas. Son estigmatizadas, como resultado del prejuicio y de políticas sociales punitivas. También, suelen apartarse de las relaciones y actividades pasadas, y pueden carecer de un sentido de pertenencia y de propósito en el mundo. Literalmente, se convierten en extraños.

“Ofrecer el regalo de la hospitalidad” es un enfoque útil que los proveedores de cuidado deben tener en cuenta para sobreponerse a este alejamiento. En el libro de Henri Nouwen, *Reaching Out*, el autor define hospitalidad como “la creación de un lugar libre y amistoso para el extraño”. Esta definición va más allá de las imágenes de compartir café y emparedados en un lugar inmaculado. Por el contrario, apunta hacia nuevas y profundas relaciones en nuestras vidas.

La hospitalidad ofrecida a un extraño es una invitación para iniciar una relación – una relación que presenta un rostro acogedor y que crea un sentido de refugio, muchas veces, en un mundo hostil e impersonal. Por tanto, la persona prueba lo que es “sentirse como en su casa” en el contexto de una relación segura y amistosa.

Una relación hospitalaria no trae ataduras. No juzga ni tampoco demanda nada. Por el contrario, ofrece un espacio en el cual la persona puede explorar libremente sus necesidades, capacidades y esperanzas. Este tipo de relación se convierte, tanto en un lugar de descanso como en una guía. Provee un lugar para la autoreflexión y la recuperación. Infunde y renueva las esperanzas.

El poder de la hospitalidad no está en la coerción, sino en escuchar atentamente, en la reflexión, en compartir información y en la persuasión amable. Fomenta, pero no obliga. Se fundamenta en la confianza, la competencia y la integridad del proveedor.

Cuando pensamos en nuestra propia experiencia de sentirnos bendecidos por la presencia hospitalaria de otra persona, nos recuerda que esto nos brinda calma, orientación y renovación. Es como recordar quienes somos – es regresar a nuestro hogar verdadero – para que nuevamente podamos seguir hacia delante con mayor confianza en la vida. Cuando no nos brindan esta hospitalidad nos sentimos aislados, desorientados, confusos y desesperados. Al igual que nosotros, las personas infectadas con el VIH y que utilizan drogas necesitan una relación hospitalaria en sus vidas.

La hospitalidad se ofrece de varias maneras – algunas veces con un gesto sencillo, una sonrisa tibia o con una taza de café. La hospitalidad puede demostrarse escuchando pacientemente sin interrupciones, ofreciendo información y una palabra de aliento o simplemente, estando presente y la otra persona en silencio. La hospitalidad requiere tiempo, paciencia y persistencia amable. No puede tener prisa. Puede ver el cuadro general, en lugar de buscar una solución rápida.

Según aumenta la confianza en la relación, se desarrolla un sentimiento de compañía. El proveedor y el cliente pasan tiempo juntos de una manera predecible. El cliente comparte mucho más su historia. Se comparten tareas pequeñas. El cliente comienza a preguntar sobre otros recursos. Con el tiempo, la hospitalidad lleva a aumentar el círculo de cuidado para ayudar al cliente a tener acceso a los recursos y servicios que necesita. De esta manera, se alcanzan las necesidades médicas, de alojamiento, financieras, de orientación, de tratamiento y de servicios sociales.

Con el tiempo, el cliente progresa hacia un mayor bienestar y estabilidad. La relación deja de ser de un solo lado y se convierte en mutua. El cliente, que una vez fue un extraño, se convierte más en un vecino y amigo. Descubrimos que nuestras historias se entretajan y que nos une una humanidad común. En esta etapa, el cliente y el proveedor reconocen las fortalezas y las bondades que traen a la relación, al igual que a la comunidad.

Al final, la hospitalidad brindada se convierte en un regalo de hospitalidad recibida.

Ken Kraybill

Preguntas para la discusión

- ¿Qué otras frases se pueden utilizar para describir la idea de “brindar hospitalidad” además de las mencionadas aquí (como crear espacio y presentar un rostro hospitalario)?
- ¿Cómo es el concepto de proveer hospitalidad similar y distinto de la idea de proveer servicio?
- ¿En qué circunstancias se ha sentido usted un “extraño” a quien alguien le brindó el regalo de la hospitalidad? ¿Cómo fue esa experiencia?
- ¿De qué maneras específicas podría usted brindar hospitalidad a un usuario de drogas infectado con el VIH en su trabajo? Piense en alguien particular que usted conozca.
- ¿Cómo podría su equipo u organización mejorar las maneras en que ofrece “espacio libre y amistoso para el extraño”?

Impreso educativo II-8

La historia como marco de compromiso

Todos tenemos nuestra historia. Compartir nuestras historias crea un espacio común en el que nos podemos encontrar como seres humanos. Nuestras historias no son ni correctas ni incorrectas. Simplemente son nuestras historias.

Algunos podemos contar nuestras historias recordando nuestro pasado sin sombras, nuestra situación actual con claridad y hacia donde vamos en nuestro viaje por la vida con un entendimiento real. Para algunos, contar nuestra historia es extremadamente difícil. Nuestro pasado puede ser doloroso y estar muy profundamente escondido en nuestra memoria. En nuestras relaciones con otros, tal vez nunca tuvimos mucho apoyo para lograr un sentido real y coherente de nosotros mismos. Las tensiones actuales de nuestras vidas pueden trastocar o confundir el sentido de quienes somos, de donde hemos estado y de hacia donde vamos.

La enfermedad mental, la intoxicación, la incapacidad de desarrollo, los trastornos neurológicos y las lesiones cerebrales pueden privar a las personas de la capacidad de contar su historia y de poderse ubicar entre otros y el mundo. En medio de la enfermedad, la historia de la persona puede tomar dimensiones extrañas. La dificultad para compartir una historia coherente, o la presentación de una historia incongruente o extraña puede indicar que una persona sufre de una condición incapacitante. Una persona que se presenta de esta forma puede necesitar atención especializada.

Invitar a otra persona para que comparta su historia puede ser una manera no amenazante de construir la confianza mutua y de desarrollar un cuadro más detallado de la situación y de las necesidades de la persona. Si estamos dispuestos a compartir una pequeña parte de nuestra historia, podríamos ampliar el terreno común.

En un sentido, terminamos donde comenzamos. Con el tiempo, según compartimos nuestras historias, ambos nos enriquecemos. Hemos caminado juntos una parte corta del camino. Al menos, habré podido añadir algo a la historia de otra persona – alguna esperanza, alguna ayuda concreta, algún aliento. En recompensa, ellos han añadido algo a la mía – su coraje, su humanidad y su experiencia.

Cada encuentro que tengamos es una pieza pequeña de la historia mayor. Cada encuentro es una oportunidad para escuchar y compartir, y para ayudar a mover nuestras historias con atención y compasión.

Craig Rennebohm

Preguntas para la discusión

- ¿Cuál es la importancia de “historia” en relación con el compromiso y la retención?

- ¿Cómo puede ubicar la historia de una persona al contexto de su trabajo?
- ¿Cuáles son algunas de las razones por las cuáles una persona pudiera tener dificultad para recordar toda o parte de su historia?
- ¿Cuáles son algunas razones por las cuales los usuarios de drogas infectados con el VIH pueden estar renuentes o temerosos de contar sus historias?
- ¿A quiénes usted le pide que compartan sus historias?
- ¿Cómo define y determina la “verdad” de la historia de alguien? ¿Hasta que punto esta verdad depende de la precisión de los hechos?
- ¿En qué momento usted sugiere que el cliente se puede beneficiar de otra ayuda profesional?

Impreso educativo II-9

¿Qué significa cuidado?

La palabra cuidado se ha convertido en una palabra muy ambigua. Cuando alguien dice, “Te voy a cuidar” es más bien un anuncio de un ataque inminente, que una expresión de tierna protección. Además de esta ambigüedad, la palabra cuidado se utiliza comúnmente de manera negativa. Por ejemplo, en respuesta a la pregunta, “Desea café o té?” y usted puede contestar “Me tiene sin cuidado”.

Cuando el cuidado es real, no es ambiguo. El cuidado real excluye la indiferencia y es opuesto a la apatía. La palabra “cuidado” tiene una raíz gótica “kara” que significa “lamento”. Así que el significado de la raíz de la palabra cuidado es “sufrir, experimentar dolor gritar de”. Me ha impresionado mucho el trasfondo de la palabra cuidado, pues en el uso común, tendemos a mirar lo que es cuidado como una actitud del fuerte hacia el débil, del poderoso hacia el impotente, de los que tienen hacia los que no tienen. Y, de hecho, nos sentimos bastantes incómodos de adentrarnos en el dolor de otros sin antes hacer algo por ellos.

Cuando nos preguntamos a nosotros mismos qué personas en nuestras vidas son las que más significado tienen para nosotros, encontramos que son las personas que, en lugar de darnos mucho consejo, soluciones o “curas”, son las personas que han elegido compartir nuestro dolor y tocar nuestras heridas con manos suaves y amorosas. El amigo que puede mantenerse callado en un momento de desesperación o confusión, que puede estar con nosotros en el momento de dolor y de aflicción, que puede tolerar no saber, no curar y no sanar y que puede dar el frente junto con nosotros a la realidad de nuestra impotencia – ese es el amigo que nos cuida.

Nuestra tendencia es huir de la dolorosa realidad o tratar de cambiarla lo antes posible. Pero, intentar curar sin ofrecer cuidado nos convierte en gobernantes, controladores y manipuladores, y no permite que se forme una comunidad real. Curar sin ofrecer cuidado nos hace preocuparnos por los cambios rápidos, impacientes y poco dispuestos a compartir la carga con otros. Por eso, curar puede ser una ofensa, en lugar de una acción de liberación.

Por lo tanto, no sería raro que muchas personas en necesidad rechazaran la cura. El fenómeno de rehusar la ayuda que se ofrece sin cuidado no es una reacción sólo del individuo. En realidad, las minorías oprimidas se han resistido al apoyo y las naciones en sufrimiento han rechazado medicinas y alimentos, pues deciden que es preferible sufrir que perder el respeto, aceptando regalos de manos que no demuestran cuidado y preocupación.

Henri Nouwen

Preguntas para la discusión

- ¿Por qué es que el autor dice que la palabra cuidado se ha convertido en una palabra ambigua en el uso común?
- ¿Cuál es el significado de la raíz de la palabra “cuidado”, basado en sus orígenes de la palabra gótica, “kara”? ¿Esto le sorprende de alguna manera?
- El autor sugiere que el significado de la raíz de la palabra “cuidado” representa un reto para la visión común que existe de cuidar de otros, que es una “actitud del fuerte hacia el débil, del poderoso hacia el impotente, de los que tienen hacia los que no tienen”. ¿Cómo se relaciona esto con nuestros esfuerzos de compromiso y retención?
- ¿Qué significa la frase “curar sin ofrecer cuidado”? ¿Qué ejemplos puede dar de su lugar de trabajo que pueda ilustrar un enfoque de curar sin ofrecer cuidado?
- ¿Cómo podría trabajar con otros profesionales para mejorar el cuidado de un usuario de drogas infectado con el VIH?

Actividad: Aumentar la motivación para un cambio positivo

Propósito: Desarrollar las destrezas esenciales para ayudar los usuarios de drogas infectados con el VIH a aumentar la motivación hacia un cambio positivo

Tiempo: 40 minutos

Materiales

- Rotafolio y marcadores de colores
- Impreso educativo II-10, “Etapas de cambio”
- Impreso educativo II-11, “Los cinco principios de la entrevista de motivación”
- Impreso educativo II-12, “PAER: Las destrezas básicas de la entrevista de motivación”
- Impreso educativo II-13, “Preguntas abiertas y afirmaciones”
- Impreso educativo II-14, “Escuchar reflexivamente”
- Impreso educativo II-15, “Resumen”
- TV y VCR
- “Entrevistas motivacionales Cinta C: Manejando la resistencia,” grabado en 1998 por William R. Miller y Stephen Rollnick, y dirigido por Theresa B. Moyers. Esta videocinta puede ordenarse en el siguiente sitio en la red:
<http://www.motivationalinterview.org/training/miorderform.pdf>

Notas para el adiestrador

1. Vea anticipadamente todo o parte del vídeo mencionado anteriormente. Para encontrar el segmento de la cinta que presentará durante la actividad, corra la cinta hacia delante, aproximadamente 32 minutos, hasta llegar a una sección de 15 minutos titulada: “Ejemplo de Caso: Respondiendo a la Resistencia.” En esta parte de la cinta la entrevistadora (la mujer sentada en el lado derecho) muestra efectivamente el uso de las destrezas básicas para una entrevista de motivación con un cliente que está renuente a atender su problema de uso de drogas (el hombre de mediana edad vestido con una camisa de rayas verticales).
2. Distribuya el Impreso educativo II-10, “Etapas de Cambio.” Resuma las cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Además, comente sobre el concepto de recaída. Incluya los siguientes puntos claves:
 - El cambio de conducta puede significar comenzar, finalizar, aumentar, disminuir o alterar una conducta particular. Conducta se define en términos amplios, no sólo se refiere a conductas físicas, sino también a pensamientos, actitudes y creencias.
 - El proceso de cambio no necesariamente es lineal. Muchas veces, es más un espiral que una línea recta. Algunas veces es “dos pasos hacia delante, un paso hacia atrás”.
 - Las etapas no son totalmente distintas unas de las otras.

- Es común estar en distintas etapas de cambio para varias conductas durante la vida.
 - En general, las etapas no se pueden omitir. A la larga, la persona debe moverse por cada etapa.
 - Las personas se mueven por las etapas, según su propio paso y tiempo. Por ejemplo, algunas personas pueden demorarse años en una o más de las etapas precontemplativas, contemplativas o de preparación. Otras se mueven por las etapas rápidamente hacia la fase de acción.
 - La recaída es esperada y aceptada.
 - Cada etapa (y la recaída) requiere una actitud y una respuesta distinta del proveedor de cuidado.
3. Distribuya el Impreso educativo II-11, “Los Cinco Principios de la Entrevista de Motivación”. Describa cada uno de los cinco principios utilizando los puntos para la discusión que aparecen en el Impreso educativo. Solicite a los participantes que sometan preguntas para clarificar y comentarios.
4. Distribuya los siguientes cuatro Impresos educativos:
- Impreso educativo II-12, “PAER: “Las destrezas Básicas de la Entrevista de Motivación”
 - Impreso educativo II-13, “Preguntas abiertas y afirmaciones”
 - Impreso educativo II-14, “Escuchar reflexivamente”
 - Impreso educativo II-15, “Resumen”
5. Describa estas cuatro destrezas clave por separado, y luego revise los ejemplos que aparecen en el Impreso educativo. Dedique el tiempo necesario para asegurarse que los participantes se familiaricen totalmente con ellos. Refuerce cómo estas destrezas, junto con los cinco principios de la entrevista de motivación, pueden utilizarse para reducir la resistencia y promover la motivación hacia el cambio.
- Importante: Asegúrese de que, aunque estas son las destrezas fundamentales, no son las únicas destrezas utilizadas para aumentar motivación. También, algunas veces, es apropiado hacer preguntas cerradas, cambiar el enfoque, proveer información, expresar una opinión, ofrecer consejo cuando se lo solicitan y otros.
6. Muestre el segmento del vídeo de la entrevista de motivación descrito anteriormente. Después de que los participantes lo hayan visto, facilite una discusión y haga las siguientes preguntas:
- Basado en los principios de la entrevista de motivación, ¿qué cosas hizo la entrevistadora? Por ejemplo, los participantes podrían decir que ella generó una brecha, que fluyó con la resistencia, que expresó empatía y otros.
 - ¿Qué cosas no hizo la entrevistadora, según los principios de entrevistas de motivación? Por ejemplo, los participantes podrían decir que ella no juzgó, que no dio consejo, que no argumentó, que no discutió y otros.

- ¿Qué ejemplos observó en la entrevistadora al utilizar las microdestrezas: preguntas abiertas, afirmaciones, escuchar reflexivamente y resumen?

Impreso educativo II-10

Las etapas de cambio

Precontemplación

En la etapa de precontemplación, la persona no tiene intención de cambiar la conducta en el futuro cercano. En esta etapa, muchas personas no se dan cuenta, o casi no se dan cuenta, de sus problemas. Algunos quisieran cambiar, pero no están considerando el cambio seriamente en los próximos seis meses.

Contemplación

En la etapa de contemplación, la persona sabe que existe un problema y está considerando seriamente la manera de enfrentarlo, pero aún no tiene el compromiso de prepararse para hacerlo o de tomar acción. En esta etapa las personas se encuentran ambivalentes, pesan los puntos a favor y en contra. Pueden permanecer en esta etapa por periodos prolongados.

Preparación

En la etapa de preparación, la persona tiene el compromiso de tomar acción pronta y está dando pasos firmes para hacerlo. Las personas en esta etapa muchas veces informan cambios de conducta pequeños y positivos. Aunque puede haber ambivalencia, está disminuyendo.

Acción

En la etapa de acción, la persona está cambiando activamente su conducta, sus relaciones o su medio ambiente para superar el problema. El compromiso es claro, y está dispuesta a dedicar el tiempo suficiente y la energía que requiere esta etapa. La etapa de acción es una parte crucial en el cambio de conducta, pero no se debe confundir con el cambio de conducta en sí, que es un proceso más amplio, que implica todas las etapas del cambio.

Mantenimiento

En la etapa de mantenimiento, la persona continúa trabajando para estabilizar el cambio de conducta y para consolidar la ganancia obtenida durante la etapa de acción. La etapa de mantenimiento no es estática, sino muy activa. Muchas veces, requiere gran cantidad de esfuerzo y perseverancia. También, es un tiempo de disfrutar la recompensa que resulta del cambio.

(Recaída)

Aunque la recaída no se considera una etapa de cambio, muchas veces, es parte del proceso de cambio. Ocurre recaída cuando una persona regresa al problema de conducta. Esto puede suceder más de una vez en cualquier punto en la trayectoria del cambio. La duración de la recaída puede ser breve o prolongada. Se entiende que la recaída es una pérdida temporal de la motivación y se considera como una oportunidad de aprendizaje.

Este Impreso educativo fue adaptado de *Changing for Good* por James Prochaska, John Norcross, y Carlo DiClemente, publicado en 1994 por William Morrow and Company, Inc., New York; y *Motivational Interviewing* (2nd edition) por William Miller y Stephen Rollnick, publicado en 2002 por Guilford Publications, New York.

Los cinco principios de la entrevista de motivación

Generar una brecha

- Una brecha es una discrepancia motivante. Es la diferencia entre adónde las personas se perciben en el presente y adónde quieren llegar.
- El reconocimiento de esta brecha no proviene de clientes externos, sino de adentro. Por lo tanto, el trabajo del proveedor no es crear la discrepancia, sino simplemente ayudar a los clientes a entender que las conductas en cuestión no están a la par con las cosas que más aprecian.
- Por lo tanto, temas útiles para la entrevista de motivación incluyen, explorar los valores y las metas más importantes de los clientes (adónde desean llegar) y si éstas son consecuentes con su condición actual de la conducta meta (dónde están).
- Los clientes deben presentar los argumentos para el cambio. En consecuencia con la teoría de autopercepción de Daryl Bem, que en esencia plantea que sabemos en lo que creemos al escucharnos hablar.
- Las estrategias de la entrevista de motivación están diseñadas para suscitar y reforzar expresiones de cambio. Estas expresiones incluyen el reconocimiento del problema, la expresión de preocupación, la intención de cambio y el optimismo sobre el cambio.

Fluya con la resistencia

- La resistencia es energía. Aprovéchela para ayudar al cliente a seguir hacia delante.
- Oponerse a la resistencia, por lo general, la fortalece, así que no empuje.
- Si la resistencia aumenta, tiene que cambiar lo que está haciendo.
- Ofrezca nuevas percepciones, pero no se imponga ni argumente.
- No tiene que responder a las objeciones o la resistencia del cliente. Devuélvalas al cliente, y utilice al cliente como un recurso para encontrar soluciones.

Evite las discusiones

- Mientras más el cliente se resista, menor probabilidad de cambio. Por lo tanto, la clave de una entrevista de motivación efectiva es mantener la resistencia del cliente al nivel más bajo posible.
- La conducta de resistencia del cliente está fuertemente influenciada por la conducta del proveedor.
- La confrontación abierta, por lo general, es contraproducente. Ejemplos de una confrontación abierta incluyen, la discusión, el reto, el sarcasmo, la incredulidad, las disputas mano a mano y la repetición de información negativa sobre el cliente. En un estudio, mientras mayor fue la confrontación abierta, más alcohol ingería el cliente (Bien, Miller, Tonigan, 1993).

- Evite discutir para lograr que el cliente cambie. Cuando se genera una discusión, para lograr que el cliente cambie, por lo general, lo que significa es que el cliente está en contra. Si esto sucede, cambie de estrategia rápidamente.
- Los clientes no tienen que aceptar que lo etiqueten o diagnostiquen para que cambien. Dejar de etiquetar o diagnosticar puede eliminar una fuente común de discusiones.

Yo puedo

- Para implementar el cambio, los clientes deben creer que pueden llevar a cabo exitosamente la acción específica que quieren tomar. Creer en la capacidad de cambio, está relacionado con la autoestima, pero no es igual. Las personas que tienen una estima baja pueden creerse capaces en esferas específicas. Construir una actitud de “yo puedo” puede fortalecer la autoestima.
- Sin esta actitud de “yo puedo”, la percepción de riesgo se convierte en una actitud defensiva en lugar de producir un cambio de conducta.
- Imparta la creencia de la posibilidad de cambio. La verdad es útil en este caso – hay muchos caminos hacia el cambio. La mayor parte de las personas que deciden hacer un cambio en su problema de conducta, lo logran a la larga.
- Recuerde, si cambia y cómo cambia, siempre es decisión del cliente. Usted no puede tomar la decisión por el cliente.

Demuestre empatía

- La meta general de la demostración de empatía es crear un ambiente en el cual el cliente puede explorar sus conflictos sintiéndose seguro y afrontar las realidades difíciles.
- Este ambiente se crea escuchando reflexivamente, algo que está descrito detalladamente en el Impreso educativo II-14. Al desarrollar un nivel alto de destrezas para escuchar reflexivamente, se pueden crear las condiciones que el psicólogo Carl Rogers entiende son necesarias para brindar un asesoramiento efectivo: un afecto no posesivo, una comprensión plena y una consideración positiva incondicional.
- Darle mucha importancia a la demostración de empatía es opuesto a la forma común de tratar de motivar el cambio haciendo que la persona se sienta mal por su conducta. La paradoja es aceptar que la aceptación facilita el cambio, mientras que la presión para el cambio bloquea.
- La empatía no significa identificarse con el cliente. “He estado ahí” no es ni necesario ni una condición suficiente para una intervención efectiva. De hecho, la identificación exagerada puede intervenir con el asesoramiento efectivo.

Este Impreso educativo fue adaptado de *Motivational Interviewing* (2nd edición) por William Miller y Stephen Rollnick, publicado en 2002 por Guilford Publications, New York

Impreso educativo II-12

PAER: Las destrezas básicas de la entrevista de motivación

El enfoque de la entrevista de motivación es más bien una *manera de actuar con el cliente* en lugar de una serie de técnicas. Como tal, no es sólo qué hacer, sino cómo se hace, lo que es realmente importante. La entrevista de motivación no tiene una fórmula para trabajar con el cliente. Sin embargo, se requieren ciertas destrezas básicas (“microdestrezas”) para utilizar este enfoque particular.

El acrónimo PAER se utiliza para describir las destrezas básicas de la entrevista de motivación. Estas destrezas se detallan a continuación:

- Preguntas abiertas
- Afirmaciones
- Escuchar reflexivamente
- Resumen

Estas destrezas se utilizan durante la interacción con el cliente. Aunque parezcan simples, no necesariamente son fáciles de usar. Como proveedor, debe incorporarlas concienzudamente en su práctica. Cuando se sienta “atascado” en la interacción con el cliente, regrese a estas destrezas que le ayudarán a usted y al cliente a seguir adelante. Las destrezas PAER son un elemento clave para ayudar a otros a seguir hacia delante en dirección hacia un cambio positivo.

Este Impreso educativo ha sido adaptado del material de entrevistas de motivación desarrollado por David B. Rosengren, y de *Motivational Interviewing* (2^{nda} edición) por William Miller y Stephen Rollnick, publicado en 2002 por Guilford Publications, New York.

Impreso educativo II-13

Preguntas y afirmaciones abiertas

Preguntas abiertas

Las preguntas abiertas animan a las personas a hablar sobre lo que es importante para ellos. Ayudan al proveedor a desarrollar una buena relación, a recopilar información y a aumentar el grado de entendimiento. Las preguntas abiertas son opuestas a las preguntas cerradas, que requieren sólo una respuesta limitada, como “sí” o “no”.

Las preguntas abiertas invitan a las personas a relatar sus historias en sus propias palabras desde su punto de vista. Las respuestas revelan un contenido enriquecedor que va más allá de la mera información y permite oír al que escucha “lo que realmente es importante para la persona”. Durante la conversación con el cliente, las preguntas abiertas deben utilizarse con frecuencia, aunque no exclusivamente.

El siguiente ejemplo demuestra el contraste entre una pregunta abierta y una pregunta cerrada. Fíjese que, aunque las preguntas enfocan el mismo tema, la segunda pregunta tiende más a producir una respuesta detallada.

- ¿Mantuvo una buena relación con sus padres?
- ¿Cómo fue la relación con sus padres?

Estos son otros ejemplos de preguntas abiertas:

- ¿Podría contarme un poco más sobre . . . ?
- ¿Podría ayudarme a entender . . . ?
- ¿Cómo le gustaría que las cosas fueran distintas?
- ¿Cuáles son las cosas positivas y cuáles son las cosas menos buenas sobre . . . ?
- ¿Qué cree usted que podría perder si deja . . . ?
- ¿Qué cosas ha tratado anteriormente?
- ¿Qué es lo próximo que quisiera hacer?

Afirmaciones

Las afirmaciones son declaraciones y gestos que reconocen las fortalezas de la persona y las conductas que van en dirección hacia un cambio positivo, no importa si es grande o pequeño. Las afirmaciones ayudan a construir la confianza de la persona en su capacidad para realizar un cambio. Para que las afirmaciones sean efectivas, siempre deben ser genuinas y congruentes.

Ejemplos de afirmaciones:

- Verdaderamente me impresiona la manera en que usted . . .
- Es fantástico cómo ha alcanzado su meta de ir disminuyendo el uso de drogas.
- Al protegerse demuestra que verdaderamente se respeta a usted mismo y a sus parejas.
- Tenía la esperanza de poder volverme a reunir con usted.
- Usted tiene un don para . . .

Este Impreso educativo ha sido adaptado del material de entrevistas de motivación desarrollado por David B. Rosengren, y de *Motivational Interviewing* (2^{nda} edición) por William Miller y Stephen Rollnick, publicado en 2002 por Guilford Publications, New York.

Impreso educativo II-14

Escuchar Reflexivamente

“Escuchar parece fácil, pero no es sencillo. Cada cabeza es un mundo.”
Proverbio cubano

Escuchar reflexivamente es una destreza primaria para el alcance comunitario. Es un camino para comprometer a otros en una relación, para construir la confianza y para fomentar la motivación hacia el cambio. Escuchar reflexivamente aparenta ser fácil, pero conlleva un trabajo arduo y destrezas para hacerlo bien.

Algunas veces los enfoques que utilizamos al trabajar con personas no ejemplifican lo que es escuchar reflexivamente, por el contrario sirven de obstáculos para la comunicación efectiva. Algunos ejemplos son malinterpretar lo que se dice o presumir las necesidades de las personas.

Para escuchar reflexivamente, es vital aprender a *pensar* reflexivamente. Esta manera de pensar, que va acompañada de una manera adecuada de escuchar reflexivamente, debe incluir demostrar interés en lo que la persona dice y el respeto por su sabiduría interior. La prueba de la hipótesis es un elemento clave para pensar y escuchar reflexivamente. Lo que uno cree que la persona está pensando, puede que no sea lo que la persona realmente piensa. El significado de escuchar se puede dividir en cualquiera de las siguientes tres:

- El emisor no quiso decir lo que dijo.
- El receptor no escucha correctamente.
- El receptor interpreta algo diferente de lo que significaban las palabras.

Escuchar reflexivamente tiene la intención de cerrar el lazo de comunicación para asegurar que no ocurren interrupciones. La voz del emisor se apaga al finalizar una declaración reflexiva. Cuando se hace, puede sonar presuntuoso, sin embargo, permite la clarificación y una mayor exploración. Por el contrario, hacer preguntas adicionales interrumpe al cliente y no le permite fluir. Algunas personas encuentran útil utilizar algunas frases comunes, como:

- “Así que cree que . . .”
- “Parece que usted . . .”
- “Se ha preguntado si . . .”

Hay tres niveles básicos para escuchar reflexivamente, que profundizan o aumentan el nivel de intimidad y cambian el tono afectivo de una interacción. Por lo general, el nivel de intimidad debe ir a la par con la situación. Estos son ejemplos de los tres niveles:

- Repetición o parafrasear: El receptor repite o substituye con sinónimos o frases cercanas a los que el emisor ha dicho.
- Parafrasear: El receptor parafrasea para inferir lo que el emisor quiso decir.
- Reflejar: El receptor enfatiza los aspectos emocionales de la comunicación con declaraciones que expresan los sentimientos; esta es la manera más intensa de escuchar.

Variar los niveles de reflexión es un enfoque efectivo al escuchar reflexivamente. En ocasiones, es beneficioso ampliar o minimizar una reflexión. Una exageración (eso es, una reflexión ampliada) puede hacer que la persona se retracte de una posición, mientras que minimizarla puede hacer que continúe y profundice la intensidad del sentimiento.

Este Impreso educativo ha sido adaptado de los materiales de entrevistas de motivación desarrollados por David B. Rosengren, y de *Motivational Interviewing* (2^{nda} edición) por William Miller y Stephen Rollnick, publicado en 2002 por Guilford Publications, New York.

Impreso educativo II-15

Resumen

Los resúmenes son aplicaciones especiales del concepto de escuchar reflexivamente. A pesar de que se pueden utilizar en la conversación, tienen su utilidad particular en momentos de transición. Por ejemplo, los resúmenes son útiles cuando la persona ha terminado de hablar sobre un tema particular o ha hecho un recuento de una experiencia personal o cuando el encuentro está llegando a su final. El resumen ayuda a asegurar que se estableció una comunicación clara entre el emisor y el receptor. Además, puede servir de escalón hacia el cambio.

Estructura de los resúmenes

Comience con una oración que indica que está resumiendo. Por ejemplo:

- “Permítame ver si entiendo bien hasta aquí . . .”
- “Esto es lo que usted me ha dicho. Dígame si se me quedó algo . . .”

Preste atención especial a lo que se conoce como “afirmaciones de cambio”. Estas son afirmaciones que la persona hace que apuntan hacia el deseo de hacer un cambio. Hay cuatro tipos de afirmaciones de cambio, y todas se traslapan:

- Reconocer el problema: “Mi uso se me ha ido un poco de las manos en ocasiones.”
- Preocupación: “Si no lo dejo, algo malo va a suceder.”
- Intento de cambio: “Voy a hacer algo. Aún no sé qué.”
- Optimismo: “Sé que puedo manejar este problema.”

Si la persona demuestra ambivalencia, es bueno expresar ambos lados de la ambivalencia en el resumen. Por ejemplo, “Por un lado, parece que... mientras que por el otro lado, parece que ...”

Al resumir, es aceptable incluir información de otras fuentes, como de su conocimiento clínico, de investigaciones, del tribunal o de la familia.

Sea conciso.

Termine el resumen con una invitación. Por ejemplo:

- ¿“Omití algo”?
- “Si terminó, ¿qué otros puntos se deben considerar”?
- ¿“Hay algo que quiera añadir o corregir”?

Dependiendo de la respuesta de la persona al resumen que usted le presentó, se podría planificar, con mucha naturalidad, qué pasos firmes se deben tomar en ruta hacia la meta de cambio.

Este Impreso educativo ha sido adaptado de los materiales de entrevistas de motivación desarrollados por David B. Rosengren, y de *Motivational Interviewing* (2^{nda} edición) por William Miller y Stephen Rollnick, publicado en 2002 por Guilford Publications, New York.

Actividad: Practicar con PAER

Propósito: Practicar la utilización de las microdestrezas de PAER necesarias para ampliar la motivación.

Tiempo: 30 minutos

Materiales: Impreso educativo II-16, “Escenarios”

Notas para el adiestrador

1. Al prepararse para la actividad, revise los escenarios del Impreso educativo II-16 y separe cada uno. Luego, doble y coloque los escenarios en una caja para la sesión de adiestramiento. Escriba las preguntas para la discusión en una hoja de un rollo de papel de estraza:
 - *Para el cliente:* ¿cómo se sintió cuando lo entrevistaron con esta técnica. ¿Se sintieron escuchados? ¿Cuál de las técnicas de PAER funcionó mejor para ellos? ¿Qué técnicas no funcionaron tan bien?
 - *Para el observador:* ¿Qué ejemplos de los principios del enfoque de los cinco principios de la entrevista de motivación y de las microdestrezas de PAER utilizó el proveedor durante la entrevista?
 - *Para el proveedor:* ¿Qué técnicas funcionaron mejor la ellos? ¿Cuál fue el aspecto que representó el reto mayor del enfoque PAER?
2. Divida los participantes en grupos de trabajo pequeños de tres personas cada uno. Asigne a cada persona en el grupo de trabajo un rol específico. Los tres roles son el proveedor, que lleva a cabo la entrevista, el cliente que están entrevistando y el observador. Las personas en el rol de proveedores deben manejar la entrevista desde su perspectiva en su disciplina clínica o posición – por ejemplo, cómo médico, cómo enfermera de nivel intermedio o como trabajador de alcance comunitario.
3. Pida a las personas que están en el rol de clientes entrevistados, que seleccionen un escenario de la caja, y que lo lean. No deben divulgar el escenario antes de tiempo a las personas en cualquiera de las posiciones, de proveedor o de observador.
4. Las personas en el rol de proveedores comienzan haciendo preguntas abiertas, como ¿“Cómo puedo ayudarle”? o ¿“Qué le trae por aquí hoy”? La persona en el rol de cliente debe inventar una historia personal en torno al escenario. La meta del proveedor es utilizar las microdestrezas de PAER para entender la situación, la manera de pensar y los sentimientos del cliente. El proveedor debe tratar de utilizar,

lo más posible, las cuatro técnicas durante la entrevista. Permita de ocho a diez minutos para cada entrevista.

5. El trabajo de las personas en el rol de observador es anotar ejemplos de las técnicas de PAER utilizadas por el proveedor – preguntas abiertas, afirmaciones, escuchar reflexivamente en varios niveles y resumir.
6. Después de cada representación de roles, los tres participantes deberán presentar su exposición, en alrededor de cinco minutos, utilizando las preguntas para la discusión que aparecen en las notas para el adiestrador, nota #1.
7. De ser posible, pregúntele a cada grupo de trabajo que repita dos veces más la representación de roles, utilizando distintos escenarios para que cada participante tenga la oportunidad de practicar los tres roles.
8. Al finalizar la actividad, agradezca al grupo su disposición para practicar las destrezas. Aliéntelos a aprender más sobre los enfoques para aumentar la motivación y a que continúen practicando estas destrezas, que son primordiales, en sus trabajos.

Impreso educativo II-16

Escenarios

Usted es un joven de 17 años, de raza blanca, sin hogar, e infectado con el VIH. Para sobrevivir, gana dinero teniendo relaciones sexuales, por lo general, sin protección, con varios clientes regulares.

Usted es una mujer latina, en los primeros meses de embarazo e infectada con el VIH. Teme visitar al médico, porque se siente abochornada de tener el VIH.

Usted es un hombre de 50 años de edad de la raza negra, infectado con el VIH. Lleva tres meses libre de drogas, desde que completó exitosamente su tratamiento para la adicción a la heroína en un programa residencial de larga duración. Usted ha dicho que, recientemente, ha vuelto a sentir una necesidad intensa de volverla a usar.

Usted es un inmigrante de África occidental de alrededor de 30 años. Recientemente, arrojó una prueba positiva del VIH. Usted no puede creer que pueda estar infectado, y rehúsa discutirlo con alguien.

Usted es una mujer india americana, de cuarenta años, positiva para el VIH y que hasta hace poco no había tenido lugar para vivir. Recientemente, ha encontrado una vivienda permanente, pero parece que es más un problema que una solución. Dice que se siente encerrada, que no le agrada estar sola y que, constantemente, vienen personas a tocar a su puerta tratando de venderle drogas y que esto atenta contra su recuperación. Dice sentirse cada vez más deprimida y está pensando mudarse. Alega haberse sentido mejor viviendo en la calle.

Usted es una mujer blanca de 29 años, infectada con el VIH. Está tratando de recuperar la custodia de sus dos hijos pequeños. Recientemente, se mudó a un hogar de transición donde no se permite el uso de drogas después de haber completado con éxito un tratamiento para el uso de múltiples drogas en un centro para pacientes internos. Usted le ha dicho a su proveedor confidencialmente que ha estado bebiendo alcohol y, en ocasiones ha usado crack, pero que no está usando ninguna de esas “otras cosas”. Usted informó que sólo lo ha hecho en los fines de semanas, cuando está fuera del hogar de transición.

Usted es un hombre de 30 años, infectado con el VIH. Hace algunos meses salió de prisión después de cumplir una sentencia larga por cometer delitos múltiples relacionados con drogas. Actualmente, está en probatoria con la condición de no volver a utilizar drogas. En el primer mes después de salir, volvió a fumar crack casi todos los días, pero ahora dice sentirse orgulloso, pues ha disminuido el uso y sólo lo hace los fines de semana.

Usted es un hombre latino de 28 años que tiene una prueba positiva para el VIH. Probablemente, contrajo el virus por tener sexo anónimo, sin protección, con hombres en clubes de homosexuales. Está casado y tiene un niño, pero no se considera homosexual. Tiene miedo de divulgar su condición del VIH a su familia.

Usted es una mujer de 25 años que tiene una relación de maltrato por mucho tiempo con una pareja infectada con el VIH y que utiliza drogas inyectables. Está preocupada por que piensa que puede estar infectada con el VIH, pero su pareja le impide que se haga la prueba o que busque ayuda médica. Su pareja despreocupadamente le dice, “Ojos que no ven, corazón que no siente”.

Actividad: Referidos y enlaces efectivos

Propósito: Recaltar los elementos necesarios para un referido exitoso

Tiempo: 20 minutos

Materiales: Impreso educativo II-17, “Lista de cotejo para un referido exitoso”

Notas para el adiestrador

1. Para prepararse para esta actividad, debe familiarizarse con el Impreso educativo II-17 y con las instrucciones de la actividad, y debe estar preparado para facilitar una discusión de grupo.
2. Presente la actividad recalcando que un referido efectivo requiere mucho más que dar un nombre y un número de teléfono y desear que la persona tenga buena suerte. Existen muchas barreras personales y sistémicas que pueden dificultar los intentos de buscar la ayuda que necesitan los usuarios de drogas infectados con el VIH. De ser necesario, pida a los participantes que mencionen algunas de estas barreras.
3. Refiera a los participantes al Impreso educativo II-17, “Lista de cotejo para un referido exitoso”. Esta lista de cotejo presenta los asuntos que los proveedores deben considerar cuando hacen un referido. Repáselos, e invite a los participantes a hacer comentarios y preguntas.
4. Divida a los participantes en parejas. Pida que cada persona piense en algún usuario de drogas infectado con el VIH al que actualmente están proveyendo cuidado. Pídeles que identifiquen una necesidad particular (como cuidado médico, tratamiento para el uso de drogas, asistencia pública, albergue, vivienda) para la cual se requiere un referido. Pida a cada participante que discuta con su pareja sobre la probabilidad de éxito de este referido del cliente, haciendo uso de la lista de cotejo y de las preguntas guía que siguen a continuación:
 - Si tuviera que dar este referido hoy, ¿cuán exitoso sería?
 - ¿Cuán preparados estamos el cliente, el sistema y yo (como proveedor) para asegurarnos de que este referido va a funcionar? (Asegúrese de contar con la motivación verdadera del cliente para llevar a cabo el referido.)
 - ¿Qué es lo que todavía se necesita saber o negociar al prepararse para un referido exitoso para este cliente?
5. Finalice la actividad facilitando la discusión con el grupo completo haciendo algunas o todas las preguntas siguientes:
 - ¿Qué nuevas impresiones o ideas tiene ahora sobre lo que es un referido exitoso?

- ¿Hay algún punto que debe ser considerado, que no se encuentra en la lista de cotejo?
- ¿Qué estrategias específicas puede utilizar para asegurarse de que los clientes lleguen a la primera cita y que continúan asistiendo a las citas subsiguientes?
- ¿Tiene alguna idea de cómo utilizar la lista de cotejo como recordatorio visual en la oficina?

Impreso educativo II-17
Lista de cotejo para lograr un referido exitoso

- Tengo conocimiento adecuado de la situación del individuo y de las necesidades percibidas.
- El cliente y yo hemos hablado sobre cómo priorizar las necesidades y qué opciones existen para ayudarlo a que las atienda.
- El cliente está dispuesto y listo para ser referido.
- Hemos discutido los asuntos que pueden dificultar el seguimiento al referido.
- Estoy familiarizado con la agencia a la cual estoy refiriendo la persona, incluso conozco los requisitos de elegibilidad y servicios.
- La agencia tiene la capacidad y la disposición de servir a usuarios de drogas infectados con el VIH de manera respetuosa, culturalmente competente y con conocimiento.
- Tengo una relación de trabajo con, al menos, una de las personas de esta agencia que puede brindar información útil y ayudar a actuar como intercesor del individuo.
- He considerado si acompañar o no el cliente a esta agencia. Tomé mi decisión considerando las siguientes cualidades y capacidades de la persona:
 - Capacidad para negociar situaciones sociales complejas
 - Capacidad de proveer y recibir información
 - Capacidad de tolerar la espera
 - Nivel de ambivalencia al buscar ayuda
 - Estilo interpersonal (pasivo o argumentativo)
- Si el cliente va solo, he provisto suficiente información y orientación para ayudar a que el referido sea exitoso.
- He hecho un plan de seguimiento con el cliente para asegurarme cómo le fueron las cosas y para determinar los próximos pasos a seguir.
- Tengo un plan alternativo, por si este referido no funciona por alguna razón.

Sesión 4: Manteniéndonos comprometidos

Objetivo para toda la sesión: Al finalizar la sesión, los participantes podrán describir, al menos, tres guías y las prácticas específicas para promover el bienestar personal y colectivo en el lugar de trabajo.

Actividad: Promover el bienestar en el lugar de trabajo

Propósito: Identificar las políticas y las prácticas que mantienen el personal comprometido en el trabajo y que motivan al usuario de dogs infectado con el VIH a continuar buscando cuidado y servicios.

Tiempo: 40 minutos

Materiales: Rotafolio y marcadores de colores

Notas para el adiestrador

1. Lea las instrucciones de la actividad que aparecen a continuación y prepárese adecuadamente.
2. Pida al grupo que discuta los elementos del ambiente de trabajo que son necesarios, tanto para mantener el personal comprometido como para motivar al cliente a continuar buscando cuidado y servicios. Ejemplos de los elementos clave de la cultura de la agencia pueden incluir la estructura organizacional, las políticas, la filosofía de cuidado, la supervisión, la toma de decisiones, la comunicación, los procedimientos operacionales, la sensibilidad cultural, las características de la estructura, la estética, la seguridad, las actitudes, las actividades y el apoyo al bienestar personal. Escriba las ideas de los participantes en una hoja del rotafolio.
3. Divida el grupo completo en grupos de trabajo más pequeños, de cuatro a seis participantes.
4. Pida a los participantes que se imaginen que están en un retiro de todo el personal de la agencia, los miembros de la junta y algunas personas que se atienden en la agencia. El enfoque del retiro es crear y mantener un ambiente de trabajo saludable, que promueva el bienestar de todos los que trabajan para la agencia y de los que ésta sirve. Cada grupo de trabajo tiene la tarea de identificar algunas ideas específicas sobre las políticas, las prácticas y las actividades para mejorar el ambiente de trabajo del personal y de los que allí se atienden. Fomente la imaginación de los grupos de trabajo para que traigan ideas que verdaderamente se puedan implementar en el lugar de trabajo. Las ideas pueden ser grandes o pequeñas.

La siguiente lista contiene algunos ejemplos de las políticas, las prácticas y las actividades que se pueden implementar:

- Registrarse uno mismo al inicio de la reunión de personal
 - Reuniones sociales regularmente
 - Rediseño del espacio de trabajo para mejorar la seguridad y la estética
 - Visitas regulares de un masajista
 - Maneras de mejorar la comunicación
 - Talleres sobre cómo “crear un ambiente de trabajo respetuoso”
 - Anuncios especiales de los cumpleaños y los aniversarios de los empleados
 - Retiros a la naturaleza
 - Políticas que promueven el bienestar personal
 - Formar equipos de pelota, volibol o baloncesto con el personal
 - Asignar tiempo y espacio para la meditación o el yoga
 - Designar un “mes sin estrés en el lugar de trabajo”
 - Descripciones de trabajo que sean diversas
 - Brindar oportunidad y permiso para participar en actividades de intercesoría
 - Horarios de trabajo flexibles
5. Permita que los grupos de trabajo discutan de 10 a 15 minutos las ideas y preparen una presentación para el grupo en general de sus recomendaciones. Dirija a los grupos de trabajo a seguir las siguientes guías cuando hagan las presentaciones:
- Todos los miembros del grupo deberán participar en la presentación de alguna manera.
 - Las presentaciones deben tomar cinco minutos o menos.
 - La presentación debe incluir de tres a cinco recomendaciones específicas que se puedan trabajar e implementar.
 - Las recomendaciones se deben presentar de una manera interesante y creativa – no se permiten discursos tajantes ni didácticos. Se fomentan las dramatizaciones, las canciones, la pantomima, la rima, la representación de roles y otros.
6. Pida a los grupos de trabajo que hagan sus presentaciones. Considere dar premios al más creativo, interesante o humorístico.
7. Concluya la actividad discutiendo las ideas presentadas que mejor se pueden trabajar y rete a los participantes a considerar maneras para implementarlas en su lugar de trabajo.

Además de la actividad principal en la Sesión 4, proveemos cinco actividades opcionales. Los adiestradores pueden añadir estas actividades a la sesión de tiempo que lo permita, o pueden sustituirlas por la actividad que aparece anteriormente.

Actividad opcional: El río de la vida

Propósito: Que los participantes reflexionen sobre las experiencias e influencias personales que le han motivado a realizar este trabajo.

Tiempo: 30 minutos

Materiales: Una hoja de papel en blanco y bolígrafo para cada participante

Notas para el adiestrador

1. Familiarícese con la actividad. Al prepararse para ella, dibuje su propio “río de la vida”, según se describe a continuación. Haga este ejercicio con alguien más, de ser posible, y comparta sus experiencias.
2. Reconozca que este ejercicio, particularmente el aspecto de reflexionar sobre las “aguas turbulentas” de nuestras vidas, pueden provocar sentimientos o memorias desagradables para algunos de los participantes. Comente esto cuando presente el ejercicio “Río de la vida” y permita que aquellos que no lo deseen, no hagan el ejercicio.
3. Explique que el río es un símbolo significativo en muchas culturas, y que la mayor parte de las personas encuentran que es natural y estimulante comparar sus vidas con un río. En esta actividad, a los participantes se les invita a utilizar el río como un símbolo para reflexionar sobre sus propias vidas. Debe reconocer que muchas personas prefieren visualizar sus vidas como una trayectoria o un camino, en lugar de un río. Como adiestrador, debe ser flexible y permitir que las personas utilicen la metáfora que prefieran. Además, puede que algunos participantes no se sientan cómodos dibujando. Pídales que escriban su río de vida en lugar de dibujarlo. Fíjese que las notas restantes se refieren solamente a la metáfora del río de vida.
4. Escriba las siguientes palabras en una hoja de papel del rotafolio:
 - Río de la vida
 - Tributarios
 - Aguas turbulentas
5. Invite a que cada persona tome una hoja de papel en blanco y un bolígrafo para dibujar un río sencillo. Según el curso del río, solicíteles que identifiquen las etapas de sus vidas de la manera que decidan hacerlo. Por ejemplo, las etapas pueden estar

identificadas con ciertas edades, etapas de desarrollo, relaciones, lugares, trabajos y otros. Luego, deberán dibujar e identificar los “tributarios” que fluyen hacia el río, estos corresponden a las influencias principales durante las distintas etapas de vida. Ejemplos de estos tributarios pueden incluir personas específicas, educación, libros, experiencias y situaciones. Pida a los participantes que se enfoquen especialmente en qué cosas han contribuido directa o indirectamente para el desarrollo de un compromiso en este trabajo. Finalmente, solicítele a los participantes que dibujen e identifiquen las “aguas turbulentas” en el río, las cuales representan tiempos de reto particulares que han influido sobre ellos de manera significativa o que han sido la fuente de aprendizaje valioso pertinente a este trabajo.

6. Motive a los participantes para que sean lo más reveladores posibles en este ejercicio, dependiendo de cuan cómodos se sientan. Explique que se les pedirá que compartan algunas de sus experiencias en los grupos de trabajo pequeños formados por dos o tres personas. Permita de seis a ocho minutos para dibujar el río, los tributarios y las aguas turbulentas.
7. Forme grupos de dos o tres personas e invite a los participantes a compartir entre ellos sus experiencias al dibujar el río. Permita suficiente tiempo para esta parte de la actividad, al menos diez minutos por persona. Los puede animar con preguntas, como:
 - ¿Qué provocó este ejercicio en usted?
 - ¿Le provocó alguna idea particular?
 - ¿Cuáles son algunos de los deleites, pasiones y valores que lo conectan con el trabajo?
8. Para cerrar la actividad, invite a algunos participantes a que compartan con el resto del grupo cualquier descubrimiento o ideas que hayan recogido de la excursión por el río.

Esta actividad ha sido adaptada del ejercicio “Río de vida” del *Community Organizing Curriculum* (3^{ra} edición), publicada en 1994 por el New Mexico Department of Health, Public Health Division, Santa Fe, New Mexico.

Actividad Opcional: Seguridad y precauciones del trabajador: ¿Cuáles son los riesgos?

Propósito: Aumentar el conocimiento sobre los riesgos a la salud y la seguridad presentes para el alcance comunitario y promover los esfuerzos de prevención y guías de intervención

Tiempo: 10 minutos

Materiales

- Rotafolio y marcadores de colores

Notas para el adiestrador

1. El escenario de alcance comunitario es un ambiente único y siempre cambiante. Llevar el servicio a “donde está la gente” presenta posibilidades intrigantes y además puede presentar ciertos riesgos a la salud y la seguridad del proveedor. El patrono debe informar totalmente a los trabajadores de alcance comunitario sobre estos riesgos, y los trabajadores deben darle seriedad a este asunto. Los trabajadores de alcance comunitario deben hacer un compromiso de cumplir con las políticas de la agencia, mantener conciencia sobre su ambiente y dar pasos para reducir al mínimo los riesgos relacionados con el trabajo.
 2. Familiarícese con la actividad a continuación. El enfoque descrito es una manera efectiva para ayudar a los grupos a discutir las ideas de manera creativa y, luego, comenzar a definir los asuntos en términos más concretos.
 3. Pida a los participantes que nombren los distintos riesgos específicos a la salud y la seguridad que pueden encontrar en el trabajo. Anímelos a que piensen de manera amplia sobre la naturaleza de los riesgos. Recuérdeles que definan los riesgos a la salud no sólo en términos físicos, sino psicológicos, emocionales y de salud espiritual.
 4. Después de completar la discusión de ideas, agrupe las ideas en categorías de riesgo generales. Las categorías podrán incluir las siguientes:
 - Exposición a enfermedades
 - Accidentes
 - Violencia física
 - Hostigamiento
 - Abuso verbal y emocional
 - Síntomas emocionales y psicológicos
 - Estrés
 - Agotamiento
 5. Motive a los participantes a que discutan con sus compañeros de trabajo las maneras específicas de reducir los riesgos encontrados en el trabajo.
-

Actividad Opcional: Guías de seguridad para el alcance comunitario en la calle

Propósito: Identificar y generar una discusión sobre las guías de seguridad para los trabajadores de alcance comunitario en la calle

Tiempo: 15 a 20 minutos

Materiales: Impreso educativo II-18, “Guías de seguridad del alcance comunitario en la calle”

Notas para el adiestrador

1. Al prepararse para esta actividad, revise las guías que aparecen en el Impreso educativo II-18, “Guías de seguridad del alcance comunitario en la calle”. Preste atención especial a la oración inicial: “Estas guías de seguridad del alcance comunitario en la calle han sido adaptadas de las guías desarrolladas por los trabajadores de alcance comunitario de los barrios pobres del centro de la ciudad de Los Angeles. Éstas han sido diseñadas únicamente para asistir al personal a evitar problemas en la calle. No abordan cómo manejar las dificultades cuando éstas ocurren. La fortaleza de estas guías es que toman en cuenta las necesidades de los trabajadores de alcance comunitario que operan en un ambiente de trabajo muy distinto del personal que labora en la agencia. Las guías atienden una sola parte de las políticas y procedimientos de seguridad generales de la agencia”.
2. Revisen las guías juntos como grupo. Comente sobre una selección de las guías, según las necesidades, y provea ejemplos partiendo de su experiencia. Puede ser útil dar ejemplos de situaciones en las cuales los trabajadores no se adherieron a las guías o a las políticas de la agencia y experimentaron consecuencias negativas.
3. Revise la lista de riesgos identificadas en la actividad previa. Pregúntele a los participantes cómo estas guías atienden los riesgos identificados anteriormente por el grupo. Invite a los participantes a hacer preguntas y a compartir sus propios ejemplos.
4. Aunque el significado de la guía sea evidente, pregúntele a los participantes por qué se incluyó en la lista. Juegue el rol de abogado del diablo, de vez en cuando, para instar al grupo a pensar más profundamente sobre estas guías.
5. Después de revisar las guías que aparecen en el Impreso educativo, pídale al grupo que sugiera otras guías que le gustaría añadir a la lista. Algunos trabajadores de alcance comunitario en lugares específicos o con poblaciones específicas generarán guías que pueden ser únicas para su situación.

Impreso educativo II-19

Guías de seguridad del alcance comunitario en la calle

Estas guías de seguridad del alcance comunitario en la calle han sido adaptadas de las guías desarrolladas por trabajadores de alcance comunitario en los barrios pobres del centro de la ciudad de Los Angeles. Están diseñadas solamente para asistir al personal a evitar problemas callejeros. No tratan cómo manejar las dificultades una vez surgen. La fortaleza de estas guías es que atienden las necesidades de los trabajadores de alcance comunitario en la calle, que operan en un ambiente muy distinto al personal que trabaja en las oficinas de la agencia. Las guías atienden una sola parte de las políticas y procedimientos de seguridad generales de la agencia.

1. Su supervisor necesita saber adónde estará en todo momento.
2. Aprenda lo más posible sobre la situación, antes de comenzar a realizar alcance comunitario.
3. No planifique alcance comunitario en áreas donde tenga razones para creer que el lugar es inherentemente peligroso.
4. Esté atento a las áreas de gangas y gangas de colores. Evite usar los colores de las gangas cuando haga alcance comunitario en esas áreas.
5. Siempre lleve con usted tarjetas de presentación o tarjeta de identificación.
6. Informe su presencia a las agencias colaboradoras.
7. Preséntese e informe a las personas sobre lo que está haciendo y el porqué.
8. No argumente con personas que no están de acuerdo con lo que usted está haciendo.
9. El alcance comunitario es preferentemente conducido en equipos de dos personas. Ningún miembro debe realizar actividades de alcance comunitario solo, a menos que tenga autorización del supervisor.
10. No se acerque a personas que dan señales de que no desean que los molesten.
11. No critique a su compañero de alcance comunitario en público mientras realiza el trabajo de alcance comunitario. Siempre preséntese como un equipo.
12. Use ropa y zapatos cómodos. No se vista muy elegante.

13. No lleve pertenencias personales de valor, como prendas, grandes cantidades de dinero, radios, computadoras portátiles. Si lleva incentivos, haga arreglos para guardarlos en un lugar seguro.
14. No permanezca en un lugar donde usted sepa que se está llevando a cabo una venta de drogas o que se planifica abortarla. Abandone el área inmediatamente sin llamar la atención o la de otros.
15. No se detenga mucho con personas que usted sabe que tienen drogas ilegales.
16. No interrumpa ninguna venta de sexo ni de drogas por dinero. Abandone el área inmediatamente sin llamar la atención o la de otros.
17. No de consejo ni haga el papel de un trabajador social en las calles.
18. Mantenga la confidencialidad con todos los clientes que se encuentre.
19. No acepte regalos ni alimentos de clientes ni le compre ninguna mercancía.
20. No le dé ni preste dinero a los clientes.
21. No acepte ni sostenga ningún tipo de sustancia controlada.
22. Nunca entre al vehículo u hogar o a ningún área encerrada de un cliente.
23. Notifíquelo al cliente, aproximadamente, a qué hora usted regresará y a dónde se le puede localizar. Bríndele al cliente una tarjeta de presentación .
24. Trabaje junto con su compañero y supervisor para desarrollar un plan de contingencia para los casos difíciles o situaciones peligrosas.
25. Mantenga a su supervisor informado de cualquier evento inusual.
26. En caso de emergencia, llame al 911 o pídale a alguien que llame. No se aleje de su compañero de trabajo a menos que entienda que permanecer juntos aumenta el peligro.

Declaración del trabajador

Yo entiendo que he recibido copia de las guías de seguridad de alcance comunitario. Certifico que he leído y entiendo estas guías, y estoy de acuerdo en cumplir con las guías de la agencia relacionadas con este asunto a mi mejor capacidad.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

Actividad Opcional: Autocuidado: El gran dilema

Propósito: Reconocer los mensajes mixtos que escuchamos con frecuencia sobre el autocuidado en nuestras vidas y el lugar de trabajo

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Impreso educativo II-19, “Autocuidado: El gran dilema”

Notas para el adiestrador

1. Al prepararse para esta actividad, tenga dos copias del Impreso educativo II-19, “Autocuidado: El gran dilema.” Si desea, escoja dos voluntarios para los dos personajes mencionados en el Impreso educativo – la Voz de la Sabiduría del autocuidado y la Voz del Trabajo.
2. Pida dos voluntarios que tomen parte en la parodia corta. Provea a cada voluntario con una copia del Impreso educativo. Luego, asigne una persona que haga el papel de la Voz de la Sabiduría del autocuidado y la otra que haga el papel de la Voz del Trabajo.
3. Explique que la Voz de la Sabiduría del autocuidado está llevando a cabo un taller de prevención de agotamiento para el grupo. La parodia comienza con la Voz de la Sabiduría del autocuidado dando la bienvenida al taller y luego comienza a ofrecer consejo sabio (del Impreso educativo) a los participantes con una voz llamativa y entonada. Por ejemplo, “Dejen de negar. Escuche la sabiduría de su cuerpo”.
4. El personaje de La Voz del Trabajo estará en la parte de atrás del salón y entonará las respuestas de manera distante y como de ultratumba. La Voz del Trabajo dice cosas, como “Trabaja hasta que el dolor físico te deje inconsciente”. Las dos voces continúan de adelante hacia atrás, mientras los que hacen los papeles leen los consejos y las respuestas correspondientes.
5. Cuando la parodia haya terminado, invite a los participantes a comentar sobre su propia experiencia de encontrarse en medio de este tipo de mensajes.
6. Finalice esta actividad comentando que estos mensajes a veces provienen de actitudes y creencias personales, al igual que de fuentes externas. Una o la otra, es importante reconocer que los proveedores y las organizaciones tienen necesidades legítimas que a veces no están a la par. Los proveedores tienen que encontrar un equilibrio saludable entre estas necesidades que compiten entre sí y reconocer que este equilibrio puede oscilar de un lado hacia el otro en momentos distintos. Los colegas de trabajo pueden ayudar a monitorizar este equilibrio para ambos.

Impreso educativo II-19

Autocuidado: El gran dilema

La voz de la sabiduría del autocuidado versus la Voz del trabajo

Sabiduría: Deje de negar. Escuche la sabiduría del cuerpo. Admita libremente la presión y el estrés que se revelan física, mental y emocionalmente.

Trabajo: Trabaje hasta que el dolor físico lo deje inconsciente.

Sabiduría: Evite el aislamiento. No lo haga todo solo. Haga nuevas relaciones o renueve las que tiene con amigos y seres queridos. El acercamiento no sólo trae nuevas ideas, sino que también puede ser un antídoto para la agitación y la depresión.

Trabajo: Cierre la puerta de su oficina con llave para que nadie le distraiga. Sólo tratan de que no se pueda poner al día con el trabajo de escritorio.

Sabiduría: Cambie sus circunstancias. Si su trabajo, su relación, una situación o una persona le está perjudicando, trate de cambiar sus circunstancias o retírese, de ser necesario.

Trabajo: Si siente que le están perjudicando, suprima estos pensamientos. Tome café más cargado.

Sabiduría: Resalte las áreas que le están creando dificultades, y trate de aliviar la presión.

Trabajo: Aumente la intensidad. Trabaje más fuerte. Mientras más fuerte trabaje, más personas podrá ayudar. Si cree que está trabajando muy relajado y disfruta su trabajo, probablemente necesita más supervisión.

Sabiduría: Deje de sobreproteger. Si rutinariamente usted se hecha los problemas y responsabilidades de otros encima, aprenda a desconectarse. Trate de cuidarse usted mismo.

Trabajo: Haga un esfuerzo para resolverle todo a todo el mundo. Usted vive para resolver los problemas de otros. Tal vez, no ha leído bien su lista de responsabilidades en el trabajo.

Sabiduría: Aprenda a decir “No.” Defenderse a usted mismo ayuda a reducir el estrés. Esto significa rehusar solicitudes o demandas adicionales de su tiempo o emociones.

Trabajo: *Nunca diga que no a nada. Estaría demostrando debilidad y como si fuera negligente. Nunca deje para mañana lo que puede hacer hoy, si trabaja hasta tarde.*

Sabiduría: Comience a retirarse y despéguese. Aprenda a delegar, no sólo en el trabajo, pero en su hogar y con amistades. En este caso, despegarse significa su propio rescate.

Trabajo: *Delegar no es una buena idea. Si quiere que esté bien hecho, hágalo usted mismo.*

Sabiduría: Reevalúe sus valores. Trate de distinguir los valores significativos de los temporales y fugaces, lo esencial de lo no esencial. Conservará energía y tiempo, y comenzará a sentirse más centrado.

Trabajo: *Reflexionar sobre esos temas no sólo es egoísta, sino que una pérdida de tiempo. Le enviaremos un memo que explique cómo priorizar sus valores. Hasta entonces, si alguien le pregunta sobre sus prioridades, dígales que no puede emitir comentarios y refiéralos al departamento de recursos humanos. Este asunto estará atendido.*

Sabiduría: Aprenda a calmarse. Trate de mirar la vida con moderación. Sólo tiene cierta energía disponible. Decida qué es lo que desea y necesita en la vida, luego comience un equilibrio entre el trabajo, el amor, el placer y la relajación.

Trabajo: *Una vida equilibrada es un mito perpetuado por los llamados expertos en autocuidado que tratan de robarle el dinero. Sólo tratan de subestimar su compromiso con el trabajo. No se deje engañar.*

Sabiduría: Préstele atención al cuerpo. Haga ejercicios regularmente y cuide su nutrición. No omita las comidas, ni cancele sus citas médicas, duerma las horas necesarias.

Trabajo: *Sí, lo que sea. El cuerpo le sirve a la mente; su mente le sirve a la agencia. Empuje su mente, y el cuerpo lo seguirá. Tómese una Coca-Cola.*

Sabiduría: Disminuya la preocupación y la ansiedad. Trate de preocuparse lo mínimo – nada cambiará. Tendrá mejor control de su situación si dedica menos tiempo a las preocupaciones y más tiempo cuidando sus necesidades reales.

Trabajo: *Si no se preocupa por el trabajo, eso significa que no tiene compromiso. Tendremos que buscar a otro que lo tenga.*

Sabiduría: Mantenga un buen sentido del humor. Comience a traer alegría y regocijo a su vida. Muy pocas personas sufren de agotamiento cuando la pasan bien.

***Trabajo:** ¿Así que piensa que el trabajo es algo gracioso? Discutiremos esto en una reunión especial el viernes a las 6:00 p.m. Nos veremos allí.*

Este Impreso educativo ha sido adaptado de un documento de la página de internet del Massachusetts Institute of Technology en:

<http://web.mit.edu/afs/athena.mit.edu/user/w/c/wchuang/News/college/MIT-views.html>

Actividad Opcional: Herramienta de autoevaluación: Autocuidado

Propósito: Utilizar una herramienta de autoevaluación para calificarse en las áreas de autocuidado físico, psicológico, emocional, espiritual y laboral.

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Impreso educativo II-20, “Herramienta de autoevaluación: Autocuidado”

Notas para el adiestrador

1. En preparación para esta actividad, complete la herramienta de autoevaluación (Impreso educativo II-20) y piense sobre sus respuestas a las preguntas de seguimiento que aparecen a continuación. Como alternativa, haga este ejercicio con otra persona o con un grupo pequeño, y luego discútanlo entre ustedes.
2. Asegúrese de tener copias suficientes de la herramienta para cada participante.
3. Distribuya una copia de la herramienta de autoevaluación a cada participante y solicite que cada uno tome de cinco a siete minutos para completarla. Recalque que esta es una lista representativa de actividades de autocuidado, no es una lista completa. Además, note que los participantes no deben inferir que se deben hacer todas las cosas mencionadas en la lista. Esta herramienta sólo provee una imagen de la atención y cuidado que debe prestar una persona al bienestar personal.
4. Una vez los participantes hayan completado la autoevaluación, pídeles que discutan las ideas y las situaciones presentadas. Puede pedir a los participantes que hagan una discusión en parejas, en grupos pequeños o con el grupo entero. Si desea, puede animarlos a hacer preguntas tales como:
 - ¿Hubo algunas sorpresas? ¿Presentó la evaluación algunas ideas nuevas que a usted no se le habían ocurrido?
 - ¿Cuáles de las actividades parecen más una carga que un beneficio para usted?
 - ¿Qué cosas está haciendo para practicar el autocuidado en cuanto a los aspectos físicos, psicológicos, emocionales, espirituales y laborales?
 - De las actividades que no practica actualmente, ¿cuál le parece de interés particular? ¿Cómo las puede incorporar a su vida futura?
 - ¿Cuál de las actividades o prácticas le gustaría probar para ver cómo le va, empezando ahora o lo antes posible?

Impreso educativo II-20
Herramienta de autoevaluación: Autocuidado

Califíquese usted mismo, utilizando la escala numérica a continuación, y complete los cuadrados vacíos:

5 = Frecuentemente, 4 = Ocasionalmente, 3 = Algunas veces, 2 = Nunca, 1 = Nunca se me había ocurrido

¿Con cuánta frecuencia practica las siguientes actividades?

Autocuidado físico

- Come regularmente (eso es, desayuno, almuerzo y cena)
- Come saludablemente
- Se ejercita o visita el gimnasio
- Levanta pesas
- Practica las artes marciales
- Recibe atención médica como medida de prevención
- Recibe atención médica cuando la necesita
- Se queda en su casa cuando está enfermo
- Recibe masajes u otras terapias corporales
- Practica alguna actividad física que le resulta divertida
- Saca tiempo para sentirse sensual, erótico – con usted mismo y con una pareja
- Duerme suficiente
- Utiliza ropa que le gusta
- Toma vacaciones
- Hace viajes cortos de un día o minivacaciones
- Se aleja de la tecnología que produce estrés, como bípens, máquinas de facsímil, teléfonos y correo electrónico
- Otros: _____

Autocuidado psicológico

- Saca tiempo para la reflexión
- Visita al psicoterapeuta o consejero
- Lleva un diario
- Lee literatura no relacionada con el trabajo
- Dedica tiempo para aprender a hacer algo nuevo
- Toma pasos para reducir el estrés en su vida
- Presta atención a sus experiencias internas – sus sueños, pensamientos, imágenes y sentimientos
- Permite que otros conozcan otros aspectos de usted
- Dedica su inteligencia a otras áreas – visita el museo de arte, asiste a una obra, evento deportivo, exhibición u otros eventos culturales
- Permite que otros le obsequien

- Dedicar tiempo para investigar cosas que no conoce
- Se niega a aceptar responsabilidades adicionales, en ocasiones
- Pasa tiempo al aire libre
- Otros: _____

Autocuidado emocional

- Pasa tiempo con personas cuya compañía usted disfruta
- Mantiene contacto con personas importantes en su vida
- Se trata con ternura (por ejemplo, practica el diálogo interno de apoyo o habla con usted mismo)
- Se siente orgulloso de usted mismo
- Relee libros favoritos y vuelve a ver películas favoritas
- Identifica actividades, objetos, personas, relaciones y lugares reconfortantes, y los busca
- Llorar
- Encuentra cosas que le hacen reír
- Expresa su indignación de manera constructiva
- Juega con niños
- Otros: _____

Autocuidado espiritual

- Saca tiempo para orar, meditar y reflexionar
- Saca tiempo para estar en la naturaleza
- Participa de una reunión, comunidad o grupo espiritual
- Está receptivo a recibir inspiración
- Atesora su optimismo y esperanzas
- Es conciente de los aspectos de la vida no tangibles (no materiales)
- Está receptivo al misterio y a lo desconocido
- Identifica lo que es significativo para usted y reconoce el lugar que tiene en su vida.
- Canta
- Expresa agradecimiento
- Celebra los hitos con rituales significativos para usted
- Recuerda y rememora los seres queridos que han muerto
- Nutre a otros
- Vive experiencias emocionantes
- Contribuye con o participa en las causas en las que cree
- Lee literatura inspiradora
- Escucha música inspiradora
- Otros: _____

Autocuidado en el lugar de trabajo/profesional

- Saca tiempo para almorzar con sus compañeros de trabajo
- Saca tiempo para conversar con sus compañeros de trabajo
- Saca el tiempo para completar tareas

- Identifica proyectos o tareas emocionantes, que promueven el crecimiento y que le resultan gratificantes
- Establece límites con los clientes y colegas
- Programa su carga de casos para que ningún día esté demasiado cargado
- Acomoda su lugar de trabajo para que sea cómodo y agradable
- Recibe supervisión o consulta
- Negocia sus necesidades, como los beneficios y aumentos de sueldo
- Tiene un grupo de apoyo de pares
- Otros: _____

Este Impreso educativo ha sido adaptado de *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization* por Karen Saakvitne y Laurie Anne Pearlman, publicado en 1996 por TSI Staff.

Sesión 5: Conclusión

Actividad: ¿Qué va a hacer cuando . . . ?

Propósito: Identificar y resumir las ideas y sentimientos que los participantes han recogido durante este modelo y llevarán consigo a sus lugares de trabajo

Tiempo: 10 minutos

Materiales: Rotafolio y marcadores de colores

Notas para el adiestrador

1. Al prepararse para concluir el módulo de compromiso y retención, revise brevemente el tema principal y los objetivos de cada una de las tres sesiones principales (sesiones 2, 3, y 4).
2. Pida a los participantes que anoten individualmente la información, las ideas o las preocupaciones aprendidas de cada una de las tres sesiones. Además, pídale que identifiquen cómo podrían incorporar este aprendizaje a su trabajo.
3. Invite a varios participantes a compartir con el grupo algo que hayan aprendido y cómo lo piensan incorporar a su trabajo.
4. Informe a los participantes sobre las actividades opcionales para las que no hubo tiempo suficiente. Pregúntele a los participantes si tienen algunas ideas u otras actividades relacionadas o recursos.
5. Concluya con un agradecimiento a las personas por su participación y deséeles lo mejor al continuar sus trabajos.

Referencias

1. Anderson, M., G. Smereck E. Hockman, D. Ross, K Ground. (1999) Nurses Decrease Barrier to Health Care by “Hyperlinking” Multiple-Diagnosed Women Living with HIV/AIDS Into Care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 10 (2), 55-65.
2. Greenberg, J., R. MacGowan, M Neumann, A. Long, R. Cheney, D. Fernando, C. Sterk, W. Wiebel. (1998) Linking Injection Drug Users to Medical Services: Role of Street Outreach Referrals. *Health & Social Work* 23(4), 298-309.
3. Katz, M. W. Cunningham, V. Mor, R. Andersen, T. Kellogg, S. Ziefler, S. Crystal, M Stein, K. Cylar, S. Bozzette, and M. Shapiro. (2000) Prevalence and Predictors of Unmet need for Supportive Services Among HIV-Infected Persons: Impact of Case Management. *Medical Care* 38(1), 58-69.
4. Kraybill, K. (2002) *Outreach to People Experiencing Homelessness: A Curriculum For Training Health Care For Homeless Outreach Workers*. National Health Care for the Homeless Council.
5. Magnus, M. N. Schmidt, K. Kirkhart, C. Schieffelin, N. Fuchs, B. Brown, and P. Kissinger. (2001) Association Between Ancillary Services and Clinical and Behavioral Outcomes among HIV-Infected Women. *AIDS Patient Care and STDs* 15 (3), 137-145.
6. Marsh, J. T. D’Aunno, B. Smith. (2000) Increasing Access and Providing Social Services to Improve Drug Abuse Treatment for Women with Children. *Addiction* 95(8), 1237-1247.
7. Miller W. and Rollnick S. (2002) *Motivational Interviewing*. Guilford Publications, New York.
8. Prochaska, J. J. Norcross, C. DiClemente. (1994) *Changing Good*. William Morrow and Company, Inc., New York.
9. Rich, J. L. Holmes, C. Salas, G. Macalino, D. Davis, J. Ryczek, T. Flanigan. (2001) Successful Linkage of Medical Care and Community Services for HIV-Positive Offenders Being Released from Prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 78 (2) 279-288.

Módulo III: Incorporando la reducción de daños a nuestro trabajo con usuarios de drogas infectados con el VIH

Tabla de Contenido

Introducción	página III-3
Sesión 1: Introducción y rompiendo el hielo (25 minutos)	
Actividad: ¿Qué cree usted sobre la reducción de daños?	página III-5
Actividad: Pon en tu bolsillo las creencias sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas	página III-7
Sesión 2: Describiendo la reducción de daños (25 minutos)	
Actividad: ¿Qué es la reducción de daños?	página III-9
Sesión 3: La reducción de daños en nuestras vidas (25 minutos)	
Actividad: Las maneras en que actualmente incorporamos la reducción de daños	página III-11
Actividad: Las razones para incorporar la reducción de daños y las razones para no incorporar la reducción de daños	página III-13
Sesión 4: Nombrando los daños (20 minutos)	
Actividad: Nombrando los daños	página III-16
Actividad: Los usuarios de drogas infectados con el VIH y los daños singulares que enfrentan	página III-18
Sesión 5: El enfoque de la reducción de daños con los usuarios de drogas infectados con el VIH (30 minutos)	
Presentación: Como se adapta la reducción de daños al desarrollo y al ofrecimiento de servicio	página III-22
Sesión 6: La reducción de daños y nuestras nociones sobre el uso de drogas (5 minutos)	
Presentación: Analizando por qué las personas utilizan drogas y cómo pueden cambiar	página III-25
Sesión 7: ¿Qué necesitan las personas para cambiar conductas? (60 minutos)	
Actividad: ¿Cómo cambiamos?	página III-29
Actividad: ¿Qué necesitan los usuarios de drogas para cambiar?	página III-32
Actividad: Las etapas de cambio y la reducción de daños	página III-33

Sesión 8: Redefiniendo la relación entre el proveedor y el cliente (95 minutos)

Actividad: La reducción de daños y las relaciones entre el proveedor y el cliente	página III-41
Presentación: Las destrezas y las herramientas de la reducción de daños	página III-44
Actividad: Preguntas abiertas	página III-45
Actividad: Puntos a favor y en contra – Preguntas para una decisión sopesada	página III-47
Presentación: Escalas para la autoevaluación	página III-50
Actividad: El modelo ABCDE de toma de decisiones	página III-53

Sesión 9: Los enfoques y las barreras de la reducción de daños (40 minutos)

Actividad: Los enfoques y las barreras al utilizar la reducción de daños en nuestros trabajos	página III-60
Presentación: Ideas clave para llevar consigo	página III-62
Actividad: ¿Lo que tienes guardado en tu bolsillo es una creencia?	página III-62

Introducción

Trasfondo y propósito

El contenido de este módulo se deriva de tres recursos de adiestramiento: *La reducción de daños 101: Lo fundamental*, *Las destrezas de reducción de daños en acción* y *Creando Oportunidades para la reducción de daños en el tratamiento de uso de drogas*. Estos recursos fueron desarrollados en el año 2001 y el 2002 por el Statewide Partnership for HIV Education in Recovery Environments (SPHERE), un programa de Health Care of Southeastern Massachusetts, Inc., en Brockton, Massachusetts.

Este módulo provee a los participantes con una visión general y conocimiento de trabajo para la reducción de daños. No hay una definición universal aceptada para la reducción de daños. Sin embargo, para los propósitos de este módulo, reducción de daños se puede definir como una recopilación de estrategias y destrezas para reducir los daños en la vida de una persona. Dentro del contexto del uso de drogas, la reducción de daños no enfoca solamente un aspecto del uso de drogas ni una sola meta, como la abstinencia. En lugar de esto, la reducción de daños atiende tanto el continuo del uso de las drogas como el continuo de las actividades que pueden reducir el daño del uso de drogas. Una premisa importante de este módulo es que la reducción de daños promueve opciones para las personas. Dejar de usar drogas sólo es una opción para la reducción de daños. Los esfuerzos para reducir el uso de una droga en particular, de utilizar esas drogas con mayor seguridad o cambiar a drogas menos peligrosas, también, son opciones válidas para un cambio de conducta.

Este módulo describe las estrategias y destrezas de la reducción de daños que sólo se ajustan a las personas infectadas con el VIH que utilizan drogas activamente o que se encuentren en recuperación reciente. Las actividades en este módulo están diseñadas específicamente para proveedores que apoyan los esfuerzos de reducción de daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH. Para intensificar el entendimiento de la reducción de daños de los participantes en esta población, identificaremos el espectro de daños asociados con el uso de drogas.

Además, exploraremos las diferencias entre la reducción de daños y el enfoque tradicional basado en la abstinencia para el cambio de conducta. También consideraremos si el enfoque de reducción de daños es compatible con los programas de tratamiento de uso de drogas existentes. Finalmente, le pediremos a los participantes que identifiquen las maneras en que actualmente utilizan para la reducción de daños y que busquen las oportunidades para integrar aún más la reducción de daños a sus trabajos. Según los participantes identifiquen maneras concretas para incorporar la reducción de daños a sus trabajos, desarrollarán nuevas destrezas para apoyar los esfuerzos de sus clientes de vivir vidas más seguras y saludables.

Materiales

- Folleto de SPHERE, *Facts and Myths About Harm Reduction in Substance Abuse Treatment*
- SPHERE's *Stages of Change Wheel*

- Impresos educativos III-1 a III-5
- Diapositivas III-1 a III-40
- Rollo de papel de estraza o similar con adhesivo y marcadores de colores
- Equipo de proyección de Diapositivas

Objetivos

Al finalizar este módulo, los participantes podrán:

- Describir el enfoque y las técnicas de la reducción de daños
- Hacer una lista de la gama de daños creados por el uso de drogas
- Identificar destrezas y herramientas prácticas para la reducción de daños que se ajusten a las necesidades de los usuarios de drogas infectados con el VIH.
- Considerar las maneras en que los participantes actualmente incorporan la reducción de daños a sus vidas personales y profesionales
- Integrar los principios de la reducción de daños a sus trabajos con clientes infectados con el VIH

Datos clave

- No hay una definición universal para la reducción de daños ni tampoco ésta representa una sola actividad o dinámica.
- La reducción de daños está enfocada hacia el apoyo de los esfuerzos de las personas para hacer cambios positivos en sus vidas.
- Para que sea efectiva, la reducción de daños debe estar centrada en el cliente. Cualquier cambio positivo debe ser definido y priorizado por el cliente.
- La reducción de daños está basada en la premisa de que cada cliente es el experto de su propia vida. Esto significa que los clientes deben tener un rol activo al identificar el cambio de conducta que desearían hacer y al desarrollar un plan para implementar el cambio.
- Las circunstancias de vida de los usuarios de drogas, al igual que las de estos para el uso de drogas, son variadas, diversas y complejas.

Nota: El término *reducción de daños* puede provocar reacciones emocionales intensas de los proveedores médicos y de los proveedores de tratamiento de uso de drogas. En algunos proveedores, estas reacciones reflejan la creencia de que un enfoque de reducción de daño puede minar su trabajo. Al facilitar estas sesiones, es importante reconocer, atender y responder a las preocupaciones personales y profesionales de los participantes sobre la reducción de daños. Prepárese para la controversia cuando ofrezca el adiestramiento sobre este tema por primera vez.

Sesión 1: Introducción y rompiendo el hielo

Actividad: ¿Qué cree usted sobre la reducción de daños?

Propósito: Presentar los participantes y los adiestradores entre sí y ofrecer a los participantes la oportunidad de exponer sus creencias personales sobre la reducción de daños

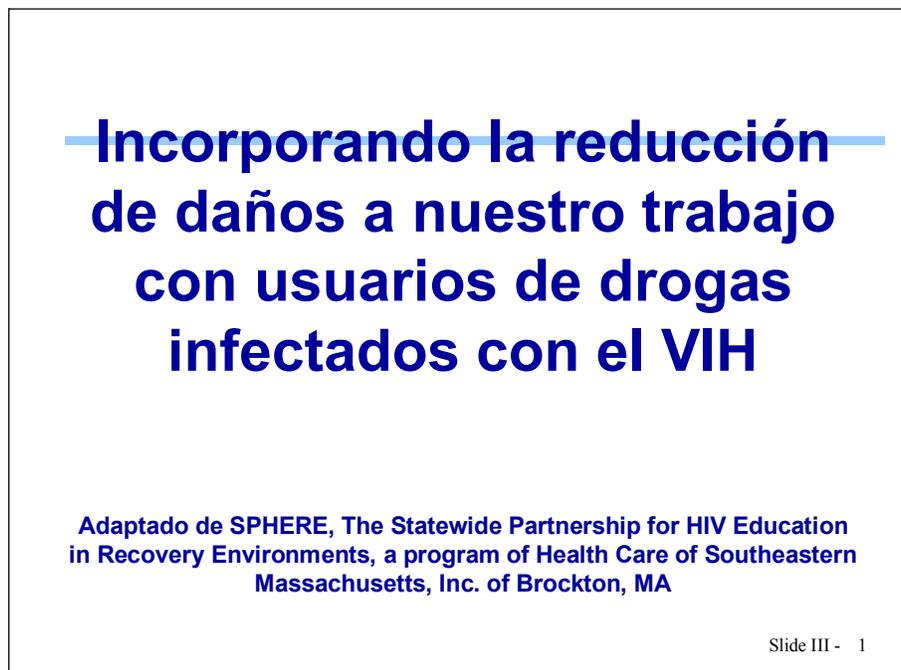
Tiempo: 15 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-1, “Incorporando la reducción de daños a nuestro trabajo con usuarios de drogas infectados con el VIH” .
- Diapositiva III-2, “¿Qué cree sobre la reducción de daños?”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar la sesión de adiestramiento, muestre la Diapositiva III-1, “Incorporando la reducción de daños a nuestro trabajo con usuarios de drogas infectados con el VIH”.



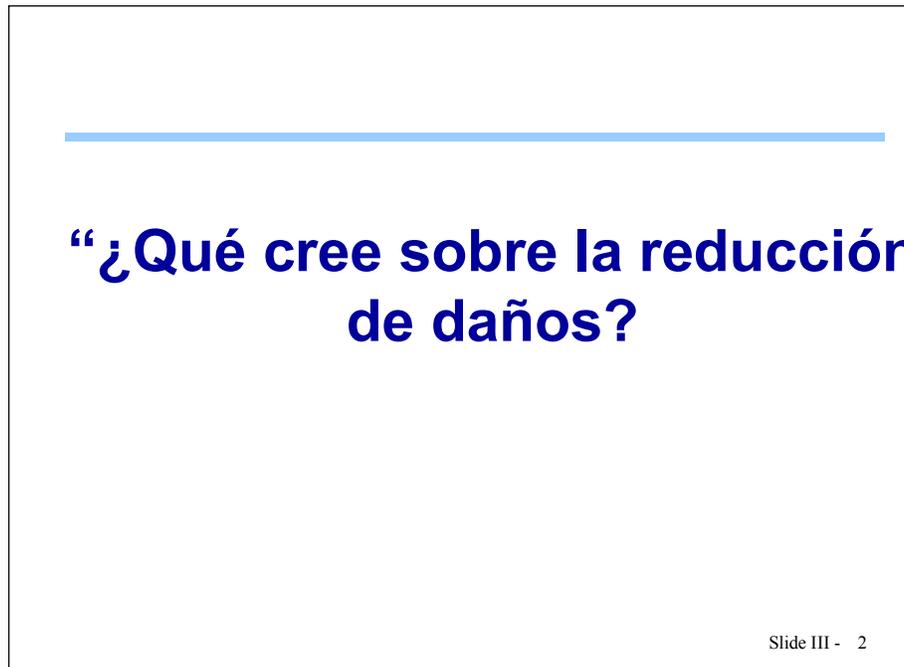
**~~Incorporando la reducción~~
de daños a nuestro trabajo
con usuarios de drogas
infectados con el VIH**

Adaptado de SPHERE, The Statewide Partnership for HIV Education
in Recovery Environments, a program of Health Care of Southeastern
Massachusetts, Inc. of Brockton, MA

Slide III - 1

2. Antes de comenzar esta actividad, escriba “Reducción de daños” en la parte superior de una hoja de papel de estraza, y péguelo en la pared o en un cabellete.

3. Muestre la Diapositiva III-2, “¿Qué cree sobre la reducción de daños?”



4. Preséntese al grupo, y luego presente los términos *reducción de daños* y *reducción de riesgo*. Dígale a los participantes que estos dos términos son intercambiables.
5. Pida a los participantes que se presenten, con su nombre, su posición o título en el trabajo, y el tipo de organización donde trabajan. También pídales que digan la primera palabra o frase en que piensan cuando escuchan las palabras “reducción de daños”.
6. Anote las respuestas de los participantes en la hoja de papel de estraza titulada “Reducción de daños”.
7. Una vez todos hayan respondido, repase la lista y comente sobre la gama de opiniones e ideas reflejadas. Identifique y comente sobre qué palabras reflejan:
 - **Programas o servicios**, tales como programas de intercambio de agujas y jeringuillas y servicios que proveen condones
 - **Destrezas**, tales como destrezas centradas en el cliente
 - **Opiniones**, que puede incluir frases, tales como “alentar el uso de drogas” o “evita la recuperación”
 - **Sentimientos**, tales como “desconfianza” o “acoger”
8. Después de agrupar las respuestas de los participantes en estas cuatro categorías, estará listo para presentar el principio fundamental de la reducción de daños: El uso de drogas y las actividades y conductas relacionadas deben verse en un continuo.

Actividad: Pon en tu bolsillo tus creencias sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas

Propósito: Brindar a los participantes, primero, la oportunidad de identificar sus creencias personales sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas y, luego, de echar esas creencias a un lado durante la sesión de adiestramiento

Tiempo: 10 minutos

Materiales: Suficiente papel y bolígrafos o lápices para cada participante

Notas para el adiestrador:

1. Distribuya un papel y un bolígrafo o lápiz a cada participante.
2. Pida a los participantes que escriban una palabra o frase que refleje sus creencias sobre el uso de drogas o los usuarios de drogas. Por ejemplo, las respuestas pueden incluir aseveraciones como las siguientes:
 - “El uso de drogas es una enfermedad crónica”.
 - “El uso de drogas es una señal de debilidad”.
 - “El uso de drogas lo causa la sociedad”.
 - “La única manera en que los usuarios de drogas se pueden limpiar es absteniéndose completamente”.
3. Una vez todos hayan terminado de escribir, pida a los participantes que se paren.
4. Dele a los participantes instrucciones detalladas para que doblen el papel en un cuadrado pequeño. Puede decir algo como: “Doble el papel por la mitad una vez, una vez más y luego otra vez más”. Cuando todos los participantes hayan terminado de doblar el papel, pídale que lo pongan en sus bolsillos. Esta acción dramatiza el proceso de echar a un lado sus creencias.
5. Explícitamente pida a los participantes que estén receptivos y que dejen a un lado sus opiniones sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas mientras dure la sesión de adiestramiento.
6. Reconozca cómo la reducción de daños puede retar nuestros conocimientos sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas. Algunas veces las creencias de las personas sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas los conduce a descartar el enfoque de la reducción de daños. Por ejemplo, los que se adhieren a ciertos modelos tradicionales de “eliminación de riesgos” rechazan completamente la reducción de riesgos.

7. Observe que estas ideas preconcebidas pueden socavar nuestras relaciones con los clientes e impedir nuestros esfuerzos para apoyarlos.
8. Presente el siguiente concepto clave sobre la reducción de daños: La reducción de daños es un enfoque centrado en el cliente, que significa que el proveedor debe ver las cosas desde la perspectiva del cliente. Al poner en el bolsillo nuestras creencias personales sobre la adicción y el uso de drogas, estaremos en una posición mejor para entender y alcanzar las necesidades de nuestros clientes.

Sesión 2: Describiendo la reducción de daños

Actividad: ¿Qué es la reducción de daños?

Propósito: Crear una definición general de reducción de daños y luego ajustar esta definición a los usuarios de drogas infectados con el VIH

Tiempo: 25 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-3, “¿Qué es reducción de daños?”

Notas para el adiestrador:

1. Revise el papel titulado “Reducción de daños”, que se completó en la actividad rompiendo el hielo en la Sesión 1. Pida a los participantes que recuerden con que asociaron las palabras “reducción de daños”. Si casi todas las respuestas de los participantes estaban relacionadas con los programas de intercambio de agujas o de jeringuillas, anímelos a pensar más ampliamente. Puede fomentar la discusión al sugerir otras posibilidades, como reducir el uso de drogas o cambiar la ruta de administración. Puede señalar que la reducción de daños puede aplicarse a decisiones de practicas sexuales.
2. Presente los siguientes puntos clave sobre la reducción de daños:
 - La reducción de daños incluye una gama de técnicas y programas que apoyan nuestra labor con los usuarios de drogas infectados con el VIH.
 - Practicamos reducción de daños en una variedad de formas.
3. Pida al grupo que desarrolle una definición de trabajo de una o dos oraciones sobre reducción de daños en la que el grupo esté de acuerdo. Los siguientes son ejemplos de algunas definiciones adecuadas:
 - La reducción de daños está enfocada en apoyar las personas en su intento de cualquier cambio positivo.
 - La reducción de daños debe estar centrada en el cliente, que significa que cualquier paso hacia la reducción de daños debe estar definida y priorizada por el cliente.
4. Anote la definición del grupo de reducción de daños en un papel de estraza y péguelo.
5. Despliegue y revise la Diapositiva III-3, “¿Qué es reducción de daños?”

¿Que es reducción de daños?

- Una gama de estrategias diseñadas para minimizar o reducir los daños internos y externos causados por el uso de drogas y las conductas relacionadas de alto riesgo.

- Enfatices *cualquier* cambio positivo y encuentre la gente en el lugar donde estén.

Slide III - 3

6. Pregúntele a los participantes cómo revisarían o ampliarían la definición de reducción de daños para los usuarios de drogas infectados con el VIH. En otras palabras, ¿cuál sería una definición más específica para reducción de daños para personas que manejan tanto el VIH como el uso de drogas? Para fomentar la discusión, puede sugerir lo siguiente:
 - Estrategias para reducir el daño o el riesgo de transmisión del VIH o de reinfectarse con el VIH cuando la persona usa drogas
 - Estrategias para reducir el riesgo de una progresión más rápida del VIH como resultado del uso de drogas
7. Escriba la definición adaptada del grupo en una hoja de papel de estraza y luego péguela.

Sesión 3: La reducción de daños en nuestras vidas

Actividad: Las maneras en que actualmente incorporamos la reducción de daños

Propósito: Explorar cómo actualmente incorporamos la reducción de daños en nuestras vidas

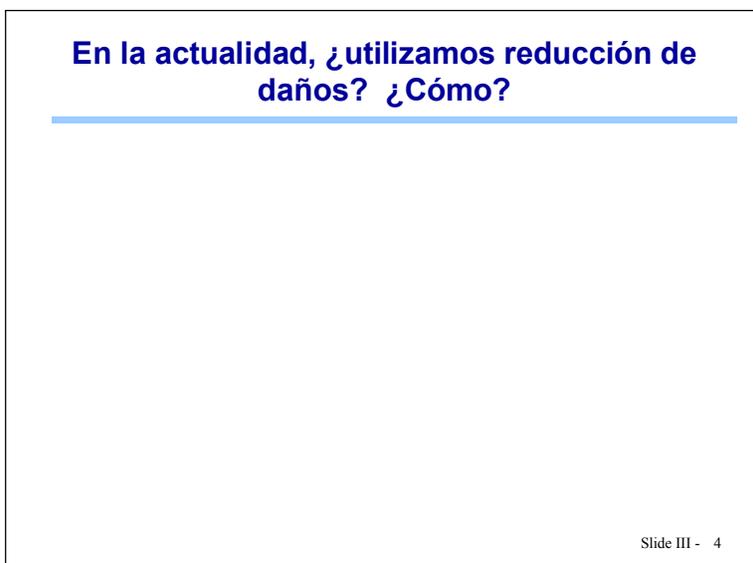
Tiempo: 10 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-4, “En la actualidad, ¿utilizamos reducción de daños? ¿Cómo?”
- Impreso educativo III-1, “Las maneras en que actualmente incorporamos la reducción de daños”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar la sesión, escriba en la parte superior de una hoja de papel el título, “Maneras en que actualmente incorporamos la reducción de daños”.
2. Divida los participantes en grupos pequeños de tres a cinco personas.
3. Despliegue la Diapositiva III-4, “En la actualidad, ¿utilizamos reducción de daños? ¿Cómo?”



4. Reparta a cada grupo el Impreso educativo III-1 “Las maneras en que actualmente incorporamos la reducción de daños”.

Impreso educativo III - 1

**Las maneras en que actualmente incorporamos la reducción de
daños**

Personal

Profesional

5. Pida a cada grupo pequeño que elabore una lista de las maneras en que ellos integran la reducción de daños en sus vidas – tanto personal como profesionalmente.
 6. Pida que cada grupo pequeño comparta sus listas con el grupo completo. Escriba las respuestas en el papel de estraza titulado “Maneras en que actualmente incorporamos la reducción de daños”.
 7. Discuta la lista, asegurándose de enfatizar las maneras en que los participantes ya incorporan la reducción de daños a sus vidas y de validar los retos que hayan identificado.
 8. Añada las siguientes actividades cotidianas, si es que ya no aparecen en la lista de los grupos:
 - Utilizar casco protector para correr bicicleta
 - Utilizar el cinturón de seguridad
 - Utilizar el hilo dental
 - Utilizar parches de nicotina
 - Colocar cierres de seguridad contra niños en los gabinetes
 - Vacunarse
 - Designar un chofer que no ingiera alcohol en las fiestas o cenas
-

Actividad: Las razones para incorporar la reducción de daños y las razones para no incorporar la reducción de daños

Propósito: Identificar las preocupaciones de los participantes de la resistencia al concepto de la reducción de daños

Tiempo: 15 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-5, “Utilizando reducción de daños”
- Folleto titulado, SPHERE’s *Facts and Myths About Harm Reduction in Substance Abuse Treatment*

Notas para el adiestrador:

1. Al prepararse para esta actividad, revise el folleto SPHERE’s *Facts and Myths About Harm Reduction in Substance Abuse Treatment*.

2. Prepare una tabla de dos columnas en una hoja de papel de estraza. Escriba “ Razones para incorporar reducción de daños” en la parte superior de una columna y “ Razones para no incorporar reducción de daños” en la parte superior de la otra columna.
3. Muestre la Diapositiva III-5, “Utilizando reducción de daños.” Pida a los participantes que compartan sus ideas concernientes a las razones de por qué la reducción de daños debe o no integrarse a sus trabajos con los clientes.

Utilizando reducción de daños	
■ Razones para incorporar reducción de daños	■ Razones para no incorporar reducción de daños

Slide III - 5

4. Escriba las respuestas de los participantes en las columnas correspondientes del papel de estraza previamente preparado.

Si los participantes no han mencionado algunos de los temas más importantes sobre integrar o no integrar la reducción de daños, entonces usted deberá hacer sugerencias a las dos listas. De ser necesario, se deben añadir las siguientes a la columna “ para incorporar reducción de daños”:

- Las poblaciones retantes requieren muchas herramientas para lograr cambios de conducta.
- La reducción de daños puede apoyar el cambio en la conducta del cliente de una manera no crítica.
- La reducción de daños está centrada en el cliente.
- La reducción de daños mantiene al cliente en el cuidado.

Las siguientes preocupaciones deben añadirse, de ser necesario, a la columna, “ para no utilizar reducción de daños”:

- La reducción de daños da permiso para usar drogas.
- La reducción de daños menoscaba el tratamiento de drogas.

- La reducción de daños, realmente, no ayuda a las personas.
5. Revise la lista de razones e identifique qué preocupaciones están basadas en mitos. Distribuya el folleto SPHERE titulado *Facts and Myths About Harm Reduction in Substance Abuse Treatment*. Clarifique y corrija cualquier malentendido, de ser necesario.
 6. Enfatique los siguientes puntos:
 - La reducción de daños es más que intercambio de aguja o jeringuillas.
 - Todos llegamos al concepto de la reducción de daños con aprensión e ideas preconcebidas. Como adiestradores, debemos estar atentos a y retar las ideas erróneas que se presentan como hechos.
 - Todos traemos nociones preconcebidas sobre los éxitos, retos y problemas a nuestro entendimiento de reducción de daños. Es importante recordarle a los participantes del equipaje que ellos pueden traer al adiestramiento y alentarlos a identificar y a retar sus ideas preconcebidas.

Sesión 4: Nombrando los daños

Actividad: Nombrando los daños

Propósito:

- Aumentar el entendimiento de la variedad de daños causados por la conducta de la utilización de drogas
- Demostrar que los proveedores promueven la salud pública cuando apoyan los esfuerzos de sus clientes para reducir los daños del uso de drogas
- Aumentar el entendimiento de los muchos factores complejos involucrados en el cambio de conducta
- Ayudar a los participantes a apoyar más efectivamente los esfuerzos de sus clientes de cambiar conductas peligrosas

Tiempo: 10 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Tarjetas índice grandes
- Diapositiva III-6, “Nombrando los daños”
- Diapositiva III-7, “Estrategias”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar esta sesión, haga tres columnas en una hoja de papel de estraza o similar. Escriba “Médico” en la parte superior de la columna de la izquierda, “Legal” en la parte superior de la columna del medio y “Personal” en la parte superior de la columna de la derecha. No muestre este papel a los participantes hasta tanto no hayan hecho la discusión de ideas (descrita en la nota 3 que aparece a continuación).
2. Pida a los participantes que formen grupos de tres a cinco personas, y luego distribuya una tarjeta índice a cada grupo.
3. Muestre la Diapositiva III-6, “Nombrando los daños” Pida que cada grupo haga una discusión de ideas y que escriba tantos daños relacionados con el uso de drogas como puedan en tres a cinco minutos.

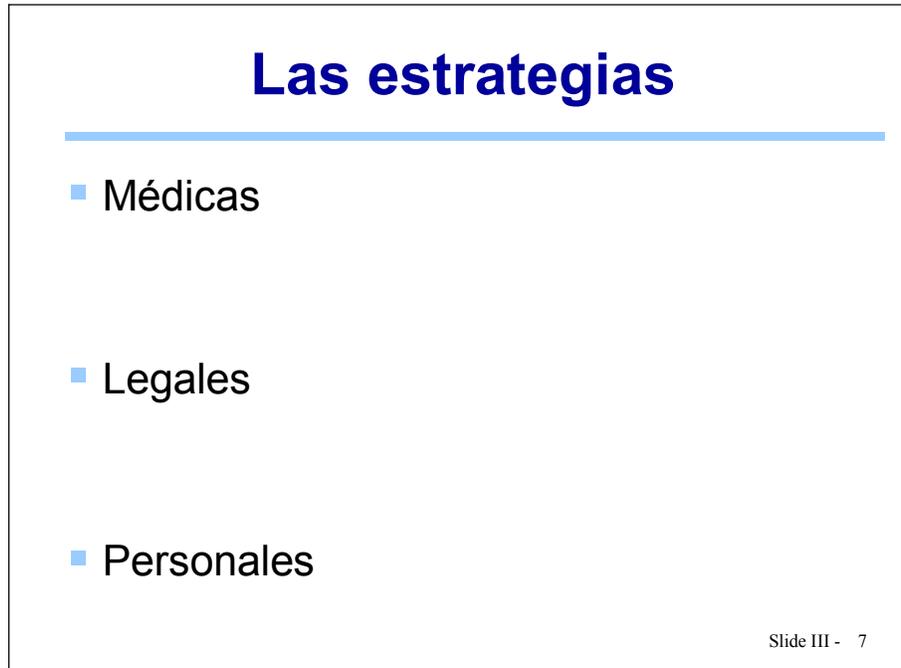
Nombrando los daños

Médico Legal Personal

Slide III - 6

4. Muestre al grupo la hoja de papel de estraza dividida en tres columnas.
5. De una vuelta por el salón, y pida a cada grupo que mencione un ítem de su lista. Según cada grupo vaya mencionando un daño, escríbalo en la columna apropiada.
6. Cuando un grupo mencione un daño, pregúntele a los otros grupos si ellos también tienen el mismo daño en su lista. Si mencionan el mismo daño, pídale que lo eliminen de la lista. Continúe caminando por el salón de esta manera hasta que los grupos hayan compartido todos los distintos daños contenidos en sus listas. Por ejemplo, la columna de daños médicos podría incluir infección del VIH, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, sobredosis y muerte. La columna de daños legales podría incluir encarcelamiento, arresto, robo, pérdida de la licencia de conducir y vistas en el tribunal. La columna de daños personales podría incluir abandono por parte de la familia, pérdida de los hijos, pérdida del trabajo, pérdida de vivienda y reducción en la gratificación sexual.
7. Según pegue el papel en la pared, felicite al grupo por crear una lista exhaustiva.
8. Amplíe la lista, de ser necesario, para que incluya los daños médicos, legales y personales que aparecen anteriormente en el #6.
9. Recalque que los daños cubren una amplia gama y que cada persona tiene un conjunto de daños particulares. Por consiguiente, ninguna estrategia podría reducir todos los daños por sí solas. Observe que revisar estos daños es un aspecto importante de nuestro trabajo con los clientes. Al revisar estos daños con los clientes, podemos entender mejor los retos en sus vidas y ayudarles a dirigirse hacia el cambio de conductas que son más importante para ellos.

10. Muestre la Diapositiva III-7, “Las estrategias.” Pida a los participantes que discutan las estrategias para responder a los tres tipos de daños (médico, legal y personal) que aparecen en la Diapositiva. Por ejemplo, las estrategias para la reducción de daños médicos incluyen el uso de equipos de desinfección y de condones, educación para sexo seguro, programas de intercambio de agujas, programas de orientación y de pruebas y programas de metadona.



Las estrategias

- Médicas

- Legales

- Personales

Slide III - 7

Actividad: Los usuarios de drogas infectados con el VIH y los daños singulares que enfrentan

Propósito:

- Aumentar el entendimiento de los daños singulares que enfrentan los usuarios de drogas infectados con el VIH

- Identificar las maneras en que los juicios personales pueden convertirse en barreras del servicio

Tiempo: 10 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-8, “Los daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH”

- Diapositiva III-9, “¿Tienen los usuarios de drogas infectados con el VIH derecho a . . .”
- Papel de la actividad previa, “Nombrando el daño”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar esta sesión, tome una hoja de papel de estraza y utilice un marcador de color para copiar la Diapositiva III-8, “Daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH”. Esta hoja se utilizará posteriormente en la sesión (véase las notas 4 y 6).
2. Comience la sesión reconociendo que nuestras creencias y sentimientos sobre los daños potenciales de ciertas conductas sexuales y de uso de drogas pueden hacer que juzguemos a las personas que practican dichas conductas. Estos juicios pueden ser barreras para la práctica de la reducción de daños.
3. Pida a los participantes que piensen sobre los daños singulares que enfrentan los usuarios de drogas infectados con el VIH. ¿Cómo se diferencian estos daños de los daños que enfrentan los usuarios de drogas no infectados? Asegúrese de añadir: los riesgos a la salud personal (un progreso más rápido de la enfermedad del VIH) y los riesgos a la salud de otras personas (mediante la transmisión) si no se han identificado aún.
4. Muestre la Diapositiva III-8, “Los daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH”. Pida a los participantes que compartan cómo se sienten sobre los daños específicos del VIH cuando trabajan con usuarios de drogas infectados con el VIH. Por ejemplo, ¿se sienten que juzgan, impacientes o frustrados? ¿Confían en lo que dicen los clientes y creen que sus clientes pueden evitar los daños específicos del VIH? ¿Qué impacto tienen estos sentimientos en sus trabajos? Anote tanto los sentimientos como el impacto en una hoja de papel de estraza, titulada, “Los daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH.”

“Los daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH

Sentimientos

Impacto

Slide III - 8

5. Aliente a los participantes a distinguir la diferencia entre tener una opinión o hacer un juicio y permitir que el juicio o la opinión impacten sus trabajos.
6. Muestre la Diapositiva III-9, “¿Tienen los usuarios de drogas infectados con el VIH derecho a ...”? Esta Diapositiva contiene una serie de aseveraciones (oraciones?) en forma de preguntas sobre los usuarios de drogas infectados con el VIH.

¿Tienen los usuarios de drogas infectados con el VIH derecho a ...

- Decidir qué riesgos pueden tomar?
- La intimidad?
- Estar activos sexualmente?
- Recibir cuidado médico competente y sensible?
- No divulgar a otros su condición del VIH?
- Continuar utilizando drogas?
- Continuar utilizando drogas y recibir cuidado médico?

Slide III - 9

7. Facilite una discusión sobre qué papel juegan los juicios y las opiniones en nuestras respuestas para cada una de estas aseveraciones. ¿Qué impactos tienen estos juicios y opiniones en nuestro trabajo con los usuarios de drogas infectados con el VIH? Anote estos impactos en el papel titulado “Daños de los usuarios de drogas infectados con el VIH”.

Opcional: En una parte del salón designe un área para los que están “De acuerdo” y otra para los que están “En Desacuerdo”. Lea en voz alta, una a una, las aseveraciones en la Diapositiva. Después de cada aseveración (oración), pida que cada participante se mueva al área del salón que indica si están de acuerdo o en desacuerdo.

8. Pregúntele a los participantes cómo sus juicios y opiniones podrían crear barreras en sus trabajos con los usuarios de drogas infectados con el VIH. Luego pida a los participantes que discutan sobre las maneras de sobreponerse a esas barreras. Discuta los beneficios, desde la perspectiva de la reducción de daños, de abordar los juicios y las opiniones que socavan (amenazan?) nuestras relaciones con los clientes.

Sesión 5: El enfoque de la reducción de daños con los usuarios de drogas infectados con el VIH

Presentación: ¿Cómo se adapta la reducción de daños al desarrollo y al ofrecimiento de servicio?

Propósito:

- Revisar el concepto de reducción de daños y comparar y contrastarlo con enfoques utilizados en programas de tratamiento de uso de drogas tradicionales

- Explorar la reducción de daños como modelo de ofrecimiento de servicio

Nota: En esta presentación, revisaremos los componentes de servicio de la reducción de daños y de los programas tradicionales. Algunos participantes piensan muy seriamente que los usuarios de drogas infectados con el VIH deben abstenerse de toda conducta de riesgo. Prepárese para una discusión muy activa.

Tiempo: 30 minutos

Materiales: Diapositiva III-10, “Modelos tradicionales y de reducción de daños”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre y revise la Diapositiva III-10, “Modelos tradicionales y de reducción de daños” que compara los modelos tradicionales y de reducción de daños, el ofrecimiento de servicio y los componentes del servicio.

Modelos tradicionales y de reducción de daños

Enfoque tradicional

- *El adicto llega a usted*
- Requiere el cese total del uso de drogas
- éxito=*recuperación*
- usa el apoyo de los 12 pasos
- *Modelo orientado al problema*

Enfoque de reducción de daños

- Busca activamente usuarios de drogas a riesgo
- acepta *reducir el uso*
- éxito=*descubrimiento*
- utiliza un menú amplio de opciones de apoyo
- *Modelo orientado a las soluciones*

Slide III - 10

2. Observe que el lenguaje que utilizamos puede ser crítico, como referirnos a los usuarios de drogas como “adictos.”
3. Observe que, al identificar los componentes clave del servicio, nos percatamos de cómo estamos incorporando la reducción de daños a nuestros trabajos.
4. Distinga las diferencias entre los modelos de prestación de servicios tradicionales y los modelos de reducción de daños. Describa en detalle algunas de estas diferencias. Estos son algunos ejemplos:
 - En el enfoque tradicional, esperamos que los clientes hagan y mantengan sus citas. Vienen a nuestras oficinas, y se sientan. En contraste, un elemento de la reducción de daños es ir activamente en busca del usuario de drogas en los lugares donde se congregan, como en las esquinas, en las cafeterías. Movemos nuestras oficinas o nos localizamos en estos lugares.
 - Los programas tradicionales para el tratamiento de drogas basados en la abstinencia requieren que los participantes suspendan totalmente el uso de drogas como una condición previa para entrar al programa. En contraste, la reducción de daños no tiene la abstinencia como criterio de servicio. La reducción de daños acepta y apoya cualquier reducción en el uso de drogas o cualquier intento para reducir los riesgos relacionados con el uso de drogas.
 - Los programas tradicionales definen el éxito como la recuperación del uso de drogas. En contraste, en el modelo de reducción de daños, cualquier progreso hacia la incorporación de conductas que demuestran reducción de daños en las vidas es visto como un éxito. En el modelo de reducción de daños, se fomenta que los clientes consideren la variedad de

opciones que tienen para reducir el riesgo. Según exploran distintas opciones, los clientes descubren sus fortalezas y necesidades.

- Los programas tradicionales utilizan los 12 pasos para apoyo y consejo, y otros también incorporan trabajo de grupo. El modelo de reducción de daños ofrece un menú de opciones más amplio, incluidas terapias complementarias como la acupuntura.
- Los programas tradicionales ven las drogas como el problema y dejarlas como la solución. En contraste, desde la perspectiva de la reducción de daños, el uso de drogas es visto como un sólo aspecto de la vida de una persona. Los programas de reducción de daños se concentran en la persona total y en los enfoques personalizados para reducir el daño.

5. Pregúntele a los participantes si pueden pensar en otras similitudes y diferencias entre los modelos tradicionales y de reducción de daños. Algunos aspectos de Alcohólicos Anónimos (AA) proveen ejemplos de cómo los enfoques tradicionales y la reducción de daños pueden trabajar juntos. Por ejemplo, si alguien está bajo los efectos de drogas y se presenta a una reunión de AA, puede quedarse y beneficiarse del programa. Pregúntele a los participantes si se les ocurren otros ejemplos que combinan los enfoques tradicionales y de reducción de daños.

Sesión 6: La reducción de daños y nuestras nociones sobre el uso de drogas

Presentación: Analizando por qué las personas utilizan drogas y cómo pueden cambiar

Propósito:

- Considerar la variedad de razones por qué la gente utiliza drogas
- Describir el uso de drogas en un continuo

Tiempo: 5 minutos

Materiales:

- Diapositiva III-11, “La naturaleza de la adicción”
- Diapositiva III-12, “La gama de intervenciones de reducción de daños en el uso de drogas”
- Diapositiva III-13, “No tener ideas preconcebidas”
- Impreso educativo III-2, “El uso de drogas en un continuo”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre la Diapositiva III-11, “La naturaleza de la adicción” Refiérase a la actividad sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas de la Sesión 4. Recuérdele a los participantes que la reducción de daños reta las nociones sobre el uso de drogas al mirar las conductas del uso de drogas de diversas maneras.

La naturaleza de la adicción

- El uso de drogas ocurre en un continuo desde la experimentación hasta el caos
- No juzga si el uso de drogas es “bueno” o “malo”
- La abstinencia no es el único resultado posible del tratamiento

Slide III - 11

2. Muestre la Diapositiva III-12, “La gama de intervenciones de reducción de daños en el uso de drogas.” Explique que, en la reducción de daños, el uso de drogas es un continuo, que va desde controlado hasta crónico a caótico.

La gama de intervenciones de reducción de daños en el uso de drogas

Controlado



Crónico



Caótico

Slide III - 12

3. Muestre y revise la Diapositiva III-13, “No tener ideas preconcebidas.” Observe que los juicios que tienen que ver con la moral están evitados en la reducción de daños. El enfoque de no tener ideas preconcebidas permite que los clientes puedan lograr cualquiera dentro de una variedad de metas, incluidas la abstinencia, reducir el uso y un uso distinto o más seguro.

No tener ideas preconcebidas

- Ser crítico: la creencia de que el uso de drogas es: malo, incorrecto e inmoral
- Puede conducir al maltrato y a la hostilidad con el usuario de drogas
- Puede inducir a una actitud defensiva, de enojo y difícil de manejar
- “las personas que utilizan drogas son, primeramente, personas y, segundo, usuarios de drogas”

Slide III - 13

4. Distribuya el Impreso educativo III-2, “El uso de drogas en un continuo” a todos los participantes como referencia.

Impreso educativo III-2
El uso de drogas en un continuo

DE RECREACIÓN			A RIESGO*	
Experimentación	Ocasional	Regular	Fuerte	Caótico/Fuera de control

Experimentación: Aventurar (pruebe?) con el uso de drogas una o dos veces o más. Del 30% al 70% de todos los estudiantes de escuela superior

Ocasional: Una vez a la semana de vez en cuando. La mayor parte de los norteamericanos las utilizan de esta manera

Regular: Tres veces a la semana. A riesgo de desarrollar dependencia física y psicológica

Fuerte: Una vez al día o más. Puede estar adicto o dependiente

Caótico/Fuera de Control: Compulsivo, obsesivo, vida centrada en las drogas, perdido en otras áreas de la vida

* **A riesgo:** 1. Adicción 2. Lidar con el uso, Dependencia/ Uso compulsivo

Sesión 7: ¿Qué necesitan las personas para cambiar conductas?

Actividad: ¿Cómo cambiamos?

Propósito:

- Identificar la variedad de apoyos que necesitan las personas para cambiar sus conductas riesgosas
- Examinar nuestras creencias sobre los factores pertinentes para cambiar la conducta
- Discutir como establecemos prioridades y tomamos decisiones sobre el cambio de conducta
- Proveer a los participantes la oportunidad de discutir sus experiencias personales con el cambio de conducta

Tiempo: 25 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Impreso educativo III-3, “Hoja de trabajo para el cambio de conducta” para cada participante
- Diapositiva III-14, “Los factores que influyen sobre el cambio de conducta: Motivación/Incentivos/Barreras/Promoción”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar la sesión, utilice un marcador de color para copiar el contenido de la Hoja de trabajo para el cambio de conducta a una hoja de papel de estraza. Tome otra hoja de papel de estraza y escriba en la parte superior “¿Qué necesitan las personas para apoyar el cambio”.
2. Comente cómo las creencias comunes sobre los cambios de conducta, como lo demuestran los programas de tratamiento de drogas y alcohol, los sistemas de prestación de cuidado de salud y otras instituciones, con frecuencia conducen a un enfoque para el cambio de conducta de “todo o nada”. La campaña contra las drogas de “Dígale No a las Drogas” es un ejemplo idóneo del enfoque “todo o nada”. El cambio de conducta es mucho más complicado que “sólo decir no”.
3. Muestre la Diapositiva III-14, “Los factores que influyen sobre el cambio de conducta”. Distribuya a cada participante copias de la Diapositiva III-14 como aparece en el Impreso educativo III-3, “Hoja de trabajo para el cambio de conducta”.

Los factores que influyen sobre el cambio de conducta

Motivación	Incentivo
Barreras	Promoción

Slide III - 14

4. Comparta un ejemplo personal de un intento que usted haya hecho para cambiar su conducta. Por ejemplo, puede hablar sobre sus esfuerzos para alimentarse mejor, dormir mejor o hacer más ejercicio. Discuta el efecto que tienen sobre usted las cuatro influencias para el cambio de conducta mencionados en la Diapositiva III-14 (motivación, incentivo, barreras y promoción).
5. Pida a los participantes que piensen sobre una conducta de salud que han tratado de cambiar en el pasado año, ya sea con o sin éxito. Asegúreles que no tendrán que revelar la conducta particular que trataron de cambiar. Nadie sabrá de la conducta a menos que el participante decida divulgarla. Lo que se les pedirá es que compartan algunos de los sentimientos provocados por sus esfuerzos para cambiar la conducta.
6. Pida a los participantes que le presten atención a estas preguntas y que luego escriban sus contestaciones en el recuadro apropiado en la “Hoja de trabajo para el cambio de conducta”
 - ¿Cuál fue su *motivación* para intentar el cambio? En otras palabras, que le incitó a pensar sobre cambiar esta conducta?
 - ¿Qué *incentivo* le mantuvo esforzándose para cambiar esta conducta? Según comenzó a cambiar, ¿qué le mantuvo esforzándose hacia el cambio de conducta?
 - ¿A qué *barreras* se enfrentó según comenzó el cambio de conducta? Mencione cualquier obstáculo que hizo que sus esfuerzos fueran más dificultosos.

- ¿Qué factor para la *promoción* le fue útil para sobreponerse a las barreras? Describa cualquier cosa que removi6 algunas de las barreras.
7. Una vez todos hayan completado la hoja de trabajo, pida a los participantes que identifiquen y coloquen un asterisco (*) al lado del factor de motivaci6n, del incentivo, de la barrera y del factor de promoci6n m6s significativo mencionado en su hoja de trabajo. Pida a los participantes que compartan estas influencias cruciales sobre su conducta. Escriba las respuestas de los participantes en la hoja de papel de estraza titulada “Los factores que influyen sobre el cambio de conducta”.
 8. Reconozca que los listados representan la variedad de sentimientos que las personas tienen al hacer cambios, al igual que las t6cticas, las barreras y los apoyos diversos que los participantes afrontaron. Estos cuatro factores que contribuyeron, motivaci6n, incentivo, barreras y promoci6n, son 6nicos para cada persona.
 9. Resuma los conceptos clave sobre el cambio de conducta y conc6ntrese en la gama de apoyos que las personas necesitan. Meramente, leer un panfleto o escuchar una pieza de informaci6n no siempre es suficiente para cambiar la conducta de una persona. Observe que todos cambiamos de distintas maneras, as6 que no hay ning6n enfoque 6nico que funcione para todos. Algunas personas cambian r6pidamente, algunas lentamente y otras solo cambian cuando se sienten en control de la situaci6n. En algunos casos, las personales son la motivaci6n principal de cambio. En otros casos, las condiciones externas son la motivaci6n principal. Por ejemplo, una persona puede que haga ejercicios para resaltar su figura (una raz6n personal) o porque su trabajo le requiere que est6 en forma (una raz6n externa).
 10. Pida a los participantes que piensen y hablen sobre actitudes y creencias que apoyan el cambio de conducta. Escriba las respuestas en la hoja de papel de estraza titulada, “Qu6 necesitan las personas para apoyar el cambio”. El listado debe incluir lo siguiente:
 - Enfocar en cosas que son “posibles de hacer”
 - Reconocer que el cambio, muchas veces, ocurre lenta y gradualmente
 - Construir la autoconfianza para hacer el cambio
 - Reconocer que los cambios, muchas veces, implican p6rdidas tanto como beneficios
 - Enfatizar las fortalezas
 - Identificar las barreras y enfoques para vencerlos
 11. Observe que el sentimiento de vulnerabilidad de las personas es, con frecuencia, el factor clave en su decisi6n de cambio. Su sentido de poder interno es un factor clave en sus esfuerzos para iniciar el cambio. El desarrollo de destrezas, la utilizaci6n de herramientas y recibir el apoyo de otros, tambi6n, puede ayudar a la persona al cambio.
-

Actividad: ¿Qué necesitan los usuarios de drogas para cambiar?

Propósito: Examinar en detalle qué necesitan los usuarios de drogas infectados con el VIH para adoptar conductas que disminuir el riesgo

Tiempo: 5 minutos

Materiales: Diapositiva III-15, “Los hábitos son hábitos”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre la Diapositiva III-15, “Los hábitos son hábitos”. Léala en voz alta para el beneficio de los participantes.

“Los hábitos son hábitos”

“ que ningún hombre lo lance por la ventana, sino que lo guíe paso a paso por las escaleras.”

Mark Twain

Slide III - 15

2. Pregúntele a los participantes si creen que los usuarios de drogas pueden cambiar sus conductas riesgosas. ¿Qué creen que es lo que los usuarios de drogas necesitan para cambiar? ¿Qué es lo que los proveedores encuentran frustrante cuando tratan de ayudar a sus clientes a cambiar?
-

Actividad: Las etapas de cambio y la reducción de daños

Propósito:

- Revisar el modelo de las Etapas de Cambio y su pertinencia en la reducción de daños
- Explorar la premisa de la reducción de daños de que el cliente es el experto y es responsable de elegir el tipo y el momento para el cambio de conducta
- Aplicar el modelo de las Etapas de Cambio para poder ubicar al cliente en el continuo del cambio
- Utilizar el modelo de las Etapas de Cambio para apoyar a los clientes según progresan de una etapa a la otra, independientemente de donde se encuentran en el continuo
- Reconocer las estrategias para cada etapa de cambio
- Entender la pertinencia de la ambivalencia en el cambio de conducta y reconocer las señales que la ambivalencia puede ofrecer al proveedor

Tiempo: 30 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- SPHERE's *Stages of Change Wheel* para cada participante
- Impreso educativo III-4, "Estudio de casos"
- Diapositiva III-16, "Las etapas de cambio"
- Diapositiva III-17, "¿Qué es la ambivalencia y cuál es su función en el cambio de conducta?"
- Diapositiva III-18, "Encontrando la gente en el lugar donde están"
- Diapositiva III-19, "Encontrando la gente en el lugar donde están (continuación)"
- Diapositiva III-20, "Las creencias sobre el cambio de conducta"
- Diapositiva III-21, "Las Etapas de Cambio – Es bueno para los proveedores porque..."

Notas para el adiestrador:

1. Distribuya y presente el SPHERE's *Stages of Change Wheel*, y muestre a los participantes cómo usarlo. La rueda no solo define la etapa de cambio, sino que provee un medio para que los clientes "escuchen" las etapas. La rueda también ofrece algunas sugerencias para el apoyo a las personas según éstas se mueven entre las etapas, incluida la recaída. Los proveedores pueden utilizar la rueda para compartir tanto la teoría como el lenguaje del modelo de las Etapas de Cambio con sus clientes.

2. Muestre a los participantes cómo utilizar la rueda para explicar las distintas etapas de cambio a sus clientes. Al trabajar con un cliente en un cambio particular, el proveedor puede solicitar al cliente que analice dónde se ubicaría en la rueda y que identifique los factores que podrían ayudarlo a progresar a la próxima etapa.
3. Divida los participantes en grupos pequeños de variadas disciplinas (e.g., proveedores médicos y de tratamiento de uso de drogas).
4. Reparta el Impreso educativo III-4, “Estudios de caso” a cada grupo pequeño.

Impreso educativo III-4

Estudio de casos

Melissa

Melissa tiene 25 años y tiene el VIH. Es usuaria de heroína, nunca ha estado en un programa de mantenimiento de metadona, ha estado encarcelada intermitentemente y fuma casi una cajetilla de cigarrillos diariamente. Trabaja en la industria de sexo comercial y vive con amigos en un apartamento pequeño. Sólo uno de sus compañeros de cuarto sabe su condición del VIH. Usa heroína tres a cuatro veces al día. Melissa recibe cuidado para el VIH en un centro de salud comunitario local, y visita al médico al menos cada tres meses, cuando no está en la cárcel. La mayoría de sus visitas al médico son debido a sus síntomas de enfermedades de transmisión sexual o por infecciones del trayecto respiratorio superior. Melissa tiene cubierta de seguro médico del programa de Medicaid estatal.

El recuento de CD4 más reciente de Melissa fue de $480/\text{mm}^3$ y la carga viral de 45,000 copias/mL. Sus problemas de salud actuales incluyen herpes genital e infecciones respiratorias superiores recurrentes. Melissa ha tomado antibióticos varias veces durante el pasado año debido a episodios de pulmonía, y toma aciclovir para la infección del herpes. También, Melissa recibe terapia combinada. Viene a reunirse con usted y le informa que quiere dejar los medicamentos debido a los efectos secundarios.

Raymond

Raymond tiene 50 años y vive con el VIH y Hepatitis C. Trabaja a tiempo completo como gerente corporativo, está casado y tiene dos hijos adolescentes. Su familia conoce su condición del VIH. Raymond es alcohólico y ocasionalmente usa cocaína. Le diagnosticaron el VHC por primera vez en 1990, cuando se conocía como Hepatitis no A no B. Raymond tuvo una prueba positiva para el VIH por primera vez en 1995, mientras recibía tratamiento para drogas. Raymond tiene un seguro médico excelente en su empleo. Nadie en su trabajo sabe de su condición del VIH y del VHC.

Raymond es propenso a recaídas, especialmente durante periodos de estrés en la casa y el trabajo. Cuando recae, se pierde el contacto con él por días. Ya que ha estado sobrio de alcohol y cocaína por los últimos 6 meses, en su última visita, el médico le sugirió que comenzara la terapia antirretroviral, pues sus números estaban empeorando. El recuento de CD4 era de $350/\text{mm}^3$ y su carga viral de 85,000 copias/mL. Los resultados de las pruebas de función hepática se mantenían estables.

En su deseo de mantenerse saludable para su esposa e hijos, Raymond desea comenzar la terapia antirretroviral. Le preocupa que no pueda llevar el régimen. Llega a donde usted y le pregunta si usted cree que él puede manejarlo y le menciona que se ha estado sintiendo vulnerable últimamente y que verdaderamente desea tomar alcohol.

Krista

Krista tiene 35 años y vive con el VIH. Actualmente no tiene donde vivir y, por lo regular, duerme en la calle en casas de crack o albergues para épocas de lluvia. Algunas veces, Krista se queda con su madre. Ella sólo le permite quedarse si está sobria. Krista usa crack y es alcohólica. Bebe lo que aparezca y, usualmente, usa crack en las noches cuando está aburrida, sola y sale a la calle.

Aunque se considera un ser solitario, ha hecho conexión con un programa local de alcance comunitario en la calle que provee almuerzo gratis y servicios diarios durante el invierno. En un momento dado, también estuvo conectada con el Departamento de Salud Mental local. Le diagnosticaron depresión maníaca, pero nunca continuó el seguimiento sugerido para recibir apoyo de salud mental.

Krista recibe cuidado para el VIH en la clínica de salud pública en un centro médico urbano. Visita la oficina del médico porque el médico es amable, le agrada el personal del centro y agradece poder estar en la sala de espera mirando televisión. Krista le informa a usted que su condición de SIDA está “bajo control” y que se siente muy deprimida.

Marlon

Marlon tiene 21 años, tiene sexo sin protección con otros hombres y vive con el VIH. Trabaja para una compañía de jardinería y también hace trabajos de construcción. A Marlon le gusta asistir a fiestas de circuito, pues se siente que su vida es “normal”. También le gusta tener sexo anónimo y usa drogas de recreación sólo en fiestas.

Marlon tiene un novio fijo que también está infectado con el VIH. Viven juntos en un estudio. Piensan que no tienen que usar condones cuando tienen sexo, pues ambos están infectados con el VIH. Casi siempre, utilizan condones cuando tienen sexo anónimo con otros.

A Marlon le diagnosticaron el VIH hace cuatro años. En ese momento, tenía un recuento de CD4 de $180/\text{mm}^3$ y una carga viral de 80,000 copias/mL. El médico lo comenzó en terapia inmediatamente. Hasta hace poco, el tratamiento había sido exitoso. La carga viral ha estado subiendo en las últimas visitas. La última carga viral fue de 90,000 copias/mL y el recuento de CD4 fue de $300/\text{mm}^3$. El médico le ordena una prueba de genotipo que revela que tiene resistencia a algunos de los medicamentos para el VIH. Marlon le pide consejo a usted sobre qué debe hacer.

5. Muestre la Diapositiva III-16, “Las etapas de cambio”. Pida a cada grupo que revise el estudio de caso y que decida en que etapa cree que la persona está. ¿Qué estrategias se pueden utilizar para apoyar a esta persona?

Etapas de cambio

- Precontemplativa: “no lo está considerando”
- Contemplativa: “lo está pensando”
- Preparación: “dando el primer paso”
- Acción: “lo está haciendo”
- Mantenimiento: “lo continúa haciendo”
- Recaída: “deja de hacerlo”

Slide III - 16

6. Pida a cada grupo pequeño que comparta sus hallazgos y estrategias. Luego pregunte al grupo entero si pueden sugerir alguna estrategia adicional que pudiera ser útil a la persona en el estudio de caso. Informe a los participantes que más adelante en el módulo, se reunirán como grupo para el estudio de caso y tendrán que referirse al estudio de caso asignado al grupo.
7. Muestre la Diapositiva III-17, “¿Qué es la ambivalencia, y Cuál es su rol en el cambio de conducta?”

¿Qué es la ambivalencia y cuál es su rol en el cambio de conducta?

Ambivalencia es:

- Normal
- Conectado con la resistencia
- Las personas necesitan explorarla

¿Que presumimos de la ambivalencia?

Slide III - 17

8. Pida a los participantes que compartan su conocimiento y presunciones sobre el rol de la ambivalencia en el cambio de conducta. ¿La ambivalencia y la resistencia son la misma cosa? Pregúntele a los participantes si ellos piensan que la ambivalencia significa que la persona no desea cambiar. ¿Significa que algo anda mal en la persona? ¿Significa que la persona está en negación?
9. Sugiera que, dentro del marco de la reducción de daños, la resistencia y la ambivalencia son señales de que el proveedor tal vez necesita un cambio de estrategia. Ambivalencia puede significar que el cliente no se siente en control de lo que está sucediendo o del marco de tiempo. El cliente puede que se sienta con el poder para hacer el cambio o puede sentirse presionando para completar el cambio. Cuando el proveedor encuentra ambivalencia o resistencia, debe reevaluar su rol y examinar minuciosamente el enfoque y el apoyo que ofrece al cliente. Entonces, el proveedor puede trabajar con el cliente para modificar las metas y el momento para el cambio.
10. Resuma los puntos esenciales del cambio de conducta, mostrando y revisando las siguientes diapositivas:
 - Diapositiva III-18, “Encontrando a la gente en el lugar donde están”
 - Diapositiva III-19, “Encontrando a la gente en el lugar donde están (continuación)”
 - Diapositiva III-20, “Creencias sobre el cambio de conducta”
 - Diapositiva III-21, “Las etapas de cambio”

Encontrando a la gente en el lugar donde están

- Algunas veces, los proveedores comienzan en un lugar en el continuo donde creen que la persona está.
- Ejemplos?
- Esto puede afectar:
 - el tiempo y la localización de los servicios
 - el conocer y usar el idioma del usuario
 - el ofrecimiento de servicios que el usuario desea

Slide III - 18

Encontrando a la gente en el lugar donde están (continuación)

- La reducción de daños permite que el paciente/cliente informe dónde se encuentra – el proveedor lo descubre mediante una conversación abierta.
- Entender las etapas de cambio puede ser útil para “encontrar” el paciente/cliente y para ayudar a la persona a decir dónde se encuentra.

Slide III - 19

Creencias sobre el cambio de conducta

- El cambio de conducta es lento
- Los incrementos en el cambio se miden
- Se utiliza el modelo de las “Etapas de cambio”
- El éxito en torno al cambio celebra los cambios menores

Slide III - 20

Las etapas de cambio

Buenas para los proveedores porque:

- Son intervenciones adaptadas
- Evalúan al medir el progreso del paciente/cliente de etapa a etapa
- El cambio es GRADUAL
- El paciente/cliente controla el momento

Slide III - 21

Sesión 8: Redefiniendo la relación entre el proveedor y el cliente

Actividad: La reducción de daños y las relaciones entre el proveedor y el cliente

Propósito:

- Revisar las maneras en que la reducción de daños podría afectar las relaciones entre el proveedor y el cliente
- Identificar las maneras que los proveedores incorporan las destrezas de reducción de daños a sus relaciones con los clientes

Tiempo: 10 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-22, “Redefiniendo la relación”
- Diapositiva III-23, “Las relaciones en la reducción de daños”
- Diapositiva III-24, “Las relaciones en la reducción de daños (continuación)”
- Diapositiva III-25, “La ecuación de la reducción de daños”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar esta sesión, prepare una hoja de papel de estraza y escriba en el título “Las destrezas que utilizamos”.
2. Pida a los participantes que nombren algunas de las destrezas efectivas que utilizan con sus clientes. Escriba las respuestas en la hoja de papel de estraza preparada que tituló “Las destrezas que utilizamos”.
3. Repase la lista y añada cualquier destreza importante que los participantes no mencionaron. Las siguientes destrezas deben estar incluidas en el listado final:
 - Crear y apoyar opciones
 - Hacer preguntas abiertas
 - Evaluar los puntos a favor y en contra de hacer un cambio
 - Llegar y apoyar a los clientes “en el lugar donde se encuentren”
 - Utilizar técnicas de entrevistas motivacionales
4. Recuerde a los participantes que la reducción de daños utiliza una recopilación diversa de estrategias y destrezas para ayudar a las personas a reducir los daños en sus vidas.
5. En este momento, sería útil presentar la técnica de entrevista motivacional. La entrevista motivacional es una recopilación de técnicas de asesoramiento diseñadas específicamente

para apoyar el deseo de cambio del cliente. Muchas veces, las personas asisten a adiestramientos de una semana para adquirir las destrezas de entrevistas de motivación. Como nuestro tiempo es limitado, simplemente describiremos las técnicas básicas de la entrevista motivacional y discutiremos cómo estas técnicas nos pueden ayudar a crear un ambiente para el cambio. Sin embargo, antes de intentar algunas de estas técnicas, repasaremos cómo los roles de los proveedores y los clientes en el modelo de la reducción de daños se diferencian de los modelos tradicionales.

6. Muestre la Diapositiva III-22, “Redefiniendo la relación”. Explique que hay tres aspectos clave de la relación de la reducción de daños. Reconozca que algunos participantes pueden tener integrado totalmente el enfoque de la reducción de daños en sus relaciones con sus clientes, mientras que otros sólo han incorporado algunos aspectos del modelo. En la relación de la reducción de daños, el papel del proveedor no es de padre o jefe sustituto. Más bien, el proveedor es visto como un consultor que clarifica información para el cliente y ofrece alternativas y opciones. El cliente, en lugar del proveedor, es visto como responsable del éxito de los esfuerzos de la reducción de daños.

Redefiniendo la relación

- El paciente/cliente decide qué cambiar
- El proveedor es un consultor
- Ofrece y apoya una variedad de opciones hacia un cambio positivo

Slide III - 22

7. Muestre y repase las Diapositivas III-23 y III-24, “Las relaciones de la reducción de daños”. Pida a los participantes que examinen si actualmente incorporan el enfoque de la reducción de daños en sus relaciones con los clientes.

Las relaciones en la reducción de daños

- Comience donde se encuentre el paciente/cliente, y no donde el proveedor o el programa quiere que esté
- Ayude a identificar y apoyar las opciones
- El uso de drogas es una conducta que puede ser perjudicial
- Apoye los cambios de conducta para reducir daños

Slide III - 23

Las relaciones en la reducción de daños

- Concéntrese en el daño(s) no en la(s) droga(s)
- Confíe en la decisión del cliente/paciente
- Use las técnicas de entrevistas motivacionales
- Incorpore las etapas de cambio (encuentre al paciente/cliente donde se encuentre)
- Defina el éxito como “cualquier cambio positivo”

Slide III - 24

8. Muestre la Diapositiva III-25, “La ecuación de la reducción de daños”. Observe que, en la reducción de daños, la relación entre el proveedor y el cliente se interpreta como una colaboración. El proveedor y el cliente trabajan juntos para evaluar los daños o las

conductas que el cliente desea cambiar. La Diapositiva III-25 resume la pericia que el cliente y el proveedor traen a esta relación de colaboración.

La ecuación para la reducción de daños	
PACIENTE / CLIENTE	PROVEEDOR
1. Experto en su propia vida	1. Identifica y apoya opciones
2. Prioriza	2. Ayuda a identificar cómo puede ayudar
3. Elige la mejor opción en el momento de la reducción de daños	3. No tiene ideas preconcebidas
4. Identifica los apoyos necesarios	4. Tiene paciencia
5. Puede decir “paso”	5. Muestra respeto
	6. Confía en la pericia

Slide III - 25

Presentación: Las destrezas y las herramientas de la reducción de daños

Propósito: Ofrecer herramientas y estrategias para incorporar la reducción de daños a nuestro trabajo

Tiempo: 5 minutos

Materiales:

- Diapositiva III-26, “Técnicas de la reducción de daños”

Notas para el adiestrador:

1. Reconozca la riqueza y la diversidad de experiencia que hay en el salón.
2. Muestre y repase la Diapositiva III-26, “Técnicas de la reducción de daños”.

Técnicas de la reducción de daños

- Hacer preguntas abiertas
- Clarificar los puntos a favor y en contra
- “Escala de autoevaluación”
- “Toma de decisiones ABCDE”
- Crea opciones

Slide III - 26

3. Dígame a los participantes que más adelante en la sesión, aprenderán y tendrán la oportunidad de practicar las técnicas de reducción de daños que aparecen en la Diapositiva III-26.
-

Actividad: Preguntas abiertas

Propósito:

- Resaltar la importancia de hacer preguntas abiertas
- Brindarle a los participantes la oportunidad de practicar con esta técnica de entrevista

Tiempo: 20 minutos

Materiales

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-27, “¿Qué es una pregunta abierta?”
- Diapositiva III-28, “Desarrollando preguntas abiertas”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre y repase la Diapositiva III-27, “¿Qué es una pregunta abierta?”

“¿Qué es una pregunta abierta?”

- Induce al paciente/cliente a contestar con una respuesta que no sea “sí” o “no”
- Las preguntas comienzan con “por qué” o “cómo”
- Beneficios:
 - Las respuestas le ayudan a entender a
 - No hacer preguntas que inducen una respuesta negativa
 - Hacer preguntas que no den a entender que se está juzgando

Slide III - 27

2. Divida los participantes en grupos pequeños de tres a cinco personas.
3. Provea una hoja de papel de estraza y un marcador de color a cada grupo pequeño.
4. Muestre la Diapositiva III-28, “Desarrollando preguntas abiertas” y asigne a cada grupo un tema de la Diapositiva.

Desarrollando preguntas abiertas

TEMAS:

- Hepatitis
- Enfermedades de transmisión sexual
- Historia Sexual
- Reducción de riesgo por sexo
- Uso de drogas y alcohol
- Uso de agujas
- Experiencia con la reducción de riesgos



Slide III - 28

5. Pida a cada grupo que desarrolle tantas preguntas abiertas como puedan.
6. Cuando los grupos pequeños hayan completado la tarea, pregúntele a los participantes sobre el proceso de desarrollar preguntas abiertas. Pida a una persona de cada grupo que seleccione y lea una pregunta abierta del tema asignado. Si la pregunta no es abierta, pregúntele a todos los participantes cómo podrían cambiar la pregunta para hacerla abierta.

Actividad: Puntos a favor y en contra – Preguntas para una decisión sopesada

Propósito:

- Revisar la utilidad de desarrollar preguntas a favor y en contra
- Presentar las preguntas para una decisión sopesada y el modelo ABCDE para la toma de decisiones

Tiempo: 15 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-29, “Puntos a favor y en contra de hacer un cambio”

Notas para el adiestrador:

1. Antes de comenzar la sesión, dibuje en una hoja de papel de estraza una tabla de dos columnas. Escriba “Para usar”, en la parte superior de la columna izquierda y “Para no usar”, en la parte superior de la columna derecha.
2. Pida a los participantes que identifiquen los beneficios de utilizar preguntas a favor y en contra cuando trabajan con clientes. Comuníquelo a los participantes que este tipo de pregunta ayuda a los clientes:
 - Analice las ventajas y desventajas de un curso de acción particular
 - Determine las barreras de un curso de acción
 - Identifique qué necesitan para apoyar el cambio de conducta
 - Comience a desarrollar estrategias para crear apoyo o vencer las barreras
3. Discuta el valor de preguntar según los clientes progresan en las etapas de cambio. Preguntas bien hechas pueden ayudar a los clientes a separar los puntos a favor y en contra de las conductas particulares. Las preguntas dirigidas, también, le dan la oportunidad al cliente de identificar y expresar cualquier ambivalencia que tengan sobre el cambio de conducta. El modelo de las etapas de cambio descrito en la Sesión 7 denomina a este tipo de pregunta “preguntas para una decisión sopesada”. Las preguntas para una decisión sopesada son particularmente útiles cuando alguien demuestra ambivalencia. Al responder a estas preguntas se puede ayudar los clientes a clarificar sus necesidades y a tomar una decisión más informada sobre sus próximos pasos.
4. Muestre la Diapositiva III-29, “Los puntos a favor y en contra al hacer un cambio”.

Los puntos a favor y encontra al hacer un cambio

+

VENTAJAS DE
HACER UN
CAMBIO

-

DESVENTAJAS DE
HACER UN CAMBIO

Slide III - 29

5. Refiérase y repase brevemente la hoja de papel de estraza preparada en la Sesión 3 – “Las para incorporar la reducción de daños” y “para no usar”.
6. Ahora pegue la hoja de papel de estraza nueva con las columnas “Para usar” y “Para no usar”. Haga a los participantes la pregunta, “¿Por qué razón se utilizan condones durante la relación sexual, y cuáles son las para no usar condones?”
7. Nota: Si prefiere, puede substituir otras preguntas para una decisión sopesada para el ejemplo del uso del condón en la nota 6. Estas son algunas posibilidades:
 - ¿Cuáles son las razones para dejarle saber/no dejarle saber a su pareja sexual o a un familiar que está infectado con el VIH?
 - ¿Cuáles son las para reducir/no reducir el uso de drogas?
 - ¿Cuáles son las para visitar/no visitar al médico?
8. Escriba las respuestas de los participantes en la columna apropiada de la hoja de papel de estraza. Los proveedores pueden utilizar preguntas similares a las de la decisión sopesada cuando hablan con sus clientes sobre el cambio de conducta. Cuando los clientes articulan sus para hacer o no hacer el cambio, sus proveedores pueden obtener un entendimiento más profundo de su punto de vista. En el proceso, los proveedores tendrán la oportunidad de brindar información, aclarar mitos y proveer apoyo y referido.

Presentación: Escalas para la autoevaluación

Propósito:

- Repasar el rol de las escalas de autoevaluación en nuestra interacción con los clientes
- Repasar cómo medimos el éxito y cómo nuestra evaluación del éxito puede reflejar y apoyar la conducta de cambio

Tiempo: 15 minutos

Materiales:

- Diapositiva III-30, “Las escalas de autoevaluación”
- SPHERE’S *Self-Assessment Ruler*
- Diapositiva III-31, “La medición de resultados”
- Diapositiva III-32, “La medición de resultados (continuación)”

Notas para el adiestrador:

1. Recuérdele a los participantes que la manera en que medimos el éxito, muchas veces, es distinto en el modelo de reducción de daños en comparación con los modelos tradicionales.
2. Pregúntele a los participantes cómo miden el éxito en sus trabajos actualmente. Las respuestas pueden incluir:
 - El cliente está sobrio
 - El proveedor establece metas
 - El cliente se toma todas sus medicinas
 - El cliente se abstiene de usar drogas.
3. Explique que, en un modelo de reducción de daños, los resultados y las maneras en que los medimos están concentrados en el cliente y toman en cuenta la naturaleza lenta y gradual del cambio de conducta. Además, se hace un esfuerzo concertado para identificar las maneras en que los clientes han sido exitosos y celebrar las fortalezas demostradas. El compromiso continuo con el cliente se considera un “éxito”.
4. Muestre la Diapositiva III-30, “Las escalas de autoevaluación”. Observe que el uso de escalas de autoevaluación puede ser una herramienta importante para medir el éxito, enfocado en el cliente. Estas herramientas de evaluación permiten que el cliente mida su éxito subjetivamente. Las escalas de autoevaluación también pueden ayudar a los clientes a entender dónde quieren estar – sus “metas”.

Las escalas de autoevaluación

- Pide que el paciente/cliente evalúe las situaciones; ayuda a que el servicio esté centrado en el paciente/cliente.
- Las “escalas de autoevaluación” también pueden utilizarse para evaluar los resultados y el ofrecimiento de servicios.

Slide III - 30

5. Observe que los proveedores no siempre le preguntan a los clientes sobre sus preocupaciones, creencias, actitudes y metas en cuanto al cambio de conducta. Las escalas de autoevaluación ofrecen al cliente esta oportunidad. Estas escalas también proveen información valiosa que los proveedores pueden utilizar al discutir el cambio con los clientes, para identificar las maneras de apoyar más efectivamente sus esfuerzos cuando estos implementan el cambio de conducta.
6. Muestre el SPHERE'S *Self-Assessment Ruler* como ejemplo de una escala de autoevaluación.
7. Identifique algunas preguntas que los proveedores pueden hacerle a sus clientes o que ellos mismos se pueden hacer:
 - Identifique dónde se encuentran los clientes y dónde quieren estar
 - Ayude a los clientes a priorizar las conductas que quieren cambiar
 - Identifique apoyos que los clientes necesitan para hacer el cambio
 - Cree una agenda para el proveedor
8. Explique cómo las escalas de autoevaluación se pueden utilizar para medir el éxito y para recordarle a los clientes cuánto han logrado.
9. También puede usar las escalas de autoevaluación para ayudar a los clientes a “medir” sus esfuerzos. Mantenga un registro de dónde los clientes se clasifican en las escalas. Refiérase a estos números en conversaciones subsiguientes cuando vuelva a utilizar las escalas. Por ejemplo, si un cliente informa que un problema se ha reducido, puede apoyar sus esfuerzos para reducir ese problema. Si el cliente informa que el problema ha aumentado, puede trabajar con el cliente para desarrollar estrategias que disminuyan el problema y discutir las

maneras de apoyar mejor sus esfuerzos. Estas son algunas de las formas en que las escalas de autoevaluación pueden servir como herramientas para una evaluación centrada en el cliente.

10. Muestre y repase la Diapositivas III-31, "Medición de resultados" y III-32, "Medición de resultados (continuación)".

La medición de resultados

Escalas de autoevaluación

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Antes/Después de la Colaboracion

Slide III - 31

La medición de resultados (continuación)

- Valore cualquier cambio que reduzca el daño (mantenga una mente abierta)
- Agradezca la naturaleza gradual del cambio
- Utilice las herramientas de autoevaluación para ayudar a ver los cambios pequeños
- SPHERE Self Assessment Ruler

Slide III - 32

11. Resuma de la manera siguiente: cuando aceptamos la forma en que el cliente ve el problema, podemos utilizar esto para guiar sus esfuerzos para un cambio de conducta. Los proveedores podrían hacer las siguientes preguntas:

- ¿Cuán grande cree usted que es su problema de uso de drogas?
- ¿Cuán problemático cree usted que es usar un condón?
- ¿Cuán problemático es para usted seguir el régimen de medicamentos?
- ¿Cuán problemático es para usted limpiar la parafernalia?
- ¿Cuán problemático es para usted mantener su salud nutricional?
- ¿Qué riesgo representa para usted el uso de drogas?
- ¿Qué riesgo representa para usted compartir la parafernalia?
- ¿Qué riesgo tiene de transmitir el VIH a través del sexo?

Actividad: El modelo ABCDE de toma de decisiones

Propósito: Repasar el modelo ABCDE de toma de decisiones, recalcando cómo se puede utilizar este modelo para identificar las opciones de una persona

Tiempo: 30 minutos

Materiales:

- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-33, “Opción/Elección”
- Impreso educativo III-5, Hoja de trabajo para “El model ABCDE de toma de decisiones”
- Diapositiva III-34, “Opción/Elección – Modelo ABCDE: **Apreciación**” (Does “apreciacion mean assess—debe ser “asesoriamiento” or identifique el problema?)
- Diapositiva III-35, “Opción/Elección – Modelo ABCDE : **Brainstorm**”
- Diapositiva III-36, “Opción/Elección – Modelo ABCDE : **Considerar y Decidir**”
- Diapositiva III-37, “Opción/Elección – Modelo ABCDE : **Evaluar**”
- Impreso educativo III-4, “Estudio de Caso”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre la Diapositiva III-33, “Opción/Elección”. Recalque que ayudar a los clientes a considerar opciones es una destreza de reducción de daños fundamental. Al considerar sus opciones detenidamente, los clientes podrán priorizar mejor los cambios que desean hacer. Pueden decidir qué conductas cambiar primero, cómo desean hacer los cambios y cuándo comenzar.

Opción/Elección

- NO existe el “tiene”, “debiera”, o “debe”
- Ayudar a identificar todas las opciones y decisiones y discutir las barreras potenciales es beneficioso para mejorar el servicio.

Slide III - 33

2. Distribuya el Impreso educativo III-5, Hoja de trabajo para “El model ABCDE de toma de decisiones”. Dibuje una copia del modelo en un papel de estraza. Dígale a los participantes que deberán completar el modelo como grupo. Anote las respuestas en la hoja de papel de estraza y esté pendiente de cómo se desenvuelve (evaluar)el proceso de la toma de decisiones.

3. Pida a los participantes que formen los mismos grupos que formaron para el estudio de caso previo en el ejercicio de las Etapas de cambio.
4. Muestre la Diapositiva III-34, “Opción/Elección: Apreciar.” Pida a cada grupo que identifique (Apreciar) un daño que se pueda reducir en sus respectivos Estudios de Caso.

Opción/Elección

A – Apreciación

B – “Brainstorm”
Discusión de ideas

C – Considerar

D – Decidir

E - Evaluar



Apreciación del problema

Slide III - 34

5. Muestre la Diapositiva III-35, “Opción/Elección: Brainstorm (Discusión de ideas).” Pida a los participantes que desarrollen una discusión de todas las ideas presentadas para reducir el daño, recuerde no juzgar al cliente. Escriba cada idea en los correspondientes círculos pequeños, como muestra la Diapositiva.

Opción/Elección

A- Apreciación

B- “Brainstorm”
Discusión de ideas

C- Considerar

D- Decidir

E - Evaluar



Slide III - 35

6. Muestre la Diapositiva III-36, “Opción/Elección: Considere y Decida.” Pida al grupo que considere cada una de las opciones para el cambio de los círculos que identificaron durante la discusión de ideas. Las siguientes preguntas pueden ayudar al grupo a evaluar las distintas opciones :

- ¿Cuán efectiva podría ser esta opción para reducir el daño que han elegido?
- ¿Está la persona dispuesta a tratar este enfoque?
- ¿Tiene la persona la capacidad para utilizar este enfoque?

Coloque una “X” en todas las opciones que el grupo entiende que serían inefectivas o que no funcionarían.

Opción/Elección

A - Apreciación

B – Brainstorm

Discusión de ideas

C - Considerar

D - Decidir

E - Evaluar



Slide III - 36

- De los círculos restantes, determine cuál opción de cambio es la más viable. Para los propósitos de esta actividad, presumiremos que el cliente decide adoptar esta opción. Los siguientes asuntos y estrategias son pertinentes a los casos de estudio:
Melissa: La heroína puede o puede que no sea el daño de prioridad – utilice preguntas abiertas; ¿cuán significativo es su deseo de suspender los medicamentos – use preguntas para tomar decisiones sopesadas.
Raymond: Capacidad para seguir el régimen – use preguntas abiertas y escuche reflexivamente.
Krista: Asuntos múltiples: médicos, de vivienda, uso de drogas y el riesgo de transmisión – use escalas de evaluación de riesgos.
Marlon: Uso inconsecuente de condones con novio y sexo anónimo – use preguntas para una decisión equilibrada.
- Muestre la Diapositiva III-37, “Opción/Elección: Evaluar.” Evalúe qué otros apoyos podría necesitar la persona y considere cuán efectivos podrían ser.

Opción/Elección

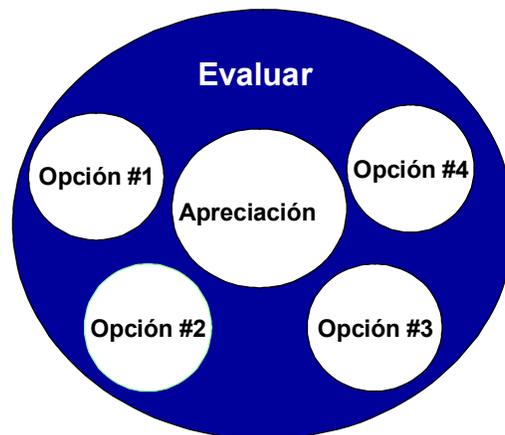
A - Apreciación

B - Brainstorm

C - Considerar

D - Decidir

E - Evaluar



Slide III - 37

9. Pregúntele a los participantes si en sus trabajos podrían aplicar el modelo ABCDE efectivamente con sus clientes. ¿Podrían utilizar este enfoque para ayudar a los clientes a reducir el daño en sus vidas? ¿Podría este modelo también utilizarse con otros propósitos, como para ayudar a los clientes a tomar sus medicamentos apropiadamente o mejorar las destrezas de comunicación entre el proveedor y el cliente?
10. Puede finalizar esta actividad resaltando que el modelo ABCDE da apoyo a los siguientes principios de reducción de daños:
 - El cliente prioriza las conductas que va a cambiar.
 - El cliente establece el marco de tiempo para el cambio de conducta.
 - El rol del proveedor es ser el asesor y fuente de motivación del cliente.
 - El proveedor le brinda la oportunidad al cliente de explorar la ambivalencia.

Sesión 9: Los enfoques y las barreras de la reducción de daños

Actividad: Los enfoques y las barreras al utilizar la reducción de daños en nuestros trabajos

Propósito:

- Reforzar los conceptos clave y las destrezas aprendidas en las primeras sesiones de este modelo de adiestramiento
- Ayudar a los participantes a identificar los enfoques y las barreras pertinentes al utilizar las técnicas de reducción de daños con sus pacientes/clientes

Tiempo: 30 minutos

Materiales:

- Hoja de papel titulado “Las maneras en que incorporamos la reducción de daños” de la Sesión 3
- Rollo de papel de estraza o similar y marcadores de colores
- Diapositiva III-38, “Las maneras en que integramos la reducción de daños y las barreras que existen”

Notas para el adiestrador:

1. Refiérase a la hoja de papel titulada “Las maneras en que incorporamos la reducción de daños” de la Sesión 3. Pida a los participantes que revisen la lista que hicieron anteriormente sobre cómo incorporan la reducción de daños.
2. Verifique con los participantes la aplicabilidad y adecuación de los enfoques de la reducción de daños en sus trabajos. Discuta qué técnicas pueden adaptarse fácilmente en sus escenarios de trabajo.
3. Divida los participantes en grupos pequeños de tres a cinco personas.
4. Muestre la Diapositiva III-38, “Las maneras en que podemos integrar la reducción de daños y las barreras que existen”. Pida a los participantes que escriban el contenido de la Diapositiva en las hojas de papel de estraza.

Las maneras en que podemos integrar la reducción de daños y las barreras que existen

Maneras de integrar	Barreras

Slide III - 38

5. Pida a cada grupo que discuta las ideas sobre las maneras de integrar la reducción de daños a sus trabajos y las barreras que han confrontado o pudieran confrontar. Pida que escriban sus ideas en una hoja de papel de estraza.
6. Pida a los grupos pequeños que compartan sus listas con el grupo entero. Pida al grupo completo que sugiera estrategias para abordar y vencer estas barreras.
7. Use esta discusión como una oportunidad para reforzar algunos de los conceptos importantes cubiertos en este módulo de adiestramiento. Según usted dirige esta discusión, puede modelar algunas de las técnicas descritas. Por ejemplo, puede reconocer y apoyar los esfuerzos que los participantes hacen para incorporar la reducción de daños a sus trabajos. Puede demostrar empatía y validar las preocupaciones de los participantes sobre los retos que han identificado. Puede recordarle a los participantes que este módulo de adiestramiento les ha provisto con algunas herramientas nuevas que pueden utilizar en sus lugares de trabajo. También puede señalar que los cambios profesionales, como el de integrar la reducción de daños a sus trabajos, por lo regular, ocurren lenta y gradualmente. Aliente a los participantes a concentrarse en algo que pudieran hacer para integrar la reducción de daños en sus trabajos. Recuérdeles que piensen en pequeño y que celebren los cambios pequeños que han logrado.

Presentación: Ideas clave para llevar consigo

Propósito: Resumir los elementos más importantes de la reducción de daños de la manera más sencilla posible

Tiempo: 5 minutos

Materiales: Diapositiva III-39, “Ideas clave para llevar consigo”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre y repase la Diapositiva III-39, “Ideas clave para llevar consigo”

Ideas clave para llevar consigo

- Concéntrese en el daño, no en las drogas.
- Concéntrese en las maneras para reducir el daño, que puede o no incluir dejar de usar drogas.
- El paciente/cliente es el experto en su propia vida, le toca a él establecer sus metas y el momento para el cambio.
- Concéntrese en *“cualquier cambio positivo”*.
- Apoye el derecho del paciente/cliente para elegir su(s) meta(s) para reducir el daño, a pesar de estar infectado con el VIH.
- Trate al paciente/cliente de la misma manera que usted espera ser tratado.

Slide III - 39

2. Recuerde a los participantes de las destrezas que ya han incorporado en sus trabajos, según la discusión de la Sesión 3 y en la actividad previa.

Actividad: ¿Lo que llevas guardado en tu bolsillo es una creencia?

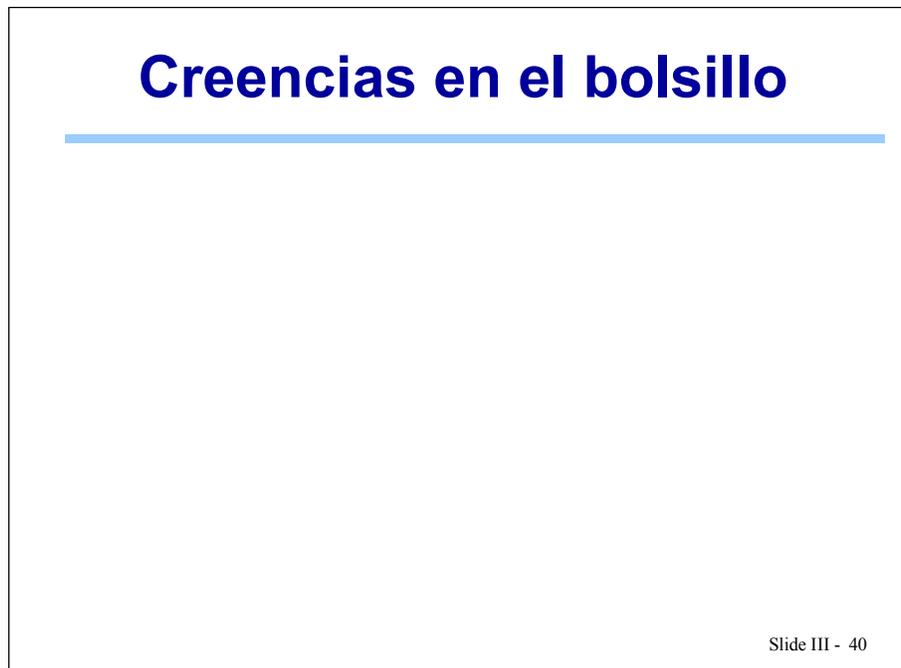
Propósito: Brindar a los participantes la oportunidad de examinar si la experiencia de este módulo de adiestramiento ha afectado sus creencias personales.

Tiempo: 2 minutos

Materiales: Diapositiva III-40, “Creencias en el bolsillo”

Notas para el adiestrador:

1. Muestre la Diapositiva III-40, “Creencias en el bolsillo”. Pida a los participantes que saquen de sus bolsillos la hoja de papel doblada en la que describieron sus creencias sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas al comienzo del adiestramiento.



2. Pida a los participantes que repasen lo que escribieron.
3. Dígale a los participantes que si aún entienden que sus creencias sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas son ciertas, entonces invítelos a regresar a casa con esta creencia. Sin embargo, si los participantes han cambiado de parecer sobre sus creencias, pídales que dejen encima del escritorio la creencia que guardaron en el bolsillo.

Promoción de la Salud y Adherencia

Tabla de Contenido

Introducción	página IV-3
Sesión 1: Rompehielo (20 minutos) Actividad: Ejercicio M & M	página IV-6
Sesión 2: Una perspectiva amplia sobre la Adherencia: Parte 1 (20 minutos) Actividad: Definición de Adherencia	página IV-19
Presentación: Por qué tenemos que enfocar la adherencia al tratamiento de los usuarios de drogas	página IV-27
Sesión 3: Por qué la adherencia a los medicamentos es tan importante? (10 minutos) Presentación: La importancia de adherirse al tratamiento de los medicamentos antirretrovirales	página IV-32
Sesión 4: Las políticas de la adherencia (15 minutos) Actividad: ¿En acuerdo o en desacuerdo?	página IV-42
Sesión 5: Una perspectiva amplia de la adherencia: Parte 2 (60 minutos) Presentación: Evaluando la disposición para comenzar la terapia antirretroviral	página IV-47
Actividad: Los factores que afectan la adherencia	página IV-52
Sesión 6: Aspectos médicos específicos sobre los usuarios de drogas infectados con el VIH (40 minutos) Presentación: Aspectos médicos	página IV-58
Sesión 7: Hablando con los pacientes sobre el VIH y el uso de drogas? (55 minutos) Actividad: Representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente	página IV-76
Presentación: Mejorando la comunicación entre el proveedor y el paciente	página IV-82
Sesión 8: Qué podemos hacer para mejorar la adherencia en general? (30 minutos) Actividad: Creando Intervenciones	página IV-91
Sesión 9: Manejando el VIH en el contexto del uso de drogas (60 minutos)	

Actividad: Ejercicios de estudios de casos	página IV-102
Sesión 10: Conclusión (15 minutos)	
Actividad: Puntos para llevar consigo	página IV-118
Referencias	página IV-119

Introducción

Trasfondo y propósito

El propósito de este módulo es proveer a los participantes estrategias y herramientas para promover la salud de los usuarios de drogas infectados con el VIH. Específicamente, este módulo se concentra en la importancia de la adherencia al tratamiento y enfatiza la necesidad de considerar la adherencia en el contexto más amplio de la promoción de la salud en general para esta población.

Cuando se provee cuidado médico para el VIH a personas que han utilizado o que utilizan drogas se encaran retos especiales. Primero, el uso de drogas y alcohol complica la planificación y la prestación de cuidado. Los proveedores deben ser conscientes de los asuntos biológicos, incluidas las interacciones entre los medicamentos para el VIH y las drogas de recreación, como también los cambios que el uso prolongado de drogas y alcohol pueden causar en la absorción y eficacia de los medicamentos. Además, los usuarios de drogas infectados con el VIH, muchas veces, tienen comorbilidades, como hepatitis C, que pueden complicar el manejo de la enfermedad del VIH y originar competencias entre las prioridades de cuidado de la salud. Los proveedores deben conocer el contexto social de las distintas clases de drogas de abuso. Los factores sociales pueden afectar el grado de compromiso del cuidado médico de las personas, la retención del cuidado y la adherencia al tratamiento.

El segundo reto principal al proveer cuidado médico para el VIH en esta población es que los proveedores pueden tener ideas preconcebidas sobre el uso de drogas y alcohol. Al igual que muchos, los proveedores se exponen y reciben influencia de las imágenes que presentan los medios sobre las personas que utilizan alcohol y drogas. Casi todas son negativas, aun las pocas imágenes que aparecen demostrando empatía o compasión, rara vez, presentan al usuario de drogas como un ser humano total y complejo. Los estereotipos y mitos sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas pueden limitar la capacidad de los proveedores para apoyar la adherencia y proveer atención óptima.

Como adiestradores, tenemos la responsabilidad de ayudar a que las personas que adiestramos reconozcan y analicen sus ideas preconcebidas, y luego concientemente echarlas a un lado. Nosotros, y las personas que adiestramos, necesitamos reconocer que estas imágenes negativas pueden hacer sentir a los usuarios de drogas que no tienen el poder para adoptar cambios que promueven la salud. Consecuentemente, también necesitamos ayudar a los usuarios de drogas infectados con el VIH a reconocer que tienen la capacidad de proteger y mejorar su salud. Podemos realzar su nivel de conocimiento de los recursos de conducta y ambientales que promueven la salud. También, podemos trabajar con ellos para desarrollar estrategias dinámicas dirigidas a la adherencia del tratamiento del VIH que se ajusten al contexto de sus vidas.

Un tercer reto, y tal vez un reto aún mayor, es distinguir los verdaderos retos biológicos y sociales de los estereotipos negativos del uso de drogas y de los usuarios de drogas. En este módulo, tratamos, tanto la realidad como los mitos que afectan la calidad del cuidado que reciben los usuarios de drogas y su capacidad para adherirse al tratamiento del VIH. Sin embargo, es importante reconocer que aprender las distinciones ente las realidades y los mitos es

un proceso continuo y difícil, ciertamente no es algo que se pueda entender y dominar en un periodo tan corto como el de este adiestramiento. Lo que podemos lograr es ayudar a los participantes para que entiendan que los usuarios de drogas infectados con el VIH no se pueden ajustar a cualquier estereotipo. Podemos alentar a los participantes a explorar los retos de la adherencia de los usuarios de drogas y a considerar el amplio número de intervenciones posibles para lograr la adherencia al tratamiento para la promoción de la salud.

Materiales

Diapositivas:

En el currículo se incluye una presentación en PowerPoint para el módulo de adherencia. Esta presentación debe llevarse a cabo junto con el módulo. Para ayudar a los participantes a seguir la presentación, hemos incluido la lista de las diapositivas específicas que corresponden a cada sesión en el módulo.

Paquete de lecturas:

También se ha preparado un paquete de lecturas para los participantes. Este paquete incluye las lecturas que aparecen a continuación. La cita completa se encuentra en las “Referencias” al final del módulo.

- *Emprendiendo los retos de la adherencia. Abordando los retos emergentes de la terapia del VIH a largo plazo*
- *Factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral*
- *El reto de la adherencia*
- *Adherencia: Mantenerse al día con sus medicamentos*
- *Construyendo una relación de cooperación entre el médico y el paciente*
- *La mejoría de la condición médica: El cuidado médico de los usuarios de drogas inyectables que tienen la infección del VIH*

Impreso educativo :

- Material educativo para el ejercicio de los M & M (4)
- Lista alfabética de los medicamentos para el VIH
- Paquetes *La Adherencia Ahora*
- Copia de artículo: *Indicaciones para iniciar la terapia antirretroviral en el paciente infectado crónicamente con el VIH*
- Gráfica de las características relacionadas con la adherencia
- Hoja para las notas de los participantes
- Hojas informativas de interacciones de drogas
- Material para actividades de representación de roles
- Hoja para el paciente anotar la adherencia al tratamiento
- Tabla de las intervenciones por categorías
- Hoja de rótulos (“stickers”) y recordatorios
- Hoja informativa sobre efectos secundarios de medicamentos
- Pictogramas que muestran la individualización de dosis
- *Positively Aware’s HIV Drug Guide*

- Resumen de presentación de casos

Otros materiales necesarios:

- Libretitas con hojas adhesivas
- Rotafolios
- Proyector LCD
- Pantalla de proyección

Objetivos

Al finalizar el módulo, los participantes deberán poder:

- Definir adherencia en un sentido amplio y entender su significado
- Reconocer que los usuarios de drogas desarrollan complicaciones médicas de la infección del VIH distintas a las que desarrollan otros grupos de riesgo.
- Evaluar la disposición de las personas para comenzar y mantener la terapia antirretroviral
- Identificar técnicas efectivas y recursos útiles que brindan apoyo a la adherencia
- Desarrollar enfoques para ajustar las intervenciones de promoción de salud a las necesidades específicas de los pacientes que utilizan drogas.

Datos clave

- La promoción de la salud es mucho más que sólo la adherencia a los medicamentos.
- Una visión amplia de la adherencia compromete activamente a los pacientes en el cuidado de la salud y el tratamiento y les provee más oportunidades para lograr el éxito.
- Para poder ser efectivo, los proveedores necesitan reconocer sus prejuicios sobre los asuntos de adherencia, especialmente con usuarios de drogas.
- Los usuarios de drogas no son una población homogénea, cada individuo tiene necesidades particulares y retos que vencer.
- Con servicios adecuados de apoyo y atención primaria, los usuarios de drogas pueden lograr un nivel de éxito igual que los no usuarios.

Sesión 1: Rompiendo el hielo

Actividad: Ejercicio de los M & M

Propósito: Obtener experiencia de primer orden sobre los retos de la adherencia al régimen de medicamentos

Tiempo: 20 minutos

Materiales

- Impreso educativo IV-1, “Carta que acompaña el ejercicio de los M & M”
- Impreso educativo IV-2, “Descripción del Ejercicio: Receta médica de medicamentos antirretrovirales para el VIH ”
- Impreso educativo IV-3, “Recetas médicas”
- Impreso educativo IV-4, “Diario del tratamiento”
- Impreso educativo IV-5, “Lista alfabética de los medicamentos antirretrovirales utilizados en el tratamiento del VIH”
- Pecera o sombrero
- Tarjetas índice con suficientes ejemplos de aseveraciones para cada participante
- Diapositiva IV-1, “Módulo IV: Promoción de la salud y adherencia
- Diapositiva IV-2, “Simulación de un régimen con M & M”
- Diapositiva IV-3, “Discusión de la pecera”
- Diapositiva IV-4, “Metas del ejercicio”
- Diapositiva IV-5, “Trascendiendo el ejercicio”

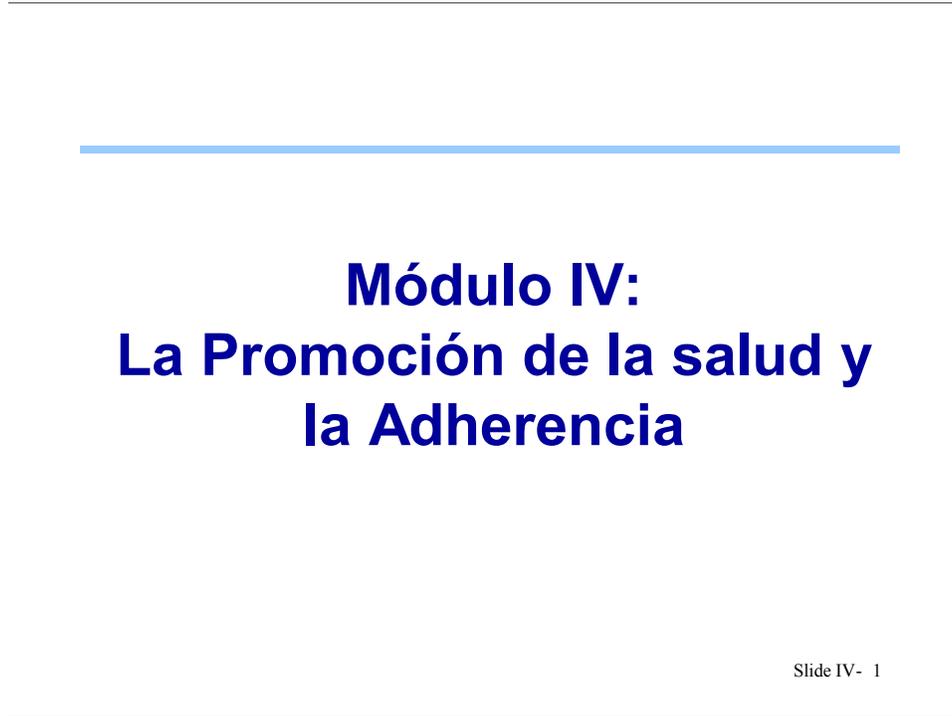
Notas para el adiestrador

1. Envíe los primeros cinco Impresos educativos a participantes que hayan hecho una preinscripción como dos semanas antes del adiestramiento. Esto le dará la oportunidad de familiarizarse con la actividad. Los materiales proveen la información que los participantes necesitan para tomar el régimen simulado de medicamentos para una semana
2. Para prepararse para la sesión, escriba en una tarjeta índice los ejemplos de aseveraciones que aparecen a continuación (o algunas similares que usted elija). Asegúrese de que hay suficientes aseveraciones para cada persona en el grupo.
 - La parte más difícil del ejercicio de los M & M fue . . .
 - La dosis más difícil de tomar o de recordar fue . . .
 - Una manera de recordar tomarme mis “medicamentos” fue . . .
 - Tomar mis “medicamentos” me hizo sentir . . .
 - Cuando la gente me vio tomándome mis “medicamentos” sentí . . .

- Fue más fácil recordar tomar mis “medicamentos” cuando . . .
- La manera que escogí la fecha para iniciar mis “medicamentos” fue . . .
- La primera persona que le conté que estaba tomando “medicamentos” fue . . .
- Decidí guardar mis “medicamentos” en o con . . .

IV-6

3. Muestre La Diapositiva IV-1 antes de que los participantes lleguen.



4. Una vez los participantes hayan llegado, utilice tres o cuatro minutos para presentarse, hable brevemente sobre el estilo de la presentación, recuérdale a los participantes que comiencen el día con una mente receptiva, fomente la interacción y añádale el toque personal que entiende que es adecuado. Si desea, puede hablar brevemente sobre la terminología que usará en la presentación. Por ejemplo, el uso de las palabras “pacientes” versus “cliente”, terapia antirretroviral (ART, siglas en inglés) versus terapia antirretroviral altamente activa (HAART, siglas en inglés) y usuario de droga versus “que abusa de las drogas” o “adicto”.
5. Pida a los participantes que se presenten por su nombre, lugar de procedencia y tipo de empleo.
6. Presente un resumen breve del ejercicio de los M & M y del régimen que los participantes siguieron durante la pasada semana. Refiérase a los cinco impresos educativos que fueron enviados a los participantes, y permítales algunos minutos, de ser necesario, para revisar los impresos educativos. Note que el Impreso educativo IV-5 será útil durante el adiestramiento como referencia fácil sobre los distintos medicamentos antirretrovirales utilizados actualmente. Como los participantes pueden estar familiarizados con los distintos nombres para un solo medicamento, esta tabla les ayudará

a parear los nombres genéricos, los comerciales y las abreviaturas. Como regla, el currículo se referirá a los medicamentos por sus nombres genéricos. Sin embargo, si el producto es una combinación de dos o más medicamentos, el currículo incluirá el nombre de marca con los nombres genéricos en paréntesis.

7. Según discuta el régimen, tal vez deba enfatizar que, aunque el régimen pueda parecer “subóptimo” para algunas personas, en realidad sigue las guías de tratamiento actuales para el VIH. Este régimen fue seleccionado para el ejercicio debido a que los requerimientos de dosis y alimentos presentan un reto particular. La Diapositiva IV-2 resume el régimen y las dosis requeridas. Fíjese que el ejercicio es una manera para que los participantes experimenten en ellos mismos, por una semana, algunos aspectos del régimen de tratamiento del VIH.

Régimen simulado de los M & M

- Una semana de “antirretrovirales” M&M.
- Combivir e indinavir
- Instrucciones para la dosificación:
 - Combivir: 1 tableta/2 veces al día
 - Indinavir: 2 cápsulas/ cada 8 horas
 - Estómago vacío - 1 hora antes ó 2 horas después de una comida
 - 8 a 10 vasos de agua de 8 oz. al día

Slide IV- 2

8. Presente la discusión de la “pecera”. Puede utilizar la Diapositiva IV-3 para ayudarlo a resumir las metas principales del ejercicio. Coloque las tarjetas índice preparadas en la pecera o en el sombrero, y luego pida a cada participante que saquen una tarjeta. Pida un voluntario para comenzar la discusión, éste debe leer la aseveración parcial que aparece en la tarjeta y completar la aseveración a partir de su experiencia con el ejercicio de los M & M. Pida a otros participantes que comenten sobre la respuesta y luego comparta esas respuestas. Pida a los participantes que sean breve, pero mantenga la discusión amena y abierta. Una vez la discusión de la primera tarjeta se complete, pida a otra persona que lea su tarjeta y que complete la aseveración (**oración**)parcial. Nuevamente, permita tiempo para que los participantes comenten y discutan sus respuestas a la aseveración. Continúe así, hasta que finalice el tiempo asignado para esta actividad. Dependiendo del tamaño del grupo y de cuánto cada persona aporte a la discusión, puede que sólo haya tiempo para discutir tres o cuatro tarjetas.

Discusión de la Pecera

- Reflexione sobre el ejercicio de los M & M
- Discuta los retos y las preocupaciones de la adherencia
- Identifique las barreras y el apoyo
- Tome en cuenta las frustraciones y los éxitos



Slide IV- 3

IV-8

9. Las Diapositivas IV-4 y IV-5 explican las metas y las limitaciones del ejercicio.

Metas del Ejercicio

- Tener una idea del significado de la adherencia al tratamiento del VIH
- Vivir algunas de las frustraciones y manejar los retos prácticos de la terapia antirretroviral en carne propia
- Ser conscientes del compromiso que requieren los regímenes de la terapia antirretroviral durante el período de una semana

Slide IV- 4

IV-9

Trascendiendo el ejercicio

- Entender lo que significa estar infectado con el VIH
- Vivir las dificultades relacionadas con un tratamiento antirretroviral de por vida
- Experimentar los efectos secundarios o los problemas del metabolismo de los medicamentos
- Vivir la estigma y el discrimen relacionados con la infección del VIH y del uso de drogas

Slide IV- 5

Impreso educativo IV-1: Carta inicial para el ejercicio de los M & M

Estimado participante del adiestramiento nacional:

Estamos muy emocionados con su participación en la Conferencia para el Adiestramiento Nacional. Aunque el adiestramiento no comenzará oficialmente hasta _____, le agradeceremos que comience su preparación para el programa ahora.

Dedicaremos parte del tiempo del adiestramiento que se avecina para hablar sobre los medicamentos antirretrovirales, la adherencia al tratamiento y los retos específicos de la adherencia para los usuarios de drogas. Para ayudarlo a entender mejor lo que significa tomar medicamentos antirretrovirales, le solicitamos que durante una semana simule estar tomando un régimen de tratamiento para el VIH.

Junto con este paquete encontrará una “receta médica” de medicamentos antirretrovirales para una semana. Para obtener la receta es necesario que compre un número adecuado de dulces M & M color verde y anaranjado para simular las dosis de un régimen antirretroviral real. El ejercicio ha sido diseñado para que un M & M sea igual a una pastilla del régimen antirretroviral. Si por razones de salud no puede comer M & M, sustitúyalos por algo similar, como algún dulce sin azúcar.

Le pedimos que haga un esfuerzo genuino de seguir el régimen de los M & M para que pueda aprovechar el ejercicio lo más posible. Aunque haya realizado este ejercicio, o uno similar anteriormente, le pedimos que participe. Las personas cambian de año a año, y se sorprenderá lo que aprenderá en esta ocasión. Se incluyen instrucciones detalladas para la dosificación. Preste atención especial al número de píldoras que deberá tomar en cada dosis, el horario, el almacenamiento de las píldoras y cualquier restricción de alimentos y líquidos y las recomendaciones. Al tomar este régimen simulado, podrá darse cuenta que a las personas infectadas con el VIH se les pide seguir regímenes de tratamiento similares, y en ocasiones mucho más complejos, diariamente y por muchos años. Es obvio que como este es un régimen simulado, usted no experimentará ninguno de los efectos secundarios que causan los medicamentos reales.

De tener alguna pregunta o preocupación en cuanto a cómo tomar sus medicamentos, haga la búsqueda de información requerida, como si realmente los estuviera tomando. Por ejemplo, se preguntará qué hacer si olvida tomar una dosis o toma demasiadas píldoras, o se preguntará qué otro tipo de medicamentos puede o no puede tomar mientras está en el régimen de tratamiento del VIH. Para obtener las contestaciones, usted puede contactar a su médico, llamar a alguien de confianza, buscar en el internet o llamar a la compañía farmacéutica.

Use los formularios incluidos para que lleve un registro diario. Este registro diario le ayudará a llevar cuenta de cuán bien se adhiere a su terapia de medicamentos, las dificultades que encuentra y cualquier otra preocupación que se pueda presentar. Anote en el registro diario cómo ha manejado las situaciones difíciles – como tomar sus medicamentos en público – y cómo encontró las respuestas a cualquier pregunta o preocupación surgida. Discutiremos las experiencias del ejercicio de los M & M en el taller del Retiro para el Adiestrador.

Nos veremos pronto.

Impreso educativo IV-2: Descripción del ejercicio: La receta médica para el tratamiento antirretroviral del VIH

Trasfondo:

Recientemente, a usted se le diagnosticó la infección del VIH, aunque tenía la sospecha de haber adquirido el VIH hace más de cinco años cuando usaba heroína activamente. Usted ha estado limpio de heroína desde 1997, pero ocasionalmente ingiere mucho alcohol. Las pruebas de sangre demuestran que tiene un recuento de CD4 de 300/ mm³ y que su carga viral es de 75,000 copias/mL. Durante las pasadas semanas, su médico y usted han discutido la posibilidad de comenzar la terapia antirretroviral. Su médico le recetó un régimen de Combivir (lamivudina más zidovudina) e indinavir. Como usted confía en su médico y valora su opinión, usted obtendrá sus medicamentos y escogerá una fecha para comenzar la terapia.

Siga las siguientes instrucciones al tomar su régimen de tratamiento. Preste atención a las instrucciones relacionadas con los alimentos y el requisito de líquidos, a cómo almacenar los medicamentos y a las interacciones de medicamentos. También fíjese que los medicamentos que se toman dos veces al día deben tomarse cada 12 horas, mientras que los que se toman tres veces al día, se toman cada 8 horas.

Combivir (M&M verdes) – una tableta dos veces al día

Combivir contiene dos medicamentos antirretrovirales en una sola pastilla. Cada pastilla contiene 300 miligramos (mg) de zidovudina y 150 mg de lamivudina. Los efectos secundarios posibles del Combivir son iguales que el de los dos medicamentos que lo componen. Los efectos secundarios de la zidovudina son dolor de cabeza y malestar estomacal, pero estos usualmente desaparecen después de algunas semanas. Después de haber estado usando por mucho tiempo la zidovudina, ésta también puede causar anemia (glóbulos rojos bajos), neutropenia (glóbulos blancos bajos) y miopatía (daño de los músculos). La lamivudina puede causar dolores de cabeza e insomnio en algunas personas, pero usualmente desaparecen después de varias semanas. El uso del Combivir no conlleva restricciones ni requerimientos de alimentos o líquidos. Se debe almacenar a temperatura de salón.

Indinavir (M&M color anaranjado) – dos tabletas cada ocho horas

Cada cápsula contiene 400mg de sulfato de indinavir. El indinavir puede causar disturbios estomacales, malestar general y piedras en el riñón. El indinavir hay que tomarlo con el estómago vacío – una hora antes o dos horas después de la comida – o con una merienda baja en grasa, que contenga menos de 300 calorías. Se debe usar con cuidado cuando se toman otros medicamentos. Es importante saber que el indinavir no se puede tomar con jugo de toronja, St. John's Wort o con bebidas que contengan cafeína, que causan deshidratación. Debe tomar de ocho a diez vasos (vasos de 8 onzas) de agua al día para evitar las piedras del riñón. El indinavir se debe almacenar a temperatura de salón en un lugar que no sea húmedo.

Impreso educativo IV-3: La receta

Clínica Comunitaria

Licencia #
4753659

DEA#
VK59067

Jane Doe, MD
111 E. 100th Street
New York, NY 10012

Nombre _____ Fecha _____
Dirección _____
Teléfono _____

Combivir (M&M verdes)

Tomar una píldora dos veces al día, por boca

14 píldoras en total (para una semana)

Repita 1 – 0 – 1 – 2 –

Firma _____

Clínica Comunitaria

Licencia #
4753659

DEA#
VK59067

Jane Doe, MD
111 E. 100th Street
New York, NY 10012

Nombre _____ Fecha _____
Dirección _____
Teléfono _____

Indinavir (M&M anaranjadas)

Tomar dos píldoras cada 8 horas, por boca*

42 píldoras en total (para una semana)

*Tómese las píldoras con el estómago vacío o con una merienda baja en grasa que contenga menos de 300 calorías, una hora antes o dos horas después de las comidas. Tome de ocho a diez vasos de agua al día. (1 vaso = 8 oz.)

Repetir - 0 - 1 - 2 - 3 - 4 -

Firma _____

Impreso educativo IV-4: Registro diario del tratamiento

Día Uno:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Día Dos:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Día Tres:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Día Cuatro:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Día Cinco:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Día Seis:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Día Siete:

Recordé tomarme ____ dosis (escriba el número, de cero a cinco)

Comentarios:

Comentarios generales:

La parte más difícil al tomarme los medicamentos fue:

Lo que más me ayudó a recordar tomármelos fue:

Impreso educativo IV-5: Listado alfabético de medicamentos antirretrovirales utilizados en el tratamiento del VIH

La tabla siguiente fue desarrollada para disminuir la confusión que pueden causar los distintos nombres de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del VIH. Ésta ha sido obtenida de la publicación “Nombres de Medicamentos Antirretrovirales”(Hoja Informativa 401) del New Mexico AIDS InfoNet.

Para mayor conveniencia, la tabla se ha dividido en dos partes. La primera es un listado de cada medicamento aprobado para el VIH por su nombre genérico en orden alfabético. La segunda parte es un listado de los mismos medicamentos en orden alfabético por su nombre de marca. Si se fija, encontrará fácilmente los nombres genéricos, los nombres de marca, otros nombres y las clasificaciones correspondientes para cada medicamento del VIH.

Fíjese que las siguientes abreviaturas han sido utilizadas en la columna para la clasificación: NRTI = nucleósido (o nucleótido) inhibidor de la transcriptasa inversa (conocidos como “nuke” en inglés), NNRTI = inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (conocidos como “non-nuke” en inglés); y PI = inhibidor de proteasa.

Parte 1: Listado de medicamentos por nombre genérico

Nombre Genérico	Nombre de marca	Otros nombres	Clasificación
Abacavir	Ziagen	1592U89	NRTI
Amprenavir	Agenerase	APV, 141W94	PI
Delavirdina	Rescriptor	DLV	NNRTI
Didanosina	Videx	DdI	NRTI
Efavirenz	Sustiva	EFV, DMP-266	NNRTI
Indinavir	Crixivan	IDV	PI
Lamivudina	Epivir	3TC	NRTI
Lopinavir	Kaletra	ABR-378/r	PI
Nelfinavir	Viracept	NFV	PI
Nevirapina	Viramune	NVP, BI-RG-587	NNRTI
Ritonavir	Norvir	RTV	PI
Saquinavir	Fortovase, Invirase	SQV	PI
Estavudina	Zerit	d4T	NRTI
Tenofovir	Viread	PMPA	NRTI
Zalcitabina	Hivid	ddC, dideoxicitidina	NRTI
Zidovudina	Retrovir	AZT, ZDV	NRTI

Además de los nombres anteriores para las píldoras que contienen un solo medicamento, existen píldoras en combinación que contienen dos o tres medicamentos: 1) lamivudina + zidovudina,

combinadas en una sola pastilla con el nombre de marca de Combivir; y 2) abacavir + lamivudina + zidovudina, combinadas en una sola pastilla con el nombre de marca Trizivir. También fíjese que, actualmente, lopinavir sólo viene en combinación con una dosis baja de ritonavir y se vende con el nombre de Kaletra.

Parte 2: Listado de medicamentos por nombre de marca

Nombre de marca	Nombre Genérico	Otros nombres	Clasificación
Agenerase	Amprenavir	APV, 141W94	PI
Combivir	Lamivudina + zidovudina		NRTI
Crixivan	Indinavir	IDV	PI
Epivir	Lamivudina	3TC	NRTI
Fortovase	Saquinavir	SQV	PI
Hivid	Zalcitabina	ddC, dideoxycitidine	NRTI
Invirase	Saquinavir	SQV	PI
Kaletra	Lopinavir	ABR-378/r	PI
Norvir	Ritonavir	RTV	PI
Rescriptor	Delavirdina	DLV	NNRTI
Retrovir	Zidovudina	AZT, ZDV	NRTI
Sustiva	Efavirenz	EFV, DMP-266	NNRTI
Trizivir	Abacavir + lamivudina + zidovudina		NRTI
Videx	Didanosina	ddI	NRTI
Viracept	Nelfinavir	NFV	PI
Viramune	Nevirapina	NVP, BI-RG-587	NNRTI
Viread	Tenofovir	PMPA	NRTI
Zerit	Estavudina	d4T	NRTI
Ziagen	Abacavir	1592U89	NRTI

Sesión 2: Una perspectiva amplia sobre la adherencia: Parte 1

Actividad: Definición de Adherencia

Propósito

- Ilustrar que la adherencia *no se trata solamente* de tomarse los medicamentos; en algunos casos, aunque el paciente no está listo para comenzar un régimen, puede “adherirse” a un tratamiento de muchas otras maneras.
- Demostrar que la falta de adherencia a la terapia de medicamentos es un asunto que ocurre tanto en la población de usuarios de drogas como en la que no utiliza drogas.
- Presentar la amplia diversidad de factores psicológicos que afectan la adherencia
- Demostrar que tener una perspectiva amplia de la adherencia le ofrece al paciente más oportunidad de éxito.

Tiempo: 15 minutos

Materiales

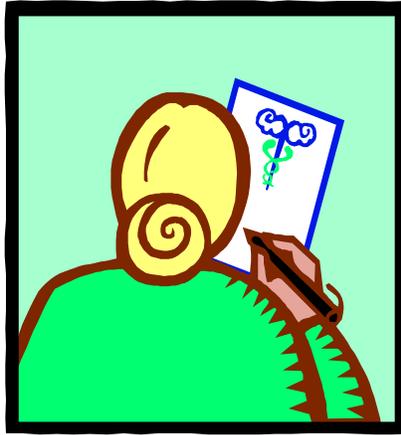
- Rotafolio, marcadores de colores y cinta adhesiva
- Diapositiva IV-6, “Definición de Adherencia”
- Diapositiva IV-7, “Cómo definimos adherencia”
- Diapositiva IV-8, “Definición médica de la adherencia”
- Diapositiva IV-9, “Los problemas de adherencia a los medicamentos del VIH son comunes”
- Diapositiva IV-10, “Razones comunes para no adherirse a la terapia de medicamentos del VIH”
- Diapositiva IV-11, “Otros factores relacionados con la falta de adherencia a los medicamentos del VIH”
- Diapositiva IV-12, “Definición ampliada de la adherencia”
- Diapositiva IV-13, “Los componentes de una visión más amplia de la adherencia”
- Diapositiva IV-14, “¿Por qué adoptar una visión más amplia de la adherencia?”

Notas para el adiestrador

1. Escriba la palabra “Adherencia” en la parte superior de un papel en blanco de un rotafolio.
2. Pida a los participantes que discutan sobre lo que piensan cuando escuchan la palabra adherencia. ¿Qué otras palabras o frases le vienen a la mente? ¿Cómo los participantes definirían el término adherencia? Pídales que compartan sus ideas, y anote las definiciones sugeridas en el papel. Pida al grupo sus comentarios. Si las personas responden con ideas dirigidas solamente a la adherencia de medicamentos, ínsteles a que piensen en un sentido más abarcador. Puede dar como ejemplo, cumplir con las visitas médicas, tratar un problema de uso de drogas, tratar alguna enfermedad mental o seguir las recomendaciones de tratamiento del médico.

3. Presente la diapositiva IV-6, que pide a los participantes que desarrollen una definición de una oración (dos oraciones, máximo) de adherencia específica para usuarios de drogas infectados con el VIH.

Definición de Adherencia



¿Podríamos llegar a una definición de una oración sobre lo que es la adherencia, que tenga sentido dentro del contexto del ofrecimiento de cuidado al usuario de drogas infectado con el VIH?

Slide IV- 6

4. Pegue con cinta adhesiva esta definición en un lugar prominente, que se pueda ver durante el tiempo que se discuta este módulo.
5. Durante este ejercicio, puede utilizar las Diapositivas IV-7 a la IV-14 para promover la discusión de ideas o presentar ideas que los participantes no hayan considerado. Cuando muestre la Diapositiva IV-7, enfatice que queremos ir más allá de la definición estrictamente médica de adherencia.

¿Cómo definimos adherencia?

- Adherencia es
 - ¿el número de pastillas tomadas?
 - ¿el número de dosis recordadas?
 - ¿el por ciento de veces que los medicamentos se toman correctamente?
- ¿La adherencia siempre tiene que ver con tomar pastillas?
 - ¿Existen distintas maneras de adherirse a la terapia?
- ¿Cómo define adherencia en su vida?

Slide IV- 7

6. Las diapositivas IV-8 a la IV-11 brindan algunos datos sobre la adherencia y establecen el por qué es importante ver la adherencia desde una perspectiva amplia, especialmente al considerar las necesidades específicas de los usuarios de drogas.
 - La diapositiva IV-8 indica lo que la mayoría de las personas sabe sobre la adherencia a medicamentos. Enfatice que esto es sólo *una parte* de lo que es la adherencia. Aunque se discutirán asuntos específicos de la adherencia a medicamentos, estos no deben opacar el tema más amplio de la promoción de la salud.

Definición médica de adherencia

- Tomar todos los medicamentos de un régimen, exactamente como indicado
 - A tiempo
 - Todos los días
 - Observar las restricciones de alimentos y líquidos

Slide IV- 8

- La diapositiva IV-9 presenta el punto de que la falta de adherencia a los medicamentos del VIH es una situación común, aun entre personas que no son usuarios de drogas. Recuérdele a los participantes las dificultades que enfrentaron durante el ejercicio de los M&M. Pida a los participantes que levanten la mano si tuvieron dificultad para completar el último curso de antibióticos que les prescribieron.

Los problemas de la adherencia a los medicamentos para el VIH son comunes

- Se estima que la falta de adherencia alcanza entre un 20% a un 80%, con un promedio de 50%.
- Las tasas de la falta de adherencia a la terapia del VIH comparan con las observadas para los tratamientos de otras enfermedades crónicas.
- Los estudios de las tasas de adherencia al tratamiento del VHC en usuarios de drogas (40% a 80%) son similares a los que no son usuarios de drogas (30% a 70%).

Williams & Friedland, 1997; Chesney, 2000; Eldin, 2001.

Slide IV- 9

- La diapositiva IV-10 presenta las primeras ocho razones para la falta de adherencia, según un estudio de personas infectadas con el VIH que no usaban drogas. Imagínese cuantos de estos temas pueden ser especialmente problemáticos para los usuarios de drogas, que muchas veces tienen estilos de vidas caóticos. Por ejemplo, los usuarios de drogas muchas veces enfrentan retos, tales como enfermedad mental, depresión y falta de hogar, como también el efecto psicológico de las drogas.

Razones comunes informadas para la falta de adherencia a los medicamentos del VIH

- Simplemente un olvido o estar muy ocupado(a) (66%)
- Estar fuera de la casa (57%)
- Cambio de rutina diaria (51%)
- Se quedó dormido (40%)
- Enfermedad (28%)
- Depresión (18%)
- Preocupaciones por su privacidad (14%)
- Efectos secundarios (12%)

Bamberger, 2000

Slide IV-10

- Finalmente, presente el listado de la diapositiva IV-11. Solicite a los participantes que tomen en cuenta cuántas otras preocupaciones adicionales al listado tocan las vidas de los usuarios de drogas. Realmente, no es el uso de drogas lo que causa el problema de adherencia, son las características personales y ambientales preexistentes de los usuarios de drogas que hacen de la adherencia un reto.

Otros factores relacionados con la falta de adherencia a los medicamentos para el VIH

- Medicamentos interfieren con el estilo de vida
- Uso de alcohol o de drogas
- Estrés
- Pesimismo sobre la enfermedad del VIH
- Complejidad del régimen
- Dificultad para lidiar con eficacia
- Falta de ánimo

Chesney, 1999

Slide IV-11

7. La diapositiva IV-12 es una muestra de una definición ampliada de adherencia. La diapositiva IV-13 es una lista de una variedad de elementos que los participantes pueden presentar al discutir las ideas sobre la adherencia. A pesar de que es importante percatarse de que todos los elementos de la lista componen una visión amplia de lo que es la adherencia, hay que darse cuenta de que no todos los componentes son pertinentes para la situación particular de las personas. Utilice la diapositiva IV-14 para resumir la importancia de adoptar una visión amplia de la adherencia.

Definición Ampliada de Adherencia

Cualquier acción que mejora, apoya o promueve la salud de una persona que vive con el VIH, respecto al tratamiento del VIH y al cuidado de la condición, incluidos el bienestar físico, mental y psicológico.

Slide IV-12

Componentes de la Adherencia

- Tomar todos los antirretrovirales a tiempo, según prescritos
- Tomar los medicamentos para prevenir infecciones oportunistas
- Llevar un estilo de vida “saludable dentro de la condición del VIH”
- Asistir a las citas médicas con regularidad
- Llevar una dieta nutritiva
- Ejercitarse con regularidad
- Participar en un programa de tratamiento de drogas
- Controlar el uso de drogas o mantenerse sobrio
- Practicar seguridad en cuanto al sexo y al uso de drogas inyectables
- Tomar multivitaminas
- Dejar de fumar
- Conectarse con una red de apoyo

Slide IV-13

¿Por qué adoptar una visión más amplia de la adherencia?

- Una visión más amplia de la adherencia
 - Reconoce que la adherencia no se trata sólo de tomarse los medicamentos
 - Compromete activamente el paciente en el cuidado de la salud y el tratamiento
 - Valora la importancia sobre la salud de las intervenciones no médicas, incluidos el uso controlado de drogas, vivienda estable, apoyo social, reducción de daños y nutrición adecuada
 - Mejora la autoeficacia del paciente
 - Provee más oportunidades de ser exitoso

Slide IV-14

Presentación: ¿Por qué tenemos que enfocar la adherencia en los usuarios de drogas?

Propósito: Establecer la necesidad de mejorar la adherencia, en un sentido amplio, para los usuarios de drogas infectados con el VIH

Tiempo: 10 minutos

Materiales:

Diapositiva IV-15, “Apoyo a la adherencia = Promoción de la salud”

Diapositiva IV-16, “¿Por qué enfocar la adherencia del VIH en los usuarios de drogas?”

Diapositiva IV-17, “El apoyo a la adherencia del VIH si importa”

Diapositiva IV-18, “Recuerde que . . .”

Diapositiva IV-19, “¿Cuánto sabemos sobre la adherencia y los usuarios de drogas?”

Diapositiva IV-20, “Factores que conducen a una adherencia insuficiente a la terapia antirretroviral”

Notas para el adiestrador

1. Presente las diapositivas IV-15 a IV-20. Enfatice que muchas veces se discrimina contra los usuarios de drogas y estos tienen:

- Menos accesibilidad a recibir cuidado y atención
- Menos accesibilidad a la terapia antirretroviral
- Una disminución más lenta de la morbilidad y la mortalidad

Parte de la razón por la cual los usuarios de drogas tienen menos accesibilidad a recibir cuidado y una respuesta menor es que los proveedores carecen de adiestramiento para atender esta población especial y una actitud negativa hacia los usuarios de drogas.

Apoyo a la adherencia = Promoción de la salud

“..ayudar al paciente que usa drogas a que se adhiera a un régimen médico complejo puede apoyar el aumento de la autoestima y la adopción de prácticas más saludables.”

Eldin, 2001

Slide IV-15

¿Por qué enfocar la adherencia del VIH en los usuarios de drogas?

- Los sistemas discriminan contra los usuarios de drogas
 - Menos accesibilidad al cuidado y atención
 - Menos accesibilidad a la terapia antirretroviral
 - Disminución más lenta de la morbilidad y la mortalidad
- Los proveedores muchas veces carecen de adiestramiento para atender esta población especial y tienen una actitud negativa hacia los usuarios de drogas

Slide IV-16

El apoyo a la adherencia del VIH si importa

“Se ha demostrado que los UDI (usuarios de drogas intravenosas) tienen iguales resultados clínicos que los no UDI cuando se comprometen a un cuidado primario estable con un médico experimentado y a servicios de apoyo adecuados”.

Sherer, 1998

Slide IV-17

Recuerde...

“Si la poca adherencia fuera una contraindicación a la terapia, la mayor parte de las condiciones médicas no se tratarían ”.

Eldin, 2001

Slide IV-18

2. Dígale a los participantes que con el apoyo adecuado los usuarios de drogas pueden lograr mejores resultados.

3. La diapositiva IV-19 provee estadísticas que demuestran que los usuarios de drogas reciben menos atención médica y tienen menos accesibilidad a las terapias antirretrovirales.

¿Qué sabemos sobre la adherencia y los usuarios de drogas?

- Vancouver, BC (Strathdee et al) n = 177
 - Sólo el 17% recibía terapia antirretroviral altamente activa (HAART)
 - El 40% recibía cualquier terapia antirretroviral (66% recibía doble terapia)
 - Los UDI que no recibían terapia probablemente tampoco recibían tratamiento para el uso de drogas
- Baltimore (Celentano et al) n=404
 - Sólo el 14% recibía terapia antirretroviral
 - El 49% no recibía terapia
 - El 14% recibía la terapia inadecuada
- SUDIS (Dawson-Rose) n=162
 - El 97% recibía cuidado para el VIH, pero sólo el 47% recibía HAART
 - La terapia antirretroviral estaba indicada en el 26%, pero ésta no recibía tratamiento

Sherer, 1998

Slide IV-19

4. La diapositiva IV-20 contiene una lista de algunos factores relacionados con la poca accesibilidad a la terapia antirretroviral y al cuidado general del VIH. Estos factores también pueden estar relacionados con la percepción de algunos proveedores médicos de que ciertas personas no pueden adherirse al tratamiento del VIH. Percátense de cuántos de los factores que afectan la accesibilidad a la terapia, también pueden complicar la adherencia. Recalque que no matricularse en un tratamiento de drogas y el uso activo de drogas inyectables encabezan la lista de los factores que reducen la accesibilidad a la terapia antirretroviral.

Factores que conducen a una adherencia insuficiente a la terapia antirretroviral

- No estar en tratamiento de drogas
- Uso activo de drogas inyectables
- Falta de cuidado médico primario
- No tener seguro
- Médicos con poca experiencia del VIH
- Ser mujer
- Ser joven

Strathdee, 1998

Slide IV-20

Sesión 3: ¿Por qué la adherencia a la terapia antirretroviral es tan importante?

Presentación: La importancia de la adherencia a los medicamentos antirretrovirales

Propósito: Ilustrar por qué la adherencia a los medicamentos antirretrovirales es tan importante cuando la persona está lista para tomarlos

Tiempo: 20 minutos

Materiales

- Impreso educativo IV-6, “Tarjetas educativas ‘La adherencia ahora’” (del paquete “La Adherencia ahora”)
- Diapositiva IV-21, “¿Por qué la adherencia a los medicamentos antirretrovirales es tan importante?”
- Diapositiva IV-22, “Los problemas de una adherencia insuficiente”
- Diapositiva IV-23, “Las metas médicas de la adherencia”
- Diapositiva IV-24, “La adherencia a los medicamentos no es fácil”
- Diapositiva IV-25, “¿Cuánta adherencia es suficiente?”
- Diapositiva IV-26, “El fracaso del tratamiento”
- Diapositiva IV-27, “La adherencia y la resistencia a los medicamentos”
- Diapositiva IV-28, “¿Qué se sabe de la resistencia a los medicamentos del VIH?”
- Diapositiva IV-29, “Los riesgos de la transmisión”
- Diapositiva IV-30, “La relación entre el nivel de adherencia y el riesgo de resistencia”
- Diapositiva IV-31, “¿Cuáles son las implicaciones prácticas?”
- Diapositiva IV-32, “Tome el control de la falta de adherencia”

Notas para el adiestrador

1. Presente las Diapositivas IV-21 a la IV-23.

¿Por qué la adherencia a los medicamentos antirretrovirales es tan importante?

- Los medicamentos no funcionan si no se toman
- Un tratamiento del VIH exitoso requiere una terapia consecuente y prolongada

Slide IV-21

Los problemas de una adherencia insuficiente

- Niveles subterapéuticos de medicamentos
- Menos supresión viral
- Más resistencia a los medicamentos, lo que limita las opciones de tratamiento futuras
- Morbilidad y mortalidad altas

Slide IV-22

Las metas médicas de la adherencia

- Suprimir al máximo la carga viral
- ↓ resistencia de los medicamentos
- ↑ duración de la eficacia del régimen
- Todas las anteriores que conducen a ...
 - ↓ el progreso del VIH
 - ↑ supervivencia

Slide IV-23

2. Enfaticé que la adherencia no es una tarea fácil y que el estándar alto de adherencia de 95%, establecido en investigaciones, es extremadamente difícil de alcanzar por la mayoría de las personas. Si esta meta de la adherencia no se les expone a los pacientes infectados con el VIH de una manera sensible podrían fracasar en su intento. Es importante notar que, aunque las personas alcancen una adherencia de un 95%, el tratamiento puede fracasar (Diapositiva IV-24 a la IV-25). Es necesario educar a los pacientes sobre la importancia de la adherencia, pero también dejarles saber que el fracaso del tratamiento no significa el fracaso del paciente (Diapositiva IV-26). Además, los pacientes necesitan saber que hay muchos tipos de apoyo disponibles para ayudarles a alcanzar los retos de la adherencia. En breve hablaremos sobre el apoyo.

La adherencia a los medicamentos no es fácil

- La tasa de la falta de adherencia a la terapia antirretroviral, generalmente, es de 50% a 70%
- Las tasas de adherencia de los usuarios de drogas son más bajas (datos no consecuentes)
- Aun cuando la adherencia sea >95%, está relacionada con el fracaso del tratamiento en el 20% de las veces

Golin, 2002; Samet, 1992; Broers, 1994; Gordillo, 1999; Arnsten., 2002; Chesney, 2000

Slide IV-24

¿Cuánta adherencia es suficiente? (Después de 3 meses)

<u>% de la dosis tomada correctamente</u>	<u>% de supresión viral</u>
>95%	81%
90% - 95%	64%
80% - 90%	50%
70% - 80%	25%
<70%	6%

Chesney, 2000

Slide IV-25

El fracaso del tratamiento

- Se define como
 - Aumento en la carga viral
 - Disminución del recuento de células T CD4+
 - Progreso de la enfermedad del VIH
- El fracaso del tratamiento no significa el fracaso del paciente—puede suceder aun en pacientes que se adhieren a la terapia.
- Evalúe por qué fracasó la terapia y siga adelante. No se deje llevar por el fracaso; en su lugar haga un plan nuevo para atender las razones subyacentes.

Slide IV-26

2.3. Presente los conceptos de la resistencia a los medicamentos antirretrovirales, de la transmisión de cepas resistentes del VIH y la relación entre la adherencia y la resistencia a los medicamentos (diapositivas IV-27 a la IV-32). Fíjese que uno de los argumentos principales contra prescribir la terapia antirretroviral a usuarios de drogas es que no se adhieren a la terapia y que, como resultado, la infección del VIH se hace resistente a los medicamentos. Esto a su vez, conduce a que se transmita a otras persona un VIH resistente. Asegúrese de cubrir los siguientes puntos:

- Si una persona no se adhiere totalmente a la terapia (no se toma ninguno de los medicamentos), la probabilidad de resistencia es extremadamente baja, debido a que el virus no está expuesto a ninguna sustancia a la que pueda desarrollar resistencia.
- Por el contrario, si la adherencia a la terapia es bien alta (se toma casi el 100% de sus medicamentos correctamente), entonces el riesgo de resistencia es bastante bajo. Esto ocurre debido a que un régimen efectivo suprime la replicación viral a tal grado que se produce muy poco virus.
- El riesgo de resistencia mayormente ocurre cuando una persona se toma sus medicamentos para el VIH intermitentemente. Tomar los medicamentos intermitentemente le ofrece al virus la oportunidad perfecta para desarrollar resistencia, debido a que tiene la oportunidad de multiplicarse en presencia de los medicamentos.
- En resumen, si no hay medicamento en el cuerpo, no hay nada en el cuerpo sobre cual el virus pueda actuar para que se haga resistente. Por el contrario, si hay un nivel de medicamento consistentemente alto, el virus tiene muy poca oportunidad de crecer y mutar. Use la Diapositiva IV-30 para ilustrar estos puntos gráficamente. El mensaje que deben llevarse es, que si las personas comienzan a utilizar nuevamente drogas de recreación o sienten que por alguna razón no pueden adherirse al régimen, deben dejar de tomarse todos los medicamentos de una vez en lugar de dejarlos poco a poco. Note que pueden haber excepciones a esta regla, como cuando el medicamento tiene una vida

media prolongada, como el efavirenz. Si una persona con ese régimen suspende todos los medicamentos de una vez, habrá un periodo de días en que tendrá una cantidad significativa del medicamento con una vida media prolongada, pero no de otros medicamentos. Esto puede causar resistencia a medicamentos.

La adherencia y la resistencia a los medicamentos

- La resistencia a medicamentos puede ocurrir cuando el VIH tiene una oportunidad de replicarse en presencia de medicamentos antirretrovirales.
- *Cualquier factor que contribuya a la presencia de niveles subterapéuticos de medicamentos antirretrovirales puede crear las condiciones para el desarrollo de resistencia a medicamentos.*

Slide IV-27

¿Que se sabe sobre la resistencia a los medicamentos del VIH?

- Alrededor de 78% de las personas en tratamiento contra el VIH experimentan resistencia a, por lo menos, un medicamento antirretroviral.
- Alrededor del 50% de todas las personas que viven con el VIH (irrespective del tratamiento actual) tienen evidencia de resistencia a, por lo menos, un agente.

Richman, 41st ICAAC, 2001

Slide IV-28

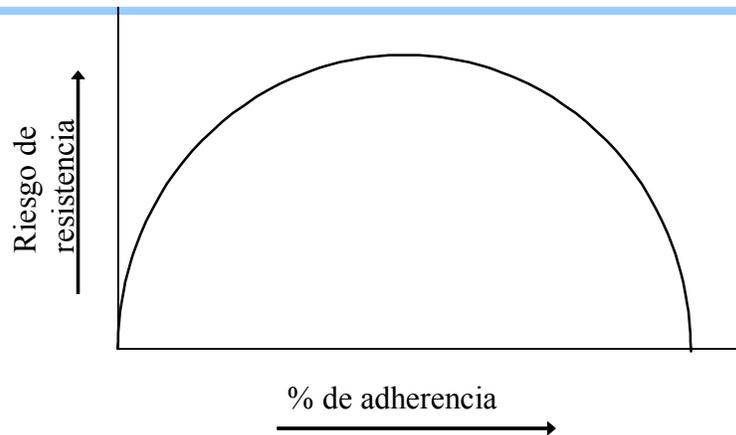
Los riesgos de la transmisión

- Los investigadores inicialmente creían que la resistencia al VIH no se podía transmitir.
- Sin embargo, actualmente hay suficiente evidencia de que la resistencia al VIH se convierte en una infección nueva, al igual que mediante la superinfección.
- Entre 10% y 30% de las infecciones nuevas del VIH implican cepas resistentes a, por lo menos, un medicamento antirretroviral.

Horn, 2001

Slide IV-29

La relación entre el nivel de adherencia y el riesgo de resistencia



Adaptado de Fig. 1: Williams & Fiedland, 1997

Slide IV-30

¿Cuáles son las implicaciones prácticas?

- Los usuarios de drogas enfrentan circunstancias de vida dinámicas que pueden hacer de la adherencia un reto en ciertos momentos.
- Los pacientes deben entender que cuando la adherencia se hace muy difícil de llevar, es *mejor suspender los medicamentos totalmente, que tomarlos intermitentemente*.

Slide IV-31

Tome el control de la falta de adherencia

- Recuérdle a los pacientes, que aunque no puedan adherirse a la terapia, *pueden tomar una decisión a favor de la promoción de la salud* para minimizar la resistencia, suspendiendo todos los medicamentos de una vez.
- Algunas situaciones en que los pacientes podrían querer hacer esto, incluyen
 - Durante encarcelamiento (si no hay medicamentos disponibles)
 - Al regresar al uso de drogas, después de un periodo libre de drogas (conocido como, “recaída”)
 - Durante la pérdida súbita de vivienda, viajes o relocalización.

Slide IV-32

3-4. Pase alrededor del salón los paquetes de “La adherencia ahora” y demuéstrela a los participantes las tarjetas educativas dentro de los paquetes. Los participantes pueden utilizar este tipo de herramientas para ayudarles a educar pacientes sobre el beneficio que provee un alto grado de adherencia.

4.5. Finalmente, recuérdelo a los participantes que es fundamental tener en mente una perspectiva más amplia de la adherencia, según discutido anteriormente, cuando pensamos en la adherencia a los medicamentos antirretrovirales. Cada elemento del plan de tratamiento tendrá un efecto directo sobre la capacidad del paciente para adherirse a los medicamentos. Tomar los medicamentos contra el VIH es sólo parte del bienestar general. *Comenzar la terapia antirretroviral es, rara vez, una emergencia.* De hecho, podría ser más perjudicial que otra cosa prescribir medicamentos antirretrovirales cuando la persona no está lista para tomarlos.

Impreso educativo IV-6: Tarjetas educativas ‘Adherencia Ahora’” del paquete “La Adherencia Ahora”.

(El adiestrador repartirá lo siguientes)

Esta serie de tarjetas laminadas pueden ayudarles a ilustrar los beneficios de la adherencia a los pacientes. La parte de enfrente de cada tarjeta contiene una imagen gráfica que muestra los beneficios de la adherencia, mientras que al dorso aparecen los puntos importantes que el proveedor puede enfatizar. Copias adicionales de los materiales “La adherencia ahora” se pueden obtener libre de costo:

World Health CME
41 Madison Ave
New York, NY 10010-2202
Tel: (800) 433-4584, ext. 1776
e-mail: erivera@whcom.com

Sesión 4: Las políticas de adherencia

Actividad: ¿De acuerdo o en desacuerdo?

Propósito: Traer temas controvertibles y permitir que los participantes expresen su opinión sobre estos temas

Tiempo: 15 minutos

Materiales

- Marcadores de colores, rollo de papel y cinta adhesiva
- Diapositiva IV-33, “Las políticas de adherencia”
- Diapositiva IV-34, “¿De acuerdo o en desacuerdo?”
- Diapositiva IV-35, “¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)”
- Diapositiva IV-36, “Funciones de los proveedores no médicos”
- Diapositiva IV-37, “¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)”
- Diapositiva IV-38, “La abstinencia y la terapia antirretroviral”

Notas para el instructor

1. Al prepararse para la sesión, escriba tres rótulos que digan “De acuerdo”, “En desacuerdo”, y “Tanto de acuerdo como en desacuerdo”. Coloque los tres rótulos en tres partes distintas del salón.
2. Prepare hojas de papel de estraza con las siguientes oraciones:
 - “Los proveedores no médicos deben aconsejar a los usuarios de drogas infectados con el VIH sobre la terapia antirretroviral”.
 - “Las conversaciones sobre la adherencia al tratamiento del VIH pertenecen al ambiente de tratamiento de uso de drogas”.
 - “Una persona debe estar libre de drogas por ___ antes de comenzar la terapia antirretroviral”. Solicite que los participantes llenen el blanco con la cantidad de tiempo que estimen apropiada, como por ejemplo un mes, tres meses o seis meses.
3. Presente la actividad. Reconozca que algunos de los temas relacionados con la adherencia y el uso de drogas son controvertibles y que este ejercicio le ofrece a los participantes un foro para discutir sus opiniones. Puede usar la Diapositiva IV-33 para resumir los puntos principales.

Las políticas de la adherencia

- ¿Cuáles son su opiniones de estos temas controvertibles sobre la adherencia?
- Decida si usted está
 - De acuerdo
 - En desacuerdo
 - Tanto en acuerdo como en desacuerdo
- Déjenos saber su opinión.



Slide IV-33

4. Dígame a los participantes que usted va a colocar en el salón una serie de afirmaciones. Cuando ellos lean cada afirmación, deberán colocarse en la parte del salón que describa su opinión – de acuerdo, en desacuerdo o tanto de acuerdo como en desacuerdo. Una vez los participantes se hayan movido a sus respectivas posiciones, facilite una discusión, pidiendo a las personas en cada posición que expliquen algunas de las razones por las cuales se colocaron ahí. Déjeles saber que la posición que escogieron no tiene que ser permanente, eso es, que pueden cambiar de opinión, y luego y colocarse en otra posición.
5. Las diapositiva IV-34 y IV-35 están diseñadas para que los participantes expresen sus opiniones sobre las funciones y calificaciones de los proveedores no médicos. La diapositiva IV-36 puede ser utilizada para facilitar la discusión de este tema.

¿De acuerdo o en desacuerdo?

“Los proveedores no médicos deben aconsejar a los usuarios de drogas infectados con el VIH sobre la terapia antirretroviral”.

Slide IV-34

¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)

“Las conversaciones sobre la adherencia al tratamiento del VIH pertenecen al ambiente del uso de drogas”

Slide IV-35

Funciones de los proveedores no médicos

- No existe respuesta correcta respecto a la función de los proveedores no médicos
- Es la responsabilidad de cada proveedor mejorar la salud del paciente. Esto incluye
 - Proveedores médicos
 - Trabajadores sociales
 - Proveedores de tratamiento de abuso de drogas
 - Manejadores de caso
 - Proveedores de salud mental
- El tipo de asistencia para la adherencia ofrecida dependerá de la relación individual del proveedor con el paciente y de cuán cómodo se sienta el proveedor .
- Todos somos intercesores de nuestros pacientes.

6. La diapositiva IV-37 trata sobre las prioridades en los lugares de tratamiento del uso de drogas. ¿Deberán los asuntos del VIH ser primordiales en la recuperación temprana o se debe enfocar mínimamente la preocupación del uso de drogas? Use la diapositiva IV-38 para facilitar su discusión.

¿De acuerdo o en desacuerdo? (continuación)

“Una persona debe estar libre del uso de drogas por *un mes* antes de poder comenzar la terapia antirretroviral”.

“Una persona debe estar libre del uso de drogas por *tres meses* antes de poder comenzar la terapia antirretroviral”.

“Una persona debe estar libre del uso de drogas por *seis meses* antes de poder comenzar la terapia antirretroviral”.

Slide IV-37

La abstinencia y la terapia antirretroviral

- No hay respuesta correcta.
- Los estudios demuestran que el uso activo de drogas está relacionado con un grado menor de adherencia.
- ¿Qué influencia tienen la selección de medicamentos, la vivienda, la red de apoyo y otros?
- La decisión de comenzar la terapia antirretroviral depende de las circunstancias específicas de la persona.
- Tanto los proveedores como los pacientes deben tomar decisiones informadas sobre la terapia antirretroviral.

Golin, 2002; Stone, 2001

Slide IV-38

Sesión 5: Una perspectiva amplia de la adherencia: Parte 2

Presentación: Evaluando la disposición para comenzar la terapia antirretroviral

Propósito: Enfatizar que, *muy raras veces, comenzar la terapia antirretroviral es una emergencia*, y que se deben considerar las necesidades específicas del paciente al evaluar su disposición para comenzar el tratamiento

Tiempo: 15 minutos

Materiales

- Impreso Educativo IV-7, la Tabla 6 de las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH*
- Diapositiva IV-39, “Disposición para el tratamiento”
- Diapositiva IV-40, “Guías para el tratamiento del VIH”
- Diapositiva IV-41, “Consideraciones al evaluar la disposición para el tratamiento”
- Diapositiva IV-42, “Disposición centrada en el paciente”

Notas para el adiestrador

1. Distribuya el Impreso Educativo IV-7 y la Tabla 6 de las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH*.
2. Presente las Diapositivas IV-39 a la IV-42 y repase el Impreso educativo.

Disposición para el tratamiento



Recuerde...

- El tratamiento del VIH con los antirretrovirales, rara vez, se considera una emergencia.
- Siempre hay tiempo para considerar la decisión de tratamiento antes de comenzar la terapia.

Slide IV-39

3. Muestre la diapositiva IV-40 y déjele saber al grupo que es un resumen del Impreso educativo IV-7. Enfatique que el tiempo óptimo para comenzar el tratamiento del VIH en personas asintomáticas no se ha establecido, pero que hay algunas guías generales. La diapositiva IV-41 indica que las guías de tratamiento son sólo uno de varios factores que se deben considerar al tomar la decisión de comenzar la terapia antirretroviral.

Guías para el tratamiento del VIH

No se ha establecido el momento óptimo para iniciar la terapia en personas asintomáticas con un recuento de CD4 >200. Estas son algunas guías generales:

Sintomático (SIDA)	Tratar
Asintomático, CD4<200	Tratar
Asintomático, 200<CD4<350	Ofrezca tratamiento, pero es controvertible
Asintomático, CD4>350, CV>55,000	Algunos recomiendan tratar, otros recomiendan aplazar la terapia y ofrecer seguimiento continuo
Asintomático, CD4>350, CV<55,000	La mayoría de los expertos recomiendan aplazar la terapia y ofrecer seguimiento continuo del recuento del CD4

CDC, MMWR 2002 Slide IV-40

4. Recuérdele a los participantes que rara vez se considera una emergencia el inicio de la terapia antirretroviral.
5. El adiestrador también debería resaltar que evaluar la posibilidad de adherencia (Diapositiva IV-41) es un asunto controvertible. Los investigadores han desarrollado una variedad de métodos distintos para predecir la adherencia al régimen. Los proveedores también han desarrollado distintas estrategias para ayudar a las personas – incluso a usuarios de drogas infectados con el VIH – a adherirse al tratamiento del VIH. Atenderemos estos temas más adelante.

Consideraciones al evaluar la disposición para el tratamiento

- Grado de inmunodeficiencia (recuento de CD4, carga viral, síntomas de SIDA)
- Actitud y creencias del cliente sobre el tratamiento (disposición, capacidad y espontaneidad para comenzar la terapia)
- Retos de los estilos de vida y el apoyo
- Riesgo de progreso de la enfermedad (por ejemplo, comorbilidades)
- Preocupaciones sobre la salud mental
- Riesgos y beneficios potenciales de iniciar la terapia
- Posibilidad de adherencia

Slide IV-41

6. La Diapositiva IV-42 recalca la importancia de la evaluación de la disposición para el tratamiento centrada en el paciente.

Disposición centrada en el paciente

“El paciente debe tomar la decisión final con relación a aceptar el tratamiento, después de discutir con el proveedor de cuidado de la salud los asuntos pertinentes a su situación clínica”.

CDC, MMWR 2002

Slide IV-42

Impreso educativo IV-7: Tabla 6 de las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH*. Este documento se puede acceder en línea del sitio en la internet http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/default_db2.asp?id=50)

(El adiestrador entregará la versión actualizada de estas guías.)

Actividad: Los factores que afectan la adherencia

Propósito: Ayudar a los participantes a identificar qué factores facilitan o impiden la adherencia del paciente

Tiempo: 45 minutos

Materiales

- Libretitas con hojas adhesivas (al menos 5 hojitas por participante)
- Tres o cuatro rotafolios y marcadores de colores
- Impreso educativo IV-8, “Los factores que influyen sobre la adherencia”
- Impreso educativo IV-9, “Hojas de papel para las notas de los participantes”
- Diapositiva IV-43, “Los factores que afectan la adherencia”
- Diapositiva IV-44, “Los factores que afectan la adherencia (continuación)”
- Diapositiva IV-45, “El rompecabezas de la adherencia”
- Diapositiva IV-46, “Asuntos de adherencia a considerar para los usuarios de drogas”
- Diapositiva IV-47, “La adherencia a los medicamentos y la droga de preferencia”

Notas para el adiestrador

1. Presentar el ejercicio. Utilice la Diapositiva IV-43 para ayudarle a resumir.

Los factores que afectan la adherencia



- Tome en cuenta algunos asuntos especiales de la adherencia que pueden enfrentar los usuarios de drogas infectados con el VIH.
- Presente de 3 a 5 temas distintos y escriba cada uno en una hojita de papel con adhesivo.

Slide IV-43

2. Asegúrese de discutir los siguientes puntos en su presentación:
 - La terapia antirretroviral es valiosa pero presenta un reto en el plan de tratamiento del paciente. Sólo se debe comenzar cuando el paciente esté listo para la terapia.
 - Los medicamentos no son la única parte importante del plan de tratamiento del paciente. (Refiérase a la definición amplia de adherencia desarrollada por el grupo.)
3. Este ejercicio estimula a los participantes a pensar sobre los factores que pueden facilitar o impedir la adherencia y otras conductas que promueven la salud. Tome otra hoja de papel del rotafolio y escriba en la parte superior “Los factores que influyen sobre la adherencia”.
4. Reparta libretitas con hojas adhesivas a los participantes. Traiga el tema de los retos de la adherencia, y pida a los participantes que escriban en las hojas adhesivas cualquier cosa que entiendan que facilita o impide la adherencia. Indíqueles que se limiten a de tres a cinco barreras o facilitadores específicos. Cada idea se debe escribir en un papel adhesivo individual.
5. Pídales que hagan anotaciones sobre el ejercicio en la hoja de papel de trabajo del Impreso educativo IV-9.
6. Pida a los participantes que coloquen en el rotafolio los papelitos adhesivos. Los temas que regularmente se presentan están relacionados con: vivienda, empleo, ingreso económico, seguro médico, apoyo familiar y social, uso de drogas, encarcelamiento, etapa de la enfermedad, aislamiento, violencia doméstica, efectos secundarios, número de pastillas en el régimen, barreras culturales, preocupaciones sobre confidencialidad, enfermedad mental, relación con el proveedor y desconfianza en los medicamentos y las instituciones médicas. Una vez los participantes hayan colocado las notas en el rotafolio, reflexione sobre los temas y resuma las respuestas, señalando los temas comunes.
7. Durante el resumen, agrupe las respuestas por categorías. Utilice un rotafolio para cada categoría y rotule las categorías en la parte superior de la hoja de papel del rotafolio según están identificadas. Regularmente, las respuestas caen en las siguientes tres categorías amplias (véase Impreso educativo IV-8 y la Diapositiva IV-44 para ejemplos):
 - Factores de los pacientes (incluidos factores ambientales y de conducta)
 - Factores de los proveedores y del cuidado clínico
 - Factores del régimen

Los factores que afectan la adherencia (continuación)

- **Factores de los pacientes:** apoyo social y aislamiento, conocimiento, creencias y actitudes, autoconfianza en la capacidad para adherirse al tratamiento, uso de drogas y estado de salud mental
- **Factores del cuidado clínico/del proveedor:** acceso al cuidado, cuidado interdisciplinario, prejuicios del proveedor, comunicación y confianza
- **Factores del régimen :** complejidad del régimen, itinerario de dosificación, efectos secundarios, tamaño de la pastilla, restricciones de agua y alimentos e interacciones de medicamentos

Slide IV-44

8. Coloque los papeles en un lugar prominente del salón, con estas categorías escritas en ellos, de manera que los participantes puedan verlos durante el tiempo dedicado a este módulo. Tendrá que referirse a ellos más tarde en la Sesión 8, “¿Qué podemos hacer para mejorar la adherencia total?”
9. Además, presente los siguientes datos, utilizando la diapositiva IV-45 como referencia:
 - Las investigaciones han demostrado que las características demográficas, como la raza, el género, la edad y la condición socioeconómica, generalmente *no* predicen la adherencia del paciente (Stone, 2001; CDC, 2002).
 - La mayoría de las características relacionadas con una adherencia subóptima pueden ser modificadas. Discutiremos este tema en detalle cuando repasemos distintas intervenciones que apoyan la adherencia.
 - *El uso activo de drogas* ha estado vinculado con un nivel subóptimo de adherencia (Stone, 2001; Ferrando, 2001). Sin embargo, esto no significa que los usuarios de drogas no pueden adherirse al tratamiento del VIH. Por el contrario, es indicativo de que los usuarios de drogas necesitan apoyo e intervenciones específicamente adaptadas a sus necesidades.
 - Una historia de uso de drogas o de alcohol, encontrarse en una etapa de recuperación temprana o participar en un tratamiento para el uso de drogas no son elementos que están directamente vinculados con la falta de adherencia al VIH. (Stone, 2001).

El rompecabezas de la adherencia

El uso activo de drogas está vinculado con la falta de adherencia, *pero...*

- Una historia de uso de drogas o alcohol, estar en una etapa de recuperación temprana o estar matriculado en un tratamiento de drogas no se puede vincular directamente con la adherencia.

La depresión, la falta de hogar, un estilo de vida caótico y la falta de apoyo médico y personal también están vinculados a la falta de adherencia, *pero...*

- Las características demográficas, como la raza, el género, la edad y la condición socioeconómica, generalmente, *no* predicen la adherencia.

Stone, 2001

Slide IV-45

10. También recalque que los factores que influyen sobre la adherencia varían de persona a persona (Diapositiva IV-46). Eso es, distintas personas tienen distintos factores que facilitan y barreras. Un factor importante que influye sobre la adherencia es la droga o las drogas seleccionadas. La Diapositiva IV-47 muestra algunas de las maneras en que la droga seleccionada puede afectar la adherencia. En esta discusión, se puede hacer referencia a un estudio (Arnsten, 2002) en el cual el uso activo de cocaína estuvo relacionado con una reducción de un 41% de la adherencia promedio y pudo predecir con certeza el fracaso de poder mantener un nivel de supresión viral continuo. En este estudio, los usuarios activos de heroína se adherían menos al tratamiento que los que no usaban drogas, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Asuntos de adherencia a considerar para los usuarios de drogas

- Relación con el aspecto médico
 - Acceso al cuidado
 - Acceso a la terapia antirretroviral
 - Discrimen
- Interacción de medicamentos
- Efectos secundarios y dolor
- Variaciones en la selección de medicamentos
- Itinerario de dosificación

Slide IV-46

La adherencia a los medicamentos y la droga de preferencia

- Heroína
 - Su uso tiene un régimen mayor
 - La adherencia es más de fácil manejar
- Cocaína/Crack
 - El uso es más esporádico
 - Los cambios anímicos son más intensos y pueden interferir con la adherencia
- Alcohol
 - Un efecto más negativo sobre la adherencia debido a los episodios de inconciencia y pérdida de memoria

Slide IV-47

Impreso educativo IV-8: Los factores que influyen sobre la adherencia

Factores del paciente	Factores del cuidado clínico y del proveedor	Factores del régimen
Apoyo social versus el aislamiento (familiares, amigos y pares)	Disponibilidad de servicios y acceso a cuidado y servicios	Efectos secundarios
Conocimiento, creencias y actitudes relacionadas con la terapia	Cuidado interdisciplinario (alcance comunitario, educación, salud mental, manejo de caso, etc.)	Interacción de medicamentos
Cultura y estigmas	Prejuicios o discrimen del proveedor	Complejidad del régimen
Salud mental	Comunicación entre el proveedor y el paciente	Restricciones alimentarias
Uso de drogas y la droga de preferencia	Relación entre el proveedor y el paciente (seguridad y confianza)	Itinerario de dosis y claves
Vivienda		

Sesión 6: Aspectos médicos específicos para los usuarios de drogas infectados con el VIH

Presentación: Aspectos médicos

Propósito: Conocer las complicaciones médicas pertinentes cuando se tratan usuarios de drogas infectados con el VIH

Tiempo: 30 minutos

Materiales

- Impreso educativo IV-10, “Interacciones entre los medicamentos para el VIH y la metadona”
- Impreso educativo IV-11, “Interacciones entre medicamentos antirretrovirales y drogas de recreación”
- Impreso educativo IV-12, “Drogas comúnmente usadas y las posibles interacciones con los medicamentos para el VIH”
- Diapositiva IV-48, “Aspectos médicos: el VIH y el uso de drogas”
- Diapositiva IV-49, “Interacciones de medicamentos: ¿Cuánto sabemos?”
- Diapositiva IV-50, “¿Cómo las interacciones de medicamentos afectan la adherencia a la terapia de medicamentos?”
- Diapositiva IV-51, “Interacciones de la metadona con los PI”
- Diapositiva IV-52, “Interacciones de la metadona con los NNRTI”
- Diapositiva IV-53, “Interacciones de la metadona con los NRTI”
- Diapositiva IV-54, “Interacciones de las drogas de recreación con la terapia antirretroviral”
- Diapositiva IV-55, “Interacciones de las drogas de recreación con la terapia antirretroviral (continuación)”
- Diapositiva IV-56, “Comorbilidad”
- Diapositiva IV-57, “La infección de la Hepatitis C (VHC)”
- Diapositiva IV-58, “El VHC y el VIH”
- Diapositiva IV-59, “Aspectos del tratamiento del VHC”
- Diapositiva IV-60, “Aspectos del tratamiento del VHC (continuación)”
- Diapositiva IV-61, “Tuberculosis (TB)”
- Diapositiva IV-62, “La TB y el VIH”
- Diapositiva IV-63, “LA TB y las interacciones de medicamentos del VIH”
- Diapositiva IV-64, “El VIH y la enfermedad mental”
- Diapositiva IV-65, “Otras complicaciones del uso de drogas”
- Diapositiva IV-66, “Otras complicaciones del uso de drogas (continuación)”
- Diapositiva IV-67, “Prioridades y motivaciones”

Notas para el adiestrador

1. Presente el tema, recalcando que los usuarios de drogas infectados con el VIH pueden sufrir complicaciones médicas específicas para el tipo de droga que utilizan. Como hemos podido ver, hay muchos factores que considerar cuando se evalúa la disposición del paciente para la terapia antirretroviral. El uso de drogas no necesariamente excluye al paciente de recibir, o de adherirse, a la terapia antirretroviral, especialmente si ha desarrollado una relación adecuada con un proveedor y está preparado para enfrentar el reto.
2. Reconozca que otras prioridades de salud que compiten pueden complicar la accesibilidad a la terapia antirretroviral y la adherencia si la persona se siente enferma o si tiene otras condiciones de salud que requieren tratamiento urgente. Algunos ejemplos de estas condiciones se presentan a continuación:
 - La coinfección con la Hepatitis C (VHC) es común entre los usuarios de drogas inyectables infectados con el VIH. En esta población, la infección del VIH ha estado vinculada a un progreso más agresivo de la infección del VHC (Lauer, 2001; Soto, 1997; Bruno, 2002; Landau, 2001; Nasti, 2001).
 - La enfermedad mental también puede crear barreras significativas para la adherencia, si la condición mental de la persona interfiere con la memoria o la motivación. Por ejemplo, la depresión, que es la condición mental más común entre los usuarios de drogas, puede afectar la memoria y la motivación (Stone, 2001; Sherer, 1998; Elliot, 1997).
3. Presente el material en las Diapositivas IV-48 a la IV-67, y refiera a los participantes a los Impresos educativos IV-10 al IV-12 como buenas fuentes de información adicionales adecuadas.

Aspectos médicos relacionados con el VIH y el uso de drogas

- Interacciones de las drogas
- Comorbilidades
- Relaciones complejas con los proveedores médicos

4. En general, las investigaciones han demostrado que los usuarios de drogas activos se adhieren menos a la terapia que los que han abandonado el uso o los que no consumen drogas. Consecuentemente, puede ser prudente aplazar la terapia antirretroviral [IV-59 se establezca el uso de drogas y la condición psicológica. Sin embargo, esto no significa que la persona tiene que abandonar el uso antes de comenzar la terapia antirretroviral. Si una persona utiliza drogas y desea comenzar a utilizar la terapia antirretroviral, estabilizar su situación puede ser útil para promover la adherencia. La situación de la persona debe ser evaluada individualmente. La flexibilidad es esencial cuando se diseña el plan de tratamiento para alcanzar las necesidades de un usuario de drogas activo.
5. Comience la discusión de las interacciones, refiriéndose a la información pertinente en los Impresos educativos IV-10 al IV-12 y las Diapositivas IV-49 a la IV-55. Es importante recalcar que hay muchas drogas que no se han estudiado aún y que también muchos de los estudios han sido realizados en un número pequeño de pacientes, lo que hace más difícil que se pueda generalizar.
 - Explique cómo las interacciones de las drogas pueden afectar la adherencia, y hable sobre el mecanismo básico de las interacciones. Enfóquese en algunas interacciones comunes y luego refiera a los participantes a los Impresos educativos para más información.
 - Recalque que la administración conjunta de la metadona con los inhibidores de proteasa (PI) y los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI) muchas veces disminuyen los niveles de metadona.
 - También es importante destacar que la administración conjunta de la metadona con los nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa (NRTI), generalmente, no afecta los niveles de metadona, aunque los efectos de muchos NRTI no han sido determinados aún. La metadona también puede afectar los niveles de algunos NRTI, pero en la práctica clínica el único cambio de dosificación requerido es con la didanosina. (Si los participantes preguntan sobre el aumento en la depuración de la metadona causada por el abacavir, indíqueles que en la práctica clínica no se ha demostrado que sea necesario hacer cambios en la dosis de la metadona.)

Interacción de drogas/medicamentos: ¿Cuánto sabemos?

- La mayoría de las interacciones ocurren en el hígado
- La mayoría de las interacciones ocurren por los siguientes factores:

Aumenta el metabolismo de la droga/medicamento



El medicamento/droga se elimina más rápido del cuerpo

Disminuye el metabolismo de la droga/medicamento



Los niveles de la droga/medicamento se acumulan en la sangre

Slide IV-49

¿Cómo las interacciones de drogas/medicamentos afectan la adherencia a la terapia?

- La preocupación sobre los niveles de metadona conducen a una adherencia menor
- Si los niveles de los medicamentos son muy bajos, es igual que no adherirse a la terapia
- Si el paciente no le informa a su proveedor que utiliza drogas, puede ser difícil determinar por qué los tratamientos fracasan en un paciente que de otra forma se adhiere a la terapia.

Slide IV-50

Interacciones de la metadona con los PI

Inhibidor de Proteasa	Efecto sobre la metadona
Indinavir	Ningún cambio
Ritonavir	? 37%
Saquinavir	No hay datos
Nelfinavir	? nivel
Amprenavir	? 35%
Lopinavir/Ritonavir	? 36%-53%

Slide IV-50

Interacciones de metadona con los NNRTI

NNRTI	Efecto sobre la metadona
Nevirapina	↓ en un 46%
Efavirenz	↓ en un 48-52%
Delavirdina	No hay datos (se espera ↑ o ningún cambio)

Altice, 1999; Staszewski, 1998; Gourevitch, 2000; Antoniou, 2002; Clarke, 2001

Slide IV-52

Interacciones de metadona con los NRTI

NRTI	Efecto sobre el NRTI
Zidovudina	↑ 40%
Estavudina	↓ 18-27%
Didanosina	↓ 41-60% *
Tenovovir	No hay datos
Lamuidina	No hay datos
Abacavir	↓
Zalcitabina	No hay datos

Rainey, 2000; Gourevitch, 2000; Antoniou, 2002; McCance-Katz, 1998

Slide IV-53

Interacciones de las drogas de recreación con los antirretrovirales

- Las interacciones son complejas, inconsecuentes y difíciles de predecir.
- Las interacciones pueden variar dependiendo de la pureza de la droga, el modo de ingestión y el nivel de función inicial del hígado y el riñón.
- Las interacciones con los medicamentos para el VIH pueden ser extremadamente peligrosas o mortales.
- “Presten atención, amantes de la aventura, no hay mapa para estos viajes”. (Horn, 1998)

Slide IV-54

Interacciones de las drogas de recreación con los antirretrovirales (continuación)

Droga	Efecto
Anfetaminas	puede ↑ el nivel de 2 a 3 veces con el ritonavir
Cocaína	↑ en la replicación del VIH, ↓ función del sistema inmune
Ecstasy (MDMA)	Sobredosis o muerte con el ritonavir
GHB (liquid X)	↑ niveles con el ritonavir o el saquinavir
Heroína	niveles pueden ↓ en un 50% o ↑ con el ritonavir

Slide IV-55

Antoniou, 2002; Henry, 1998; Harrington, 1999

6. Es muy poco lo que se conoce sobre las interacciones de los medicamentos del VIH y las drogas de recreación. Sin embargo, la mayor parte de las interacciones se han informado con el ritonavir.
7. El punto más importante para enfatizar sobre las interacciones es que se conoce muy poco. Una de las razones es que es muy difícil llevar a cabo estudios clínicos controlados con drogas de recreación, así que sólo se puede llegar a una conjetura tomando en cuenta lo que se conoce de las pocas investigaciones que existen, los expedientes médicos e información anecdótica. Es importante saber que alguna de la información sobre interacciones es conflictiva. Afortunadamente, se conoce mucho más sobre las drogas usadas legalmente, como la metadona y el alcohol. El mensaje que debe recordar es que la información sobre interacciones no siempre está clara. Además, las interacciones pueden variar, tomando en cuenta factores, como el metabolismo de la persona, el modo de inyectarse y la pureza de la droga.
8. Presente el tema de la comorbilidad, haciendo referencia a la información en las diapositivas IV-56 a la IV-64. Explique cómo las comorbilidades, como la tuberculosis (TB) y las hepatitis B y C, son bastantes comunes entre los usuarios de drogas y deben tenerse en cuenta en el plan de tratamiento. Estos son otros puntos que debe presentar:
 - La infección del VHC es muy común entre los usuarios de drogas – mucho más común que el VIH.
 - Enfatice los retos del tratamiento actual del VHC. Por ejemplo, algunos medicamentos para el VHC se administran por inyección, que puede ser problemático para algunos usuarios de drogas. Además, la tasa de éxito del tratamiento para el VHC es de baja a moderada, y los efectos secundarios son difíciles de tolerar.

- Enfatice que el medicamento rifampín para la TB tiene interacciones significativas con los PI y los NNRTI, al punto que está contraindicado con casi todos estos medicamentos antirretrovirales. El rifampín reduce dramáticamente los niveles de la metadona. El rifabutín es el tratamiento preferido para el tratamiento de la TB, debido a que tiene menos interacciones con los PI y los NNRTI y no causa cambios en los niveles de metadona.

Comorbilidades

- Hepatitis B
- Hepatitis C (VHC)
- Tuberculosis (TB)
- Enfermedad mental

Slide IV-56

La infección del VHC

Epidemiología

- 5 veces más dispersa que el VIH
- Causa principal de enfermedad hepática en los E.U.
- Hasta el 88% de los usuarios de drogas inyectables están coinfectados con el VHC

Lauer, NEJM 2001

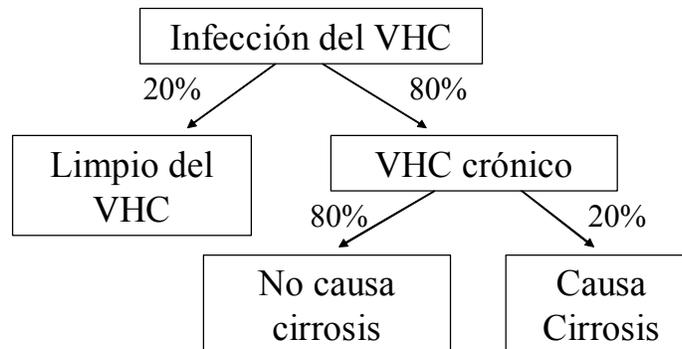
Slide IV-57

El VHC y el VIH

- Efecto del VIH sobre el VHC
 - Acelera la hepatitis C
 - Produce cirrosis más rápidamente
 - No hay diferencia en la respuesta al tratamiento del VHC
- Efecto del VHC sobre el VIH
 - Datos conflictivos sobre el progreso del VIH
 - La enfermedad hepática puede complicar la terapia antirretroviral

Slide IV-58

Aspectos del tratamiento del VHC



No hay manera de predecir quién desarrollará cirrosis

No hay manera de predecir quién se beneficiará más del tratamiento

Slide IV-59

Lauer, NEJM 2001

Aspectos del tratamiento del VHC (continuación)

- Inyecciones semanales de peginterferón por 6 a 12 meses
- Tasa de curación un total de aproximadamente 56%
- Efectos secundarios severos—síntomas tipo influenza, depresión, irritabilidad, inestabilidad emocional, anemia severa
- Hasta 1/3 de los pacientes suspenden el tratamiento debido a intolerancia

Fried, 2002

Slide IV-60

Tuberculosis (TB)

Epidemiología

- La TB es más común entre los usuarios de drogas inyectables que el VIH.
- Hasta el 23% de los usuarios de drogas inyectables han estado expuestos a la TB (PPD+).
- La coinfección con la TB y el VIH es mayor entre los usuarios de drogas inyectables y los grupos minoritarios.
- La infección del VIH es el factor de riesgo mayor para que la exposición de la infección de la TB se desarrolle de una enfermedad activa.

CDC, 2002; Selwyn, 1989

Slide IV-61

La TB y el VIH

- El efecto de la TB sobre el VIH
 - ↑ replicación del VIH
 - Acelera el progreso del VIH
 - ↑ el riesgo de infecciones oportunistas y de muerte
- Efecto del VIH sobre la TB
 - La presentación clínica de la TB puede ser distinta
 - La respuesta temprana a la terapia de la TB no varía
 - Se desconocen las tasas de recaídas de la TB

CDC, 2002; Whalen, 1995

Slide IV-62

La TB y las interacciones de los medicamentos para el VIH

Numerosas interacciones complejas entre los medicamentos antirretrovirales y los usados para la TB

- Rifampín
 - *Nos se puede utilizar en la mayoría de los pacientes que utilizan los NNRTI y los PI*
 - ↓ niveles de los NNRTI y los PI, haciéndolos inefectivos
 - ↓ niveles de metadona
- Rifabutín
 - Uso más favorable con los medicamentos para el VIH
 - Requiere modificación de dosis con muchos NNRTI y PI
 - Ningún efecto sobre los niveles de metadona

Slide IV-63

9. Enfaticé la prevalencia de enfermedad mental, y discuta brevemente las implicaciones para la terapia. Aunque este módulo no considera este tema en detalle, es esencial mencionar la importancia de evaluar la posibilidad de una enfermedad mental y de referir al paciente y ofrecer tratamiento cuando sea necesario. (Diapositiva IV-64).

El VIH y la enfermedad mental

- De un 50% a un 80% de las personas infectadas con el VIH están afectadas mentalmente.
- El diagnóstico triple de VIH, uso de drogas y enfermedad mental es común.
 - Hasta un 80% de los pacientes infectados con el VIH que reciben terapia de mantenimiento con metadona requieren consultas psiquiátricas debido a enfermedades mentales.
- Una depresión no tratada puede impedir la adherencia a los medicamentos y hacer del VIH una infección más incapacitante.

Sherer, 1998; Elliot, 1997, Ferrando, 2001

Slide IV-64

10. Presente las otras complicaciones del uso de drogas, refiriéndose a la información en las Diapositivas IV-65 a la IV-66.
- Discuta algunas maneras específicas en las que el uso de drogas puede afectar el sistema inmune. Enfatice, sin embargo, que la información sobre este tema es muy limitada. Por ejemplo, que la información sobre la cocaína proviene de estudios en ratones.
 - Discuta las maneras en las que el uso de drogas puede aumentar los factores de riesgo para las complicaciones médicas en general.
 - Hable sobre cómo se correlacionan el ambiente y la conducta con el uso de drogas. Estos pueden ser inmunosupresores en sí y contribuir a otros resultados negativos sobre la salud.

Otras complicaciones del uso de drogas

- Drogas inyectables
 - ↑ el riesgo de infecciones bacterianas (endocarditis, abscesos, pulmonía)
- Cocaína
 - ↑ la replicación del VIH
 - ↓ células T CD4+
- Alcohol
 - ↑ el riesgo de infecciones bacterianas (pulmonía)

Slide IV-65

Otras complicaciones del uso de drogas (continuación)

En general, el uso de drogas está relacionado con

- Vivienda inestable
- Enfermedad mental
- Menor acceso a recibir cuidado primario para el VIH
- Menor acceso para la terapia antirretroviral
- Retraso en el inicio de la terapia antirretroviral

Todos estos factores afectan la salud y la adherencia.

Shapiro, 1999; Stein, 1997

Slide IV-66

11. La implicación más importante de los asuntos médicos discutidos en esta sesión puede resumirse como sigue: *los proveedores deben prestar más atención para que los medicamentos y los regímenes de tratamiento se ajusten a la situación y necesidades específicas de cada paciente.*
12. Los proveedores también deben estar al tanto de la disposición del paciente para comenzar, continuar o resumir la terapia antirretroviral, a la luz de sus otras prioridades personales y de salud. Por ejemplo, un paciente que está considerando obtener una vivienda segura, resolver una enfermedad aguda y reconectarse con su médico de la hepatitis C como sus tres prioridades principales, puede que no esté listo para comenzar la terapia antirretroviral. Después que haya atendido alguna de estas prioridades, el paciente podrá sentirse más preparado para comenzar la terapia antirretroviral. Similarmente, la educación y el apoyo, con frecuencia, pueden ayudar a los pacientes que aún no están considerando la terapia antirretroviral, o que sólo comienzan a contemplarla, a moverse hacia el próximo nivel de disposición. El modelo de los Estados de Cambio sirve de guía para hablar con los pacientes sobre su grado de disposición y los pasos que pueden tomar, a pesar de que no estén listos para comenzar la terapia antirretroviral ahora. Respecto a esto, cada paso hacia la disposición de tratamiento es visto como un cambio de conducta saludable. Los pacientes no están dispuestos al “fracaso” si aún no están listos o en la disposición para adherirse a la terapia. Por el contrario, se les brindan más oportunidades para el “éxito” en sus esfuerzos de promoción de la salud (Diapositiva IV-67).

Prioridades y motivaciones

Las metas de la adherencia no se pueden considerar fuera del espectro de las necesidades de servicios psicosociales y médicos.

- Planificación de servicio, metas a corto y largo plazo, necesidades del paciente y recursos
- Espectro de las oportunidades de promoción de salud
- Aplicación de las Etapas de Cambio

Slide IV-67

Impreso educativo IV-10: Interacciones entre los medicamentos para el VIH y la metadona

Medicamento para el VIH	Efecto sobre la metadona	Efecto sobre los medicamentos para el VIH	Efecto clínico
PI			
Indinavir Ritonavir	Ningún cambio ↓niveles en un 37%		Vigilar y titular la dosis de metadona, de ser necesario, puede requerir aumentar la dosis de metadona
Saquinavir [§] Nelfinavir	- ↓ niveles		Efecto mínimo sobre la dosis de mantenimiento, vigilar y titular la dosis, de ser necesario, puede requerir aumento en la dosis de metadona
Amprenavir	↓ en un 35%		Vigilar y titular la dosis de ser necesario; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Lopinavir	↓ ABC en un 36%, nivel en un 53%		Vigilar y titular la dosis de ser necesario; puede requerir aumentar la dosis de metadona.
NNRTI			
Nevirapina	↓ en un 46%	Ningún cambio	Ocurren síntomas de retirada si no se ajusta la dosis; titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; Puede requerir aumento en la dosis de metadona
Efavirenz	↓ en 48-52%		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Delavirdina	No se ha estudiado		
NRTI			
Zidovudina	Ningún cambio	↑ ABC en un 40%	No está claro; la metadona puede aumentar la toxicidad relacionada con la zidovudina
Estavudina	Ningún cambio	↓ ABC en un 18%, nivel en un 27%	No requiere ajuste en la dosis
Didanosina	Ningún cambio	↓ ABC en un 41%, nivel en un 60%	Considerar aumento en la dosis de la didanosina
Tenofovir Lamivudina Abacavir Zalcitabina	No estudiado Ningún cambio ↑ aclaramiento No estudiado	↓ concentración máxima	
Otros medicamentos utilizados algunas veces por personas infectadas con el VIH			
Rifampín	↓ niveles marcadamente		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Rifabutín Fluconazol	Ningún cambio ↑ nivel en un 30%		Significado clínico desconocido
Fenitoína	↓ niveles marcadamente		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Fenobarbital	↓ niveles marcadamente		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona
Carbamazepina	↓ niveles		Titular la dosis de metadona hasta lograr efecto; puede requerir aumento en la dosis de metadona

[§]Se han realizado estudios de interacciones con la formulación de Invirase del saquinavir, por lo tanto, las observaciones y recomendaciones puede que no apliquen a la formulación de Fortovase de saquinavir.

ABC = Área bajo la curva

Adaptado de las fuentes siguientes:

Centers for Disease Control and Prevention, 2002

Gourevitch, M.N., Friedland, G.H., 2000

Impreso educativo IV-11: Interacciones entre medicamentos antirretrovirales y drogas de recreación

Droga	Efecto	Comentario
Alcohol	↑ nivel del abacavir	Significado desconocido
Anfetaminas	Ritonavir puede ↑ de dos a tres veces el nivel de amfetamina	Evitar combinar con el ritonavir; como alternativa, use una cuarta parte o la mitad de la cantidad de la amfetamina
Cocaína	Posible ↑ en la replicación del VIH y ↓ en el sistema inmune ^{1,2,3,4}	Estudios sólo en tubos de ensayo y ratones
Ecstasy (MDMA)	Sobredosis y muerte con el ritonavir ¹² Posible ↑ en los niveles con otros PI y NNRTI	Evite combinar con el ritonavir; como alternativa, use una cuarta parte o la mitad de la cantidad del MDMA y vigile síntomas de toxicidad
GHB (liquid X)	↑ niveles y toxicidad con ritonavir/saquinavir ⁵ , posible ↑ con la delavirdina	Use con cuidado con los PI, al igual que con la delavirdina y el efavirenz
Heroína	Ritonavir puede ↓ niveles en un 50%; Ritonavir y otros PI también pueden ↑ niveles	
Ketamina	Posible ↑ en los niveles con el ritonavir, la delavirdina y el efavirenz	Use con cuidado con el ritonavir, el nelfinavir y el efavirenz
LSD	Desconocido	Use con cuidado con los PI, la delavirdina y el efavirenz
Marihuana	PI pueden ↑ niveles	Efavirenz puede causar falso positivo en la prueba de detección para la marihuana
PCP	Posible ↑ en los niveles con los antirretrovirales	Use con cuidado con los PI, la delavirdina y el efavirenz

Adapted from: Antoniou, T., Tsemg, A.L., 2002

¹ Roth, M.D., Tashkin, D.P., Choi, R, et al., 2002

² Bagasra, O., Pomerantz, R.J., 1993

³ Peterson, P.K., Gekker, G., Chao, C.C., et al., 1991

⁴ Peterson, P.K., Gekker, G., Chao, C.C., et al., 1992

⁵ Harrington, R.D., Woodward, J.A., Hooton, T.M., et al., 1999

⁶ Henry, J.A., Hill, I.R., 1998

Impreso educativo IV-12: Drogas comúnmente usadas y posibles interacciones con los medicamentos para el VIH
(From STATSCRIPT – The Boston Living Center Medication Adherence Program and the Treatment Information Clinic, Septiembre,2000)

(El adiestrador entregará el impreso educativo.)

Sesión 7: Hablando con los pacientes sobre el VIH y el uso de drogas

Actividad: Representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente

Propósito: Practicar y discutir las técnicas de comunicación efectiva mediante la representación de roles

Tiempo: 35 minutos

Materiales

- Impreso educativo IV-13, “El rol del paciente – Patricia”
- Impreso educativo IV-14, “El rol del proveedor”
- Diapositiva IV-68, “La comunicación entre el proveedor y el paciente”
- Diapositiva IV-69, “Las actitudes del proveedor hacia el usuario de drogas”
- Diapositiva IV-70, “La representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente ”

Notas para el adiestrador

1. Presente el tema de la comunicación entre el proveedor y el paciente (Diapositiva IV-68) y haga una reflexión de la cita (Diapositiva IV-69).

La comunicación entre el proveedor y el paciente

- Cómo hablamos sobre
 - La adherencia
 - El uso de drogas
- Mejorar la relación entre el proveedor y el paciente

Slide IV-68

La actitud del proveedor hacia el usuario de drogas

“A pesar de que existe prueba sobre la efectividad del tratamiento del uso de drogas, muchos médicos ven al paciente adicto como incurable y moralmente culpable. Al igual que otros pacientes “odiosos”, los médicos pueden mirar al adicto como personas manipuladoras, desmotivadas e inmerecedoras de atención...estas actitudes contribuyen a la retención injustificada del tratamiento y a una interacción insatisfactoria mutua entre el paciente y el médico”.

O'Connor, 1994

Slide IV-69

2. Presente el ejercicio y permita a los participantes algunos minutos para leer sobre los roles del paciente y del proveedor (Diapositiva IV-70 y los Impresos educativos IV-13 y IV-14).

La representación de roles de la comunicación entre el proveedor y el paciente



¿Cómo podemos tener una comunicación efectiva el uno con el otro?

Slide IV-70

3. Solicite dos voluntarios para representar los roles del paciente y del proveedor. Pida al resto del grupo que observe la representación de roles.
4. Facilite una discusión sobre la representación de roles. Comience haciendo preguntas específicas a los participantes sobre la adherencia y el uso de drogas. Termine la actividad con una serie de preguntas generales sobre la naturaleza de la interacción. A continuación algunas preguntas sugeridas:

Adherencia

- ¿Cómo exactamente es que el proveedor le pregunta a Patricia sobre la adherencia?
- ¿El proveedor va a lo específico o mantiene la discusión general?
- Aliente al proveedor a hacer preguntas bien específicas, incluidas las siguientes:
 - ¿Cuáles son los nombres de las pastillas que está tomando?
 - ¿Cuántas pastillas toma de cada una y cuándo se toma las dosis?
 - ¿Cuántas dosis se tomó ayer, en los últimos tres días y en los pasados siete días?
 - Si no se tomó alguna de las dosis, ¿puede explicar por qué?
 - ¿Puede relacionar la hora en que toma sus dosis con alguna actividad de su rutina diaria? De ser así, ¿con qué actividades?
 - ¿Qué efectos secundarios, si alguno, ha tenido?
- ¿Trajo el proveedor algún plan concreto para ayudar a Patricia a adherirse a su terapia?
- ¿Sugirió el proveedor que Patricia relacionara sus dosis con actividades diarias que pudieran recordarle tomar sus medicamentos?
- ¿Abordó el proveedor el tema de la interacción entre la metadona y la nevirapina?
- ¿Identificó el proveedor los apoyos disponibles en la vida de Patricia que pueden ayudarle con la adherencia?

- ¿Mencionó Patricia los retos y preocupaciones que enfrenta con la adherencia?
- ¿Qué preguntas debe hacerle Patricia a su proveedor durante la entrevista? ¿Qué debe esperar Patricia de su proveedor en respuesta a su situación actual?

Uso de drogas

- ¿Enfoca el proveedor el tema del uso de drogas? De hacerlo, ¿cómo lo hace?
- ¿Le pregunta el proveedor a Patricia sobre factores externos que pueden afectar su uso de drogas (por ejemplo, la relación de Patricia con su novio y su participación en una organización para la reducción de daños)?
- ¿Pregunta el proveedor sobre el interés de Patricia de cambiar su Patriciarón de uso de drogas?
- Al hablar con Patricia sobre el uso de drogas, ¿enfoca el proveedor los problemas relacionados con el uso de drogas (la filosofía de la reducción de daños) y no el uso de drogas en sí?
- ¿Intenta el proveedor ofrecer a Patricia opciones que se ajustan a sus intereses y a su situación?
- ¿Discute el proveedor cómo el uso de drogas puede afectar la adherencia y discute las interacciones potenciales de medicamentos?
- ¿Divulga Patricia su uso actual de drogas?
- ¿Qué factores hacen más o menos probable que el paciente divulgue su uso de drogas?

Preguntas generales

- ¿Tiene el proveedor una actitud no crítica?
- ¿Pudieron Patricia y su proveedor desarrollar metas dirigidas hacia el paciente que fueran razonables y aceptables para Patricia?
- ¿Pudieron desarrollar un plan para dar pasos pequeños en un periodo de tiempo largo?
- ¿Puede Patricia interceder por ella misma?
- ¿Qué factores hacen más o menos posible que Patricia juegue un papel activo durante su visita médica?

Impreso educativo IV-13: Rol del paciente – Patricia

Usted es una mujer de 43 años, infectada con el VIH durante seis años. Ha estado en distintos regímenes antirretrovirales, que ha suspendido por varias razones. Entre las razones se incluyen, efectos indeseables y sentirse agobiada por tener que tomar todos los medicamentos a tiempo, día tras día. Tomar medicamentos para el VIH le recuerda que está enferma y eso la deprime, que a su vez la hace sentirse vulnerable al uso de drogas.

Tiene un apartamento, y su novio, que fuma crack diariamente y está infectado con el VIH, se queda en el apartamento de vez en cuando. Usted olía heroína, pero lo dejó hace un año. Actualmente usted fuma crack dos o tres veces al mes, casi siempre los fines de semana y siempre con su novio. Usted participa en una organización de reducción de daños, la cual visita varias veces a la semana. También está en un programa de metadona. Usted recoge su metadona diariamente y toma 80 mg diarios.

Usted comenzó la terapia antirretroviral nuevamente hace tres semanas con un régimen de estavudina, lamivudina y nevirapina. Al principio, podía tomarse los medicamentos como indicado, una pastilla de cada medicamento dos veces al día. Sin embargo, cerca de diez días después de comenzar este régimen, se sintió como si estuviera en retirada de metadona. Para sentirse mejor, comenzó a oler heroína nuevamente, pero sólo de vez en cuando. Como sintió que los medicamentos para el VIH le estaban ‘comiendo’ la metadona, ocasionalmente omitía las dosis para sentirse mejor. No le ha contado a nadie sobre su preocupación de sentirse como en retirada de metadona ni del uso de heroína. Teme que si habla sobre estas preocupaciones con su consejera de metadona, ella podría pensar que está buscando usar drogas nuevamente.

En este ejercicio de representación de roles, usted visita a su proveedor regular para solicitar una cita. A usted se le olvidó la última cita de hace una semana, pero pudo conseguir una cita para hoy. Esta es su primera visita con su proveedor desde que comenzó a tomar el régimen antiviral actual. Usted necesita repetir sus medicamentos.

Impreso educativo IV-14: Rol del proveedor

Usted ha estado atendiendo a Patricia por siete meses. Ella es una mujer de 43 años, infectada con el VIH que utiliza cocaína esporádicamente. También, recién comenzó a usar heroína nuevamente debido a que tenía síntomas de retirada del tratamiento de metadona. Patricia ha recibido varios regímenes antirretrovirales en el pasado, pero ha suspendido los medicamentos por distintas razones. Hace alrededor de un mes, usted y Patricia decidieron que debía comenzar la terapia antirretroviral. Usted le recetó estavudina, lamivudina y nevirapina en la última visita hace 3 semanas. Usted le indicó a Patricia que tomara una pastilla de cada medicamento dos veces al día. Ella perdió su última cita de seguimiento la semana pasada, pero obtuvo una nueva cita para hoy. Esta es la primera vez que ve a Patricia desde que comenzó los medicamentos para el VIH.

Como proveedor de Patricia, usted quiere saber cómo le va con sus medicamentos para el VIH. La receta indica que Patricia debe tomar una pastilla de cada medicamento dos veces al día. ¿Se ha estado tomando Patricia los medicamentos como indicado? ¿Ha tenido Patricia algún problema al tomarse los medicamentos o algún efecto secundario? Además, como usted sabe que Patricia recién ha comenzado a usar heroína otra vez y que esporádicamente utiliza cocaína, usted debe comentar con ella sobre el uso de drogas.

Presentación: Mejorando la comunicación entre el proveedor y el paciente

Propósito: Mejorar la comunicación entre el proveedor y el paciente en general, como también en las áreas específicas de uso de drogas y de adherencia a medicamentos

Tiempo: 15 minutos

Materiales

- Impreso educativo IV-15, “Cuestionario previo a la cita obtenido de los materiales de ‘La adherencia ahora’
- Diapositiva IV-71, “Hablando sobre la adherencia”
- Diapositiva IV-72, “Hablando sobre la adherencia (continuación)”
- Diapositiva IV-73, “Evaluando la adherencia en los usuarios de drogas”
- Diapositiva IV-74, “¿Cuán útil es la información que brindan los propios usuarios de drogas?”
- Diapositiva IV-75, “Distintas perspectivas sobre la adherencia”
- Diapositiva IV-76, “Hablando sobre el uso de drogas”
- Diapositiva IV-77, “Hablando sobre el uso de drogas (continuación)”
- Diapositiva IV-78, “Hablando sobre las interacciones de las drogas de recreación”
- Diapositiva IV-79, “La relación entre el proveedor y el paciente”
- Diapositiva IV-80, “La relación entre el proveedor y el paciente (continuación)”
- Diapositiva IV-81, “Consejos de comunicación para los pacientes”

Notas para el adiestrador

1. Utilice esta presentación (Diapositivas IV-71 a la IV-81) para resumir los puntos sobre la comunicación expuestos en la representación de roles
2. Explique por qué es importante que los proveedores hablen con sus pacientes sobre la adherencia. Concéntrese en que evaluar la adherencia es una forma importante para los proveedores ajustar las intervenciones a las necesidades de los pacientes. (Diapositivas IV-71 a la VI-72).

Hablando sobre la adherencia

Haga preguntas específicas

- ¿Cuántas pastillas se tomó ayer?
 - ¿Como se llaman? ¿Cómo son? (muestre retratos de los medicamentos si tiene problemas para recordarlos)
- ¿A qué hora se las tomó?
- ¿Usted relaciona los medicamentos con alguna actividad?
- ¿Cuántas veces omitió una dosis de sus medicamentos en los pasados tres días? ¿En la última semana?

Slide IV-71

Hablando sobre la adherencia (continuación)

Investigue por qué se omitieron las dosis

- ¿Por qué entiende que no se tomó las dosis?
- ¿Está usando drogas otra vez?
- ¿Cuánto está usando?
- ¿Se lleva los medicamentos cuando sale de la casa?
- ¿Puede relacionar sus medicamentos con las actividades de su vida diaria?

Slide IV-72

3. Además, refiera a los participantes a los Impresos educativos como recursos adicionales. Enfatice que no existe una regla para medir la adherencia del paciente. Se han utilizado varios métodos en distintos estudios, cada uno con sus elementos particulares, a favor y en contra (Diapositiva IV-73). Estos métodos incluyen el recuento de pastillas, revisar los expedientes de la farmacia, dispositivos electrónicos (como el *Medication Electronic*

Monitoring System – MEMS), la información provista por el paciente y la evaluación del proveedor. También destaque que la evaluación del proveedor sobre la adherencia es muy importante, pues es uno de los métodos más factibles para vigilar la adherencia. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que los estimados de los proveedores sobre la adherencia son sólo 50% precisos (Adherence Now, 2001). Se ha demostrado que la información que proveen los pacientes sobrestiman el nivel de adherencia, como muestra la Diapositiva IV-74 (Arnsten, 2001; Stone, 2001).

Evaluando la adherencia en los usuarios de drogas

Métodos múltiples disponibles para evaluar la adherencia:

- El recuerdo del paciente
- Recuento de pastillas
- Medication Event Monitoring System (MEMS)
- Revisión de los expedientes de la farmacia

Slide IV-73

¿Cuán útil es la información que brindan los propios usuarios de drogas?

	Adherencia Promedio 1 Día	Adherencia Promedio 1 Semana
Información del usuario	79%	78%
MEMS	57%	53%

Arnsten, 2001; Stone, 2001

Slide IV-74

4. Observe que los proveedores pueden mejorar la forma de evaluar la adherencia de las siguientes maneras:
 - Aprenda a conocer sus pacientes antes de prescribirles la terapia antirretroviral. Por lo regular, toma algunas visitas para establecer una relación de confianza con un paciente nuevo. Así podrá estimar mejor el nivel de adherencia.
 - Al hablar con los pacientes sobre la adherencia, recuerde preguntarles sobre asuntos específicos y haga un sondeo para obtener información sobre las dosis que omiten.
 - Utilice herramientas de medición que le ayuden a evaluar la adherencia. Refiera a los participantes al Impreso educativo IV-15, como ejemplo de una herramienta para ayudarlos a hacer preguntas específicas sobre la adherencia. Este cuestionario también es parte del material “La adherencia ahora” que se repartió al comienzo de este módulo.

5. La Diapositiva IV-75 indica que es importante tener presente que muchas veces los pacientes y los médicos tienen preocupaciones distintas.

Distintas perspectivas sobre la adherencia

- Muchas veces, los médicos y los pacientes están en desacuerdo en cuanto a las razones para la falta de adherencia al tratamiento.
- Los pacientes, por lo regular, identifican los efectos negativos de la terapia antirretroviral sobre sus estilos de vida: restricciones dietarias, falta de privacidad, itinerarios complejos y costos.
- Los médicos hacen más hincapié en asuntos médicos y del régimen: número de dosis y efectos secundarios.

Slide IV-75

6. Luego, enfatice en hablar del uso de drogas y de conocer más de los patrones de uso del paciente (Diapositivas IV-76 a la IV-78).

Hablando sobre el uso de drogas

- No criticar es una actitud esencial.
- Qué preguntar
 - ¿Cuándo fue la última vez que usó drogas? (Y no, “¿Está usando drogas?”—distintos puntos de vista)
 - ¿Qué patrón de uso tiene?
 - ¿Por qué cree que usa drogas?
 - ¿Cómo las usa—se inyecta, huele, inhala, come o toma?
 - ¿Comparte agujas o parafernalia?
 - ¿De dónde obtiene el dinero?

Slide IV-76

Hablando sobre el uso de drogas (continuación)

Trabajando con el uso de drogas

- ¿El uso le está causando algún problema?
- ¿Quiere atender estos problemas?
- ¿Cómo cree que puede atender estos problemas?
- Ofrezca opciones
 - Enfoque interdisciplinario
 - Programas de tratamiento de drogas
 - Uso de una red de apoyo social
 - Apoyo del proveedor

Slide IV-77

Hablando sobre las interacciones de las drogas de recreación

- No hay manera de identificar cuáles son las “drogas seguras” para usar con los medicamentos para el VIH.
- Las recaídas no necesariamente son un motivo para suspender la terapia antirretroviral.
- Comience poco a poco con las drogas que selecciona mientras está en tratamiento con los antirretrovirales.
- Comparta información y recursos, pero enfatice que nuestro conocimiento sobre las interacciones de medicamentos es una ciencia *inexacta*.

Slide IV-78

7. Finalice la presentación con algunos puntos generales sobre cómo establecer buenas relaciones entre el proveedor y el paciente (Diapositivas IV-79 a la IV-81). La Diapositiva IV-81 incluye una lista de consejos para los pacientes cuando estos hablan con sus proveedores sobre sus preocupaciones del tratamiento y de las necesidades del cuidado de la salud. Tenga presente que algunos usuarios de drogas tienen una dificultad extraordinaria

para comunicarse con sus proveedores, como resultado de experiencias pasadas negativas en los sistemas de salud. Los proveedores pueden ayudar a los pacientes a que intercedan por ellos mismos más efectivamente en los lugares que ofrecen servicios de salud, proveyéndoles acceso a la información médica, revisando las opciones de tratamiento y alentando a los pacientes a discutir sus preguntas y preocupaciones.

La relación entre el proveedor y el paciente

- Ofrezca información de salud del VIH precisa y actualizada.
- Anticipe el tema de la adherencia
 - Efectos secundarios
 - Manejo de dolor
- Anticipe el tema del uso de drogas
- Enfoque la depresión y otros temas de salud mental.
- Pregunte sobre temas no médicos.
 - Apoyo e intercesión
 - Vivienda

Slide IV-79

La relación entre el proveedor y el paciente (continuación)

Metas del cuidado “médico”

- Que estén centradas en el paciente
- Que sean metas razonables y aceptables
- Que estén dirigidas a ir paso a paso en el tiempo
- Que esté todo puesto sobre la mesa (sin agendas escondidas)
- Que se pueda redefinir el “éxito”

Este enfoque conduce a menos frustraciones por parte del proveedor y del paciente.

Slide IV-80

Consejos de comunicación para los pacientes

- Comience el proceso educativo en el hogar.
- Escoja un estilo para relacionarse.
- Prepárese para las citas.
- Comunique las solicitudes de tratamiento en un espíritu de respeto mutuo.
- Comparta las metas de salud con su proveedor.
- Sea su propio intercesor.
- Juegue un papel activo en el cuidado de su salud y en las decisiones de tratamiento.

Slide IV-81

Impreso educativo IV-15: Cuestionario previo a la cita obtenido de los materiales de “La adherencia ahora” (Este impreso educativo está incluido en los materiales de “La adherencia ahora” distribuidos anteriormente.)

LA ADHERENCIA AHORA

Cuestionario previo a la cita

Complete este cuestionario antes de su cita con el proveedor con el propósito de atender asuntos importantes sobre su cuidado que hayan ocurrido desde su última visita

SECCIÓN 1

¿Actualmente está tomando medicamentos para el VIH? (Haga un círculo) Si No
Si no, por qué _____

Si no toma medicamentos, pase a la Sección 2

¿Encuentra que los medicamentos para el VIH son fáciles de tomar? (Haga un círculo) Si No
Si no, por qué _____

Anote los medicamentos para el VIH que usa:

Nombre de marca	Nombre genérico	Número de pastillas por dosis	Número de dosis por día	A qué hora se toma sus dosis (12 am/12 pm)	Instrucciones especiales (con/sin comidas)

Estime el número de dosis que ha omitido, si alguna.

Hoy _____ Ayer _____ Semana pasada _____ Mes pasado _____

¿Por qué omitió la dosis?

Por olvido _____ Se quedó dormido _____ Efectos secundarios/enfermedad _____ Otro _____

¿Qué cantidad del medicamento para el VIH estima usted que se toma? (haga un círculo)

Ninguno (0%) Alguno (10%-30%) Menos de la mitad (30%-50%) Cerca de la mitad (50%) Más de la mitad (60%-75%) La mayor parte (80%-85%) Casi todo (90%-95%) Todo (100%)

Algunas personas olvidan tomar su medicamento durante el fin de semana. ¿Olvidó el suyo en el fin de semana?

Si No

¿Tiene algún familiar o amigo que le recuerde tomar su medicamento para el VIH?

Si No

¿Tiene usted transportación o medios para llegar a la farmacia para repetir su receta?

Si No

¿Le gustaría tener una alarma o un dispositivo para ayudarle a recordar tomar su medicamento?

Si No

¿Le gustaría tener una caja de píldoras con divisiones para cada dosis y día para ayudarle a recordar tomar sus medicamentos?

Si No

¿Le gustaría conocer maneras para ayudarle a tomar mejor sus medicamentos?

Si No

Sección 2 PREGUNTAS OPCIONALES

¿Ha tenido sexo sin protección desde su última visita?

¿Cuántas bebidas alcohólicas (latas de cerveza, copas de vino, tragos) ha tomado en la última semana?

Si No

¿Ha usado alguna droga desde su última visita?

Si No

¿Cree que está deprimido?

Si No

Si No Tal vez

Comentarios: _____

Nombre del proveedor _____ Firma del proveedor _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____



ADHERENCE NOW

PREAPPOINTMENT QUESTIONNAIRE



Please complete this questionnaire prior to seeing your provider, to address important issues about your care that have come up since your last visit.

SECTION ONE

Are you currently taking HIV medications? (please circle) Yes No

If no, why not? _____

If you are not taking medications, please proceed to Section Two.

Do you find your HIV drugs easy to take? (please circle) Yes No

If no, why not? _____

Please list your HIV medications below:

Trade name	Generic name	Number of pills per dose	Number of doses per day	What times do you take your doses? (ie. 12 AM / 12 PM)	Special instructions (eg. with/without food)

Please estimate the number of doses you have missed (if any):

Today _____ Yesterday _____ Last week _____ Last month _____

Why did you miss the dose?

Forgot _____ Sleeping _____ Side effects/felt sick _____ Other _____

How much of your HIV medications do you estimate that you take? (circle one)

None (0%)	Some (10%-30%)	Less than half (30%-50%)	About half (50%)	More than half (60%-75%)	Most (80%-85%)	Almost all (90%-95%)	All (100%)
--------------	-------------------	-----------------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------	---------------

Some people forget to take their pills on the weekends. Did you forget a dose last weekend? Yes No

Do you have family or friends who remind you to take your HIV medications? Yes No

Do you have transportation or any means of getting to the pharmacy to fill a prescription? Yes No

Would you like an alarm or reminder device to help you to remember to take your medications? Yes No

Would you be interested in receiving a pillbox with dividers for each dose and day to help you to remember to take your medications? Yes No

Would you be interested in learning about ways to take your medications better? Yes No

SECTION TWO OPTIONAL QUESTIONS

Have you had unprotected sex since your last visit? Yes No

How many alcoholic drinks (can of beer, glass of wine, mixed drink) have you had in the past week?

Have you used any drugs to get high since your last visit? Yes No

Do you think you might be depressed? Yes No Maybe

Comments: _____

Provider name: _____ Provider signature: _____

Patient name: _____ Date: _____

Sesión 8: ¿Qué podemos hacer para mejorar la adherencia en general?

Actividad: Creando intervenciones para la adherencia

Propósito

- Ilustrar los siguientes puntos:
 - El que el paciente acepte la información sobre los riesgos a la salud de la falta de adherencia no es suficiente para asegurarse de que tomarán sus medicamentos apropiadamente. El proveedor también debe tener el conocimiento, las destrezas y la credibilidad para persuadir al paciente de que el tratamiento vale la pena. El proveedor también debe demostrar que sinceramente se preocupa por el paciente.
 - Hay muchos tipos distintos de intervenciones que pueden ajustarse a los retos específicos que enfrenta el paciente.
 - El mejor enfoque para una adherencia óptima es utilizar una estrategia de múltiples modos centrada en el paciente, el régimen y el proveedor.
- Fomentar en los participantes la creatividad, pero siendo realistas al desarrollar intervenciones para la adherencia. Cuando se trabaja con usuarios de drogas, los proveedores tienen que prestar atención particular a las conductas de uso de drogas y reconocer tanto los retos como las oportunidades para integrar el uso continuo de drogas a la adherencia de la terapia antirretroviral.
- Crear intervenciones para promover la salud que mejoren la adherencia haciendo uso de los apoyos ambientales y de conducta que existen en las vidas de los usuarios de drogas.

Tiempo: 30 minutos

Materiales

- Rotafolios, marcadores y cinta adhesiva
- Hoja para colocar las notas de los participantes de la Sesión 5
- Impreso educativo IV-16, “Gráfica de intervenciones con el enfoque hacia el paciente, el proveedor y el régimen”
- Impreso educativo IV-17, “Ejemplos de sellos adhesivos (sticker sheets) que sirven de recordatorios”
- Impreso educativo IV-18, “Hoja Informativa sobre dosificación de medicamentos, almacenamiento y efectos secundarios”
- Impreso educativo IV-19, “Hojas de instrucciones de dosificación individualizadas con retratos de los medicamentos”
- Impreso educativo IV-20, “Positively Aware’s 2002 HIV Drug Guide.”
- Diapositiva IV-82, “Creando intervenciones para la adherencia”
- Diapositiva IV-83, “Intervenciones de apoyo”
- Diapositiva IV-84, “Itinerario e Indicaciones”
- Diapositiva IV-85, “Intervenciones de apoyo (continuación)”
- Diapositiva IV-86, “Intervenciones de apoyo (continuación)”

- Diapositiva IV-87, “Intervenciones para la adherencia”

Notas para el adiestrador

1. Pida a los participantes que repasen sus notas de la Sesión 5, en particular la discusión de ideas sobre los “Factores que afectan la adherencia”. Reflexione sobre las categorías identificadas por los participantes en esa discusión de ideas.
2. Rotule la parte de arriba de dos o tres papeles del rotafolio con las categorías sugeridas por los grupos durante la discusión de ideas. Estas categorías deben ser similares a un enfoque del paciente, el proveedor y el régimen. Resuma la información que aparece en la Diapositiva IV-82.

Creando intervenciones para la adherencia

- Los retos de la adherencia muchas veces
 - Enfocan el paciente
 - Enfocan el régimen
 - Enfocan el cuidado clínico o el proveedor
- Se pueden diseñar intervenciones adaptadas que respondan a las preocupaciones individuales del paciente.
- ¿Qué intervenciones pueden ser útiles para pacientes que enfrentan distintos tipos de retos?

Slide IV-82

3. Coloque en un lugar visible los papeles del rotafolio descritos anteriormente. Pida a los participantes que piensen sobre posibles intervenciones de apoyo para pacientes que enfrentan los distintos tipos de retos, y haga una lista en el papel correspondiente.
 - El Impreso educativo IV-16 provee un resumen de las intervenciones para la adherencia organizadas de acuerdo con el enfoque del paciente, del proveedor y del régimen.
 - Las Diapositivas IV-83 a la IV-86 resaltan algunos ejemplos por área de enfoque.

Intervenciones de apoyo

Intervenciones enfocadas en el paciente

- Apoyo social (pares, familia y otras personas significativas)
- Tratamiento de drogas
- Intercesión para la adquisición de vivienda
- Cuido de niños
- Cuidado para la salud mental
- Conocimiento, actitudes y creencias (educación e información)
- Itinerario e indicaciones
- Artefactos para la adherencia

Slide IV-83

Itinerario e indicaciones

Los itinerarios y las indicaciones son particularmente importantes debido a que

- El éxito de la adherencia requiere seguir un itinerario de dosificación estricto.
- Un itinerario de dosificación es más fácil de seguir si se puede integrar a un itinerario de actividades diarias.
- Una adherencia adecuada está apoyada en un itinerario consecuente y predecible.
- La adherencia presenta un reto mayor cuando las actividades diarias son impredecibles, inconsecuentes o están sujetas a cambios sin aviso alguno.

Slide IV-84

Intervenciones de apoyo (continuación)

Intervenciones enfocadas en el régimen

- Cambio de medicamentos
- Reducción en el número de pastillas
- Manejo de efectos secundarios
- Intervenciones dietarias
- Nuevas formulaciones de medicamentos
- Proveer hojas informativas de medicamentos y con instrucciones sobre dosificaciones
- Destrezas o mañas desarrolladas con el tiempo
- Apoyo de pares
- Manejo de dolor

Slide IV-85

Intervenciones de apoyo (continuación)

Intervenciones enfocadas en el cuidado clínico o el proveedor

- Equipo de cuidado multidisciplinario
- Políticas o protocolos relacionados con la adherencia
- Seguimiento temprano y frecuente
- Intercesoría médica
- Clínicas convenientes (local, horario y transportación)
- Establecer acuerdos; construir una relación con el paciente
- Rol activo del paciente
- Médico con conocimiento y sin prejuicios

Slide IV-86

4. Permita a los participantes de cinco a diez minutos para que por su cuenta consideren intervenciones útiles para los pacientes que enfrentan estos diferentes tipos de retos. Déjele saber al participante que no tiene que desarrollar un plan de servicio abarcador durante el

ejercicio. Sino que aliéntelo a que identifique algunas herramientas y estrategias prácticas que apoyen la adherencia. Estos son algunos ejemplos:

- Las personas que con frecuencia olvidan tomar sus medicamentos pueden beneficiarse de un “bíper” o de un reloj con vibrador.
- Las personas que olvidan tomar las dosis por estar muy ocupados con las actividades de sus hijos pueden utilizar los compromisos regulares de los hijos como señales para recordarles tomar los medicamentos.
- Las personas que se sienten agobiadas con el número de pastillas que toman pueden solicitar una conferencia con su proveedor para discutir las opciones de tratamiento y los regímenes de dosificación.

5. Instruya a los participantes a pensar específicamente sobre los retos únicos que enfrentan los usuarios de drogas infectados con el VIH. Estos son algunos ejemplos:

- Los usuarios de heroína que no pueden recordar tomarse sus medicamentos para el VIH y que utilizan heroína a intervalos regulares durante el día, podrían considerar relacionar las dosis de medicamentos con el uso de heroína. Para asegurarse que se adhieren a la terapia de medicamentos, se pueden tomar sus medicamentos para el VIH *antes* de usar heroína.
- Los pacientes que reciben metadona pueden tomar sus medicamentos para el VIH antes de recibir la dosis de metadona. Sin embargo, hay que recordar que los pacientes deben conversar con el médico antes de adoptar este enfoque para determinar la posibilidad de interacciones entre la metadona y el medicamento para el VIH y dar pasos para evitar problemas.
- Los pacientes que tienen dificultad con la adherencia debido a los efectos secundarios podrían beneficiarse de un referido a un especialista en medicina complementaria.

6. Después de resumir las intervenciones, preséntele a los participantes algunas herramientas que puedan utilizar para mejorar la adherencia del paciente.

- Refiera a los participantes al Impreso educativo IV-17 que es una herramienta útil para hacer el itinerario de medicamentos y para identificar algunas señales que le recuerden tomar las dosis. Sin embargo, es importante recordar que las vidas de algunas personas son tan agitadas que pueden estar muy ocupadas para llevar y usar un calendario.
- Refiera a los participantes a los Impresos educativos IV-18 y IV-20 para más información sobre medicamentos antirretrovirales específicos, incluso los efectos secundarios y las restricciones dietarias.
- Indíquele a los participantes que las *Guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados con el VIH* que aparecen en la “Guía de Recursos” (Apéndice B) del currículo tienen información detallada sobre medicamentos, interacciones y efectos secundarios específicos.
- Refiera a los participantes al Impreso educativo IV-19 como una herramienta útil para ayudar a los pacientes a recordar qué medicamentos están tomando y para ayudarles a formular un itinerario de dosis.

7. La Diapositiva IV-87 resume los puntos importantes que se deben considerar al diseñar cualquier intervención para la adherencia.

Intervenciones para la adherencia

- Hay muchos tipos diferentes de intervenciones que se pueden adaptar a los retos específicos que enfrentan los pacientes.
- Para optimizar la adherencia, lo mejor es una estrategia múltiple, que enfoque el paciente, el régimen y el proveedor.

Slide IV-87

Impreso educativo IV-16: Gráfica de intervenciones por paciente, proveedor y régimen

Enfocando el paciente	Realice una evaluación completa de los recursos ambientales y sociales del paciente a intervalos regulares.
	Provea citas flexibles a las clínicas, incluido un horario nocturno y tiempo para visitas de urgencia.
	Fomente en el paciente el desarrollo de estrategias activas de adaptación. Deben incluir obtener apoyo social o profesional durante momentos de angustia y desarrollar destrezas para la solución de problemas y toma de decisiones.
	Evalúe el paciente para enfermedad mental y fomente el tratamiento, si es necesario.
	Evalúe el paciente para el uso de drogas o alcohol y aliéntelo a buscar tratamiento o a dar pasos para reducir el daño. Si el paciente utiliza drogas activamente y comienza en terapia antirretroviral, se deben implementar las estrategias adecuadas para propiciar la adherencia.
	Trabaje con el paciente para estabilizar su situación de vida y los sistemas de apoyo social. Colabore con un manejador de caso o trabajador social.
	Evalúe las creencias y las percepciones del paciente sobre el régimen de tratamiento. Aliente al paciente a trabajar con un grupo de apoyo, educadores pares o un ‘pana’ que esté en tratamiento para promover una actitud positiva hacia la terapia.
	Evalúe el conocimiento, el compromiso y la disposición del paciente para comenzar el régimen. Retrase la terapia antirretroviral hasta que el paciente esté listo.
	Provea materiales educativos sencillos dirigidos al paciente, teniendo en cuenta su nivel de escolaridad y su idioma primario. Los itinerarios de dosificaciones con dibujos de los medicamentos, muchas veces, son útiles.
	Estructure sesiones individuales o en grupos para enfocar los planes de tratamientos y la importancia de la adherencia. Enfermeras, educadores en salud, farmacéuticos y otro personal del equipo de adherencia pueden dirigir estas sesiones.
	Involucre a los pacientes en la elección del régimen que mejor se ajusta a sus necesidades personales.
Enfocando el cuidado clínico y el proveedor	Desarrollar una política o protocolo sobre adherencia que incluya evaluar la disposición, educar sobre la importancia de la adherencia (que incluya material educativo), evaluar estructuradamente el seguimiento y solución de problemas relacionados con las dificultades de la adherencia.
	Utilizar un equipo de cuidado multidisciplinario y adiestrarlo en asuntos relacionados con la adherencia. Delegar responsabilidades dentro del equipo de cuidado para coordinar actividades relacionadas con la adherencia.
	Evaluar la disposición del paciente para comenzar el tratamiento, y luego monitorizar la adherencia en cada cita. Utilice cada visita como una oportunidad para discutir asuntos de adherencia. Al realizar estas evaluaciones, siempre tome en cuenta el efecto de nuevos diagnósticos y de los eventos de vida sobre la adherencia.
	Programar seguimientos rutinarios e intensivos. Enfocar la solución de problemas de todas las dificultades relacionadas con la adherencia, evaluando la adherencia del paciente y enfatizando el itinerario de dosificación correcto.
	Hacer de su clínica un lugar agradable. Ubicar los servicios clínicos de VIH cerca de áreas de mayor importancia, siempre que sea posible, facilitar transportación al paciente y proveer acceso fuera de horas de servicio y durante los fines de semana.
	Considerar referir los pacientes con retos especiales de adherencia, tales como uso activo de drogas o falta de vivienda, a programas de terapia de observación directa (DOT, siglas en inglés).
	Servir de intercesor ante los desarrolladores de políticas, a nivel federal y estatal, para exigir que los servicios de manejo de casos para personas infectadas con el VIH estén vinculados, de ser posible, a los programas de cuidado clínico. Las necesidades médicas y de manejo de casos de las personas infectadas con el VIH son dependientes una de la otra.
	Desarrollar programas para educar y certificar médicos y otros profesionales de la salud como especialistas en el VIH.
	Ser conscientes de que las creencias personales, los prejuicios, la sensibilidad cultural y las destrezas de comunicación pueden afectar la adherencia del paciente.
Construir una relación de apoyo, confianza y de ofrecimiento de cuidado con sus pacientes.	
Enfocando el régimen	Negociar un plan de tratamiento individualizado, tomando en cuenta la potencia del régimen, al igual que las preferencias, estilos de vida y tolerancia para tomar medicamentos y para el potencial de efectos secundarios del paciente.
	Recomendar un régimen potente y sencillo basado en las características médicas, sicosociales y fisiológicas del paciente. Construir un régimen que contenga el menor número de dosis y de pastillas y que minimice las restricciones dietarias.
	Tomar en cuenta las condiciones de comorbilidad, como la hepatitis o la disfunción de la médula ósea, al diseñar y monitorizar la terapia antirretroviral.
	Proveer herramientas que se ajusten al paciente para ayudarles a recordar la adherencia a los medicamentos. Estas herramientas pueden incluir retratos de los medicamentos con los itinerarios de dosificación, organizadores de pastillas, relojes de alarma, máquinas de mensaje y otros. Asegúrese de que el paciente entiende <i>exactamente</i> cómo tomarse sus medicamentos.
	Anticipar y educar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos. Considere tratamiento preventivo de efectos secundarios predecibles. Sea receptivo a las solicitudes de cambio de régimen del paciente si los efectos secundarios son muy difíciles de tolerar.

Impreso educativo IV-17: Ejemplo de sellos adhesivos (sticker sheets) que sirven de recordatorio

(Serán provistos por el adiestrador)

Este Impreso educativo contiene sellos adhesivos con las fotografías de los medicamentos más comunes para el VIH, al igual que sellos adhesivos con instrucciones de hidratación, restricciones dietarias e itinerarios de dosificaciones. Los pacientes pueden colocar estos sellos en el calendario o agenda de planes como recordatorio para tomar los medicamentos como indicado. Los sellos también se pueden usar como ayudas visuales para enseñar a los pacientes sobre los medicamentos para el VIH. Aunque los pacientes no se lleven los sellos, puede ser útil hacer el ejercicio de crear un itinerario de tratamiento individualizado y aprender de las fotografías sobre los regímenes, en lugar de depender estrictamente de información escrita u oral.

Estos son algunas descripciones de los sellos:

- Hay dos tipos de sellos de indinavir (Crixivan), una fotografía de dos pastillas blancas de 400 mg y otra fotografía de sólo una pastilla de 400 mg.
- Ritonavir (Norvir) tiene una fotografía de un líquido color anaranjado brillante rotulado como una dosis de 5.0 mL y otra fotografía de un líquido color anaranjado más claro rotulado como una dosis de 7.5 mL.

Estos son algunos ejemplos de sellos sobre hidratación y alimentos:

- Una hamburguesa indica que el medicamento se debe tomar con una comida.
- Un “pretzel” indica que el medicamento se debe tomar con una merienda ligera.
- Una hamburguesa con una línea atravesada indica que el medicamento se toma con el estómago vacío.
- Un vaso de agua sirve de recordatorio para que el paciente se mantenga hidratado.

Estos son algunos ejemplos de sellos con itinerarios:

- Las llaves indican que el medicamento se debe tomar antes de salir.
- El reloj de alarma es una señal para que el paciente ponga una alarma como recordatorio para tomar el medicamento.

Algunas compañías farmacéuticas prestigiosas proveen estas hojas con sellos adhesivos. Las hojas presentadas en esta actividad pueden obtenerse sin costo alguno, llamando a Merck’s National Service Center al (800) 672-6372 o escribiendo al correo electrónico de Mark Mossey a la siguiente dirección: mark_mossey@merck.com

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES ACTUALES

	Medicamento	PASTILLAS DIARIAS (ADULTOS)*	CÓMO TOMAR Y ALMACENAMIENTO	EFFECTOS SECUNDARIOS	NOTAS
Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleosídicos y nucleótidos (Nukes)	3TC (Epivir®)	2 (150 mg: 1, 2x/día) o 1 (300 mg; 1, 1x/día)	No tiene restricciones dietarias.	Náusea, vómitos, cansancio, dolor de cabeza.	Puede reducir la resistencia al AZT.
	Abacavir (Ziagen®)	2 (300 mg: 1, 2x/día)	No tiene restricciones dietarias.	Reacción de hipersensibilidad en el 5% de los pacientes	
	AZT (Retrovir®)	6 (100 mg: 2, 3x/ día) o 2 (300 mg: 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Anemia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular, toxicidad de la médula ósea	No combine con d4T
	Combivir®	2 (150 mg 3TC + 300 mg AZT: 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Véase AZT y 3TC.	Combina el AZT y el 3TC en una sola pastilla para tomar dos veces al día.
	d4T (Zerit®)	2 (40 mg para personas con más de 60 kg/132 lbs de peso, 30 mg si menos; 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Neuropatía periférica, dolor de cabeza, escalofríos y fiebre, diarrea y náusea.	No combine con el AZT.
	ddC (Hivid®)	3 (0.75 mg: 1, 3x/ día)	Tomar con el estómago vacío, No tomar antiácidos.	Neuropatía periférica, erupción, úlceras orales, dolor de garganta, tos.	No combine con el ddl.
	ddl (Videx®) ddl (Videx-EC®)	4 (100 mg: 2, 2x/ día or 4, 1x/ día) Videx-EC: 1 pastilla diaria; 400 mg para personas con más de 60 kg/132 lbs; 250 mg si menos.	Masticar o disolver en agua; tomar con el estómago vacío; tomar una hora antes o después del indinavir ó 2 horas antes o después del ritonavir	Diarrea, pancreatitis, dolor abdominal, neuropatía, náusea y vómitos	No combine con el ddC.
	Tenofovir (Viread®)	1 (300 mg: 1, 1x/ día)	Tomar con la comida. Tomar 2 horas antes, o una hora después del ddl.	Efectos secundarios leves; un poco de náusea, vómito, pérdida de apetito.	
	Trizivir®	2 (150 mg 3TC + 300 mg AZT + 300 mg abacavir: 1, 2x/ día)	No tiene restricciones dietarias	Véase AZT, 3TC y abacavir arriba.	Combina el AZT, el 3TC y el abacavir en una sola pastilla para tomar dos veces al día.
Non-nukes (NNRTs)	Delavirdina (Rescriptor®)	12 (100 mg; 4, 3x/ día) o 6 (200 mg; 2, 3x/ día)	No tiene restricciones dietarias. Las pastillas de 100 mg se pueden disolver en agua. Tome con una hora de diferencia del ddl o de antiácidos.	Erupción en la piel, náusea, diarrea, vómitos, dolor de cabeza, cansancio	Los inhibidores de proteasa y los NNRTI se metabolizan en el hígado, igual que muchos otros medicamentos comunes. Las interacciones de medicamentos pueden causar aumento o disminución significativa en los niveles sanguíneos de los medicamentos que usted toma, lo que puede causar dosis menores no efectivas o sobredosis mortales. Asegúrese de que su médico conoce todos los medicamentos que usted toma.
	Efavirenz (Sustiva®)	3 (200 mg; 3, 1x/ día) or 1 (600 mg; 1, 1x/ día)	No tiene restricciones dietarias, pero evite comidas altas en grasa. Tomar antes de acostarse.	Sueños vívidos, ansiedad, erupción, náusea, mareo, diarrea, dolor de cabeza e insomnio.	
	Nevirapina (Viramune®)	1 (200 mg; 1, 1x/ día durante las primeras dos semanas) luego 2 (200 mg; 1, 2x/day)	No tiene restricciones dietarias.	Erupción en la piel, fiebre, dolor de cabeza, náusea.	
Inhibidores de proteasa	Amprenavir (Agenerase®)	16 (150 mg; 8, 2x/ día); también aprobada en combinación con ritonavir	Tomar con o sin comidas. Evite comidas altas en grasa. Tome una hora antes o después de antiácidos.	Náusea, diarrea, vómitos, erupción, adormecimiento alrededor de la boca, dolor abdominal.	
	Indinavir (Crixivan®)	6 (400 mg: 2, every 8 hrs, no 3x/ día) or 9 (333 mg; 3 cada 8 horas)	Tome con mucha agua, con el estómago vacío o con una merienda baja en grasa. Almacene en un lugar fresco y seco.	Dolor de cabeza, náusea, dolor abdominal, cálculos renales.	
	Lopinavir/ritonavir (Kaletra®)	6 (133 mg lopinavir + 33 mg ritonavir: 3, 2x/ día)	Tome con comida. Almacene a temperatura de salón.	Diarrea, cansancio, dolor de cabeza, náusea.	

Nelfinavir (Viracept®)	9 (250 mg; 3, 3x/ día) or 10 (5, 2x/ día)	Tome con las comidas o una merienda.	Diarrea, náusea, gas, dolor abdominal, debilidad.
Ritonavir (Norvir®)	12 (100 mg; 6, 2x/ día); dosis bajas para potenciar otros inhibidores de proteasa	Tome con una comida completa. Tome con 2 horas de diferencia del ddl. Azlmanece en el refrigerador.	Náusea, vómitos, diarrea, hormigueo y adormecimiento alrededor de la boca.
Saquinavir (Invirase® y Fortovase®)	Invirase se combina con ritonavir Fortovase: 18 (200 mg; 6, 3x/ día)	Tome con 2 horas de diferencia de una comida completa o de una merienda fuerte. En climas calientes, almacene en nevera	Náusea mínima, diarrea, disturbios abdominales.

*Los números de pastillas reflejan el uso "normal" de cada medicamento. Sin embargo, los médicos actualmente combinan medicamentos antirretrovirales de maneras distintas. Las dosis de cada medicamento pueden ser más altas o bajas en estas nuevas combinaciones.

Impreso educativo IV-19: Hojas de instrucciones de dosificación individualizada con retratos de medicamentos

(El adiestrador hará entrega.)

Los proveedores pueden ofrecer estas hojas de información a los pacientes. Las hojas de información de medicamentos incluyen fotografías de los medicamentos, al igual que descripciones, itinerarios de dosificaciones y notas de cómo tomar cada medicamento, ya sea con las comidas, con el estómago vacío y otros.

Las hojas se pueden obtener gratuitamente de muchas compañías farmacéuticas, entre ellas:
Gilead Sciences, Inc. – página web: www.gilead.com; número de teléfono: (800) 939-9009
Roxane Laboratories – página web: www.roxane.com; número de teléfono: (800) 520-1631

Las siguientes compañías también proveen hojas de dosificación por un costo mínimo:
Community Research Initiative of New England – sitio en la red: www.crine.org; número de teléfono: (800) 253-2712 (las primeras 25 son gratis; \$1.00 por cada una adicional)
Mountain-Plains AIDS Education and Training Center, University of Colorado Health Sciences Center – página web: www.uchsc.edu/sm/aids; número de teléfono: (202) 315-2516 (\$4.00 por 50 hojas)

**Impreso educativo IV-20: Positively Aware's 2002 HIV Drug Guide
(disponibles en inglés y en español)**

(Será entregado por el adiestrador.)

Probablemente la Guía de Medicamentos de 2003 estará disponible en enero de 2003. La versión de 2002 está disponible en línea en: www.tpan.com

Esta guía fácil de leer contiene descripciones de medicamentos comunes para el VIH. Cada medicamento se presenta con una ilustración y una descripción de la dosificación, el nombre de marca, el nombre común, la clasificación, el costo y el número de asistencia para el paciente. La guía también contiene información sobre efectos secundarios potenciales, interacciones de medicamentos potenciales y consejos sobre cómo tomar los medicamentos. Además, contiene comentarios del fabricante, del médico y del consumidor para cada medicamento. La guía está disponible gratuitamente en línea y en papel por el costo de \$0.25 por copia, más el costo de franqueo.

Sesión 9: Manejando el VIH en el contexto del uso de drogas

Actividad: Ejercicios de estudios de casos

Propósito:

- Sintetizar lo que los participantes han aprendido en este módulo
- Ilustrar que la adherencia es un reto multidimensional para todas las partes involucradas y requiere un enfoque interdisciplinario

Tiempo: 60 minutos

Materiales

- Impreso educativo IV-21, “Ejercicio de estudios de casos para grupos pequeños”
- Diapositiva IV-88, “Algunas estrategias para mejorar la adherencia”
- Diapositiva IV-89, “Manejando el VIH y el uso de drogas: Estudios de casos”
- Diapositiva IV-90, “Estudio de caso 1: Melissa”
- Diapositiva IV-91, “Estudio de caso 2: Raymond”
- Diapositiva IV-92, “Estudio de caso 3: Krista”
- Diapositiva IV-93, “Estudio de caso 4: Marlon”
- Diapositiva IV-94, “Estudio de caso 5: Rosanna”

Notas para el adiestrador

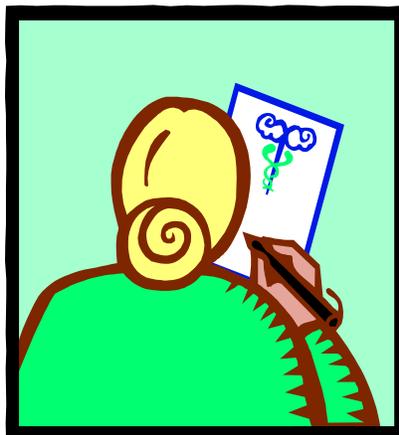
1. Comience revisando algunas estrategias para mejorar la adherencia y luego presente el ejercicio (Diapositiva IV-88 a la IV-89). Indíquelo a los participantes que estarán trabajando con una serie de presentaciones de casos. Esta actividad les ayudará a sintetizar el conocimiento y las destrezas que han adquirido en este módulo y aplicarlos a situaciones de pacientes hipotéticos. Pida a los participantes que consideren cuál es la mejor manera de desarrollar un plan de promoción de salud para el paciente. Recuérdele a los participantes que tomen en cuenta los estilos de vida, el uso de drogas e información médica al determinar un plan adecuado para cada persona en los casos.

Algunas estrategias para mejorar la adherencia

- Clarificar el régimen
- Identificar la motivación del paciente
- Hacer de los medicamentos parte de la rutina diaria
- Manejar los efectos secundarios
- Atender el uso de alcohol y de drogas
- Construir una buena comunicación entre el proveedor y el paciente
- Identificar los apoyos sociales

Slide IV-88

Manejando el VIH y el uso de drogas: Estudio de casos



- Identifique asuntos clave de la adherencia
- Considere las barreras y los apoyos de la adherencia
- Establezca metas realistas
- Enfatique las preocupaciones de salud del VIH
- Desarrolle un plan adaptado a la salud y a la adherencia del VIH

Slide IV-89

2. Divida los participantes en grupos de cinco a siete personas. Al formar los grupos, asegúrese de que cada grupo incluye personas de distintas disciplinas, como médicos, enfermeras, proveedores de tratamiento de uso de drogas, manejadores de casos y otros. Así le dará a los participantes la oportunidad de practicar en un trabajo de equipo interdisciplinario. Solicite

que cada grupo trabaje en un estudio de caso distinto. Dependiendo del tamaño y el número de los grupos, puede ser posible que no se cubran todos los casos.

3. Permita a los participantes 20 minutos para trabajar en los casos, y cinco minutos a cada grupo para que presenten sus casos al grupo completo. Para economizar tiempo, debe utilizar las diapositivas IV-90 a la IV-94 para ofrecer una sinopsis breve de los casos, y pida que los participantes se enfoquen principalmente en la información y los temas contenidos en las diapositivas.

Estudio de caso 1: Melissa

- 25 años
- Trabajadora de sexo comercial
- Se inyecta heroína 3-4 veces al día
- Encarcelada intermitentemente
- Pérdida reciente de 15 libras de peso
- Historia de enfermedades de transmisión sexual y respiratorias.
- Fumadora - 1 cajetilla diaria
- Recuento de CD4 = 480/mm³
- Carga viral = 45,000 copias/mL

Slide IV-90

Estudio de caso 2: Raymond

- 50 años
- Gerente corporativo
- Casado, tiene hijos adolescentes
- Alcohólico y usa cocaína ocasionalmente
- Coinfectado con el VHC
- Limpio de drogas y alcohol por 6 meses
- Recuento CD4 = 350/mm³
- Carga viral = 85,000 copias/mL

Slide IV-91

Estudio de caso 3: Krista

- 35 años
- Sin hogar
- Fuma crack diariamente
- Alcohólica
- Participa de programas de vivienda y comidas
- Conectada previamente con el Departamento de Salud Mental
- Recuento CD4 = 50/mm³
- Carga viral = 380,000 copias/mL

Slide IV-92

Estudio de caso 4: Marlon

- 21 años
- Tiene sexo con hombres (MSM, siglas en inglés) y su pareja está infectada con el VIH
- Asiste a fiestas de circuito y tiene sexo anónimo
- Diagnosticado a los 17 años
- Un estudio de genotipo reciente indica resistencia
- Se siente “fracasado”
- Recuento CD4 = 300/mm³
- Carga viral = 90,000 copias/mL

Slide IV-93

Estudio de caso 5: Rosanna

- 60 años
- Tiene SIDA y VHC
- Recuperada del uso de heroína hace 8 años
- Actualmente en un programa de mantenimiento de metadona (120 mg)
- Cría nietos que no conocen su condición de salud
- Participa activamente en la iglesia
- Asiste a la universidad para obtener un grado
- Carga viral = no detectable mientras en tratamiento
- Le interesa recibir terapia para el VHC

Slide IV-94

4. En cada uno de los cinco casos, los participantes deberán tratar de identificar los siguientes tipos de temas:
 - *Asuntos de estilos de vida y psicosociales* que presentan barreras o apoyos a la adherencia a los medicamentos y a la salud del VIH.

- *Asuntos médicos* que pueden afectar la accesibilidad de la persona al cuidado de salud, su estado de salud de inicio o las recomendaciones de tratamiento adecuadas o la terapia actual para la situación particular.
- *Asuntos específicos relacionados con el uso de drogas*, incluidos la droga de selección, las interacciones de droga/medicamentos, el horario de uso de los medicamentos y la etapa de recuperación.

Después de cada caso, encontrará una lista de preguntas y temas sugeridos para ayudar a facilitar la discusión.

5. Observe que los estudios de casos no contienen información de raza o grupo étnico de las personas mencionadas. Esto se hizo intencionalmente para permitir que los instructores adapten los escenarios de acuerdo a las circunstancias de las distintas poblaciones. Sin embargo, los estudios de casos incluyen información sobre la edad, género, sexualidad, historia de encarcelamiento, vivienda y droga de preferencia. Para cada caso, se debe alentar a los participante a que consideren cuales son los temas pertinentes sociales y culturales a la adherencia del VIH y a la promoción de salud.
6. Tenga presente que estos casos no necesariamente reflejan las guías modelo de prescripción de medicamentos para el VIH, como tampoco el horario de administración de la terapia ni los medicamentos específicos seleccionados por el proveedor de cuidado de cada escenario. Parte del reto de este ejercicio es determinar el rol que tiene el proveedor de servicio social al responder a la información médica.
7. Además, cada caso tiene notas específicas para el adiestrador que los participantes no deben recibir.

Impreso educativo IV-21: Ejercicio de estudios de casos para grupos pequeños

Estudio de caso 1: Melissa

Melissa es una mujer de 25 años que tiene el VIH. Es usuaria de heroína, nunca ha participado en un programa de mantenimiento de metadona, ha estado encarcelada intermitentemente y fuma cerca de una cajetilla de cigarrillos diaria. Es trabajadora de sexo comercial y comparte un apartamento pequeño con varias personas. Sólo uno de sus compañeros de apartamento sabe de su condición de VIH. Usa heroína de tres a cuatro veces al día. Melissa recibe cuidado para el VIH en un centro de salud comunitario de su localidad y visita al médico cada ciertos meses cuando no está en la cárcel. La mayoría de sus visitas al médico están relacionadas con síntomas de enfermedades de transmisión sexual o con infecciones respiratorias del trayecto superior. Melissa tiene cubierta de seguro médico a través del programa de Medicaid..

El recuento de CD4 más reciente que tuvo Melissa fue de 480/mm³ y su carga viral fue de 45,000 copias/mL. Actualmente, sus problemas de salud incluyen herpes genital e infecciones respiratorias del trayecto superior. Melissa ha tomado antibióticos una y otra vez durante el pasado año debido a pulmonías, y toma aciclovir para su infección de herpes. Melissa visitó su médico la semana pasada, pues estaba preocupada porque había bajado 15 libras durante el mes pasado. En esa visita, el médico le sugirió que “comenzara a comer más y que tratara de que no la encarcelaran”. El doctor también le recomendó que comenzara la terapia antirretroviral “de inmediato” y le dio una receta de efavirenz y Combivir (lamivudina más zidovudina). Ella piensa que el médico pudiera estar molesto con ella, debido a que comenzó a usar heroína nuevamente. Melissa tampoco está segura si debe confiar en la recomendación del médico. Por esta razón, viene a reunirse con usted para preguntarle qué usted cree de su situación.

Discuta las siguientes preguntas

- ¿Será apropiado que el proveedor le prescriba la terapia antirretroviral ahora?
- ¿Qué factores le harían pensar que Melissa no debe comenzar los medicamentos para el VIH?
- ¿Qué factores harían que usted le recomendara comenzar los medicamentos?
- ¿De qué maneras podría usted ayudar a Melissa a que se adhiera al tratamiento (en el sentido amplio de la palabra).

Los planteamientos

- Sexo más seguro con los “clientes” de trabajadores de sexo
- La confidencialidad y la divulgación de la condición de Melissa en su hogar
- El contacto con el sector médico inducido por los síntomas
- Asuntos de comunicación entre el médico y el paciente, incluidos la confianza y la accesibilidad al cuidado
- Plan de cuidado de salud durante el encarcelamiento
- La conexión con programas de mantenimiento de metadona

Notas del adiestrador para Melissa

La meta en este caso es facilitar una discusión sobre una serie de temas concernientes a Melissa. Algunos de los asuntos principales de estilo de vida y psicológicos incluyen el encarcelamiento intermitente y el trabajo de sexo comercial de Melissa. Ambos asuntos pueden tener implicaciones de salud serias. El encarcelamiento puede interferir con la adherencia tanto de la terapia antirretroviral como de los medicamentos preventivos si se suspende la terapia o no hay terapia disponible durante los periodos de encarcelamiento. Como Melissa es trabajadora de sexo, su proveedor debe tratar de discutir con ella sobre la prevención en personas infectadas con el VIH (también conocida como “prevención positiva”). También el proveedor debe tratar de discutir con Melissa sobre los riesgos específicos a la salud que ella puede enfrentar como trabajadora sexual comercial (evidenciado por sus infecciones de transmisión sexual recurrentes) al igual que sobre sus opciones de negociar un sexo seguro.

También es importante notar que, según el análisis sanguíneo más reciente, Melissa no cumple con las guías recientes de terapia antirretroviral: su recuento de CD4 es mayor de 350/mm³ y la carga viral menor de 55,000 copias/mL. Se debe alentar a los participantes a que discutan por qué el médico de Melissa piensa que es adecuado comenzar la terapia en este momento, incluso la posibilidad de que el proveedor de Melissa no sea un especialista en el VIH y puede que no esté familiarizado con las recomendaciones clínicas actuales.

Otros temas médicos que los participantes deben considerar incluyen los medicamentos antirretrovirales seleccionados para Melissa, la importancia de su pérdida de peso, el continuo fumar y su historia de infecciones respiratorias. Se debe alentar a los participantes a ser críticos en cuanto a la relación entre el proveedor y el paciente en este caso, debido a que Melissa puede estar recibiendo un cuidado que no es óptimo. Además, pida a los participantes que identifiquen las oportunidades y las barreras para tener acceso a un cuidado de alta calidad para el VIH.

Además, del caso sabemos que Melissa ha tomado antibióticos en el pasado y que actualmente utiliza aciclovir para el herpes. Al evaluar la disposición de Melissa para comenzar los medicamentos para el VIH, sería útil preguntarle cual ha sido su experiencia con la adherencia a la terapia de antibióticos y del aciclovir. También sería útil preguntarle si el uso continuo de drogas afecta su capacidad para adherirse a los medicamentos y para obtener cuidado médico. Sabemos que Melissa utiliza heroína de tres a cuatro veces a la semana. Los participantes pueden tener en cuenta que Melissa puede utilizar el uso de heroína como indicio para tomar sus medicamentos para el VIH. También, deberán examinar cómo se siente Melissa de tener que comenzar la terapia con antirretrovirales, al igual que su disposición de considerar un tratamiento de drogas como parte de su plan de salud y adherencia al VIH.

Estudio de caso 2: Raymond

Raymond es un hombre de 50 años con el VIH y hepatitis C (VHC). Trabaja a tiempo completo como gerente corporativo, está casado y tiene dos hijos adolescentes. Su familia conoce su condición del VIH. Es alcohólico y ocasionalmente utiliza cocaína. Fue diagnosticado con el VHC por primera vez en 1990, cuando se conocía como hepatitis no A, no B. La primera vez que dio positivo para el VIH fue estando internado para recibir tratamiento de drogas en 1995.

Raymond tiene un seguro médico excelente en su empleo, pero en su trabajo nadie conoce su condición del VIH o del VHC. Es susceptible a recurrencias, especialmente durante momentos de tensión en el hogar y el trabajo y, muchas veces, se pierde el contacto con él durante varios días. Durante los últimos seis meses ha estado sobrio de alcohol y cocaína. En su última cita, el médico le sugirió que comenzara la terapia antirretroviral debido a que los resultados de laboratorio apuntaban a que su condición había empeorando. Su recuento más reciente de CD4 fue de 350/mm³, y la carga viral de 85,000 copias/mL. Su función renal está dentro del nivel normal. Raymond quiere comenzar la terapia, pues tiene muchos deseos de mantenerse saludable para su esposa e hijos, pero tiene la preocupación de no poder llevar el régimen. Su médico le ha prescrito indinavir, ritonavir, lamivudina y estavudina. Raymond viene a reunirse con usted y le pregunta si usted cree que él puede llevar el régimen antirretroviral sugerido. Le confía que se ha sentido “muy vulnerable últimamente” y que “realmente quiere beber”.

Discuta las siguientes preguntas

- ¿Es adecuado que el proveedor le recete los medicamentos antirretrovirales ahora?
- ¿Qué factores le harían pensar a usted que Raymond *no* debe comenzar los medicamentos para el VIH?
- ¿Qué factores le harían pensar que debe comenzar la terapia de medicamentos?
- ¿Cómo hablaría con Raymond sobre sus preocupaciones de poder manejar el régimen del VIH?
- ¿De qué maneras puede ayudar a Raymond a adherirse al tratamiento?

Los planteamientos

- Coinfección con el VHC
- Uso de alcohol y la adherencia
- Uso de cocaína y la adherencia
- Planes para la recaída
- Sobriedad y decisiones sobre la terapia antirretroviral
- Selección del médico de un régimen que contiene indinavir y ritonavir; preocupaciones sobre los requerimientos de líquidos del indinavir y almacenamiento del ritonavir en el refrigerador
- Estilo de vida y adherencia inestables

Notas del adiestrador para Raymond

El caso de Raymond es complejo debido a las situaciones psicosociales y médicas que enfrenta, incluido el uso de múltiples drogas (alcohol y cocaína). Como adiestrador, es importante tener una expectativa realista y reconocer que no todos los asuntos de Raymond se podrán atender en el corto tiempo disponible. En lugar de esto, este caso debe verse como una gran oportunidad para explorar una amplia variedad de temas.

Los participantes deben prestar atención especial a la situación de trabajo y familiar de Raymond y considerar el efecto que puede tener su decisión de no divulgar sus condiciones del VIH y del VHC sobre su capacidad de poder adherirse a la terapia de medicamentos. Los participantes también deben considerar los retos singulares relacionados con su vida como ejecutivo corporativo, las barreras para la adherencia en relación con su empleo a tiempo completo y las estrategias que Raymond deberá adoptar para ayudarlo a adherirse a la terapia antirretroviral en un lugar de trabajo donde nadie conoce su condición.

Claramente, uno de los asuntos principales que enfrenta Raymond es la naturaleza de su uso de drogas. La cocaína y el alcohol tienen efectos negativos sobre las tasas de adherencia debido a la manera en que se utilizan, esporádica e inconsecuentemente. Además, ingerir mucho alcohol puede causar pérdida de memoria y momentos de inconsciencia. Aunque Raymond ha estado libre de drogas por seis meses, los participantes deben prestar atención especial al riesgo de recaídas, la importancia del estrés como factor desencadenante para el uso de drogas y su tendencia a desaparecer cuando usa drogas. Los participantes deben discutir las estrategias para determinar otros aspectos de la disposición de tratamiento de Raymond.

Se debe alentar a los participantes a que consideren la variedad de temas médicos que Raymond enfrenta. Está coinfectado con el VHC y el VIH, que lo ponen a riesgo de que la infección del VHC progrese aceleradamente. El consumo de alcohol representa un riesgo de salud mayor. Otro punto para atender es la selección del ritonavir como parte de su régimen de tratamiento. Se sabe que el ritonavir es especialmente fuerte para el hígado y probablemente no es una selección ideal para alguien con enfermedad hepática preexistente e historia de abuso de alcohol.

Por otro lado, el ritonavir es un antirretroviral poderoso en términos de su eficacia, y puede ser más aceptable que otros inhibidores de proteasa en cuanto a las dosis omitidas y al riesgo de resistencia viral. Aunque algunos proveedores elegirían comenzar la terapia antirretroviral cuando el recuento de CD4 y la carga viral alcancen los niveles observados en Raymond, otros no. Las guías más recientes indican que el tratamiento debe ofrecerse, pero aún existe controversia. Los participantes deben considerar cuidadosamente la decisión del proveedor de Raymond de prescribir la terapia en este momento y podrían cuestionarse si el proveedor conoce el grado de uso de drogas de este paciente.

Estudio de caso 3: Krista

Krista es una mujer de 35 años de edad que tiene el VIH. Actualmente no tiene vivienda, y usualmente duerme en la calle, en casas de crack o en albergues disponibles para personas que están usando drogas o alcohol y necesitan un lugar para estar sobrios. Algunas veces, Krista se queda en casa de su madre, pero sólo puede ir allí si está sobria. Krista usa crack y es alcohólica. Toma lo que aparezca, y por lo regular usa crack en las noches cuando está aburrida o sola y sale a la calle. Krista se considera una persona solitaria, pero está conectada con un programa de alcance comunitario local que provee almuerzo gratis y albergue diurno durante el invierno. En un momento dado, también estaba conectada con el Departamento de Salud Mental donde le diagnosticaron bipolarismo, pero no continuó el seguimiento para el tratamiento de apoyo de salud mental. No utiliza medicamentos psicotrópicos.

Krista recibe cuidado para el VIH de la clínica de salud pública conectada con un centro médico urbano principal. Ella visita el médico con frecuencia, pues piensa que es muy amable, le agrada el personal médico y agradece poder pasar un rato en la sala de espera y ver televisión. El médico de Krista está muy preocupado porque su recuento de CD4 bajó de manera dramática, actualmente está en $50/\text{mm}^3$, y su carga viral en 380,000 copias/mL. El año pasado, el médico le prescribió trimetoprim/sulfametoxazol, comúnmente conocido con el nombre comercial de Bactrim, y ahora quiere añadirle los antirretrovirales. Le dio una prescripción para nelfinavir y Combivir (lamivudina más zidovudina), además del antibiótico azitromicina. También le dijo que continuara tomando el trimetoprim/sulfametoxazol. Krista está asustada y no entiende por qué necesita este tratamiento. Ella le pide ayuda.

Discuta las siguientes preguntas

- ¿Será apropiado que el proveedor le prescriba la terapia antirretroviral ahora?
- ¿Qué factores le harían pensar que Krista no debe comenzar los medicamentos para el VIH?
- ¿Qué factores le harían pensar que Krista debe comenzar los medicamentos?
- ¿De qué maneras podría usted ayudar a que Krista se adhiera al tratamiento (en el sentido amplio de la palabra)?

Los planteamientos

- Los retos de la falta de vivienda
- La enfermedad mental y la adherencia
- El potencial de construir relaciones positivas con su médico y otro personal médico
- La urgencia de la profilaxis debido al recuento bajo de CD4
- El potencial de incorporar el apoyo de la calle al plan de adherencia
- Es necesario manejar el miedo, la ansiedad y la falta de conocimiento sobre el tratamiento

Notas del adiestrador para Krista

En este caso, el reto es identificar tanto las barreras como, más importante aún, los apoyos para la adherencia a la terapia del VIH y para la promoción de la salud en la vida de Krista. Por ejemplo, sabemos que Krista mantiene una relación con su madre, está conectada con los servicios de alcance comunitario y de albergue, tuvo una conexión con el Departamento de Salud Mental y parece tener una relación positiva y abierta con su proveedor médico. Sin embargo, ambas condiciones, la falta de vivienda y la salud mental, son retos psicosociales importantes que los participantes necesitan reconocer y discutir.

Krista, también, tiene algunos asuntos médicos complejos y urgentes: el recuento bajo de CD4 ($50/\text{mm}^3$) y la carga viral elevada (380,000 copias/mL). Como sabemos que el médico de Krista le prescribió trimetoprim/sulfametoxazol el año pasado, podemos presumir que el recuento de CD4 ha estado bajo desde entonces. Anime a los participantes a tomar en cuenta por qué el médico de Krista decidió prescribir la terapia antirretroviral ahora, a pesar de no haberla prescrito anteriormente. También pídale que piensen sobre los enfoques para determinar la disposición de Krista para la terapia antirretroviral. Por ejemplo, ¿cuán bien se ha adherido a la terapia de trimetoprim/sulfametoxazol? Guíe a los participantes para que se asegure de que dedican algún tiempo a diseñar estrategias para apoyar los esfuerzos de Krista de mantenerse saludable y a determinar si la terapia antirretroviral es correcta para ella en esta etapa. Además, pida a los participantes que piensen sobre qué intervenciones pueden ayudar a Krista a adherirse a sus medicamentos si decide comenzar la terapia antirretroviral ahora. Por ejemplo, podrían sugerir enlazar las señales de adherencia con la participación de Krista en programas de alcance comunitario, y ayudarla a reconectarse con los servicios del Departamento de Salud Mental y alentarla a que practique con un régimen simulado. Al practicar el régimen, la persona puede darse cuenta de si está lista para iniciar el tratamiento y aprender maneras para mejorar la adherencia antes de comenzar los medicamentos reales.

Los participantes podrían perder de vista el uso de drogas de Krista, al considerar todos los otros asuntos que ella enfrenta. Aliente a los participantes a hablar sobre la naturaleza del uso de drogas de ella, a discutir si el tratamiento para las drogas sería adecuado para ella, si debería iniciar tratamiento psiquiátrico y a considerar retos específicos de salud y de adherencia que podrían surgir si Krista continúa usando alcohol y crack. Recuérdeles que el enfoque debe estar en los retos de la adherencia, los apoyos y las intervenciones.

Estudio de caso 4: Marlon

Marlon es un hombre de 21 años que tiene sexo sin protección con otros hombres infectados con el VIH. Él trabaja en un restaurán de comida rápida. Asiste a fiestas de circuito, le gusta tener sexo anónimo y usa drogas de recreación sólo cuando asiste a fiestas. Tiene un novio fijo que también está infectado con el VIH y toma terapia antirretroviral. Viven juntos en un estudio. A Marlon le diagnosticaron el VIH cuando tenía 17 años. En ese momento tenía un recuento de CD4 de $180/\text{mm}^3$ y una carga viral de 80,000 copias/mL.

Su médico lo comenzó en terapia, casi inmediatamente, con zidovudina, lamivudina y nevirapina, y con trimetoprim/sulfametoxazol. Hasta hace poco, el tratamiento de Marlon para el VIH fue muy exitoso. Su carga viral no se detectaba y su recuento de CD4 había subido a $400/\text{mm}^3$. De hecho, Marlon estaba tan bien que su médico le dijo que podía suspender el trimetoprim/sulfametoxazol. Desafortunadamente, sus últimas pruebas de sangre indican que su carga viral está aumentando. La carga viral más reciente fue de 90,000 copias/mL, y el recuento de CD4 fue de $300/\text{mm}^3$. El médico de Marlon le realizó una prueba de genotipo, que demostró que ahora la infección del VIH es resistente a la nevirapina y a la lamivudina. El médico le sugiere un cambio de terapia a estavudina, abacavir, ritonavir e indinavir. Marlon está destrozado y se siente fracasado, especialmente cuando se compara con su pareja, al que los medicamentos le siguen funcionando muy bien. Marlon no entiende qué es lo que está haciendo mal.

Discuta las siguientes preguntas

- ¿Cómo abordaría a Marlon cuando discuta sobre la adherencia con él?
- ¿Cómo evaluaría la adherencia de Marlon?
- ¿Qué preguntas específicas le preguntaría?
- ¿De qué maneras podría ayudar a Marlon a mejorar su adherencia al tratamiento?

Los planteamientos

- Interacciones de medicamentos entre las drogas de recreación y el ritonavir
- Sentimientos por el fracaso del tratamiento
- La respuesta individual a la terapia
- La posibilidad de superinfección con el VIH y la importancia de tener sexo seguro entre parejas infectadas con el VIH.
- El significado de las pruebas de genotipo

Notas del adiestrador para Marlon

La discusión sobre la adherencia en el caso de Marlon podría estar dirigido a su experiencia tomando medicamentos durante los pasados cuatro años. Como Marlon pudo mantener niveles no detectables de carga viral hasta hace poco, probablemente fue porque se había adherido a la terapia de medicamentos. Los participantes deben considerar qué factores pueden haber contribuido al fracaso actual del tratamiento. Las posibilidades incluyen la falta de adherencia reciente al régimen o el desarrollo de resistencia viral a pesar de una adherencia perfecta. Es importante que los participantes discutan la última posibilidad, que aun una adherencia perfecta no conduce a una supresión viral el 100% de las veces.

De ser necesario, se debe instruir a los participantes a que discutan otros asuntos médicos de importancia del caso de Marlon. El médico de Marlon suspendió el tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol cuando su recuento retornó a un nivel seguro, por lo general, más de 300/mm³ o 400/mm³. Él puede que no entienda por qué se suspendió este medicamento para luego reiniciarlo cuando disminuyó su recuento de CD4. El aumento rápido y abrupto en la carga viral de Marlon es prueba de que su infección del VIH ha desarrollado resistencia a los medicamentos actuales, algo que fue comprobado más aún con los resultados de la prueba de genotipo. Asegúrese de que todos los participantes entienden qué es una prueba de genotipo, que es una prueba de sangre que analiza la estructura genética del virus para identificar mutaciones que se cree que confieren resistencia a medicamentos antirretrovirales específicos.

Marlon también está enfrentando algunos asuntos psicosociales, incluida la relación con su pareja y sus sentimientos de fracaso personal, debido a que los medicamentos han dejado de funcionarle. Esta es una oportunidad para que los participantes identifiquen información importante para comunicarle a Marlon, como, por ejemplo, la forma en que las personas responden a los medicamentos de maneras distintas (su experiencia versus la de su pareja), y cómo es que los medicamentos fallan, no las personas que los toman. Además, la divulgación de Marlon sobre el sexo anónimo y el uso de drogas de recreación deben propiciar una discusión sobre los posibles riesgos a la salud de estas conductas.

El médico de Marlon está proponiendo un nuevo régimen de tratamiento que incluye el ritonavir, un medicamento que se conoce que tiene un potencial peligroso de interacciones con drogas de recreación. Debido a que Marlon también tiene sexo sin protección con personas las cuales se desconoce su condición de VIH, se arriesga a transmitir el virus a otros y a reexponerse potencialmente al VIH, lo que puede resultar en una superinfección y la posible aceleración del progreso de la enfermedad del VIH. Recuérdele a los participantes que, aunque la información es limitada sobre la superinfección y la interacción entre la terapia antirretroviral y las drogas de recreación, estas son posibilidades importantes que hay que considerar.

Estudio de caso 5: Rosanna

Rosanna tiene 60 años y tiene el SIDA y el VHC. Es adicta a la heroína y ha estado en recuperación por ocho años. Actualmente, está en un programa de mantenimiento de metadona y se dosifica cada mañana a las 7:00 a.m. El año pasado fue necesario aumentarle la dosis de metadona a 120 mg cuando comenzó a sentirse mal a causa de la droga. Rosanna cría tres nietos desde que su hija murió hace dos años. Ella recibe un cheque mensual por incapacidad del Seguro Social y subsidio del Plan 8 para ayudarle a pagar el alquiler de su espacioso apartamento de tres habitaciones.

Rosanna se mantiene ocupada con las actividades escolares y de otro tipo de sus nietos, manteniendo la casa y sirviendo de voluntaria en la iglesia. Además, ha estado tomando clases en un colegio universitario comunitario con el propósito de obtener un grado asociado. Rosanna espera poder regresar al trabajo como profesional de servicios sociales o como organizadora comunitaria. Ella mantiene muy privada su condición del VIH, especialmente en la iglesia y con los nietos. Sin embargo, el personal de la clínica de metadona conoce bien su condición y también ella se lo ha comentado a algunos compañeros de clases. Rosanna comenzó a tomar medicamentos antirretrovirales el año pasado, pero le ha costado mucho mantenerse fiel al régimen complejo de didanosina, estavudina, ritonavir y amprenavir. A pesar de que no tiene una carga viral detectable, le agradecería cambiar a un régimen del VIH más sencillo, pero tiene temor de pedirle esto al médico. Rosanna también piensa que el médico no le está prestando atención a su condición del VHC. Ella ha escuchado sobre las combinaciones con el interferón para tratar el VHC, pero el médico nunca se lo ha mencionado. Rosanna le pide consejo a usted.

Discuta las siguientes preguntas

- ¿Cómo le hablaría a Rosanna cuando discuta con ella sobre la adherencia?
- ¿Cómo evaluaría la adherencia de Rosanna?
- ¿Qué preguntas específicas le haría?
- ¿Cuáles son algunas de las barreras potenciales que tiene Rosanna para la adherencia?
¿Qué apoyos tiene para la adherencia?
- ¿Qué podría sugerirle para simplificarle la adherencia a los medicamentos del VIH?

Los planteamientos

- Las interacciones entre la metadona y los antirretrovirales
- La coinfección con el VHC
- Los retos y apoyos de la adherencia relacionados con una vida ocupada (atender las demandas de los niños, el trabajo y la casa)
- El apoyo y la confidencialidad en distintos escenarios, y el impacto sobre la adherencia
- La comunicación entre el médico y el paciente sobre la complejidad del régimen y las opciones de cambio

Notas del adiestrador para Rosanna

Hay muchos temas que discutir en este caso. No espere que los participantes puedan discutir todos los asuntos en el tiempo limitado que tienen. De ser necesario, se debe dirigir a los participantes para que discutan algunos de los asuntos psicosociales principales, incluso la divulgación de su condición del VIH y del VHC: lo ha comentado en la clínica de metadona y en la escuela con algunas amistades, pero no con sus nietos ni en la iglesia. Asegúrese de que los participantes discutan cómo la divulgación de Rosanna puede afectar su adherencia actual y futura. Tenga presente que su régimen actual parece irle bien (tiene una carga viral no detectable), indicativo de que probablemente se adhiere bien, pero que quiere cambiar a uno más sencillo.

Los participantes podrían cuestionar, primeramente, por qué Rosanna toma un régimen tan complejo de medicamentos para el VIH, pues el caso indica que ésta ha sido la primera combinación de terapia que recibe. Además, los participantes deben prestar atención especial a la relación entre el proveedor y la paciente. El caso indica que Rosanna tiene temor de hablar con el médico sobre cambiar los medicamentos, y también piensa que el médico no le está prestando suficiente atención a la coinfección con el VHC. Otros temas médicos de este caso incluyen los siguientes: evaluar la necesidad de educar sobre la coinfección con el VIH y el VHC, las interacciones entre los antirretrovirales y la metadona y las estrategias para comunicarse con el médico sobre los próximos pasos a seguir. En cuanto a las interacciones, es importante saber que el aumento en la dosis de metadona que tuvo Rosanna, pudo haber estado provocado por las interacciones de drogas con el ritonavir y el amprenavir. Aliente a los participantes a desarrollar estrategias para ayudar a Rosanna a que interceda por ella misma en el escenario médico, tal vez mediante la interpretación de roles o ayudándola a desarrollar una lista de preguntas para llevarla a su próxima cita.

Aparte de la participación de Rosanna en el programa de mantenimiento de metadona, el uso de drogas no es significativo en este caso. Sin embargo, los participantes pueden considerar las maneras de relacionar las conductas de Rosanna que promueven la salud del VIH y del VHC con su exitoso programa de recuperación. Los participantes deben percatarse de que la vida de Rosanna es bien activa, incluidos sus compromisos con sus nietos, escuela, mantenimiento de metadona, terapia antirretroviral, y, ahora, que está considerando un cambio en la terapia de antirretrovirales y comenzar la terapia con el interferón para tratar el VHC. De ser necesario, incite a los participantes a considerar cuáles barreras para la adherencia podría enfrentar Rosanna en el futuro, qué apoyo tiene actualmente y qué intervenciones podrían proveer apoyo adicional a sus esfuerzos para promover su salud.

Sesión 10: Conclusión

Presentación: Puntos para llevar consigo

Propósito: Resumir los puntos principales de este módulo

Tiempo: 15 minutos

Materiales: Diapositiva IV-95, “Puntos para llevar consigo”

Notas para el adiestrador

Resuma brevemente los temas principales concernientes a la adherencia en los usuarios de drogas infectados con el VIH. Asegúrese de incluir los siguientes puntos:

- Individualice los planes de tratamiento según las necesidades de cada paciente.
- Reconozca que hay retos específicos cuando se trabaja con usuarios de drogas infectados con el VIH, pero que estos retos se pueden vencer.
- Tome en cuenta los límites que los proveedores no médicos enfrentan cuando ofrecen consejo sobre la adherencia y la promoción de salud a pacientes con el VIH.
- Explore las oportunidades para unirse a proveedores de otras disciplinas para fortalecer el apoyo a la adherencia en pacientes que usan drogas.

Puntos para llevar consigo

- Individualice los planes de tratamiento según las necesidades del paciente.
- Reconozca los retos específicos de trabajar con usuarios de drogas infectados con el VIH.
- Utilice el conocimiento y las herramientas para vencer estos retos y para interceder por los pacientes.
- Tome en cuenta los límites de los proveedores no médicos que ofrecen consejo sobre adherencia en el VIH y la promoción de salud.
- Explore las oportunidades de unirse con proveedores de otras disciplinas para fortalecer el apoyo a la adherencia.

Slide IV-95

Referencias

- Altice, F.L., Friedland, G.H., Cooney, E.L. (1999). Nevirapine induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV infection receiving methadone. *AIDS*, 13(8), 957-962.
- Antoniou, T., Tseng, A.L. (2002). Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(10), 1598-1613.
- Arnsten, J.H., Demas, P.A., Farzadegan, H., et al. (2001). Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: Comparison of self-report and electronic monitoring. *Clinical Infectious Diseases*, 33(8), 1417-1423.
- Arnsten, J.H., Demas, P.A., Grant, R.W., et al. (2002). Impact of active drug use on antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 377-381.
- Bagasra, O., Pomerantz, R.J. (1993). Human immunodeficiency virus type 1 replication in peripheral blood mononuclear cells in the presence of cocaine. *Journal of Infectious Diseases*, 168(5), 1157-1164.
- Bamberger, J., Bangsberg, D., Chamber, D., et al. (June 2000). Adherence to HIV therapies: Critical issues. *Science to Community, Clinical #1*. University of California-San Francisco, San Francisco, California.
- Broers, B., Morabia, A., Hirschel, B. (1994). A cohort study of drug users' compliance with zidovudine treatment. *Archives of Internal Medicine*, 154(10), 1121-1127.
- Beauverie, P., Taburet, A. M., Dessalles, M. C., et al. (1998). Therapeutic drug monitoring of methadone in HIV-infected patients receiving protease inhibitors. *AIDS*, 12(18), 2510-2511.
- Bruno, R., Sacchi, P., Puoti, M., et al. (2002). HCV chronic hepatitis in patients with HIV: Clinical management issues. *American Journal of Gastroenterology*, 97(7), 1598-1606.
- Carmona, A., Knobel, H., Guelar, A., et al. (2000). Factors influencing survival in HIV-infected patients treated with HAART [Abstract TuOrB417]. Presented at 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14, 2000.
- Cedars-Sinai Medical Center. (2001). *Adherence Now: Best Practices and Practical Tools. Proceedings of a roundtable symposium in November 2001*. World Health CME, New York, New York.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: Recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. *MMWR*, 51(RR-7), 1-55.
(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5107a1.htm>)

Centers for Disease Control and Prevention. (1998). Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: Principles of therapy and revised recommendations. *MMWR*, 47(RR-20), 1-58.

(<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00055357.htm>)

Chesney, M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. (2000). *Clinical Infectious Diseases*, 30(Suppl 2), 171-176.

Chesney, M. (January 1999). The challenge of adherence. *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS* 12(1), 10-13.

(<http://www.sfaf.org/treatment/beta/b39/b39adhere.html>)

Clarke S., Mulcahy F., Bergin C., et al. (2002). Absence of opioid withdrawal symptoms in patients receiving methadone and the protease inhibitor lopinavir-ritonavir. *Clinical Infectious Diseases*, 34(8), 1143-1145.

Clarke, S., Mulcahy, F., Tija, J., et al. (2001). The pharmacokinetics of methadone in HIV-positive patients receiving the non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor efavirenz. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51(3), 213-217.

Eldin, B.R., Seal, K., Lorvick, J., et al. (2001). Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit injection drug users? *New England Journal of Medicine*, 345(3), 211-214.

Elliot, A. Depression and HIV. (1997). Retrieved December 2002 at the Project Inform website at <http://www.projectinform.org>.

Ferrando, S.J. (2001). Substance abuse and HIV infection. *Psychiatric Annals*, 31(1), 57-62.

Fried, M.W., Shiffman, M.L., Reddy, K.R., et al. (2002). Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *New Journal of Medicine*, 347(13), 975-982.

Gordillo V., del Amo, J., Soriano, V., et al. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13(13), 1763-1769.

Golin, C.E., Liu, H., Hays, R.D., et al. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 756-765.

Gourevitch, M.N., Friedland, G.H. (2000). Interactions between methadone and medications used to treat HIV infection: A review. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67(5-6), 429-436.

Henry, J.A., Hill, I.R. (1998). Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *Lancet*, 352(9142), 1751-1752.

Harrington, R.D., Woodward, J.A., Hooton, T.M., et al. (1999). Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and γ -hydroxybutyrate. *Archives of Internal Medicine*, 159(18), 2221-2224.

Horn, G. (1998). Party favors – Do yourself one: Get the dope on the protease effect. *POZ*, 36. Available on the *POZ* web site at <http://www.poz.com/archive/june1998/partner/warning.html>

Horn, T. (2001). HIV drug resistance and drug resistance testing: Just the FAQ's. *CRIA Update*, 10(4).

Landau, A., Batisse, D., Piketty, C., et al. (2001). Long-term efficacy of combination therapy with interferon-alpha 2b and ribavirin for severe chronic hepatitis C in HIV-infected patients. *AIDS*, 15(16), 2149-2155.

Lauer, G.M., Walker, B.D. (2001). Hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine*, 345(1), 41-51.

McCance-Katz, E.F., Rainey, P.M., Jatlow, P., et al. (1998). Methadone effects on zidovudine disposition (AIDS Clinical Trials Group 262). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*, 18(5), 435-443.

Murphy, E.L., Collier, A.C., Kalish, L.A., et al. (2001). Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Annals of Internal Medicine*, 135(1), 17-26.

Nasti, G., DiGennaro, G., Tavio, M., et al. (2001). Chronic hepatitis C in HIV infection: Feasibility and sustained efficacy of therapy with interferon alfa-2b and ribavirin. *AIDS*, 15(14), 1783-1787.

O'Connor, P.G., Selwyn, P.A., Schottenfeld, R.S. (1994). Medical progress: Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*. 331(7), 450-459.

Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., et al. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21-30.

Peterson, P.K., Gekker, G., Chao, C.C., et al. (1991). Cocaine potentiates HIV-1 replication in human peripheral blood mononuclear cell cocultures. *Journal of Immunology*, 146(1), 81-84.

Peterson, P.K., Gekker, G., Chun, C.C., et al. (1992). Cocaine amplifies HIV-1 replication in cytomegalovirus-stimulated peripheral blood mononuclear cell cocultures. *Journal of Immunology*, 149(2), 676-680.

Project Inform. (May 1996). Building a cooperative doctor/patient relationship. Retrieved December 2002 at the Project Inform website
<http://www.projectinform.org/pdf/doctorpatient.pdf>.

Rainey, P.M., Friedland, G., McCance-Katz, E.F., et al. (2000). Interaction of methadone with didanosine and stavudine. *Journal of AIDS*, 24(3), 241-248.

Reiter, G.S., Stewart, K.E., Wojtusik, L., Hewitt, R., Segal-Maurer, S., Johnson, M., et al. (2000). Elements of success in HIV clinical care: Multiple interventions that promote adherence. *Topics in HIV Medicine*, 8(5), 21-30.

Richman, D. D., Bozette, S., Morton, S., Chien, S., Wrin, T., Dawson, K., Hellmann, N. "The Prevalence of Antiretroviral Drug Resistance in the U.S." (Abstract LB-17), 41st Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2001.

Roth, M.D., Tashkin, D.P., Choi, R., et al. (2002). Cocaine enhances human immunodeficiency virus replication in a model of severe combined immunodeficient mice implanted with human peripheral blood leukocytes. *Journal of Infectious Diseases*, 185(5), 701-705.

Samet, J.H., Libman, H., Steger, K.A., et al. (1992). Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: A cross-sectional study in a municipal hospital clinic. *American Journal of Medicine*, 92(5), 495-502.

Selwyn, P.A., Hartel, D., Lewis, V.A., et al. (1989). A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 320(9), 545-550.

Selwyn, P.A., Feingold, A.R., Hartel, D., et al. (1988). Increased risk of bacterial pneumonia in HIV-infected intravenous drug users without AIDS. *AIDS*, 2(4), 267-272.

Shapiro, M.F., Morton, S.C., McCaffrey, D.F., et al. (1999). Variations in the care of HIV-infected adults in the United States: Results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *JAMA*, 281(24), 2305-2315.

Sherer, R. (1998). Adherence and antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 280(6), 567-568.

Soto, B., Sanchez-Quijano, A., Rodrigo, L., et al. (1997). Human immunodeficiency virus infection modifies the natural history of chronic parenterally-acquired hepatitis C with an unusually rapid progression to cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 26(1), 1-5.

Strathdee, S.A., Palepu, A., Cornelisse, P.G., et al. (1998). Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*, 280(6), 547-549.

Staszewski, S., Haberl, A., Gute, P., et al. (1998). Nevirapine/didanosine/lamivudine once daily in HIV-1-infected intravenous drug users. *Antiviral Therapy*, 3(Suppl 4), 55-56.

Stein, J.A., Gelberg L. (1997). Comparability and representativeness of clinical homeless, community homeless, and domiciled clinic samples: Physical and mental health, substance use, and health services utilization. *Health Psychology*, 16(2), 155-162.

Stone, V.E. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. *Clinical Infectious Diseases*, 33(6), 865-872.

Walsh, J.C., Hertogs, K., Gazzard, B. (2000). Viral drug resistance, adherence and pharmacokinetic indices in HIV-1 infected patients on successful and failing protease inhibitor (PI) based highly active antiretroviral therapy (HAART) [Abstract 699]. Presented at the 40th Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, Canada, September 17-20, 2000, 294.

Whalen, C., Horsburgh, C.R., Hom, D., et al. (1995). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 151(1), 129-135.

Williams, A., Friedland, G. (1997). Adherence, compliance, and HAART. *AIDS Clinical Care*, 9(7), 51-54, 58.

Lista de lecturas

University of California San Francisco. (2002). *Addressing the challenges of adherence. Navigating emerging challenges to long-term HIV therapy*. World Health CME, New York, New York.

Chesney, M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. (2000). *Clinical Infectious Diseases*, 30(Suppl 2), 171-176.

Chesney, M. (January 1999). The challenge of adherence. *Bulletin of Experimental Treatments for AIDS* 12(1), 10-13.

(<http://www.sfaf.org/treatment/beta/b39/b39adhere.html>)

O'Connor, P.G., Selwyn, P.A., Schottenfeld, R.S. (1994). Medical progress: Medical care for injection-drug users with human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*. 331(7), 450-459.

Project Inform. (October 2002). Adherence: Keeping up with your meds. Retrieved December 2002 from the Project Inform website at <http://www.projectinform.org/pdf/adherence.pdf>.

Project Inform. (May 1996). Building a cooperative doctor/patient relationship. Retrieved December 2002 from the Project Inform website at <http://www.projectinform.org/pdf/doctorpatient.pdf>

Apéndice C: Consejos para el Adiestrador

Adiestrar adultos es una aventura y una travesía tanto para el alumno como para el adiestrador. Para obtener beneficios máximos de la travesía y que sea útil y eficaz, el adiestrador debe considerar: 1) los principios del aprendizaje adulto, 2) los estilos de aprendizaje del adulto y 3) la logística al desarrollar e implementar un programa de adiestramiento. En este apéndice, ofrecemos varios consejos clave para que los adiestradores puedan conducir adiestramientos exitosos. Se proveen varias listas de cotejo y ayudas para utilizar o adaptar en los adiestramientos locales.

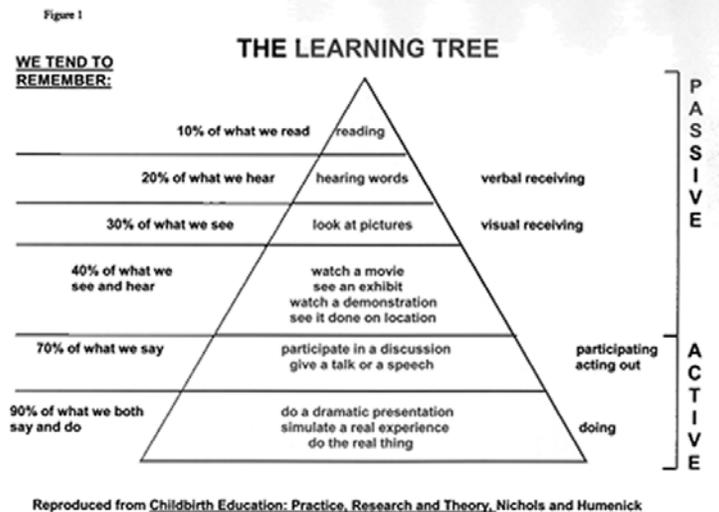
I. Los principios del aprendizaje del adulto

Esta sección provee información sobre los principios del aprendizaje del adulto y cómo los adiestradores pueden transformar estos principios en acciones al facilitar los adiestramientos.

Los investigadores han establecido que las personas recuerdan:

20% de lo que escuchan
30% de lo que ven
50% de lo que ven y escuchan
70% de lo que ven, escuchan y dicen
90% de lo que ven, escuchan, dicen y ejecutan

Los adiestramientos tratan de lograr un equilibrio exitoso entre lo que las personas ven, escuchan y ejecutan para que el aprendizaje sea el máximo. Los módulos de este currículo tratan de lograr este equilibrio mediante las ayudas visuales (transparencias e impresos educativos que las personas pueden “ver”), la información en las presentaciones (datos e ideas que las personas pueden “escuchar”), las oportunidades para discutir y compartir ideas (que las personas puedan “decir”) y las oportunidades para demostrar destrezas nuevas (en hojas de trabajo y discusiones de grupos pequeños que las personas pueden “ejecutar”). Una manera de describir este proceso es mediante el *árbol del aprendizaje*. (Figura 1)



Un educador norteamericano muy famoso, Malcolm Knowles, presentó los diez principios para el aprendizaje del adulto. Para los que conducen y planifican adiestramientos, estos principios ofrecen una lista de cotejo para adiestradores, tanto en el diseño como en la implementación de sus adiestramientos. Los diez principios son:

1. Los adultos necesitan ser alumnos autodirigidos.
2. El aprendizaje es un proceso de vida.
3. Para que ocurra el aprendizaje, el alumno debe involucrarse activamente en la experiencia.
4. Los adultos aprenden ejecutando.
5. Las situaciones, los problemas, los ejercicios y los ejemplos deben ser relevantes, realistas y aplicables inmediatamente.
6. Los adultos relacionan el aprendizaje actual con lo que conocen. Por lo tanto, los adiestradores se benefician de conocer el trasfondo de los participantes.
7. Hay varios dominios del aprendizaje. Una variedad de actividades de aprendizaje estimulan el aprendizaje y apelan a la gama de estilos de aprendizaje.
8. El aprendizaje prospera en un ambiente:
 - Informal
 - Que no critica
 - De colaboración
 - Basado en la confianza mutua
 - Abierto y auténtico
 - Humano
 - De apoyo
9. Los que aprenden se benefician de la oportunidad de identificar sus propias necesidades de aprendizaje.

10. El adiestrador es un facilitador del aprendizaje y un catalizador de cambio. La responsabilidad de aprender y de hacer cambios reside en el que aprende.

Muchos adiestradores utilizan los principios del aprendizaje del adulto para guiar las prácticas de adiestramiento. Esta tabla es el producto de las experiencias de muchos adiestradores profesionales que han aplicado los principios del aprendizaje del adulto a sus prácticas de adiestramiento específicas.

Los principios del aprendizaje adulto	Aplicación en el aprendizaje
Los adultos esperan aprender información que es pertinente para ellos.	Enfoque los problemas reales. Es importante para crear objetivos.
Los adultos esperan aprender información con aplicación inmediata en sus vidas. Necesitan “ver cuál es la razón” para aprender algo.	Enfatice cómo aplicar el aprendizaje o cómo será útil la información para las personas en sus trabajos.
En el aprendizaje, los adultos están orientados hacia las metas.	Obtenga información sobre las metas del alumno y muestre a los participantes cómo el adiestramiento alcanzará estas metas.
Los adultos desean que el aprendizaje esté orientado hacia un problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Saque tiempo para lograr consenso del problema que se va a atender. • Diseñe actividades de solución de problemas y provea oportunidades para practicar “soluciones.” • Anticipe problemas al aplicar ideas nuevas y ofrezca estrategias para sobreponerse a los problemas. • Los adiestradores pueden ofrecer una visión general y resúmenes.
Los adultos traen una experiencia inmensa y un caudal de información de sus vidas de trabajo y privadas que deben ser parte de la discusión. Por lo regular, saben más de lo que piensan.	<ul style="list-style-type: none"> • Relacione los materiales con las experiencias pasadas del alumno. • Enfoque las fortalezas presentadas por el alumno, no sólo las lagunas de conocimiento.. • Escuche y respete las opiniones de los alumnos. • Fomente entre los aprendices a que sirvan de recursos para los demás y para usted. • Conecte el aprendizaje con la base actual de conocimiento y experiencias del salón. • Valore la experiencia en el aprendizaje.
Los adultos tienen establecidos sus valores, creencias y opiniones.	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestre respeto por las diferencias de creencias, religiones, sistemas de valores y estilos de vida. • Reconozca que las personas tienen derecho a sus valores y opiniones, pero que no todos comparten estas ideas. • Permita el debate y el reto de ideas.

Los adultos tienen orgullo.	<ul style="list-style-type: none"> • Brinde apoyo al alumno como individuo. • Cree un ambiente en el que la gente no se sienta ridiculizada ni menospreciada. Permita que la gente admita confusión, ignorancia, temores, prejuicios y diferencias de opiniones. • Reconozca y agradezca a los alumnos sus respuestas y preguntas. Demuestre respeto ante las preguntas y los comentarios.
Los adultos aprenden mejor cuando se sienten bien comprometidos, cuando aprenden haciendo algo.	<ul style="list-style-type: none"> • Provea oportunidades para discutir en grupos pequeños, practicar en el momento y analizar estudios de casos.

Los principios del aprendizaje adulto	Aplicación en el aprendizaje
Los adultos quieren algo más que información. Quieren respuestas prácticas a sus preguntas y problemas. Necesitan integrar ideas nuevas con lo que ya conocen.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayude al alumno a recordar lo que ya conoce que se relaciona con la información nueva. • Pregúntele que sabe del tema y qué desearía saber. • Sugíerale ideas de seguimiento y cuáles son los próximos pasos. • Los adiestramientos deben incluir: <ul style="list-style-type: none"> • tiempo para aprender material nuevo • tiempo para aplicar destrezas nuevas
Los adultos aprenden de los demás	<ul style="list-style-type: none"> • Acomode el salón para que los participantes queden mirándose de frente • Brinde la oportunidad de que los participantes trabajen juntos en grupos de discusión grandes y pequeños • Permita que se lleven a cabo debates, retos y discusión de ideas
Los adultos aprenden mejor en ambientes informales y cómodos.	<ul style="list-style-type: none"> • Incluya recesos • Permita las discusiones espontáneas • Provea alimento o bebidas
Los adultos quieren aprender.	<ul style="list-style-type: none"> • Presuma que los participantes desean estar ahí • Averigüe la motivación de los participantes • Identifique las metas del adiestramiento que coinciden con sus motivaciones
Respete al alumno.	<ul style="list-style-type: none"> • Evite utilizar jerga y no los inhiba • Brinde la oportunidad de que los participantes aprendan de los demás mediante discusiones y trabajo en grupos pequeños • Reconozca el caudal de experiencia que los participantes traen consigo

	<ul style="list-style-type: none"> • Valide el valor de sus experiencia • Escuche • Aprenda de las personas en el salón
Los adultos son alumnos autodirigidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sea flexible y ajuste su presentación a las necesidades del grupo • Pregunte qué es lo que conocen o desean conocer del tema • Recuerde el rol de guiar a los participantes que tiene el facilitador

Los adiestradores también pueden incorporar estos principios y metas de otras maneras:

Recuerde que debe....	Cómo:
------------------------------	--------------

Averiguar las necesidades e intereses de aprendizaje específicas de cada participante. Entonces puede adaptar lo que enseña de acuerdo a esto.	Evalúe brevemente las necesidades previo a la sesión de adiestramiento o inmediatamente al comienzo de la sesión de adiestramiento
Respetar los distintos puntos de vista	Diseñe programas que permiten compartir los puntos de vista
Respetar la experiencia de los alumnos	<ul style="list-style-type: none"> • Evite pedirle a los adultos que intenten destrezas nuevas frente a un grupo grande • Reconozca el caudal de experiencia que hay en el salón y fomente la participación. Aproveche este recurso al diseñar las preguntas. • Involucre y comprometa a los participantes para que compartan ejemplos de sus propias experiencias cuando sea apropiado.
Apelar a la gama de estilos de aprendizaje	Asegúrese que su adiestramiento incluye escuchar, ver material nuevo y hacer uso del material nuevo. Al incluir los tres, está apelando a distintos participantes y aumentando la capacidad de aprender de todo el mundo.
Construir sobre la repetición	Planifique repetir ciertos conceptos clave. Los adultos necesitan escuchar las cosas seis a siete veces para aprenderlas.
Crear un espacio confortable	<ul style="list-style-type: none"> • Evite las presentaciones largas sin recesos • Trate de que el lugar tenga pocas distracciones, que permita el diálogo y la privacidad. • Trate de crear un ambiente de confianza mutua entre los participantes, incluido el adiestrador
Permitir que los participantes puedan “diagnosticar” o identificar el problema	<ul style="list-style-type: none"> • Provea cuestionarios, encuestas y evaluaciones antes y después del adiestramiento • Comparta con ellos los resultados
Ofrecer a los participantes una oportunidad de evaluar su propio aprendizaje	Provea variedad de actividades que brinden la oportunidad de que los participantes evalúen su aprendizaje y capacidad.

II. Los estilos de aprendizaje de los adultos

Las personas llegan a los adiestramientos con una variedad de estilos de aprendizajes. Los adiestradores deben ofrecer oportunidades de aprendizaje que apelen a la variedad de estos estilos, para que ningún participante se quede rezagado.

Algunos investigadores han sugerido varias maneras de ver el aprendizaje y las situaciones en que ciertas personas aprenden mejor. Otros investigadores sugieren que las personas aprenden de múltiples maneras y que tienen la capacidad de aprender de cada una de las siguientes maneras. ¿Qué tipo de alumno es usted?

Los emotivos

Los emotivos están orientados hacia los demás. Disfrutan el aprendizaje que explora las actitudes y las emociones de las personas. Gustan de los ambientes de aprendizaje abiertos y no estructurados. Disfrutan de trabajar en grupos y en actividades en que pueden compartir sus opiniones y experiencias.

Los observadores

Los observadores prefieren observar y escuchar. Disfrutan de experiencias de aprendizaje que les permite considerar ideas y opiniones. Se desarrollan de las experiencias que promueven el aprendizaje obtenido del descubrimiento.

Los pensadores

Los pensadores dependen mucho de la lógica, el pensamiento y la razón. Disfrutan de compartir ideas y actividades que requieren análisis y evaluación. Pueden preferir trabajar independientemente. Prefieren no utilizar la interpretación de roles.

Los emprendedores

Los emprendedores prefieren involucrarse en el proceso de aprendizaje directamente. Disfrutan las oportunidades de practicar, se enfocan en la pertinencia de su aprendizaje y quieren tener información en formatos concisos.

Además de información, algunas personas necesitan ayudas visuales para aprender. Otros necesitan herramientas que los asistan para aplicar la información. Aún otros requieren múltiples oportunidades para practicar destrezas nuevas o aplicar información de manera que se sientan confiados con la información o la destreza. Los adiestradores deben ser flexibles y tener disponibles múltiples técnicas para asegurarse que las personas obtienen una experiencia confortable que de alguna manera apele a su propio estilo de aprendizaje. Para que un adiestramiento resulte exitoso se deben incorporar actividades dirigidas hacia todos estos estilos de aprendizaje.

III. Desarrollando e implementando un adiestramiento

Adiestrar requiere cierta cantidad de “trabajo por adelantado” que el adiestrador debe completar para construir un ambiente seguro y confortable para el aprendizaje y asegurar que el adiestramiento se lleva a cabo sin dificultades. Estas tareas son responsabilidad del adiestrador o el patrocinador del adiestramiento.

La evaluación de las necesidades como la base para establecer las metas y los objetivos del adiestramiento

La clave de un adiestramiento exitoso es asegurar que las metas y los objetivos alcanzan las necesidades de los participantes. Un primer paso para entender las necesidades de los participantes es conducir una evaluación breve de las necesidades, al menos de una a dos

semanas previo al adiestramiento. Por ejemplo, los adiestradores pueden hacer de tres a cuatro preguntas para ayudar a identificar algunas de las áreas de contenido clave, como también los estilos de aprendizaje de los participantes. Si fuera a llevar a cabo un adiestramiento sobre cómo brindar asesoramiento para el VIH, podría preguntar lo siguiente:

- ¿Desde cuándo trabaja en el área del VIH?
- ¿Qué entiende que es crucial para que usted tenga éxito como consejero?
- ¿Qué espera del adiestramiento del VIH?

Estas preguntas se pueden hacer por teléfono o por correo electrónico, si el tiempo y los recursos lo permiten. Si el tiempo es limitado, también podría realizar una evaluación corta de las necesidades al comienzo del adiestramiento. Otra opción es hacer un ejercicio para romper el hielo, que provea al adiestrador cierto sentido del nivel de conocimiento y experiencia de los participantes.

Estableciendo las metas

Las metas se establecen para aclarar qué los participantes pueden esperar de la sesión de adiestramiento. Las metas son amplias, orientadas al participante y no necesariamente medibles. Por ejemplo: La meta de este programa de adiestramiento es ayudar a los participantes a mejorar sus destrezas de asesoramiento del VIH.

Se debe compartir y repasar las metas con los participantes al comienzo de la sesión de adiestramiento. Los adiestradores pueden presentar las metas preestablecidas del adiestramiento, y a la vez preguntar a los participantes qué desean lograr durante el adiestramiento. A menudo, ambas se pueden combinar. Al preguntar a los participantes cuáles son sus metas, el adiestrador tiene la oportunidad de presentar un cuadro realista de lo que se quiere alcanzar, y clarificar los malentendidos sobre el propósito del adiestramiento.

Creando objetivos

Los objetivos describen cómo se van a alcanzar las metas. Por lo regular, son específicos, relevantes, medibles y alcanzables por los participantes. Los objetivos explican qué podrán lograr los participantes al finalizar la sesión de adiestramiento. Por ejemplo, los objetivos de un adiestramiento de asesoramiento y sobre pruebas del VIH pueden incluir lo siguiente.

Al finalizar la sesión los participantes podrán:

- Describir una destreza clave para el asesoramiento y las pruebas del VIH.
- Describir cómo un consejero utiliza esta destreza para el asesoramiento y las pruebas del VIH.
- Practicar sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH utilizando esta destreza clave.

Los adiestradores deben compartir los objetivos con los participantes y colocarlos en algún lugar visible para que los participantes puedan ver hacia dónde se dirigen durante la sesión de adiestramiento. Los adiestradores podrían cotejar con los participantes periódicamente y ver si los participantes tenían otras expectativas de los objetivos.

Diseñando un programa de adiestramiento

Una vez se establecen las metas y los objetivos del adiestramiento, el próximo paso es delinear el contenido del adiestramiento. Piense qué actividades e información son necesarias incluir en la sesión para alcanzar los objetivos. El contenido debe acomodarse tanto al tiempo asignado para el adiestramiento como al número de participantes. Para grupos grandes (más de 20 personas),

considere dividirlo para trabajar en grupos pequeños o hacer una combinación de grupos de trabajo pequeños y presentaciones para que todos participen del proceso de aprendizaje. Para audiencias pequeñas, considere ejercicios que estimulen la mayor interacción entre los participantes. Recuerde desarrollar una variedad de actividades de adiestramiento que aseguren la capacidad de ser flexible.

Desarrolle una lista de tareas para uno a dos días previo al adiestramiento

Una vez las metas, los objetivos y el contenido se hayan establecido, es tiempo de enfocarse en otras logísticas de importancia para el éxito del adiestramiento. Desarrollar una lista de cotejo puede ayudar a completar las tareas y asegurar una experiencia exitosa tanto para el adiestrador como para los participantes.

Antes del adiestramiento, asegúrese de...	Realizado/ No realizado
<p>Verificar el lugar del adiestramiento por adelantado para asegurarse de que los materiales están completos, los baños están en orden, etc. Asegurarse de que hay suficiente espacio y los materiales y equipo apropiado. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyector de transparencias y pantalla (o una pared apropiada) • Toma corrientes adecuados • TV/VCR/LCD • Pizarra y rotafolio • Marcadores 	
<p>Tener listos los preparativos por si el equipo falla u otros desastres potenciales. Tener materiales de resguardo en distintos formatos (por ejemplo: tener rotafolio y proyector disponible).</p>	
<p>Preparar los impresos educativos, el proyector, y/o los rotafolios y que están listos durante el adiestramiento.</p>	
<p>Tener listas algunas actividades en caso de que el adiestramiento termine antes de lo previsto o que una actividad no funcione bien en un grupo. Organizar los materiales para estas actividades alternas.</p>	
<p>Tener disponibles los impresos educativos y las ayudas visuales para el grupo. Puede preparar cartapacios o que los participantes recojan los materiales al comienzo del adiestramiento. Una carpeta ofrece a los participantes un lugar para guardar los impresos educativos, las tarjetas de presentación y otros materiales. Incluya la información de contacto suya. Asegúrese de tener disponible papel y bolígrafos o lápices para que las personas puedan tomar notas.</p>	
<p>Hacer los arreglos para tener meriendas disponibles. Es recomendable tener comida nutritiva.</p>	
<p>Organizar el salón para el taller de manera que sea adecuado al tamaño del grupo y a las actividades que se llevarán a cabo. Se necesitan mesas para los ejercicios escritos, un lugar abierto para las actividades y sillas acomodadas en forma de círculo o semicírculo son más apropiadas que en filas para conducir discusiones. Decida que funcionará mejor y acomode el salón de acuerdo a esto. (Entre las opciones están: las filas, en forma de U, de círculo, cuadrado o rectángulo.)</p>	
<p>Colocar un papel de estraza grande frente al salón que indique “Estacionamiento” en la parte superior. Use este papel para anotar preguntas o temas que traigan las personas que requieran atenderse más adelante en el taller o que requieren seguimiento después del taller. Esta será su lista de cosas para recordar.</p>	

Antes del adiestramiento, asegúrese de...	Realizado/No realizado
Preparar un papel para que las personas firmen al llegar y tener listos los rótulos con el nombre de los participantes.	
Revisar la agenda y la información del taller por adelantado. Los participantes se darán cuenta si no está preparado, y perderá credibilidad como líder de grupo.	
Estar preparado para comenzar y terminar a tiempo. Estar a tiempo demuestra respeto para los participantes.	
Desarrollar sus propios objetivos para el adiestramiento. Además, prepare una evaluación escrita que mida si ha alcanzado esos objetivos y provea la oportunidad de que los participantes compartan con usted otras observaciones. Asegúrese de tener suficientes copias para los participantes y que haya destinado tiempo durante el adiestramiento para completar la evaluación. La evaluación debe ser relevante a la vida del participante y proveer una oportunidad para que los participantes reflexionen sobre lo que pueden utilizar del adiestramiento. La evaluación debe ser anónima o que incluir el nombre sea opcional, pues esto permite privacidad para el participante y asegura que las respuestas sean sinceras. Designe un lugar donde las personas puedan dejar las evaluaciones antes de salir del adiestramiento.	

Al comienzo del adiestramiento, el primer paso es establecer un clima de aprendizaje....

- Comience con una bienvenida y saludo. Recuérdeles que todo el mundo debe llenar la hoja de asistencia.
- Provea la oportunidad de que los participantes se presenten con un ejercicio rompehielos para que tanto los participantes como el adiestrador puedan comenzar a ver el caudal de experiencias que hay en el salón. Además, le permite a los alumnos escuchar su propia voz en los primeros 30 minutos de una actividad y les ayudará a sentirse más cómodos cuando tengan que volver a hablar frente al grupo.
- Brinde la oportunidad de que los participantes compartan lo que saben/desean saber sobre el tema.
- Relacione las metas y los objetivos con las necesidades de los participantes
- Establezca guías para las discusiones con los participantes que el grupo esté de acuerdo en seguir durante el tiempo que estarán juntos. Estas guías pueden incluir no interrumpir, dejar las preguntas para el final o hacerlas según surjan, demostrar respeto y dejar pasar ciertas actividades si alguien se siente incómodo. Recuerde que las guías deben reflejar respeto.

Al presentar el adiestramiento,

- No pierda el contacto con los participantes. Use vocabulario sencillo y que todos entiendan. No trate de impresionar con su conocimiento, sino que compártalo con ellos. Defina todo y explique porqué sí y porqué no.
- Desarrolle y conozca su estilo. Use dosis pequeñas de humor y comparta anécdotas cuando sea apropiado.
- Comuníquese a los alumnos que usted sabe lo que hace, cree en lo que hace y disfruta haciéndolo.
- Tenga confianza en usted mismo. Si no sabe algo, dígalos e indique que le dará seguimiento después de la sesión.
- Practique su presentación: mantenga un tono neutral y modere su voz y la velocidad. Use notas si las necesita, pero sea paciente y nunca parezca estar molesto.

Al manejar el adiestramiento,

- Recuerde que usted está a cargo: mantenga al grupo moviéndose hacia delante y trate a los participantes como profesionales.
- Trate de recordar el nombre de las personas y llámelos por el nombre cuando haga o responda preguntas.
- Interactúe con los participantes y fomente que se involucren. Repita las preguntas para que entienda qué es lo que se está preguntando y para que todo el grupo pueda escuchar. Investigue temas que no estén claros.
- Reaccione a lo que los participantes digan. Utilice las preguntas de los participantes como señales de sus necesidades. Esté listo para ajustar su presentación hacia lo que ellos necesitan. Pídales sus ideas.
- Trate de tener recursos disponibles para los participantes que quieren seguir aprendiendo o acceda información sobre el tema. Los sitios en el web son fáciles de usar y muchas personas tienen acceso al web. Antes del adiestramiento, prepare una lista de sitios en el web y de recursos escritos con información sobre el tema para compartirlo con los participantes. Los referidos de información pueden aumentar el potencial de adiestramiento y hacer una contribución continua en las vidas de los participantes.
- Aprenda a manejar situaciones difíciles:
 - Habrá situaciones en que los “parlanchines” del grupo no escuchan a otros o tienen sus propias agendas. Reconozca sus ideas y si no son pertinentes a la discusión del momento, contésteles “tienes un buen punto, pero nos estamos enfocando en este asunto ahora, y tal vez, podríamos discutir ese tema durante el receso o al finalizar la sesión”.
 - Puede haber preguntas que retan al adiestrador emocionalmente. Trate de estar preparado y piense qué significado tienen estas preguntas y cuáles pueden ser algunas respuestas que podrían ayudar a mantener el adiestramiento dentro de lo programado.

- Puede haber personas que no desean estar ahí. Provéales algo a los participantes como libretitas y bolígrafos para que dibujen y se mantengan ocupados sin perturbar el grupo. Si hay alguien que causa problemas, dele la opción de abandonar el salón, pues no está obligado a aprender.
- Si tiene un grupo con niveles de destrezas variados, puede ser difícil diseñar un adiestramiento que alcance todas las necesidades de los participantes. Mediante la interacción y fomentando el diálogo entre los participantes todos pueden aprender de los demás. Comience el adiestramiento reconociendo la gama de destrezas y aprendizaje, pero establezca las reglas básicas para aclarar que se respetan todas las ideas y preguntas.
- Habrá momentos en que tenga que alejarse del currículo. Un ejercicio puede resultar mal o un tema puede suscitar un debate emocional. Trate de identificar esto en su audiencia y ajustar el adiestramiento a las necesidades de los participantes.

Al finalizar el programa de adiestramiento,

- *¡Evalúe!* Lea y coteje las evaluaciones. Utilícelas como una oportunidad de reflexión crítica del adiestramiento. Enfoque las maneras de mejorar el adiestramiento y la experiencia de aprendizaje de los participantes, al igual que identificar los próximos pasos de los participantes como resultado del adiestramiento.
- Provea una oportunidad para que los participantes se conecten unos con otros. ¿Es necesario enviar la hoja de asistencia a todos los participantes? ¿Hubo algún otro material necesario que surgió durante el adiestramiento que deberá proveer a los participantes después de la sesión de adiestramiento?
- ¿Qué aprendió?

Como nota final, agradezca la participación de todos en el adiestramiento y deséales suerte en su trabajo profesional.

Referencias

- Berger, Paula. “25 Tips for Trainers” Solutions 2000.
<http://www.solutionsevents.com/extras/25tips/pdf>
- Global Learning Partners: “Learning to Listen Learning to Teach: Trainers Curriculum” Jubilee Popular Education Program 1996. Raleigh, NC.
- Knowles, MS., Holton, E. F. , and Swanson, R. A. (1998). The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development (5th Edition). Houston: Gulf Publishing Company.
- Kraybill, K. (2002) “Outreach to People Experiencing Homelessness: A Curriculum for Training Health Care for the Homeless Outreach Workers.” National Health Care for the Homeless Council.

- Springer, E. (2001) "Training of Trainers": A Two day program for Southeast AIDS Training & Education Center. Emory School of Medicine Atlanta, Georgia.